

Vergaderjaar 2011–2012

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 156**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 13 december 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 7 november 2011 inzake overlijden psychiatrisch patiënt Raymond (Kamerstuk 25 424, nr. 151).

De op 7 november 2011 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 9 december 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Straus, K.C.J. (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Burg, B.I. van der (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Lodders, W.J.H. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL), Tongeren, L. van (GL) en Liefde, B.C. de (VVD).

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	15

## I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op het overlijden van een psychiatrisch patiënt. Zij hebben een aantal vragen en opmerkingen. Allereerst willen de leden van de VVD-fractie hun afschuw uitspreken over de dood van Raymond. De manier waarop Raymond uiteindelijk gestorven is, is wat deze leden betreft onmenselijk. De problemen ten aanzien van de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders zijn schokkend.

In de berichtgeving in de media was sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen; Raymond zou lange tijd doorgebracht hebben in een isoleercel van de betreffende GGZ-instelling. Klopt deze berichtgeving? Zo ja, wanneer zijn deze vrijheidsbeperkende maatregelen ingesteld en is hier gehandeld in lijn met de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz)? Zou de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg – die nog in behandeling is in de Tweede Kamer – tot een andere loop van het proces hebben geleid als deze reeds in werking was getreden? Wat was de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij deze vrijheidsbeperkende maatregelen? Heeft de IGZ tussentijds controles uitgevoerd bij de betreffende GGZ-instelling om de actuele situatie omtrent de vrijheidsbeperkende maatregelen te monitoren? Zo nee, waarom niet? Heeft de IGZ de betreffende GGZ-instelling – conform de intentieverklaring uit 2008 die gericht is op het terugdringen van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen – aangejaagd om een alternatieve oplossing te realiseren?

In algemene zin vinden de leden van de VVD-fractie dat vrijheidsbeperkende maatregelen in het Nederlandse zorgsysteem nooit het eindstation mogen zijn. Dergelijke maatregelen scheppen een bijzonder zware verantwoordelijkheid en zorgplicht voor de zorginstelling. Het is daarom nodig om altijd op zoek te gaan naar een betere oplossing. Ook als men het zelf niet meer weet, zijn er mogelijkheden om bij anderen te rade te gaan en zo op zoek te gaan naar alternatieven. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) of collega-zorgaanbieders die met andere methodes werken.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de betrokken zorgaanbieders gepoogd hebben andere partijen te raadplegen op het moment dat zij zelf niet in staat bleken adequate zorg te verlenen. Zijn pogingen ondernomen om – bijvoorbeeld via raadpleging van andere zorgaanbieders of het CCE – alternatieven te ontwikkelen voor de behandeling van Raymond? Mocht dit niet het geval zijn, dan zijn genoemde leden van mening dat deze opstelling van de betreffende zorgaanbieders onbegrijpelijk is, en vernemen zij graag waarom dat niet gebeurd is. Tevens vragen de leden van de VVD-fractie of de bekendheid van de CCE voldoende is.

De leden van de VVD-fractie willen weten of deze calamiteit een incident was, of dat er sprake is van een structureel probleem ten aanzien van de somatische behandeling van psychiatrische patiënten. Daarom spreken

deze leden hun steun uit voor het voornemen van de minister om het reeds voorgenomen onderzoek door de IGZ naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek in de eerste helft van 2012 uit te voeren.

Ten aanzien van dit onderzoek hebben de leden van de VVD-fractie nog een aantal vragen. Wordt in dit onderzoek ook bekeken of er in het verleden vaker problemen zijn ontstaan wanneer psychiatrische patiënten behandeld moesten worden voor somatische klachten? Inventariseert de IGZ in dit onderzoek ook in hoeverre er in de huidige situatie (afdoende) afspraken zijn gemaakt tussen GGZ-instellingen en (nabij gelegen) ziekenhuizen? Wordt ook de huidige regelgeving tegen het licht gehouden, om te bezien of hier mogelijk belemmeringen uit voortvloeien die een adequate samenwerking tussen GGZ-instellingen en ziekenhuizen in de weg staan?

In haar brief geeft de minister aan dat Raymond was aangemeld voor een Klinische Intensieve Behandelunit (KIB), maar dat hier niet direct plaats was voor hem. Is er sprake van wachtlijsten bij dergelijke gespecialiseerde behandelunits? Is er na aanmelding van Raymond contact geweest tussen de betreffende KIB en de GGZ-instelling om de casus te bespreken? Zo nee, waarom niet? Zou het niet gewenst zijn dat wanneer een patiënt wordt aangemeld die niet op dat moment opgenomen kan worden, er in ieder geval een adviesrelatie tot stand komt tussen de KIB en de GGZ-instelling waar de betreffende patiënt noodgedwongen moet blijven?

De minister geeft aan dat de toestand van Raymond in de periode op en na 3 augustus somatisch dusdanig verslechterd was, dat plaatsing in een Psychiatrisch Medische Unit (PMU) of een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) nadrukkelijk aangewezen was. Het Deventer Ziekenhuis beschikt niet over deze voorzieningen. Deze voorzieningen zijn echter wel aanwezig in andere Nederlandse ziekenhuizen. Zijn op dat moment pogingen ondernomen om Raymond op een andere locatie dan het Deventer Ziekenhuis op te laten nemen, daar waar wel sprake was van de bedoelde voorzieningen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom is dit niet gelukt? Heeft het Deventer Ziekenhuis actief geprobeerd contact te leggen met een ziekenhuis dat wel over de benodigde voorzieningen beschikt om zodoende een adequate behandeling voor Raymond te organiseren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom is dit niet gelukt?

Tenslotte vragen de leden van de VVD-fractie of het mogelijk is deze casus in te brengen in de Denktank complexe zorg, zodat ook ten aanzien van psychiatrische patiënten met somatische problematiek verkend wordt hoe schijnbaar perspectiefloze situaties kunnen worden vlotgetrokken zodat deze cliënten zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen.

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

#### *Algemeen*

De leden van de fractie van de PvdA zijn geschokt over de mensonterende situatie waarin Raymond tot aan zijn overlijden verkeerde. Niet alleen de zorg is in dit geval tekortgeschoten, maar ook de inspectie, die moet toezien op zorg onder dwang. De IGZ kwam, zag, en ging, maar heeft niet ingegrepen om patiënt Raymond betere zorg te geven.

De kernvragen in deze zaak zijn volgens deze leden:

- Hoe is het mogelijk geweest dat Raymond zichzelf zo heeft kunnen beschadigen, terwijl hij onder toezicht stond vanwege gedwongen opname?

- Waarom verbleef Raymond zo lang in de isoleercel? Dat is beheersen, niet behandelen.
- Waarom is er vanuit de psychiatrie niet geëist dat Raymond in het ziekenhuis werd opgenomen en waarom werd niet de hulp ingeroepen van de IGZ?
- Waarom hebben verschillende artsen in het ziekenhuis niet alle medische problemen onderkend en de patiënt meerdere malen heengezonden?
- Kan er een landelijk dekkend netwerk van high care GGZ-units komen, naar analogie van IC/ HC voor ernstige lichamelijke problemen?
- Waarom heeft de inspectie niet eerder ingegrepen?
- Kan er een onafhankelijk onderzoek komen naar de reden waarom de zorg onmenselijk was en waarom de inspectie niet adequaat ingreep, met als doel dit in de toekomst te voorkomen?

Volgens de leden van de PvdA-fractie is het probleem veel groter dan alleen deze zaak. Deze leden maken zich grote zorgen over de behandeling van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in het algemeen. Angst, onbekendheid en aversie voor mensen met een psychiatrische ziekte komen veel voor in de maatschappij, en ook bij sommige zorgverleners buiten de GGZ. Het lijkt alsof mensen worden gestigmatiseerd, en men minder hard loopt voor deze ernstig zieke mensen. Daarbij komt dat somatische en psychische zorg steeds meer uit elkaar zijn gehaald, zowel qua organisatie als qua financiering. Dat belemmert goede samenwerking en afstemming. Dit lijkt bovendien regelmatig een «excuus» voor ziekenhuizen om mensen die zowel een somatische als een psychische ziekte of aandoening hebben af te schuiven op de GGZ.

Verder krijgen deze leden signalen uit het veld dat het een groot probleem is dat ziekenhuispersoneel vaak niet genoeg kennis, ervaring en expertise heeft om om te gaan met moeilijke GGZ-patiënten. Als er sprake is van (noodzakelijke) dwang- en drangmaatregelen bij patiënten is het voor ziekenhuispersoneel vaak niet duidelijk hoe te handelen. Ook hebben ziekenhuizen vaak niet genoeg middelen in huis om psychiatrische patiënten die ook een somatische aandoening hebben te behandelen.

De leden van de fractie van de PvdA maken zich zorgen over de samenwerking tussen de GGZ-instelling en het ziekenhuis. Die samenwerking liep duidelijk niet goed. Dat is niet alleen een «technisch» probleem, het lijkt vooral een cultuurprobleem. Wegkijken in plaats van ingrijpen. Er stonden veel mensen om Raymond heen, maar niemand van deze hoogopgeleide mensen kon zijn situatie verbeteren. Personeelstekort en onvoldoende geschoold personeel hebben mede bijgedragen aan het probleem. Elk gevoel van urgentie om de situatie van Raymond te verbeteren lijkt te hebben ontbroken. Er is niet gekeken naar de beste zorg, zo menswaardig mogelijk, maar naar de beschikbare zorg. De normen (voor zover deze er zijn) lijken te zijn losgelaten, eerst door de zorgverleners, door de GGZ-instelling en door het ziekenhuis, en vervolgens door de IGZ.

Op die manier ontstaat het gegeven dat mensen die onder dwang zijn opgenomen minder rechten hebben, en tegelijk niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Het principe van wederkerigheid – het afnemen van rechten schept een verplichting tot goede zorg – is totaal buiten beeld geraakt.

Dit voorbeeld staat niet op zichzelf, helaas is dit een voorbeeld in een lange reeks «incidenten». Het roer moet om, structureel, in het belang van ernstig psychisch zieke mensen.

De leden van de PvdA-fractie hebben deze schriftelijke vragenronde en een debat niet alleen aangevraagd om meer duidelijkheid over deze zaak

te krijgen, maar zeker ook om te onderzoeken hoe patiënten als Raymond in de toekomst betere en veiliger zorg kunnen krijgen. Deze leden hebben dan ook een reeks vragen en opmerkingen aan de minister.

#### *Zorg aan patiënten met zowel een somatische als psychische/psychiatrische aandoening*

In het algemeen is er weinig kennis over en begrip voor mensen met psychische problemen. Men is bang, onwetend, soms worden het «aanstellers» genoemd. Niet alleen in de samenleving, maar ook in de zorg – buiten de GGZ – is dit het geval. Ziet de minister dit ook als probleem? Ziet de minister mogelijkheden om te stimuleren dat dit negatieve beeld verdwijnt? Zo ja, op welke manier?

Op welke manier wordt gegarandeerd dat ook in algemene ziekenhuizen altijd hulp ingeroepen kan worden van een psychiater of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, indien zorgverleners niet weten hoe te handelen bij een combinatie van psychische en somatische ziekten?

De scheiding die is aangebracht in somatiek en psychiatrie, zowel fysiek als financieel, is één van de oorzaken dat er niet goed wordt samengewerkt en afgestemd. Erkent de minister dit probleem? Zo ja, wat gaat de minister hieraan doen?

Op welke manier wordt er voor gezorgd dat er bij alle medewerkers in de zorg meer kennis over en begrip voor psychisch zieke mensen ontstaat? Is de minister van mening dat het noodzakelijk is dat ook bij elke post voor spoedeisende eerste hulp de kennis over en het begrip voor psychisch zieken wordt vergroot?

De leden van de fractie van de PvdA zijn van mening dat er een landelijk dekkend netwerk van high care GGZ-voorzieningen moet komen, zodat mensen met complexe problemen als Raymond snel de juiste zorg krijgen. Deelt de minister deze mening?

Gezien zijn specifieke, complexe aandoening en de bijbehorende extreme uitingsvormen die Raymond hieraan gaf, constateerde de GGZ-instelling in juli 2009 dat Raymond in feite thuis hoorde op een Klinische Intensieve Behandelunit, een gespecialiseerde unit binnen de psychiatrie, beschikbaar op enkele plaatsen in het land. Voor een dergelijke unit was Raymond aangemeld, maar er bleek niet direct plaats. Is bij de minister bekend dat bij een ernstig psychische aandoening ernstig hersenletsel kan optreden, indien goede zorg niet op tijd of niet adequaat gegeven wordt? Is de minister het met deze leden eens dat een wachtlijst voor de KIB onmenselijk, ongezond en gevaarlijk is? Hoe groot zijn op dit moment de wachtlijsten voor een KIB in heel Nederland? Bij een IC-afdeling wordt een wachtlijst niet geaccepteerd, waarom dan wel bij een KIB?

#### *Zorg door GGZ-instelling en ziekenhuis*

De leden van de fractie van de PvdA hebben veel vragen over de keuzes die zijn gemaakt door de GGZ-instelling waar Raymond verbleef.

- Waarom is gekozen voor de isoleercel? Deze keuze impliceert de keus voor beheersen en niet voor behandelen.
- Is vanaf de eerste val overwogen te kiezen voor een aangepaste isoleercel, een behandeling of medicatie? Zo nee, waarom niet?
- Waarom werd uiteindelijk gekozen om Raymond op een dekentje in een open cel te plaatsen, ook toen hij heel ziek was?
- Waarom werd Raymond in de gaten gehouden door een beveiligder, en niet door een behandelaar? Is personeelsgebrek de reden?
- Wanneer is de IGZ geïnformeerd, en op welke wijze?

- Wanneer begon de IGZ met het controleren van de dwangmaatregelen, en wat heeft de GGZ-instelling gedaan om deze controle te faciliteren?
- Welk advies kreeg de GGZ-instelling van de inspectie op 24 juli 2009? Ging de IGZ bij het advies uit van de nodige zorg voor de patiënt of ging de IGZ uit van de mogelijkheden op dat moment? Is de minister van mening dat uitgangspunt altijd moet zijn: benodigde zorg en niet beschikbare zorg?
- Wat was de capaciteit van de opvang op het moment dat Raymond werd opgenomen, en hoeveel gekwalificeerd personeel met welke bevoegdheden was er aanwezig? Was dit voldoende en op basis van welke normen wordt dit beoordeeld?
- Welke acties heeft de GGZ-instelling ondernomen om de familie van Raymond te betrekken bij zijn behandeling en informatie te verstrekken over zijn gezondheidstoestand?
- Is er een patiëntvertrouwenspersoon ingeseind, die de patiënt moet bijstaan bij drang en dwang? Zo nee, waarom niet?
- Waarom heeft de instelling niet besloten tot alternatieven, zoals één-op-één toezicht en begeleiding? Welke mogelijkheden tot uitplaatsing zijn onderzocht? Heeft de instelling gezocht naar eigen alternatieven of naar de beste zorg, al zou die wellicht elders gegeven kunnen worden?
- Waarom heeft de instelling Raymond in de isoleercel gehouden toen zijn verwondingen duidelijk waren? Welk gevaarcriterium werd aanwezig geacht?
- Wat heeft de instelling gedaan na 3 augustus 2009, toen het (hersen)letsel objectief was aangetoond, om een adequate zorglocatie voor Raymond te vinden?
- Welke somatische zorg heeft de GGZ-instelling aan Raymond gegeven gedurende de laatste weken?
- Heeft de IGZ na het eerste advies navraag gedaan over de stand van zaken? Zo nee, waarom niet?
- Is het juist dat het betrokken ziekenhuis in 2009 een PAAZ had en een erkenning als opleidingsziekenhuis voor psychiatrie heeft? Zo ja, hoe verklaart de minister dat het ziekenhuis desondanks niet in staat was een patiënt met comorbiditeit te helpen?
- Wanneer en waarom heeft het ziekenhuis geweigerd om Raymond te behandelen dan wel op te nemen?
- Welke acties heeft het ziekenhuis genomen om al dan niet in samenwerking met ketenpartners adequate zorg voor Raymond te regelen?
- Waarom heeft het ziekenhuis op 3 augustus 2009, toen het (hersen)letsel objectief was aangetoond, Raymond niet gehouden om de zorg te verlenen?

#### *Onderzoek door GGZ-instelling*

Na het overlijden van de patiënt heeft de GGZ-instelling onderzoek gedaan naar de zorg die Raymond heeft gekregen. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom toen pas is onderzocht wat er gebeurd is en wat er had moeten gebeuren. Waarom heeft niemand tijdens zijn verblijf aan de bel getrokken?

Dit onderzoek is begin oktober 2009 aan de IGZ gezonden. Omdat vooral de somatische zorgverlening aan Raymond vragen bleef oproepen hebben zowel de GGZ-instelling als het ziekenhuis op 14 oktober 2009 van de IGZ de opdracht gekregen om een onderzoek onder leiding van een externe voorzitter in te stellen naar de zorgverlening aan Raymond in de laatste fase van zijn leven. Waarom heeft de IGZ toen niet zelf een onderzoek ingesteld, aangezien toen al bekend had moeten zijn dat er vooral fouten zijn gemaakt door gebrek aan samenwerking tussen de GGZ-instelling en het ziekenhuis? Uit een persbericht van de IGZ van

3 november 2011 blijkt dat dit onderwerp al langer «de aandacht heeft» van de GGZ-instelling en van de IGZ. Waarom is er dan niet scherper gereageerd als bekend was bij de IGZ en de GGZ-instelling dat dit een probleem is? Wat heeft deze extra aandacht opgeleverd?

Op 23 maart 2010 heeft de IGZ het onderzoeksrapport «Lichaam en Geest» van de GGZ-instelling ontvangen. Dit onderzoek is uitgevoerd onder leiding van een onafhankelijk onderzoeker, maar in de onderzoekscommissie zaten medewerkers van het betrokken ziekenhuis en de betrokken GGZ-instelling. Waarom is hiervoor gekozen en niet voor een geheel onafhankelijke commissie? Waarom is door de onderzoekscommissie vrijwel alleen gekeken naar de bestaande omstandigheden, en niet naar de gewenste situatie voor de patiënt? In hoeverre beïnvloedt een niet geheel onafhankelijke commissie een objectieve uitkomst?

#### *Rol IGZ*

De leden van de PvdA-fractie vinden het goed dat de minister de conclusies en aanbevelingen van de IGZ deelt. Maar deze leden hebben nog veel vragen over de rol van de inspectie. Waarom is er naast onderzoek naar de falende zorg, niet ook onderzoek gedaan naar de rol van de inspectie in deze zaak?

Hoe kan het dat de inspectie kwam, zag en ging, en de situatie van de patiënt niet heeft verbeterd, terwijl de IGZ onder meer de wettelijke taak heeft toe te zien op de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg?

De IGZ heeft geoordeeld dat de GGZ-instelling, binnen haar mogelijkheden, zorgvuldig handelde en sprak met de instelling af dat deze schriftelijk melding zou maken van deze complexe situatie. Op basis van welke norm oordeelde de IGZ dat de instelling zorgvuldig handelde? Is het juist dat er geen goede zorg verleend kon worden door een personeelstekort? Zo ja, vindt de IGZ het acceptabel dat door personeelstekorten de kwaliteit van de zorg niet goed is? Is de minister het daarmee eens?

De leden van de fractie van de PvdA hebben een aantal vragen over de volgende opmerking in het persbericht van de IGZ van 3 november 2011: «De inspectie deelt de conclusies van de externe onderzoekscommissie dat de zorg die door de betrokken medisch specialisten op met name 2 en 3 augustus is gegeven niet toereikend was. Men had zorgvuldiger alternatieven moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en verplegen of actief naar opties buiten het ziekenhuis moeten zoeken. Terugsturen van Raymond op 3 augustus naar de GGZ-instelling was geen goede keuze.»

Was de inspectie in augustus 2009 al van deze situatie op de hoogte? Zo ja, waarom is toen niet ingegrepen? Zo nee, waarom niet, is de instelling niet verplicht dit soort informatie aan de IGZ mede te delen? Waarom is ook geen consultatie gevraagd?

De IGZ stelt dat patiënten als Raymond eigenlijk thuishoren in een zogeheten PMU, een Psychiatrisch Medische Unit. Hier werken zorgverleners die speciaal zijn opgeleid om met deze dubbele problematiek om te gaan.

Waarom is Raymond niet in een PMU geplaatst? Kan de minister garanderen dat er voor patiënten als Raymond plek is op een PMU, net zoals voor lichamelijk zwaar gewonde mensen plek is op de IC?

Welke structurele verbeteringen zijn er inmiddels in de ogen van de IGZ getroffen en hoe controleert de IGZ deze verbeteringen? Administratief, of komt de IGZ langs en waarom?

Welke inschatting heeft de IGZ gemaakt ten aanzien van de ernst en het risico op herhaling in Nederland naar aanleiding van deze calamiteit?

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister om naast antwoord op alle gestelde vragen ook een uitvoerige toelichting te geven op hoe de IGZ in dit geval volgens haar heeft gefunctioneerd. Is zij tevreden, heeft men stekken laten vallen en zo ja, waar? Is de minister bereid een onafhankelijk onderzoek te laten uitvoeren door de Onderzoeksraad voor Veiligheid naar de rol van de IGZ in de situatie van Raymond en in het algemeen bij patiënten die gedwongen worden opgenomen?

Zijn er inmiddels al ondergrenzen voor verantwoorde zorg, waarom de leden van de PvdA-fractie in oktober 2007 hebben gevraagd naar aanleiding van het overlijden van een patiënt in een isoleercel in Amsterdam?

Is er een toetsingskader verantwoorde zorg in de GGZ en bij drang en dwang en indien er sprake is van een combinatie tussen geestelijke gezondheidszorg en somatische zorg?

Welke normen en omgangsvormen worden in de GGZ gehanteerd voor de omgang met en zorg voor suïcidale patiënten en hoe ziet de IGZ toe op naleving daarvan? Welke normen en omgangsvormen voor de omgang met en zorg voor suïcidale patiënten worden in de somatische zorg gehanteerd, en hoe ziet de IGZ toe op naleving daarvan?

Inspecteert de IGZ alle instellingen, naast de themaonderzoeken en inspectie na klachten?

Wat is het verschil in werkwijze tussen de Onderwijsinspectie en de IGZ qua aard, omvang, aantal en oorzaak van inspectiebezoeken?

Hoeveel medewerkers heeft de IGZ specifiek voor controle, toezicht en handhaving voor het GGZ-veld? En hoeveel voor andere zorgvelden?

Hoeveel medewerkers zijn er bij de IGZ beschikbaar voor de combinatie van GGZ en somatische zorg, en hoeveel voor somatische en andere vormen van zorg?

De IGZ stelt dat zowel bij de IGZ zelf als ook bij GGZ Nederland de somatische comorbiditeit al jaren als een van de speerpunten op het gebied van veiligheid en kwaliteit van psychiatrische zorg op de agenda staat.

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister of zij kan toelichten waaruit dit blijkt. Zijn er voorbeelden te noemen van acties die uit dit speerpunt voortkomen, en zo ja, wat zijn daarvan de resultaten?

De IGZ gaat de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten met somatische comorbiditeit onderzoeken in alle multifunctionele eenheden (MFE's), regionale centra voor de geestelijke gezondheidszorg (RCG's), en PMU's in heel Nederland. Gaat de IGZ ook onderzoeken of er voldoende van deze units zijn?

### *Tuchtrecht*

De IGZ stelt dat in de rapportage van de commissie individuele verwijtbaarheid wordt geconstateerd ten aanzien van enkele specialisten in het ziekenhuis die betrokken waren bij het ontslag van patiënt Raymond in de laatste fase van zijn leven en ten aanzien van de psychiater van de GGZ-instelling die Raymond weer «teruggenomen» heeft. De IGZ heeft overwogen of de gestelde individuele verwijtbaarheid zou moeten leiden tot een gang naar de tuchtrechter. Zij heeft besloten dit niet opportuun te vinden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom dit niet is gebeurd. Het tuchtrecht is juist mede ingesteld om lessen te kunnen leren van gemaakte fouten. De IGZ stelt dat een gang naar de tuchtrechter niet



opportuun is, omdat er zoveel zorgverleners bij de zaak betrokken waren. Deze leden willen hierop graag een uitgebreide toelichting van de minister. Artsen zijn ingevolge de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) verantwoordelijk. Er is altijd een arts eindverantwoordelijk. Genoemde leden maken zich zorgen of het «reinigende vermogen» van het tuchtrecht niet wordt uitgehold doordat ook hier niet wordt overgegaan tot vervolging.

Aangezien er 20 mensen om Raymond heen stonden heeft niemand de verantwoordelijkheid genomen en kon blijkbaar niemand de cirkel van onmenselijke zorg doorbreken. Er waren regels, procedures en de verplichting tot gebruik van professioneel en gezond verstand. Toch ging het mis. De minister vraagt de sector nu weer om in werkgroepen afspraken te maken. Waarom zou dit nu wel werken?

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister met betrekking tot het overlijden van de psychiatrische patiënt Raymond. Dat er gekeken wordt om de samenwerking tussen de betrokken instellingen structureel te verbeteren onderschrijven deze leden van harte. Ook steun voor het naar voren halen van het onderzoek van de IGZ naar de kwaliteit en veiligheid van zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek. Echter terugkijkend naar de gebeurtenissen rondom het overlijden van de patiënt vinden genoemde leden de antwoorden van de minister niet afdoende en blijven zij met een aantal vragen zitten.

Waarom heeft de inspectie niet actief meegezocht om de beste behandelplek voor deze patiënt te vinden? Waarom heeft de inspectie niet zelf onderzoek verricht na de melding van overlijden? Waarom heeft het Openbaar Ministerie geen sectie uitgevoerd? Volgens de leden van de PVV-fractie bestaat er twijfel of hier wel sprake was van zelfdoding, misschien was er wel sprake van een strafbaar feit. Dit moet volgens deze leden alsnog onderzocht worden.

De commissie heeft individuele verwijtbaarheid geconstateerd ten aanzien van enkele specialisten in het Deventer Ziekenhuis en ten aanzien van de psychiater van Dimence. Ook hebben zorgverleners verkeerde beslissingen genomen. De leden van de PVV-fractie vinden een gang naar de tuchtrechter wel op zijn plaats. Het kan toch niet zo zijn dat betrokken artsen en zorgverleners die verwijtbaar gehandeld hebben, hiervan geen gevolgen ondervinden?

Wat de leden van de PVV-fractie betreft komt er een nieuw onafhankelijk onderzoek naar het overlijden van de patiënt en naar de rol van de IGZ.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie vinden het schrijnend om te zien hoe psychiatrisch patiënt Raymond in de laatste fase van zijn leven niet de zorg heeft gekregen die hij nodig had. Deze leden beschouwen dit als een zeer ernstig incident dat zich op het snijvlak tussen geestelijke gezondheidszorg en somatische zorg heeft voorgedaan. Genoemde leden leven mee met de nabestaanden van Raymond en alle mensen die zich zijn lot aantrekken.

De minister constateert dat de zorg rond Raymond in de laatste fase van zijn leven ontoereikend is geweest. Zij geeft aan dat in die periode minimaal 20 specialisten en daarnaast nog vele verpleegkundigen aan Raymond zorg boden. De leden van de CDA-fractie vinden het onbegrijp-

pelijk dat geen sprake was van coördinatie van zorg rond een patiënt met zo'n complexe zorgvraag. Waarom bestaan er geen afspraken in ziekenhuizen over het coördineren van zorg als in korte tijd iemand meerdere malen in een ziekenhuis terecht komt?

Tevens ontbraken afspraken in de zorgketen tussen ziekenhuis en de GGZ-instelling over de verantwoordelijkheden. Welke mogelijkheden ziet de minister om de afspraken in de zorgketen tussen alle ziekenhuizen en alle GGZ-instellingen te verbeteren? Welke actie is de minister bereid om te ondernemen?

Overigens vragen de leden van de CDA-fractie hoeveel psychiatrische patiënten een dergelijke ernstige samenloop van aandoeningen hebben. Kan de minister daarin, wellicht in overleg met GGZ Nederland, meer inzicht verschaffen?

De minister geeft aan dat de GGZ-instelling Dimence had geconstateerd dat Raymond in feite thuis hoorde op een Klinische Intensieve Behandelunit. Voor een dergelijke unit was Raymond aangemeld, maar er bleek niet direct plaats. Waarom waren er geen tijdelijke plaatsen beschikbaar om Raymond goede zorg te verlenen? Hoe vaak komt dit probleem voor en leidt dit tot schrijnende situaties? Waarom is er niet overwogen om Raymond direct naar een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis te sturen? Bestaan er protocollen die ondersteunend kunnen zijn om een dergelijke afweging te kunnen maken? Daarbij wijzen de leden van de CDA-fractie ook op voorbeelden als een instelling zoals Reinier van Arkel, die een speciale kliniek in het Jeroen Boschziekenhuis heeft. De instelling Dimence heeft op een gegeven moment de psychiatrisch patiënt weer opgenomen, nadat hij zeer verzwakt en onbehandeld uit het ziekenhuis is gekomen. Waarom heeft de GGZ-instelling niet overwogen om opnieuw de inspectie in te schakelen? Op welke wijze had het CCE hierin nog een rol kunnen vervullen?

De minister geeft aan dat de IGZ onvoldoende redenen zag om de individuele beroepsbeoefenaars via het tuchtrecht te corrigeren. Daarbij vinden de leden van de CDA-fractie het jammer, dat de minister aangeeft dat het tuchtrecht enkel bedoeld is om professioneel gedrag te corrigeren. Een andere belangrijke factor van het tuchtrecht is dat tuchtrecht ook bedoeld is om de beroepsbeoefenaars in de hele sector te laten leren van de fouten van een ander. Anders zou er ook geen plicht tot openbaarmaking zijn opgenomen in de Wet BIG. Tevens worden elke week uitspraken van tuchtcolleges uitgelicht over de fouten van andere beroepsbeoefenaars. De leden van de CDA-fractie vragen de minister dit element nog een keer mee te nemen in de beantwoording van de vraag of individuele beroepsbeoefenaars wel of niet onderworpen zouden moeten worden aan het tuchtrecht.

Daarbij is het ook verontrustend te moeten constateren dat als de zorg diffuus wordt aangeboden, individuele verantwoordelijkheid niet te herleiden is. De IGZ constateert dit immers, omdat de inspectie aangeeft dat vanwege de enorme hoeveelheid betrokken specialisten het niet één of enkelen van hen individueel zodanig is aan te rekenen dat een gang naar de tuchtrechter is aangewezen. In hoeverre bestaat er dan de mogelijkheid om het management aansprakelijk dan wel verantwoordelijk te stellen, vragen de leden van de CDA-fractie.

Uit de uitzending «De vijfde dag» is gebleken dat de familie slecht toegang kreeg tot Raymond. Na vier weken kregen zij pas de mogelijkheid om hem in de psychiatrische instelling te bezoeken. Wat is het oordeel van de minister over de wijze waarop de familie van Raymond geen toegang kreeg? Het is de leden van de CDA-fractie al eerder opgevallen dat de verhouding tussen de familie en de geestelijke gezondheidszorg dikwijls moeizaam is. Welke mogelijkheden ziet de minister om de

betrokkenheid van de familie bij het verlenen van geestelijke gezondheidszorg te verbeteren? Hoe staat het met de invoering van de familie-vertrouwenspersoon binnen de GGZ-instellingen? Hoe kunnen kleinere instellingen ook van deze vertrouwenspersonen gebruik maken? Binnen het gevangeniswezen bestaat er een Beginselenwet gevangeniswezen, waarin onder meer rechten voor gedetineerden zijn opgenomen.. Waarom bestaat er geen beginselenwet geestelijke gezondheidszorg, waarin dergelijke rechten geregeld zijn? In hoeverre gaat de Wet cliëntenrechten zorg hieraan invulling geven?

Ook blijkt uit de uitzending dat de familie de mogelijkheid kreeg om het onderzoeksrapport in te zien. Daarbij is wel de voorwaarde opgenomen dat zij het verhaal niet in de openbaarheid zouden mogen brengen. Is het stellen van zo'n voorwaarde juridisch legitiem? Hoe moeten de leden van de CDA-fractie het zien dat met het stellen van die voorwaarde ook een financiële schadevergoeding verbonden was? Dat is een op het oog merkwaardige combinatie en roept de schijn op van zwijggeld.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over het overlijden van de psychiatrisch patiënt. Deze leden zijn geschokt door de dood van de patiënt na ernstige verwondingen in een isoleercel, zoals bleek uit een TV-uitzending en de berichtgeving op 3 november jl. en daarna. Uit verschillende media en de brief van de minister blijkt dat de zorg voor de patiënt in de laatste fase van zijn leven ernstig tekort is geschoten, zowel in het Deventer Ziekenhuis als in de GGZ-instelling Dimence. Genoemde leden leven mee met de nabestaanden van de patiënt en zijn van mening dat deze misstanden in de toekomst voorkomen moeten worden.

De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat de betreffende patiënt geen bezoek van familie of vrienden mocht ontvangen. Ook vragen zij wie op welke gronden bepaalt of een patiënt, die afgezonderd is, wel of geen bezoek mag ontvangen van familie of vrienden.

De patiënt is overleden op 9 augustus 2009. De leden van de SP-fractie vragen de minister om toe te lichten of de patiënt is overleden aan suïcide of aan onderbehandeling. Deze leden vragen of de patiënt is gezien door een lijkschouwer. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het standaard zou moeten zijn, dat bij overlijden in een isoleercel of bij fatale verwondingen opgelopen in een isoleercel, een lijkschouwer komt oordelen. Deze leden zouden graag een toelichting ontvangen van de minister of zij zich in bovengestelde mening kan vinden.

Voor zijn overlijden is de patiënt door 20 specialisten onderzocht en 10 keer heen en weer gegaan tussen de GGZ-instelling en het ziekenhuis. De leden van SP-fractie vragen waarom de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet veel eerder dan 23 juli 2009 op de hoogte is gesteld van de complexe situatie, zodat tijdig ingrijpen mogelijk was. Tevens vragen zij waarom er niet bij derden of een ander ziekenhuis om hulp, dan wel ondersteuning is gevraagd door hulpverleners of specialisten. Deze leden vernemen graag van de minister of zij bereid is de Meldingenprocedure suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel aan te passen zodat er altijd een melding gedaan moet worden aan de inspectie bij deze situaties. Tevens vragen genoemde leden of er financiële belangen zijn geweest voor het Deventer Ziekenhuis om (een langere) opname van de patiënt te weigeren. Deze leden zien een toelichting graag tegemoet.

Dimence en het Deventer Ziekenhuis hebben zelf een onderzoek uitgevoerd naar hun handelen. De leden van de SP-fractie vragen de minister naar haar oordeel over het onderzoek dat Dimence en het Deventer Ziekenhuis zelf hebben uitgevoerd naar deze zaak.

Volgens de brief van de minister ontbraken er afspraken over verantwoordelijkheden. De leden van de SP-fractie vernemen graag hoe het kan dat er geen verpleegkundige overdracht heeft plaatsgevonden. Voorts vernemen deze leden graag waarom er geen overleg heeft plaatsgevonden tussen de psychiater van Dimence en de specialisten van het Deventer Ziekenhuis over waar de behandeling van de patiënt het beste kon plaatsvinden.

Door Dimence was de patiënt aangemeld voor een KIB en niet voor een PMU, wat de voorkeur had van de inspectie. De leden van de SP-fractie vragen waarom de patiënt niet aangemeld was voor een PMU. Voorts vragen zij waarom er geen plaats was in een KIB. Het Deventer Ziekenhuis beschikt niet over een PAAZ. Deze leden willen weten of er is overwogen om naar een ziekenhuis met een PAAZ te gaan en zij willen weten waarom de patiënt daar niet terecht is gekomen.

De leden van de SP-fractie zijn niet alleen geschokt door de dood van de patiënt, maar tevens door het betalen van «zwijggeld» aan zijn familie. Zij willen weten of het klopt dat een bedrag van € 22 500 is betaald aan de familie als afkoopsom, dan wel zwijggeld. Dat brengt deze leden op de vraag of dit betekent dat een mensenleven € 22 500 waard is. De leden van de SP-fractie ontvangen graag een toelichting van de minister.

De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij het betalen van een afkoopsom of zwijggeld een goede besteding vindt van geld dat voor zorg is bedoeld. Ook vragen deze leden hoe vaak afkoopsommen worden betaald in de zorgsector en waar deze voorkomen. Graag vernemen zij de mening van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het betalen van afkoopsommen aan familieleden of nabestaanden.

Uit de brief van de minister blijkt dat het Openbaar Ministerie (OM) geen aanleiding zag voor een strafrechtelijk onderzoek. De leden van de SP-fractie vernemen graag op welke gronden het OM tot deze conclusie is gekomen. Er wordt namelijk wel individuele verwijtbaarheid geconstateerd. Deze leden vragen daarom de mening van de minister over het bovenstaande.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt dat niet één of enkele zorgverleners de misstanden rondom de zorg voor de patiënt aangevend kan worden. Aan de andere kant wordt wel gesproken over «verkeerde beslissingen» die door zorgverleners zijn genomen en over «ontoereikende zorg». De leden van de SP-fractie willen daarom meer uitleg waarom er niet naar de tuchtrechter is gegaan. Zij vragen of het alsnog mogelijk is om naar de medisch tuchtrechter te stappen.

Verder leeft bij de leden van de SP-fractie de vraag of de verantwoordelijke bestuurders en behandelaars bij zowel Dimence als het Deventer Ziekenhuis nog in dienst zijn bij deze instellingen. Wanneer zij daar niet meer werken, is de vraag van deze leden of zij hun functie elders uitoefenen.

In april 2010 moesten beide instellingen een plan maken ten aanzien van de aanbevelingen van de onderzoekscommissie. Het plan is primair gericht op samenwerking en zorg in de hele keten. De inspectie heeft het plan goedgekeurd en volgt de uitvoering ervan. De leden van de SP-fractie

vragen de minister naar de voortgang van dit plan. Deze leden vernemen graag de knelpunten evenals de punten die al zijn verbeterd.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of het plan kan voorkomen dat elders in ons land de zorg tekort zal schieten zoals bij de betreffende patiënt is gebeurd. Genoemde leden zijn namelijk van mening dat voorkomen moet worden, dat mensen onnodig lijden en van de juiste zorg of opvang verstoken blijven. Daarom vragen zij de minister welke stappen er in de gehele sector zijn gezet om in de toekomst dergelijke misstanden te voorkomen.

Ondanks de schrijnende omstandigheden van de dood van de patiënt en de vele vragen daaromtrent, hebben de leden van de SP-fractie ook vragen in het algemeen. Zo vragen zij hoeveel mensen per jaar overlijden in een GGZ-instelling en hoeveel daarvan in een isoleercel of separeer-ruimte. Daarnaast willen deze leden weten hoe vaak mensen overlijden aan verwondingen, die opgelopen zijn of door henzelf zijn aangebracht in een GGZ-instelling. Deze leden vernemen tevens graag hoe vaak mensen zijn overleden aan onderbehandeling door een GGZ-instelling.

Mensen hebben recht op goede, tijdige en veilige zorg. De leden van de SP-fractie willen daarom weten wat in het algemeen de waarborgen zijn tegen machtsmisbruik van en/of het onthouden van zorg, dan wel veiligheid, aan een persoon die aan deze zorg is toevertrouwd. Tot slot vragen de leden van de SP-fractie of er in het geval van de betreffende patiënt in juridische zin sprake is van schending van de Rechten van de Mens. Graag zien deze leden een toelichting hierop tegemoet.

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over het overlijden van psychiatrisch patiënt Raymond. Voordat deze leden ingaan op de inhoud van deze brief, willen zij hun ontsteltenis over hetgeen Raymond is overkomen kenbaar maken. De berichtgeving in de media deed al het ergste vermoeden over de kwaliteit van de zorgverlening aan Raymond in zijn laatste levensfase. Helaas heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg die vermoedens nu bevestigd: de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek – de comorbiditeit – was in deze casus onvoldoende gewaarborgd. De leden van de D66-fractie vinden het verontrustend dat hieraan voornamelijk een probleem in de ketenzorg – de samenwerking tussen verschillende soorten zorgverleners – ten grondslag ligt.

In haar brief concludeert de minister dat overleg over en afstemming van zorg voor Raymond tussen het Deventer Ziekenhuis en GGZ-instelling Dimence ontbrak: «Er hadden binnen beide instellingen werkwijzen beschikbaar moeten zijn ten aanzien van verwijzing, overleg en terugrapportage in geval van complexe psychiatrische en somatische problematiek.» Verderop in haar brief staat de minister stil bij de bekendheid met problemen binnen zowel de psychiatrie als de ziekenhuiszorg in de behandeling van psychiatrische patiënten met somatische problematiek. Hierover zegt zij: «om risico's te verkleinen zijn goede afspraken over samenwerking in de keten tussen GGZ en ziekenhuizen essentieel». De leden van de D66-fractie willen van de minister weten hoe groot dat probleem dan precies is. Is hier sprake van een incident of is dit slechts een van de vele casussen, waarin zowel psychiatrische als somatische zorgaanbieders onvoldoende kennis hebben van en ervaring hebben met patiënten die zowel een psychiatrische als somatische zorgvraag hebben?

De leden van de D66-fractie begrijpen dat het hier om zeer complexe problematiek gaat, waarvoor specialistische zorg vereist is. Zij verbazen zich er echter over dat de beide zorginstellingen in de onderhavige casus niet eens voldeden aan de minimale wettelijke vereisten, zoals opgenomen in de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. De minister legt zich – vanwege de nadruk op problemen in de keten/samenwerking tussen GGZ-instelling Dimence en het Deventer Ziekenhuis – neer bij het gegeven dat het Openbaar Ministerie geen aanleiding zag om een strafrechtelijk onderzoek te starten en dat de IGZ besloten heeft niet naar de tuchtrechter te gaan. Op zichzelf is dat begrijpelijk, want het OM en de IGZ hebben ieder een eigen verantwoordelijkheid in respectievelijk de strafrechtelijke of tuchtrechtelijke vervolging.

Maar hoe moeten deze leden het nalatig handelen ten opzichte van de zojuist genoemde Wgbo, de KZI en de Wet bopz dan interpreteren? Gaat dit niet over «individuele verwijtbaarheid»? Is het overlijden van Raymond dan volgens de minister alleen veroorzaakt door problemen in de samenwerking (zogenaamde «systeemfouten»)? De leden van de D66-fractie vragen de minister wat zij eraan doet, om de leemtes in bestaande wet- en regelgeving hieromtrent op te vullen.

Geconstateerd is een spanningsveld tussen de «systeemfouten» en de «individuele verwijtbaarheid», anders gezegd tussen de gezamenlijke verantwoordelijkheid van samenwerkende hulpverleners voor het proces (procesmanagement) en de individuele verantwoordelijkheid van BIG-geregistreerde zorgverleners voor (onderdelen van) de behandeling op zich (behandelverantwoordelijkheid). Het kan naar de mening van de leden van de D66-fractie niet zo zijn, dat de individuele behandelverantwoordelijkheid van zorgverleners ondergeschikt raakt aan het zorgverleningsproces. Daar lijkt het in de situatie van Raymond wel op. Genoemde leden merken dit op, omdat zowel Dimence als het Deventer Ziekenhuis over gecertificeerde procesmanagementsystemen beschikken. In concreto betekent dit, dat taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen zorgverleners onderling – ook in de keten – vastliggen en dat men transparant is over de verdeling hiervan naar de patiënt en diens familie of andere directbetrokkenen. Nu blijkt, dat dit in de situatie van Raymond niet goed geregeld was en vermoed wordt dat dit probleem ook elders in de GGZ speelt. De leden van de D66-fractie vinden daarom dat de minister niet moet wachten met het treffen van maatregelen tot na de zomer van 2012, als de IGZ een onderzoeksrapport uitbrengt over de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek. De minister moet nu – in overleg met de IGZ – maatregelen treffen. Zij heeft daartoe verschillende mogelijkheden. Wat past de minister in kaderstellende wet- en regelgeving aan, zodat individuele hulpverleners meer verantwoordelijkheid gaan dragen voor gezamenlijke (uitkomsten van) zorgverleningsprocessen?

De leden van de D66-fractie hechten aan kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. Deze leden vinden dat zorginstellingen moeten kunnen aantonen dat zij kwaliteit leveren. Hierover is meerdere malen met de minister van gedachten gewisseld in de afgelopen maanden. Er zijn inmiddels afspraken gemaakt met de ziekenhuizen over werken met uitkomstindicatoren. Daarbij staan vragen als «wat levert een behandeling de patiënt op» en «hoe snel en adequaat is hij of zij van zijn klachten af gekomen» centraal. Is de minister bereid om met de beroepsgroepen in gesprek te gaan over het gebruik van uitkomstindicatoren in de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek, teneinde de kwaliteit van die zorg aanzienlijk te verbeteren? Is het in dat kader niet veel beter, om ook voor deze specifieke groep zorgvragers een

zogenaamde keten-DBC te ontwikkelen, zo vragen de leden van de D66-fractie. Een keten-DBC prikkelt zorgverleners namelijk om gezamenlijk goede zorg te leveren, in plaats van zorg gemakshalve «af te schuiven» naar collega's. Hoe denkt de minister hierover?

Het kabinet trekt in 2012 bijna € 3,5 miljoen uit voor de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem. De doelstelling van het kabinet is om de vermijdbare sterfte in ziekenhuizen in 2012 met de helft te doen verminderen ten opzichte van 2004. De leden van de D66-fractie steunen het kabinet in deze ambitie. Naar aanleiding van de casus Raymond verzoeken zij de minister om bij de ontwikkeling van veiligheidsmanagementsystemen vooral aandacht te besteden aan zogenaamd «prospectief risicomanagement», zodat hulpverleners veel meer op voorhand risico's leren in te schatten en daarnaar kunnen handelen. Kan de minister verduidelijken wat zij hieraan gaat doen in 2012?

## **II. REACTIE VAN DE MINISTER**

Geachte voorzitter,

Bij enkele fracties bestaat behoefte om naar aanleiding van de door mij op 7 november 2011 aan u gezonden brief inzake overlijden psychiatrisch patiënt Raymond (Kamerstuk 25 424, nr. 151), een aantal vragen en opmerkingen aan mij voor te leggen. Bij deze kom ik hieraan tegemoet. Onder deel II van het bijgevoegde document treft u mijn antwoorden aan. In verband met onderlinge verwijzingen in de antwoorden zijn de vragen en opmerkingen per fractie genummerd.

Hoogachtend,

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

VVD1: Klopt de berichtgeving dat Raymond een lange tijd heeft doorgebracht in een isoleercel van de betreffende GGZ-instelling? Zo ja, wanneer zijn deze vrijheidsbeperkende maatregelen ingesteld en is hier gehandeld in lijn met de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz)?

Ja. Raymond is van 17 juli 2009 tot het moment van zijn overlijden op 9 augustus 2009 met tussenpozen geconfronteerd met vrijheidsbeperkende maatregelen. Er is daarbij voldaan aan de eisen die de Wet Bopz stelt (externe en interne rechtspositie) Dat betekent dat de vrijheidsbeperkende interventies zijn geregistreerd en gemeld en onderbouwd zijn toegepast.

De volgende machtigingen zijn afgegeven/vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast:

- Op 17 juli 2009 is een In Bewaring Stelling (IBS) aangevraagd en afgegeven en is Raymond regelmatig in (en uit) de separeer gegaan.
- In de nacht van 20 op 21 juli wordt hij hand in hand begeleid in de separeer.
- Tussen 20 en 23 juli wordt Raymond in separeer met camerabewaking gehouden, waarbij de deur van de separeer open blijft.
- Op 23 juli vindt de IBS-zitting plaats, waarbij de IBS wordt bekrachtigd. De situatie van Raymond wordt gecontinueerd.
- Per 27 juli wordt Raymond meer verward. Wanneer hij niet in het Deventer ziekenhuis verblijft, verblijft hij onder continu toezicht in de (open) separeer van Dimence.

VVD2: Zou de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg – die nog in behandeling is in de Tweede Kamer – tot een andere loop van het proces hebben geleid als deze reeds in werking was getreden?

Nee. De nieuwe Wet verplichte GGZ verruimt de opname- en behandel-mogelijkheden voor patiënten die zich niet vrijwillig aan zorg willen onderwerpen. In deze casus is Raymond eerst vrijwillig opgenomen. Per 17 juli is de vrijwillige opname omgezet in een gedwongen opname en zijn vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet. De nog door de Tweede Kamer in behandeling zijnde Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg zou hier niets aan hebben veranderd. Het probleem in deze casus spitste zich toe op het gebrek aan adequate integrale behandeling op een locatie die niet was toegerust voor een patiënt met zowel zeer ernstige somatische als psychiatrische problematiek.

VVD3: Wat was de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij deze vrijheidsbeperkende maatregelen?

De rol van de inspectie bestond uit het voeren van een adviesgesprek op 23 juli 2009 met GGZ-instelling Dimence over de zorg voor Raymond op dat moment. Dimence vond dat Raymond, gezien zijn problematiek, thuishoorde in een klinisch intensieve behandelunit (een centrum voor psychiatrisch patiënten die te complex zijn voor de reguliere GGZ). Dimence liet weten Raymond hiervoor te hebben aangemeld. In de tussentijd stond Raymond binnen de instelling onder intensief toezicht en werd hij 24 uur per dag door bewakingspersoneel met verpleegkundige achterwacht in de gaten gehouden. De inspectie oordeelde dat Dimence, binnen haar mogelijkheden, zorgvuldig handelde en sprak met de instelling af dat deze schriftelijk melding zou maken van deze complexe situatie. Dit is gebeurd. Het eerstvolgende contact daarna tussen de IGZ en Dimence betrof de melding van het overlijden van Raymond. Zie ook het antwoord op de vragen PVDA6, PVDA20.

VVD4: Heeft de IGZ tussentijds controles uitgevoerd bij de betreffende GGZ-instelling om de actuele situatie omtrent de vrijheidsbeperkende maatregelen te monitoren? Zo nee, waarom niet?



Nee. Op 23 juli is op de vraag om advies van Dimence door de inspectie geoordeeld dat het door Dimence ingezette (vrijheidsbeperkende) beleid proportioneel was en dat er door de instelling actief werd ingezet op noodzakelijke plaatsing van Raymond in een geschikte instelling elders. Er was op dat moment geen sprake van onverantwoorde zorg dan wel een calamiteit. Er was dan ook geen reden om de situatie te monitoren. Zie ook het antwoord op vraag PVDA6.

VVD5: Heeft de IGZ de betreffende GGZ-instelling – conform de intentieverklaring uit 2008 die gericht is op het terugdringen van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen – aangejaagd om een alternatieve oplossing te realiseren?

Nee, dit was dat moment niet nodig. Op basis van de op 23 juli gewisselde informatie oordeelde de IGZ dat de vrijheidsbeperkende maatregelen die jegens Raymond waren ingezet, proportioneel waren en op dat moment voor zijn bescherming de beste optie, althans in afwachting van plaatsing in een geschikte instelling elders. Ook andere alternatieven als fixatie en ECT zijn overwogen en met de IGZ besproken.

VVD6: Zijn pogingen ondernomen om – bijvoorbeeld via raadpleging van andere zorgaanbieders of het CCE – alternatieven te ontwikkelen voor de behandeling van Raymond? Is de bekendheid van de CCE voldoende? In 2009 was het Centrum voor Consultatie en Expertise – Partner in complexe zorg (CCE) nog niet actief en bekend binnen de psychiatrie. Sinds het CCE in het kader van het terugdringen van dwang en drang in de GGZ meer kennis heeft ontwikkeld en haar kennis expliciet aan de psychiatrie heeft aangeboden, wordt deze expertise in de GGZ meer gebruikt. Zo ook op de gesloten afdeling waar Raymond destijds verbleef. Het Deventer Ziekenhuis heeft geen andere zorgaanbieders geraadpleegd en heeft Raymond ook niet elders aangemeld/doorverwezen. Raymond is door Dimence, gezien zijn problematiek, aangemeld voor opname en consultatie bij de KIB (klinisch intensieve behandelunit) de Meeren te Amsterdam. Zowel het inzetten van consultatie als het realiseren van een opname bij de KIB vraagt in het algemeen een wachttijd van enkele weken tot ca. 3 maanden. Er stond voor Raymond een consultatie gepland in de tweede week van augustus maar Raymond overleed voor die tijd.

VVD7: In hoeverre is deze calamiteit een incident, of is er sprake van een structureel probleem ten aanzien van de somatische behandeling van psychiatrische patiënten? Het gaat hier om een incident. Het is zo dat de behandeling van psychiatrische patiënten met zogeheten somatische comorbiditeit een terugkerend en bekend probleem is binnen de psychiatrie en de ziekenhuiszorg. Het is voor zowel algemene ziekenhuizen als GGZ-instellingen regelmatig moeilijk om patiënten optimaal te behandelen die naast lichamelijk, ook psychiatrisch ziek zijn. De calamiteit zoals ontstaan rond de zorg voor Raymond is desalniettemin een incident te noemen. Een situatie, waarbij beide ziektebeelden zich zo ernstig en zo prominent op hetzelfde moment manifesteren, is een uitzondering. Meestal voert een van beide ziektebeelden de boventoon. Zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg als ook GGZ Nederland hebben de somatische comorbiditeit als een van de speerpunten op het gebied van veiligheid en kwaliteit van psychiatrische zorg op de agenda staan. GGZ-Nederland heeft dit opgenomen in het veiligheidsprogramma «veilige zorg ieders zorg». Voor 2012 staat bij de inspectie een thematisch toezichtonderzoek op de agenda. Hierbij wordt gekeken naar hoe de keten- en netwerkzorg voor de groep psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit is georganiseerd en in welke mate er welke risico's en tekortkomingen zijn en welke (goede) oplossingen daarvoor gevonden zijn. (Zie ook het antwoord op vraag PVDA35 en het antwoord

op CDA1 t.a.v. hoofdbehandelaarschap (gebruik KNMG handreiking) en het toezicht van de IGZ daarop.).

VVD8: Wordt in het aangekondigde onderzoek van de IGZ ook bekeken of er in het verleden vaker problemen zijn ontstaan wanneer psychiatrische patiënten behandeld moesten worden voor somatische klachten? Ja, de inspectie maakt bij ieder thematisch toezichtonderzoek gebruik van diverse bronnen, waaronder literatuur en meldingen van calamiteiten, incidenten en klachten uit het verleden.

VVD9: Inventariseert de IGZ in dit onderzoek ook in hoeverre er in de huidige situatie (afdoende) afspraken zijn gemaakt tussen GGZ-instellingen en (nabij gelegen) ziekenhuizen?

Ja. De IGZ inventariseert en beoordeelt afspraken die zijn gemaakt op drie niveaus:

- Macro: landelijk, tussen de koepels in de GGZ en de ziekenhuissector
- Meso: regionaal, tussen ziekenhuizen en GGZ-instellingen onderling
- Micro: lokaal, tussen individuele zorginstellingen

VVD10: Wordt ook de huidige regelgeving tegen het licht gehouden, om te bezien of hier mogelijk belemmeringen uit voortvloeien die een adequate samenwerking tussen GGZ-instellingen en ziekenhuizen in de weg staan? Met de IGZ is afgesproken dat zij eventuele belemmeringen die zij tijdens haar onderzoek tegenkomt aan mij kenbaar zal maken.

VVD11: In haar brief geeft de minister aan dat Raymond was aangemeld voor een Klinische Intensieve Behandelunit (KIB), maar dat hier niet direct plaats was voor hem. Is er sprake van wachtlijsten bij dergelijke gespecialiseerde behandelunits?

Raymond is door Dimence, gezien zijn problematiek, aangemeld voor opname bij de KIB (klinisch intensieve behandelunit) de Meeren te Amsterdam. De KIB is een voorziening waarvan er drie voor de reguliere patiënten in Nederland beschikbaar zijn. Zij hebben elk een deel van Nederland waarvoor zijn patiënten opnemen uit andere instellingen. De KIB's werken daarbij samen. Het realiseren van een opname bij de KIB vraagt in het algemeen een wachttijd van enkele weken tot ca. 3 maanden. De KIB kan advies geven aan de aanvragende instelling gedurende de wachttijd en doet dat ook in de praktijk. Er stond voor Raymond een intake gepland in de tweede week van augustus maar Raymond overleed voor die tijd. Overigens wordt betwijfeld of een patiënt met deze verwondingen op het moment dat deze is aangemeld voor de KIB nog de aangewezen voorziening zou zijn geweest.

VVD12: Is er na aanmelding van Raymond contact geweest tussen de betreffende KIB en de GGZ-instelling om de casus te bespreken? Zo nee, waarom niet?

Zie het antwoord op vraag VVD11.

VVD13: Zou het niet gewenst zijn dat wanneer een patiënt wordt aangemeld die niet op dat moment opgenomen kan worden, er in ieder geval een adviesrelatie tot stand komt tussen de KIB en de GGZ-instelling waar de betreffende patiënt noodgedwongen moet blijven?

Ja, dit is zeker gewenst. De KIB kan advies geven aan de aanvragende instelling gedurende de wachttijd en doet dat ook in de praktijk. Zie het antwoord op vraag VVD6 en VVD11.

VVD14: Zijn, op het moment dat bekend was dat het Deventer Ziekenhuis geen beschikking had over de gewenste Psychiatrisch Medische Unit (PMU) of een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ), pogingen ondernomen om Raymond op een andere locatie dan het

Deventer Ziekenhuis op te laten nemen, daar waar wel sprake was van de bedoelde voorzieningen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom is dit niet gelukt?

Nee. Zowel het Deventer Ziekenhuis als Dimence hebben in de periode dat intensieve somatische zorg noodzakelijk was niet gezocht naar een andere locatie om Raymond te behandelen. Zowel ik als de inspectie delen de conclusie van de onderzoekscommissie dat de zorg die door de betrokken medisch specialisten op met name 2 en 3 augustus is gegeven niet toereikend was. Men had zorgvuldiger alternatieven moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en te verplegen of actief naar volwaardige opties buiten het (eigen) ziekenhuis moeten zoeken. Terugsturen van Raymond op 3 augustus naar de GGZ-instelling was geen goede keuze. Ik deel ook de constatering dat de eindverantwoordelijk psychiater Raymond op 3 augustus niet terug had moeten nemen. Ook deze had nog actiever naar alternatieven moeten blijven zoeken.

VVD15: Heeft het Deventer Ziekenhuis actief geprobeerd contact te leggen met een ziekenhuis dat wel over de benodigde voorzieningen beschikt om zodoende een adequate behandeling voor Raymond te organiseren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom is dit niet gelukt?

Nee. Zie het antwoord op vraag VVD14.

VVD16: Is het mogelijk deze casus in te brengen in de Denktank complexe zorg, zodat ook ten aanzien van psychiatrische patiënten met somatische problematiek verkend wordt hoe schijnbaar perspectiefloze situaties kunnen worden vlotgetrokken zodat deze cliënten zich zoveel mogelijk in vrijheid kunnen bewegen?

De Denktank complexe zorg is weliswaar ingesteld naar aanleiding van casus B., maar behandelt als zodanig geen individuele casuïstiek. De Denktank gaat op zoek naar (behandel)methodieken om problematiek van cliënten die in vergelijkbare omstandigheden als B. verkeren op te lossen. Het gaat daarbij om een inhoudelijke verdiepingsslag.

De casus van Raymond betreft een complexe zorgvraag vanuit de GGZ en somatische zorg. De Denktank zal adviseren over het proces van de zorgverlening en de organisatie van het zorgstelsel rond complexe zorgvragen binnen de gehandicaptenzorg. Vaak gaat het dan om cliënten die kampen met psychiatrische problematiek (of somatische problematiek). Er is dan sprake van comorbiditeit. Als cliënten binnen de GGZ verblijven valt dit buiten de scope van de opdracht van de Denktank.

PVDA1: Hoe is het mogelijk geweest dat Raymond zichzelf zo heeft kunnen beschadigen, terwijl hij onder toezicht stond vanwege gedwongen opname?

Op deze vraag kan ik om privacyredenen niet diep ingaan. Wel kan ik opmerken dat Raymond al lange tijd psychiatrisch ernstig ziek was en een zeer diepe wens had zijn leven te beëindigen.

PVDA2: Waarom verbleef Raymond zo lang in de isoleercel? Dat is beheersen, niet behandelen.

Raymond is vanaf 17 juli met tussenpozen in de separeercel geplaatst. Dit was deels vrijwillig, deels gedwongen. De maatregel was primair bedoeld om hem, voor zover mogelijk, te beletten zichzelf te verwonden.

PVDA3: Waarom is er vanuit de psychiatrie niet geëist dat Raymond in het ziekenhuis werd opgenomen en waarom werd niet de hulp ingeroepen van de IGZ?

Ik deel de mening van de inspectie en de externe onderzoekscommissie dat zowel de medisch specialisten in het ziekenhuis als de eindverantwoordelijk psychiater zorgvuldiger en actiever alternatieven hadden

moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en te verplegen of actief naar volwaardige opties buiten het (eigen) ziekenhuis hadden moeten zoeken.

PVDA4: Waarom hebben verschillende artsen in het ziekenhuis niet alle medische problemen onderkend en de patiënt meerdere malen heengezonden?

De uitgevoerde diagnostiek is niet zozeer het probleem in deze casus, noch de behandeling van Raymond in de periode tot 2 augustus. Wat heeft geleid tot de calamiteit is het ontbreken van adequate afstemming en besluitvorming tussen de medisch specialisten in het ziekenhuis en de psychiatrische behandelaars over de zorg die had moeten worden geboden in de periode 2 t/m 9 augustus. Zie verder het antwoord op vraag PVDA3.

PVDA5: Kan er een landelijk dekkend netwerk van high care GGZ-units komen, naar analogie van IC/ HC voor ernstige lichamelijke problemen? GGZ Nederland heeft in 2010 een werkdokument ontwikkeld voor intensive care. Dit kan uitgroeien tot een veldnorm, die beschrijft hoe een IC in de ggz eruit ziet. Dit is de basis voor het leveren van de juiste zorg aan patiënten met een acuut complexe zorgvraag. Daarnaast heeft de Gezondheidsraad voor komend jaar een onderzoek in voorbereiding naar de afbakening van topklinische zorg voor vergelijkbare patiënten. Naar verwachting zal uit dit onderzoek blijken welke (patiënt)kenmerken onderscheidend zijn voor afbakening van deze doelgroep. Deze informatie is noodzakelijk om conclusies te kunnen trekken over de benodigde beschikbaarheid van IC's. Dat hoeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders er niet van te weerhouden om vooruitlopend hierop alvast afspraken te maken bij inkoop van zorg, zodanig dat er uiteindelijk sprake is van een landelijk dekkend aanbod.

PVDA6: Waarom heeft de inspectie niet eerder ingegrepen? Kan er een onafhankelijk onderzoek komen naar de reden waarom de zorg onmenselijk was en waarom de inspectie niet adequaat ingreep, met als doel dit in de toekomst te voorkomen?

Op 23 juli 2009 is op de vraag om advies van Dimence door de inspectie geoordeeld dat het door Dimence ingezette (vrijheidsbeperkende) beleid proportioneel was en dat Dimence binnen haar mogelijkheden zorgvuldig handelde en dat er door de instelling actief werd ingezet op noodzakelijke plaatsing van Raymond in een geschikte instelling elders. Tijdens het gesprek heeft de inspectie zich ervan vergewist dat de instelling in staat was om veilige zorg aan Raymond te leveren. Dit realiseerde de instelling door middel van 7/24 uur toezicht op Raymond te realiseren, met inzet van extra (bewakings)personeel tot aan de mogelijkheid van overplaatsing. Zie ook het antwoord op vraag VVD3 en VVD4. Samengevat concludeerde de inspectie dat er op 23 juli 2009 geen sprake was van onverantwoorde zorg dan wel een calamiteit en dat er dan ook geen reden was om de situatie te monitoren. De inspectie heeft na 23 juli geen nieuwe signalen ontvangen op basis waarvan enige bemoeienis vanuit de inspectie bij deze casus gewenst of gerechtvaardigd zou zijn geweest. Op 10 augustus 2009 ontving de inspectie een calamiteitenmelding over het overlijden van Raymond op 9 augustus 2009 en heeft zij de calamiteit vervolgens in behandeling genomen. Ik deel de mening niet dat de inspectie niet adequaat zou hebben ingegrepen. Instellingen hebben ook zelf de verantwoordelijkheid om op het moment dat een situatie een calamiteit dreigt te worden hierop passende maatregelen te nemen. Op basis van de twee verrichte onderzoeken is voor de inspectie duidelijk geworden wat zich feitelijk tussen 2 en 9 augustus 2009 heeft afgespeeld. Zie ook het antwoord op de vragen VVD-3, VVD-4. Nadat de inspectie kennis had genomen van het verrichte interne onderzoek, heeft de inspectie beide

instelling vervolgens verzocht om onder extern voorzitterschap een uitvoerig onderzoek in te stellen. De inspectie heeft de onderzoeksopzet en vragen vooraf beoordeeld en geaccordeerd. Op 23 maart 2010 ontving de inspectie de onderzoeksrapportage «Lichaam en Geest». Ik ben met de inspectie van mening dat er goed onderzoek is verricht. Ik onderschrijf dan ook de conclusies en de aanbevelingen in het rapport. Nog een onderzoek over de casus of over de rol en positie van de inspectie daarbij, acht ik niet opportuun: het zou niets toevoegen aan de feiten.

PVDA7: In het algemeen is er weinig kennis over en begrip voor mensen met psychische problemen. Men is bang, onwetend, soms worden het «aanstellers» genoemd. Niet alleen in de samenleving, maar ook in de zorg – buiten de GGZ – is dit het geval. Ziet de minister dit ook als probleem? Ziet de minister mogelijkheden om te stimuleren dat dit negatieve beeld verdwijnt? Zo ja, op welke manier?

Ik zie dat het beeld wat men heeft bij mensen met een psychische ziekte soms negatief is. Dit is een cultuuraspect dat ik niet alleen kan veranderen. Het is een verantwoordelijkheid van de zorgprofessional en de familie/naasten van een GGZ patiënt om hier op een goede manier mee om te gaan. Ik ga er daarbij wel vanuit dat in de opleidingen voldoende aandacht wordt besteed aan dit thema.

PVDA8: Op welke manier wordt gegarandeerd dat ook in algemene ziekenhuizen altijd hulp ingeroepen kan worden van een psychiater of sociaal-psychiatisch verpleegkundige, indien zorgverleners niet weten hoe te handelen bij een combinatie van psychische en somatische ziekten?

Ik vind het van belang dat zorgverleners weten hoe ze moeten handelen bij een combinatie van psychische en somatische ziekten. In een algemeen ziekenhuis dient een Raad van Bestuur er zorg voor te dragen dat in voorkomende gevallen dit soort zorg beschikbaar is of kan worden ingeroepen.

PVDA9: De scheiding die is aangebracht in somatiek en psychiatrie, zowel fysiek als financieel, is één van de oorzaken dat er niet goed wordt samengewerkt en afgestemd. Erkent de minister dit probleem? Zo ja, wat gaat de minister hieraan doen?

Gezondheid is een samenspel tussen lichaam en geest. Dat betekent dat beide aspecten niet verwaarloosd mogen worden in de zorg aan patiënten. De behandeling van psychiatrische patiënten met een zogeheten somatische co-morbiditeit is een terugkerend en bekend probleem binnen de psychiatrie en de ziekenhuiszorg. Het kan voor zowel algemene ziekenhuizen als GGZ-instellingen moeilijk zijn om patiënten optimaal te behandelen die lichamelijk ziek zijn en ook psychiatrische verschijnselen hebben. Goede afspraken over samenwerking tussen GGZ en ziekenhuizen zijn daarom extra belangrijk. Daar waar de lichamelijke klachten van een patiënt voorop staan kan (consultatie van) psychische hulpverlening bekostigd worden binnen de ziekenhuis DBC's. Zodra er sprake is van een psychiatrische stoornis kan een op zichzelf staande behandeling hiervoor gedeclareerd worden binnen de DBC GGZ-systematiek. Zo kan binnen het huidige stelsel verantwoorde zorg geleverd worden aan patiënten met psychische én somatische klachten.

PVDA10: Op welke manier wordt er voor gezorgd dat er bij alle medewerkers in de zorg meer kennis over en begrip voor psychisch zieke mensen ontstaat?

In de route van het vaststellen van de opleidingsprofielen van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt het beroepsprofiel als uitgangspunt genomen. Indien ontwikkelingen het noodzakelijk achten dat er een aanpassing van het beroepsprofiel aan de orde is dan verandert

daarmee ook het opleidingsprofiel van de opleidingen tot dat beroep. Het beroepsprofiel wordt vastgesteld door de beroepsgroep zelf. Bij de totstandkoming worden werkgevers en aanpalende relevante disciplines betrokken. Goede samenwerking is van groot belang en alle behandelaars in de keten hebben hierin hun deel. Wel is van belang om één eindverantwoordelijke te hebben.

In het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz, 32 402) dat in uw Kamer ter behandeling voorligt is opgenomen dat de zorgaanbieder (dus het bestuur van de instelling) ervoor verantwoordelijk is dat zorgverleners onderling de zorg met elkaar afstemmen. Zorgaanbieders moeten ook zorgdragen voor afstemming als er meerder zorgaanbieders bij de zorg betrokken zijn (artikel 7 en par. 9.5 van de memorie van toelichting).

PVDA11: Is de minister van mening dat het noodzakelijk is dat ook bij elke post voor spoedeisende eerste hulp de kennis over en het begrip voor psychisch zieken wordt vergroot?

De inspectie vindt dat kennis en deskundigheid over psychische ziektes net als in de rest van het ziekenhuis ook op SEH's aanwezig of middels consultatie 24 uur beschikbaar moet zijn. In de regio is overigens altijd een profielziekenhuis psychiatrie aanwezig. Ik ga de beroepsvereniging vragen dit profiel in 2012 nader uit te werken.

PVDA12: De leden van de fractie van de PvdA zijn van mening dat er een landelijk dekkend netwerk van high care GGZ-voorzieningen moet komen, zodat mensen met complexe problemen als Raymond snel de juiste zorg krijgen. Deelt de minister deze mening?

Zie het antwoord op vraag PVDA5.

PVDA13a: Is bij de minister bekend dat bij een ernstig psychische aandoening ernstig hersenletsel kan optreden, indien goede zorg niet op tijd of niet adequaat gegeven wordt?

Het is mij bekend dat psychische stoornissen gedrag tot gevolg kunnen hebben, zoals automutilatie, dat weer kan leiden tot hersenletsel. (bijvoorbeeld met het hoofd op de muur bonken, waardoor hersenschudding/bloeding optreedt). Binnen de GGZ wordt altijd geprobeerd het risico op zelfmutilatie zoveel mogelijk te beperken, maar helaas kan dit niet in alle gevallen worden voorkomen.

PVDA13b: Is de minister het met deze leden eens dat een wachtlijst voor de KIB onmenselijk, ongezond en gevaarlijk is? Hoe groot zijn op dit moment de wachtlijsten voor een KIB in heel Nederland? Bij een IC-afdeling wordt een wachtlijst niet geaccepteerd, waarom dan wel bij een KIB?

Ik ben het niet met u eens dat een wachtlijst voor de KIB per definitie onmenselijk, ongezond en gevaarlijk zou zijn. Bij aanmelding van een patiënt vindt een eerste screening plaats, vervolgens wordt in een intakevergadering bepaald of de persoon in kwestie in aanmerking komt voor opname in de KIB. In tegenstelling tot een IC biedt een KIB de patiënt en het behandelteam bij een verstoorde behandelrelatie weer zicht op een effectieve behandeling. Er is, anders dan op een IC, meestal geen sprake van een acute, levensbedreigende situatie die direct ingrijpen vereist. Zie ook het antwoord op de vragen VVD6 en VVD11.

PVDA14: De leden van de fractie van de PvdA hebben veel vragen over de keuzes die zijn gemaakt door de GGZ-instelling waar Raymond verbleef. Waarom is gekozen voor de isoleercel? Deze keuze impliceert de keus voor beheersen en niet voor behandelen.

Zie antwoord op vraag PVDA2.

PVDA15: Is vanaf de eerste val overwogen te kiezen voor een aangepaste isoleercel, een behandeling of medicatie? Zo nee, waarom niet?

In de doorlopende behandeling van Raymond is het voorkomen van verwonding door vallen of anderszins steeds het uitgangspunt geweest. Er is bewust gekozen voor een kale isoleercel omdat Raymond hier de minste gelegenheid had zichzelf te verwonden. Daarnaast bood dit de mogelijkheid tot continu cameratoezicht. Medicamenteuze behandeling is steeds toegepast.

PVDA16: Waarom werd uiteindelijk gekozen om Raymond op een dekentje in een open cel te plaatsen, ook toen hij heel ziek was? Binnen de GGZ wordt altijd geprobeerd het risico op zelfmutilatie zoveel mogelijk te beperken. Zo ook in deze situatie. In de laatste fase (3–8 augustus) was er echter sprake van een ernstig somatisch beeld. Patiënt had in deze periode niet binnen Dimence verpleegd mogen worden. Niet in de separeer en niet daarbuiten. Ik deel met de inspectie de conclusies van de onderzoekscommissie op dit punt.

PVDA17: Waarom werd Raymond in de gaten gehouden door een beveiligder, en niet door een behandelaar? Is personeelsgebrek de reden? Er was geen sprake van het inzetten van bewakend personeel in plaats van verplegend personeel. Het bewakend personeel was niet verpleegkundig. Het bewakend personeel was extra, zodat Raymond 24/7 in de gaten kon worden gehouden.

PVDA18: Wanneer is de IGZ geïnformeerd, en op welke wijze? Zie het antwoord op vraag VVD-3.

PVDA19: Wanneer begon de IGZ met het controleren van de dwangmaatregelen, en wat heeft de GGZ-instelling gedaan om deze controle te faciliteren? Zie het antwoord op vraag VVD-3.

PVDA20: Welk advies kreeg de GGZ-instelling van de inspectie op 24 juli 2009? Ging de IGZ bij het advies uit van de nodige zorg voor de patiënt of ging de IGZ uit van de mogelijkheden op dat moment? Is de minister van mening dat uitgangspunt altijd moet zijn: benodigde zorg en niet beschikbare zorg? Het gesprek vond plaats op 23 juli 2009. Hierin is besproken dat overplaatsing naar de KIB het meest aangewezen was. Daar was echter een wachtlijst. Zie ook het antwoord op VVD3 en PVDA6.

PVDA21: Wat was de capaciteit van de opvang op het moment dat Raymond werd opgenomen, en hoeveel gekwalificeerd personeel met welke bevoegdheden was er aanwezig? Was dit voldoende en op basis van welke normen wordt dit beoordeeld? Tijdens het gesprek van 23 juli 2009 van de inspectie met Dimence heeft de inspectie zich ervan vergewist dat de instelling in staat was de benodigde 7/24 uur toezicht op Raymond te realiseren tot de mogelijkheid van overplaatsing. Zie ook het antwoord op PVDA6.

PVDA22: Welke acties heeft de GGZ-instelling ondernomen om de familie van Raymond te betrekken bij zijn behandeling en informatie te verstrekken over zijn gezondheidstoestand? De GGZ-instelling heeft gedurende de behandeling van Raymond steeds expliciet rekening proberen te houden met diens wensen ten aanzien van contact met zijn familie.

PVDA23: Is er een patiëntvertrouwenspersoon [pvp] ingeseind, die de patiënt moet bijstaan bij drang en dwang? Zo nee, waarom niet?

Op basis van dossieronderzoek en raadpleging van de betreffende pvp is vast komen te staan dat er geen contact is geweest met de pvp over deze casus.

PVDA24: Waarom heeft de instelling niet besloten tot alternatieven, zoals één-op-één toezicht en begeleiding? Welke mogelijkheden tot uitplaatsing zijn onderzocht? Heeft de instelling gezocht naar eigen alternatieven of naar de beste zorg, al zou die wellicht elders gegeven kunnen worden? In de eerste periode van (open) separeren is ook gebruik gemaakt van één-op één toezicht en begeleiding in de separeer. Tevens zijn mogelijkheden tot uitplaatsing en consultatie onderzocht. Er is contact gelegd met de KIB te Amsterdam, voor zowel opname als consultatie. Er stond voor Raymond een consultatie gepland in de tweede week van augustus maar Raymond overleed voor die tijd.

PVDA25: Waarom heeft de instelling Raymond in de isoleercel gehouden toen zijn verwondingen duidelijk waren? Welk gevaarcriterium werd aanwezig geacht?

In de doorlopende behandeling van Raymond is het voorkomen van verwonding door vallen of anderszins steeds het uitgangspunt geweest. Er is bewust gekozen voor een kale isoleercel omdat Raymond hier de minste gelegenheid had zichzelf te verwonden. Daarnaast bood dit de mogelijkheid tot continu cameratoezicht. In de laatste fase (3–8 augustus) is er sprake van een ernstig somatisch beeld. Patiënt had in deze periode niet binnen Dimence mogen worden verpleegd. Niet in de separeer en niet daarbuiten. Ik deel met de inspectie de conclusies van de onderzoekscommissie op dit punt.

PVDA26: Wat heeft de instelling gedaan na 3 augustus 2009, toen het (hersens)letsel objectief was aangetoond, om een adequate zorglocatie voor Raymond te vinden?

Zie het antwoord op vraag VVD14.

PVDA27: Welke somatische zorg heeft de GGZ-instelling aan Raymond gegeven gedurende de laatste weken?

Door Dimence is gedurende de laatste week basale somatische zorg verleend. Zo zijn de standaard controles uitgevoerd, is wondverzorging geboden, is de diëtiste ingeschakeld en heeft consultatie bij de afdeling ouderen plaatsgevonden in verband met decubitus preventie.

PVDA28: Heeft IGZ na het eerste advies navraag gedaan over de stand van zaken? Zo nee, waarom niet.

Zie het antwoord op PVDA6.

PVDA29: Is het juist dat het betrokken ziekenhuis in 2009 een PAAZ had en een erkenning als opleidingsziekenhuis voor psychiatrie heeft? Zo ja, hoe verklaart de minister dat het ziekenhuis desondanks niet in staat was een patiënt met comorbiditeit te helpen?

Het Deventer Ziekenhuis beschikte in 2009 niet over een PAAZ, maar naast het ziekenhuis was een RGC gevestigd. Het Deventer Ziekenhuis is een opleidingsziekenhuis maar niet voor de psychiatrie, het ziekenhuis heeft ook geen psychiaters in dienst. Er is 1 psychiater als consultant werkzaam in het ziekenhuis; deze is gedetacheerd vanuit Dimence. Zie voorts het antwoord op PVDA45 met betrekking tot het RGC van Dimence naast het Deventer Ziekenhuis.

PVDA30: Wanneer en waarom heeft het ziekenhuis geweigerd om Raymond te behandelen dan wel op te nemen?

Het ziekenhuis heeft niet geweigerd om Raymond te behandelen. Wat heeft geleid tot de calamiteit is het ontbreken van adequate afstemming



en besluitvorming tussen de medisch specialisten in het ziekenhuis en de psychiatrische behandelaars over de zorg die had moeten worden geboden in de periode 2 t/m 9 augustus. Zowel ik als de inspectie delen de conclusie van de onderzoekscommissie dat de zorg die door de betrokken medisch specialisten op met name 2 en 3 augustus is gegeven niet toereikend was. Men had zorgvuldiger alternatieven moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en verplegen of actief naar opties buiten het ziekenhuis moeten zoeken. Terugsturen van Raymond op 3 augustus naar de GGZ-instelling was geen goede keuze.

PVDA31: Welke acties heeft het ziekenhuis genomen om al dan niet in samenwerking met ketenpartners adequate zorg voor Raymond te regelen?

Zie het antwoord op vraag PVDA30.

PVDA32: Waarom heeft het ziekenhuis op 3 augustus 2009, toen het (hersens)letsel objectief was aangetoond, Raymond niet gehouden om de zorg te verlenen?

Zie het antwoord op vraag PVDA30.

PVDA33: Na het overlijden van de patiënt heeft de GGZ instelling onderzoek gedaan naar de zorg die Raymond heeft gekregen. De leden van de fractie van de PVDA vragen waarom toen pas is onderzocht wat er gebeurd is en wat er had moeten gebeuren. Waarom heeft niemand tijdens zijn verblijf aan de bel getrokken?

De zorgverleners in Dimence zagen in de laatste week geen ander alternatief. Wel werd vastgesteld, na het overlijden van Raymond dat de zorg die aan Raymond was geboden zodanig ernstig en onder de maat was geweest dat er sprake was een calamiteit. Het is gebruikelijk om ná een calamiteit een onderzoek in te stellen naar wat er is gebeurd en wat er had moeten gebeuren. In totaal zijn er twee onderzoeken verricht.

PVDA34: Dit onderzoek is begin oktober 2009 aan de IGZ gezonden. Omdat vooral de somatische zorgverlening aan Raymond vragen bleef oproepen hebben zowel de GGZ-instelling als het ziekenhuis op 14 oktober 2009 van de IGZ de opdracht gekregen om een onderzoek onder leiding van een externe voorzitter in te stellen naar de zorgverlening aan Raymond in de laatste fase van zijn leven. Waarom heeft de IGZ toen niet zelf een onderzoek ingesteld, aangezien toen al bekend had moeten zijn dat er vooral fouten zijn gemaakt door gebrek aan samenwerking tussen de GGZ-instelling en het ziekenhuis?

De IGZ heeft onderzoek laten instellen. Dat is het gebruikelijke toezichtbeleid van de IGZ op basis van overwegingen van efficiency en effectiviteit. Het lerend effect voor de ondertoezichtstaande is immers doorgaans groter. Wel moet voor de inspectie vooraf voldoende duidelijk zijn dat de betrokken organisatie(s) zelf sterk de behoefte heeft (hebben) om van incidenten te willen leren en zo nodig een bepaalde situatie te verbeteren. Er moet met andere woorden bij de organisatie(s) voldoende herkenning en erkenning zijn. De IGZ ziet uiteraard toe op de kwaliteit en onafhankelijkheid van het onderzoek. In het onderhavige geval is onder voorzitterschap van een extern deskundige het onderzoek uitgevoerd. Onderzoeksvragen- en opzet zijn vooraf door de IGZ bekeken en geaccordeerd. De IGZ heeft uiteraard vervolgens de eigenstandige verantwoordelijkheid om de degelijkheid van het onderzoek te beoordelen en haar eigen consequenties te verbinden aan de uitkomsten. Wanneer de IGZ van mening is dat geen goed onderzoek is gedaan, kan zij alsnog overgaan tot het doen van eigen onderzoek. In deze casus was dat niet nodig.

PVDA35: Uit een persbericht van de IGZ van 3 november 2011 blijkt dat dit onderwerp al langer de aandacht heeft van de GGZ instelling en van de

IGZ. Waarom is er dan niet scherper gereageerd als bekend was bij de IGZ en de GGZ instelling dat dit een probleem is. Wat heeft deze extra aandacht opgeleverd?

Vanaf eind jaren '90 zijn meerdere afdelingen van GGZ-instellingen samengegaan met PAAZ-afdelingen van algemene ziekenhuizen. Dit resulteerde in de zogenaamde MFE's (Multifunctionele eenheden) of Regionale GGZ Centra (RGC's). De bedoeling was dat door bundelen van krachten van ziekenhuis en GGZ betere zorg aan somatisch zieke psychiatrische patiënten geleverd zou kunnen worden. Er zijn in het land een aantal PAAZ-afdelingen in stand gebleven. Ook is in een aantal ziekenhuizen zijn zogenaamde PMU's of MPU's (Medisch-Psychiatrische Units) opgericht. Deze ziekenhuisunits zijn bedoeld voor de meest complexe psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. Hiermee is een lappendeken aan initiatieven voor zorgverlening aan psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit ontstaan. Uit thematische toezichtbezoeken van de IGZ blijkt dat somatische comorbiditeit bij psychiatrische patiënten een hardnekkig en moeilijk te adresseren probleem blijft.

Voor 2012 staat bij de inspectie een zogeheten thematisch toezichtonderzoek op de agenda. Bij dit onderzoek wordt de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten met somatische comorbiditeit onderzocht in alle MFE's, RGC's en PMU's in heel Nederland. Dit strekt zich dus uit over zowel de GGZ als de ziekenhuiszorg. Er wordt in het onderzoek ook gekeken naar hoe de aansluiting tussen enerzijds de MFE's, RGC's en PMU's en anderzijds de reguliere ziekenhuiszorg en GGZ-zorg is vorm gegeven en hoe de keten- en netwerkzorg voor de groep psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit is georganiseerd. De casus van Raymond wordt hierbij uiteraard gebruikt als informatiebron. Op mijn verzoek zal de IGZ dit toezichtproject in de tijd naar voren halen.

PVDA36: Op 23 maart 2010 heeft de IGZ het onderzoeksrapport lichaam en geest van de GGZ instelling ontvangen. Dit onderzoek is uitgevoerd onder leiding van een onafhankelijk onderzoeker, maar in de onderzoekscommissie zaten medewerkers van het betrokken ziekenhuis en de betrokken GGZ instelling. Waarom is hiervoor gekozen en niet voor een geheel onafhankelijke commissie?

Met een externe voorzitter wordt in een belangrijk element van onafhankelijkheid voorzien. Betrokkenheid vanuit de eigen instellingen kan heel nuttig zijn omdat betrokkenen dan met mensen over situaties kunnen spreken waar zij kennis over hebben of die ze zelf hebben meegemaakt. Zie ook het antwoord op vraag PVDA34. Het resultaat was een degelijk en kritisch rapport waarin de medewerkers van de beide instellingen in het geheel niet zijn gespaard. Wanneer de IGZ van mening is dat geen goed onderzoek is gedaan, kan zij alsnog overgaan tot het doen van eigen onderzoek. In deze casus was dat niet nodig.

PVDA37: Waarom is door de onderzoekscommissie vrijwel alleen gekeken naar de bestaande omstandigheden, en niet naar de gewenste situatie voor de patiënt?

Door een feitenrelaas te maken komen de hiaten in de zorg goed aan het licht. De vervolgens geformuleerde aanbevelingen zijn uiteraard gericht op een gewenste situatie. In het verlengde hiervan hebben de beide instellingen een verbetertraject uitgewerkt, dat zich uiteraard ook richt op de gewenste situatie.

PVDA38: In hoeverre beïnvloedt een niet geheel onafhankelijke commissie een objectieve uitkomst?

De inspectie heeft de onderzoeksopzet- en vragen vooraf beoordeeld en geaccordeerd. Voorts stond de onderzoekscommissie onder leiding van een extern, onafhankelijk voorzitter. Tenslotte ben ik het met de inspectie

eens dat er wel degelijk goed en onafhankelijk onderzoek is gedaan en ik onderschrijf met de inspectie de conclusies van het rapport.

PVDA39: De leden van de PvdA-fractie vinden het goed dat de minister de conclusies en aanbevelingen van de IGZ deelt. Maar deze leden hebben nog veel vragen over de rol van de inspectie. Waarom is er naast onderzoek naar de falende zorg, niet ook onderzoek gedaan naar de rol van de inspectie in deze zaak?

Een nader onderzoek naar de rol en positie van de inspectie acht ik in deze casus niet opportuun. Zie het antwoord op vraag PVDA-6.

PVDA40: Hoe kan het dat de inspectie kwam, zag en ging, en de situatie van de patiënt niet heeft verbeterd, terwijl de IGZ onder meer de wettelijke taak heeft toe te zien op de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg?

Zie het antwoord op PVDA6. Over de vraagstukken met betrekking tot de zorgverlening aan Raymond van na 2 augustus is de inspectie niet geïnformeerd. Zie ook het antwoord op vraag PVDA21. De calamiteitsmelding van het overlijden van Raymond op 9 augustus 2009 ontving de inspectie een dag daarna. Op basis van de twee verrichte onderzoeken daarna is voor de inspectie duidelijk geworden wat zich feitelijk na 2 augustus heeft afgespeeld. Zie in dit kader ook het antwoord op PVDA-30.

PVDA41: De IGZ heeft geoordeeld dat de GGZ-instelling, binnen haar mogelijkheden, zorgvuldig handelde en sprak met de instelling af dat deze schriftelijk melding zou maken van deze complexe situatie. Op basis van welke norm oordeelde de IGZ dat de instelling zorgvuldig handelde? De inspectie concludeerde dat op 23 juli op grond van met name de Wet Bopz/Kwaliteitswet en de informatie zoals verstrekt door de instelling in het telefonisch adviesgesprek.

PVDA42: Is het juist dat er geen goede zorg verleend kon worden door een personeelstekort? Zo ja, vindt de IGZ het acceptabel dat door personeelstekorten de kwaliteit van de zorg niet goed is?

Wanneer de kwaliteit van zorg niet goed is door personeelsgebrek of anderszins, is dit voor de inspectie niet acceptabel. In dit geval was er echter geen sprake van een personeelstekort. Tijdens het adviesgesprek met Dimence heeft de inspectie zich ervan vergewist dat de instelling in staat was de benodigde 7/24 uur toezicht op Raymond te realiseren.

PVDA43: Is de minister het eens met het oordeel van de IGZ ten aanzien van de relatie tussen personeelstekorten en kwaliteit van de zorg?

Ja. Zie het antwoord op vraag PVDA42.

PVDA44: De leden van de fractie van de PvdA hebben een aantal vragen over de volgende opmerking in het persbericht van de IGZ van 3 november 2011: «De inspectie deelt de conclusies van de externe onderzoekscommissie dat de zorg die door de betrokken medisch specialisten op met name 2 en 3 augustus is gegeven niet toereikend was. Men had zorgvuldiger alternatieven moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en verplegen of actief naar opties buiten het ziekenhuis moeten zoeken. Terugsturen van Raymond op 3 augustus naar de GGZ-instelling was geen goede keuze.» Was de inspectie in augustus 2009 al van deze situatie op de hoogte? Zo ja, waarom is toen niet ingegrepen? Zo nee, waarom niet, is de instelling niet verplicht dit soort informatie aan de IGZ mede te delen? Waarom is ook geen consultatie gevraagd?

Zie het antwoord op de vragen PVDA6, PVDA20, PVDA21 en PVDA40.

PVDA45: Waarom is Raymond niet in een PMU geplaatst?

Het Deventer ziekenhuis beschikte niet over een PMU. Op de Locatie Rielerenk van Dimence naast het Deventer Ziekenhuis was een afdeling aanwezig die Dimence zelf als een PMU bestempelde, maar die deze naam niet kon dragen. De geboden faciliteiten van deze «PMU» waren immers vergelijkbaar met de faciliteiten van een gewone opnameafdeling van de GGZ en was daarmee ongeschikt voor de specifieke behandeling van Raymond. Met andere woorden: ten tijde van de casus van Raymond was er feitelijk geen PMU-zorg beschikbaar in het Deventer Ziekenhuis en ook niet in Dimence. Op basis van deze situatie hadden het Deventer Ziekenhuis en Dimence in de laatste fase van het leven van Raymond expliciet naar andere alternatieve opnamemogelijkheden voor Raymond moeten zoeken.

PVDA46: Kan de minister garanderen dat er voor patiënten als Raymond plek is op een PMU, net zoals voor lichamelijk zwaar gewonde mensen plek is op de IC?

Voor iemand met levensbedreigende problematiek moet plaats zijn op een plek die het meest past bij de situatie van de patiënt op dat moment.

PVDA47: Welke structurele verbeteringen zijn er inmiddels in de ogen van de IGZ getroffen en hoe controleert de IGZ deze verbeteringen? Administratief, of komt de IGZ langs en waarom?

Deventer Ziekenhuis en Dimence hebben met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap, de overdracht daarvan, de waarborging van de verpleegkundige zorg en de wederzijdse medische ondersteuning afspraken gemaakt en die vastgelegd in een overeenkomst. Een implementatieplan is opgesteld en wordt gemonitord door de IGZ, middels verslaglegging en bezoeken.

PVDA48: Welke inschatting heeft de IGZ gemaakt ten aanzien van de ernst en het risico op herhaling in Nederland naar aanleiding van deze calamiteit?

Bekend is dat somatische comorbiditeit bij psychiatrische patiënten (en vice versa) een hardnekkig probleem is. Echter, opgemerkt zij wel dat de situatie van Raymond, waarbij de ziektebeelden (somatiek en psychiatrie) zich beiden op hetzelfde moment extreem heftig manifesteerden, zeer uitzonderlijk is. Mildere vormen van de combinatie somatische en psychische problematiek komt vaker voor. Optimale samenwerking, ook op hoogwaardig zorgniveau, tussen de ziekenhuizen en de GGZ is evenwel noodzakelijk. Tegen deze achtergrond gaat de IGZ in 2012 de ketens van zorg die hiervoor ingericht zijn onderzoeken. Naar aanleiding van de casus heb ik de IGZ verzocht om dit toezichtproject in de tijd naar voren halen. Zie ook het antwoord op vraag PVDA-35 en het antwoord op CDA1 t.a.v. hoofdbehandelaarschap (gebruik KNMG handreiking) en het toezicht van de IGZ daarop.

PVDA49: De leden van de PvdA-fractie vragen de minister om naast antwoord op alle gestelde vragen ook een uitvoerige toelichting te geven op hoe de IGZ in dit geval volgens haar heeft gefunctioneerd. Is zij tevreden, heeft men steken laten vallen en zo ja, waar?

Is de minister bereid een onafhankelijk onderzoek te laten uitvoeren door de onderzoeksraad voor veiligheid naar de rol van de IGZ in de situatie van Raymond en in het algemeen bij patiënten die gedwongen worden opgenomen?

Hoe de inspectie heeft gefunctioneerd heb ik eerder beantwoord (zie het antwoord op de vragen VVD3, VVD4 en PVDA6). De IGZ heeft op basis van eigen bevindingen en de twee onderzoeken en zorgvuldige afwegingen er voor gekozen om geen tuchtzaken aan te spannen, maar om de casus te gebruiken als middel om structurele samenwerking tussen de betrokken instellingen af te dwingen en de ketenzorg tussen beide instellingen sterk

te verbeteren. Ik kan de aanpak van de inspectie volgen en steun die. Een onafhankelijk onderzoek van de onderzoeksraad voor de veiligheid acht ik dan ook niet opportuun.

PVDA50: Zijn er inmiddels al ondergrenzen voor verantwoorde zorg waarom de leden van de PVDA fractie in oktober 2007 hebben gevraagd naar aanleiding van het overlijden van een patiënt in een isoleercel in Amsterdam?

Er is er geen specifiek toetsingskader verantwoorde zorg in de GGZ en bij dwang en drang voor situaties waarbij er sprake is van een combinatie van geestelijke en somatische zorgvragen. Wel zijn altijd de Wet Bopz, de Kwaliteitswet, de wet BIG en de vigerende veldnormen en professionele richtlijnen van kracht.

PVDA52: Welke normen en omgangsvormen worden in de GGZ gehanteerd voor de omgang met en zorg voor suïcidale patiënten en hoe ziet de IGZ toe op naleving daarvan?

In 2011 is de Multidisciplinaire richtlijn beoordeling en behandeling van suïcidaliteit (MDR) uitgekomen. In deze MDR staat beschreven welke stappen zorgprofessionals moeten uitvoeren om suïcidaliteit goed te beoordelen en behandelen. De kern van deze MDR is dat diagnostiek plaatsvindt en de mate van suïcidaliteit wordt ingeschat. Op basis daarvan wordt de behandeling ingezet en worden zo nodig beschermende maatregelen genomen om te voorkomen dat een suïcide plaatsvindt. De IGZ heeft het afgelopen jaar in samenwerking met veldpartijen een nieuwe meldingsprocedure voor suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel ontwikkeld, die 1 op 1 aansluit bij de hiervoor genoemde MDR.

PVDA53: Inspecteert de IGZ alle instellingen, naast de themaonderzoeken en inspectie na klachten?

Ja, de IGZ inspecteerde de afgelopen jaren (2008–2011) jaarlijks alle geïntegreerde GGZ-instellingen meerdere malen. Op diverse thema's zijn deze instellingen doorgelicht (onder andere schizofreniezorg, ouderenpsychiatrie, dwang en drang). Los hiervan wordt jaarlijks een kleine honderd individuele dwangbehandelingen in alle genoemde instellingen getoetst en komt de IGZ in alle instellingen ter plaatse op geleide van calamiteitsmeldingen. Deze ontvangt de IGZ zonder uitzondering van alle instellingen.

PVDA54: Wat is het verschil in werkwijze tussen de Onderwijsinspectie en de IGZ qua aard, omvang, aantal en oorzaak van inspectiebezoeken? De relevantie van een vergelijking tussen de IGZ en de Onderwijsinspectie in relatie tot het overlijden van Raymond is mij niet geheel duidelijk. Wanneer ik omtrent deze vraag meer (context)informatie van u ontvang, dan ben ik uiteraard bereid om daar nader op in te gaan.

PVDA55: Hoeveel medewerkers heeft de IGZ specifiek voor controle, toezicht en handhaving voor het GGZ-veld? En hoeveel voor andere zorgvelden? Hoeveel medewerkers zijn er bij de IGZ beschikbaar voor de combinatie van GGZ en somatische zorg, en hoeveel voor somatische en andere vormen van zorg?

Voor het GGZ veld heeft de inspectie in totaal 28,9 fte toezichtmedewerkers beschikbaar (ca. 20 inspecteurs en ca. 10 programmamedewerkers). Voor de combinatie van GGZ en somatische zorg werken inspecteurs uit de eerste en tweedelijns curatieve zorg (23,50 en 30,9 fte) samen met GGZ-inspecteurs. Dit gebeurt, waar en wanneer dat relevant is, zo ook in de casus Raymond. Met de uitbreiding op basis van het Regeerakkoord heeft de IGZ in 2012 per programma de volgende verdeling in FTE:

- Eerstelijnsgezondheidszorg: 23,50 FTE

- Specialistische somatische zorg: 30,90 FTE
- Geestelijke Gezondheidszorg: 28,90 FTE
- Gezondheidsbevordering en -bescherming: 19,4 FTE
- Gehandicaptenzorg: 22,00 FTE
- Ouderenzorg: 33,00 FTE
- Zorg Thuis: 17,00 FTE
- Geneesmiddelen, bloed, weefsels en organen: 37,00 FTE
- Medische Technologie: 15,00 FTE
- Opsporing: 13,00 FTE
- IGZ-loket: 24,00 FTE

PVDA56: De IGZ stelt dat zowel bij de IGZ zelf als ook bij GGZ Nederland de somatische comorbiditeit al jaren als een van de speerpunten op het gebied van veiligheid en kwaliteit van psychiatrische zorg op de agenda staat. De leden van de PvdA-fractie vragen de minister of zij kan toelichten waaruit dit blijkt. Zijn er voorbeelden te noemen van acties die uit dit speerpunt voortkomen, en zo ja, wat zijn daarvan de resultaten? De IGZ heeft een onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek in de planning. Naar aanleiding van de casus van Raymond heb ik de inspectie inmiddels verzocht dit onderzoek naar voren te halen en in de eerste helft van 2012 uit te voeren en daar na de zomer over te rapporteren. Voorbeelden van de aandacht voor somatische comorbiditeit zijn binnen het programma «veilige zorg ieders zorg» te vinden (zie: [www.veiligezorgiederszorg.nl](http://www.veiligezorgiederszorg.nl)). Zie voorts het antwoord op CDA1 t.a.v. hoofdbehandelaarschap (gebruik KNMG handreiking) en het toezicht van de IGZ daarop.

PVDA57: De IGZ gaat de kwaliteit en veiligheid van zorg voor patiënten met somatische comorbiditeit onderzoeken in alle multifunctionele eenheden (MFE's), regionale centra voor de geestelijke gezondheidszorg (RCG's), en PMU's in heel Nederland. Gaat de IGZ ook onderzoeken of er voldoende van deze units zijn? Het is de bedoeling dat het IGZ-onderzoek, samen met het onderzoek van de Gezondheidsraad ook informatie oplevert over capaciteitsbehoefte voor psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit.

PVDA58: De IGZ heeft overwogen of de gestelde individuele verwijtbaarheid zou moeten leiden tot een gang naar de tuchtrechter. Zij heeft besloten dit niet opportuun te vinden. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom dit niet is gebeurd. De inspectie heeft inderdaad nadrukkelijk overwogen om de gang naar de tuchtrechter te maken, maar heeft besloten dit niet te doen. In de laatste fase van zijn leven hebben in totaal meer dan 20 specialisten (internisten, plastisch chirurgen, neurologen, spoedeisende hulpartsen, chirurgen en psychiaters) en daarnaast nog vele verpleegkundigen zorg aan Raymond geboden. In een niet-optimale keten van zorg, waarin afspraken ontbraken over verantwoordelijkheden, hebben zorgprofessionals in deze laatste periode tekortschietende beslissingen genomen. De inspectie vindt niet dat dit één of enkele van hen in bijzondere mate individueel aan te rekenen is. Daarbij komt dat de inspectie zich er, direct na het verschijnen van de externe onderzoeksrapportage, van vergewist heeft dat alle betrokkenen zich realiseren dat de manier waarop aan Raymond zorg is verleend, zeker op en na 3 augustus, ontoereikend was en anders had gemoeten; op dit punt is dus geen correctie nodig. De combinatie van deze twee redenen heeft de inspectie doen besluiten niet naar de tuchtrechter te stappen. In aanvulling daarop merk ik op dat het tuchtrecht primair een corrigerende maatregel is en geen strafmaatregel. Het tuchtrecht is er voor om professioneel gedrag te corrigeren, dat anderszins niet of minder goed is

te corrigeren. Sanctionerend of straffend optreden tegen beroepsbeoefenaars ligt op de weg van het Openbaar Ministerie (OM) en de strafrechter. Naar aanleiding van de EO-uitzending heeft het OM aanleiding gezien te onderzoeken of alsnog een strafrechtelijk onderzoek geïndiceerd is. Over de stand van zaken in dit onderzoek, kunnen nog geen mededelingen worden gedaan.

PVDA59: De IGZ heeft overwogen of de gestelde individuele verwijtbaarheid zou moeten leiden tot een gang naar de tuchtrechter. Zij heeft besloten dit niet opportuun te vinden. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom dit niet is gebeurd. Zie het antwoord op vraag PVDA58.

PVDA60: Aangezien er 20 mensen om Raymond heen stonden heeft niemand de verantwoordelijkheid genomen en kon blijkbaar niemand de cirkel van onmenselijke zorg doorbreken. Er waren regels, procedures en de verplichting tot gebruik van professioneel en gezond verstand. Toch ging het mis. De minister vraagt de sector nu weer om in werkgroepen afspraken te maken. Waarom zou dit nu wel werken? In deze casus was er sprake van een gebrek aan procedures en afstemming in de keten tussen het Deventer Ziekenhuis (somatiek) en Dimence (GGZ). Om deze reden functioneerde de keten in deze specifieke casus niet goed. Binnen de niet goed werkende keten acteerden voorts meer dan 20 professionals. Een complicerende factor hierbij was dat er voortdurend wisselende specialisten en assistenten op verschillende momenten acteerden. Het was dus niet zo dat er gelijktijdig 20 mensen rond Raymond stonden. Zie voorts het antwoord op CDA1 en CDA2 ten aanzien van de mogelijkheden die er op dit moment zijn om afspraken in de zorgketen tussen ziekenhuizen en GGZ-instellingen te verbeteren.

PVV1: Waarom heeft de inspectie niet actief meegezocht om de beste behandelplek voor deze patiënt te vinden? De verantwoordelijkheid om de juiste doorverwijzing naar een andere behandelplek te realiseren is aan de instelling. De instelling had Raymond op de wachtlijst van de KIB gezet en in overleg met de KIB de tussentijdse behandeling doorgesproken. T.a.v. de doorverwijzing naar een geschikt ziekenhuis is de instelling tekortgeschoten.

PVV2: Waarom heeft de inspectie niet zelf onderzoek verricht na de melding van overlijden? De IGZ heeft onderzoek laten instellen. Dat is het gebruikelijke toezichtbeleid van de IGZ op basis van overwegingen van efficiency en effectiviteit. Het lerend effect voor de ondertoezichtstaande is immers doorgaans groter. Wel moet voor de inspectie vooraf voldoende duidelijk zijn dat de betrokken organisatie(s) zelf sterk de behoefte heeft (hebben) om van incidenten te willen leren en zo nodig een bepaalde situatie te verbeteren. Er moet met andere woorden bij de organisatie(s) voldoende herkenning en erkenning zijn. De IGZ ziet uiteraard toe op de kwaliteit en onafhankelijkheid van het onderzoek. In het onderhavige geval is onder voorzitterschap van een extern deskundige het onderzoek uitgevoerd. Onderzoeksvragen- en opzet zijn vooraf door de IGZ bekeken en geaccordeerd. De IGZ heeft uiteraard vervolgens de eigenstandige verantwoordelijkheid om de degelijkheid van het onderzoek te beoordelen en haar eigen consequenties te verbinden aan de uitkomsten. Wanneer de IGZ van mening is dat geen goed onderzoek is gedaan, kan zij alsnog overgaan tot het doen van eigen onderzoek. In deze casus was dat niet nodig.

PVV3: Waarom heeft het Openbaar Ministerie geen sectie uitgevoerd? Na het overlijden van Raymond heeft een lijkschouw plaatsgevonden. Op basis van de bevindingen van de schouwarts was destijds (in 2009) geen

reden aan te nemen dat een strafbaar feit was gepleegd. Om die reden is besloten geen gerechtelijke sectie te laten uitvoeren.

Naar aanleiding van de EO-uitzending heeft het OM aanleiding gezien te onderzoeken of alsnog een strafrechtelijk onderzoek geïndiceerd is. Over de stand van zaken in dit onderzoek, kunnen nog geen mededelingen worden gedaan.

PVV4: (IGZ)

Het kan toch niet zo zijn dat betrokken artsen en zorgverleners die verwijtbaar gehandeld hebben, hiervan geen gevolgen ondervinden? Zie het antwoord op vraag PVDA58.

CDA1: De leden van de CDA-fractie vinden het onbegrijpelijk dat geen sprake was van coördinatie van zorg rond een patiënt met zo'n complexe zorgvraag. Waarom bestaan er geen afspraken in ziekenhuizen over het coördineren van zorg als in korte tijd iemand meerdere malen in een ziekenhuis terecht komt?

Indien een patiënt een zeer complexe zorgvraag heeft en daarvoor met veel verschillende zorgverleners te maken heeft is het belangrijk dat zorgverleners hun verantwoordelijkheid weten en nemen en goed aan elkaar overdragen. Voorliggende casus bewijst het belang hiervan. In 2010 heeft de KNMG het initiatief genomen voor de *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Deze handreiking moet de samenwerking tussen verschillende zorgverleners verbeteren en ook is daarin aangegeven dat de regie voor de behandeling van een patiënt altijd bij één behandelaar moet worden belegd (hoofdbehandelaarschap). Ook GGZ Nederland is bij dit initiatief betrokken. In 2012 dient de implementatie van de handreiking door het veld te zijn afgerond. Naar aanleiding van deze casus gebruikt de IGZ overigens deze concepthandreiking inmiddels in haar toezicht, met name bij incidenten en calamiteiten.

CDA2: Welke mogelijkheden ziet de minister om de afspraken in de zorgketen tussen alle ziekenhuizen en alle GGZ-instellingen te verbeteren? Welke actie is de minister bereid om te ondernemen?

GGZ-zorgaanbieders zijn op dit moment al wettelijk verplicht om hun crisiszorg regionaal af te stemmen. Dit doen zij binnen de regionale overleggen acute zorg (ROAZ), waar naast alle andere aanbieders van acute zorg (ziekenhuizen, huisartsen, HAP, verloskundigen en ambulance) regelmatig ook zorgverzekeraars aan tafel zitten. Zo worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt over voldoende regionale capaciteit. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod dienen binnen de keten opgevangen te worden. Zo kunnen alle noodzakelijke voorzieningen voor patiënten als Raymond afgestemd worden op lokaal niveau. Het is aan de regionale stakeholders zelf om hier duidelijke afspraken over te maken. De GGZ-instelling die crisiszorg levert wordt geacht in haar jaarverslag verantwoording af te leggen over de wijze waarop invulling is gegeven aan deze afspraken. Zie voorts het antwoord op CDA1 t.a.v. hoofdbehandelaarschap (gebruik KNMG handreiking) en het toezicht van de IGZ daarop.

CDA3: Overigens vragen de leden van de CDA-fractie hoeveel psychiatrische patiënten een dergelijke ernstige samenloop van aandoeningen hebben. Kan de minister daarin, wellicht in overleg met GGZ Nederland, meer inzicht verschaffen?

Exacte cijfers zijn niet te geven, maar een situatie, waarbij beide ziektebeelden zich zo ernstig en zo prominent op hetzelfde moment manifesteren, is een uitzondering. Veel vaker voert een van beide ziektebeelden de boventoon.



CDA4: De minister geeft aan dat de GGZ-instelling Dimence had geconstateerd dat Raymond in feite thuis hoorde op een Klinische Intensieve Behandelunit. Voor een dergelijke unit was Raymond aangemeld, maar er bleek niet direct plaats. Waarom waren er geen tijdelijke plaatsen beschikbaar om Raymond goede zorg te verlenen?

Raymond was geplaatst op de wachtlijst voor de KIB de Meeren. Voor de periode waarin Raymond nog niet geplaatst kon worden, was een consultatieafpraak gepland. Er was geen plaats voor directe opname. Zie ook het antwoord op de vragen VVD6, VVD11 en PVDA25.

CDA5: Hoe vaak komt dit probleem voor en leidt dit tot schrijnende situaties?

Bekend is dat somatische comorbiditeit bij psychiatrische patiënten (en vice versa) een hardnekkig probleem is. Echter, opgemerkt zij wel dat de situatie van Raymond, waarbij de beelden (somatiek en psychiatrie) zich zo prominent op hetzelfde moment allebei en extreem heftig manifesteerden, een zeer uitzonderlijke situatie opleverde. Mildere vormen van de combinatie somatische en psychische problematiek komen vaker voor. Optimale samenwerking, ook op hoogwaardig zorgniveau, tussen de ziekenhuizen en de GGZ is noodzakelijk. Tegen deze achtergrond gaat de IGZ in heel Nederland de ketens van zorg die hiervoor ingericht zijn onderzoeken.

CDA6: Waarom is er niet overwogen om Raymond direct naar een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis te sturen?

Het Deventer ziekenhuis heeft geen PAAZ noch een PMU afdeling. Eind 2008 is het nieuw gebouwde Deventer ziekenhuis (voorheen in de stad, nu buiten de stad naast het Dimence terrein) geopend zonder voorzieningen voor de ziekenhuispsychiatrie. Zie voorts het antwoord op PVDA45.

CDA7: Bestaan er protocollen die ondersteunend kunnen zijn om een dergelijke afweging te kunnen maken, zoals bij een instelling als Reinier van Arkel, die een speciale kliniek in het Jeroen Bosch ziekenhuis heeft? Ja. Tussen Dimence en het Deventer Ziekenhuis zijn inmiddels duidelijke afspraken gemaakt omtrent de handelswijze bij verwijzingen. Zie ook het antwoord op vraag PVDA47.

CDA8: De instelling Dimence heeft op een gegeven moment de psychiatrisch patiënt weer opgenomen, nadat hij zeer verzwakt en onbehandeld uit het ziekenhuis is gekomen. Waarom heeft de GGZ-instelling niet overwogen om opnieuw de inspectie in te schakelen? Dat weet ik niet. Zie voorts het antwoord op vraag PVV1.

CDA9: Op welke wijze had het CCE hierin nog een rol kunnen vervullen? Zie het antwoord op vraag VVD6.

CDA10: Een andere belangrijke factor van het tuchtrecht is dat tuchtrecht ook bedoeld is om de beroepsbeoefenaars in de hele sector te laten leren van de fouten van een ander. Anders zou er ook geen plicht tot openbaarmaking zijn opgenomen in de Wet BIG. Tevens worden elke week uitspraken van tuchtcolleges uitgelicht over de fouten van andere beroepsbeoefenaars. De leden van de CDA-fractie vragen de minister dit element nog een keer mee te nemen in de beantwoording van de vraag of individuele beroepsbeoefenaars wel of niet onderworpen zouden moeten worden aan het tuchtrecht.

Zie het antwoord op de vragen PVDA58 en SP19.

CDA11: In hoeverre bestaat er dan de mogelijkheid om het management aansprakelijk dan wel verantwoordelijk te stellen, vragen de leden van de CDA-fractie.

Het management van de instelling is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De Inspectie ziet toe op de kwaliteit van de geleverde zorg. De minister kan het bestuur van de instelling een aanwijzing geven. De inspectie kan een bevel uitvaardigen. Een raad van bestuur kan bij de burgerlijke rechter aansprakelijk worden gesteld wanneer een medewerker schade veroorzaakt tijdens de uitoefening van het werk.

Als er grote problemen zijn bij een zorginstelling, waarbij getwijfeld wordt aan het beleid van die zorginstelling, dan is het aan de Raad van Toezicht, de Ondernemingsraad en/of de cliëntvertegenwoordigend orgaan om maatregelen te nemen. Het cliëntvertegenwoordigend orgaan kan op basis van de Wet cliëntenrechten zorg bijvoorbeeld een enquêteverzoek in gang zetten. De rechter zal de gang van zaken binnen de zorginstelling onderzoeken en een uitspraak doen of er sprake is geweest van wanbeleid. Een uitspraak in de enquêteprocedure kan voor de enquêteverzoeker als opstap dienen voor het aansprakelijk stellen van het bestuur.

CDA12: Uit de uitzending «De vijfde dag» is gebleken dat de familie slecht toegang kreeg tot Raymond. Na vier weken kregen zij pas de mogelijkheid om hem in de psychiatrische instelling te bezoeken. Wat is het oordeel van de minister over de wijze waarop de familie van Raymond geen toegang kreeg?

Betrokkenheid van familie en naasten in de GGZ vind ik – met inachtneming van de wensen en behoeften van de cliënt – belangrijk. Ik betreur het zeer dat het contact tussen de instelling en familie en patiënt niet optimaal was. De instellingen hebben de inspectie laten weten dat Raymond bij leven regelmatig ambivalent was ten aanzien van de relatie met zijn familie.

Ik overweeg om in het kader van de aanbidding van de nota naar aanleiding van het verslag en de nota van wijziging van de Wet verplichte GGZ een verplichting op te nemen om in zorgplannen afspraken vast te leggen over eventuele betrokkenheid van familie en naasten. Meer in het bijzonder kan de verdere introductie van de familievertrouwenspersoon (fvp) in GGZ-instellingen bijdragen aan een verbetering van de betrokkenheid van de familie bij de zorgverlening van patiënten in de GGZ. De fvp kan familie en naasten desgevraagd informeren over hun rechten en mogelijkheden om over de behandeling van de patiënt geïnformeerd of bij de behandeling betrokken te worden. Steeds meer GGZ-instellingen onderkennen overigens ook het belang om beleid op dit punt te ontwikkelen en tot uitvoering te brengen.

CDA13: Het is de leden van de CDA-fractie al eerder opgevallen dat de verhouding tussen de familie en de geestelijke gezondheidszorg dikwijls moeizaam is. Welke mogelijkheden ziet de minister om de betrokkenheid van de familie bij het verlenen van geestelijke gezondheidszorg te verbeteren?

Zie het antwoord op vraag CDA12.

CDA14: Hoe staat het met de invoering van de familievertrouwenspersoon binnen de GGZ-instellingen? Hoe kunnen kleinere instellingen ook van deze vertrouwenspersonen gebruik maken?

De invoering van de familievertrouwenspersoon (fvp) wordt door de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersoon (LSFVP), die een projectsubsidie ontvangt van het Ministerie van VWS, voortvarend ter hand genomen. Volgens de planning van de LSFVP zullen aan het einde van dit jaar 25 grote GGZ-instellingen beschikken over een fvp. Daarnaast heeft de LSFVP ook een landelijke telefonische hulplijn waar familieleden van instellingen zonder fvp gebruik van kunnen maken. In dit verband verwijs ik tevens naar mijn antwoorden van begin november jl. op vragen

van het Kamerlid Leijten en van het Kamerlid Bouwmeester over GGZ-instellingen die familie van een patiënt buitenspel zet.

CDA15: Binnen het gevangeniswezen bestaat er een Beginselenwet gevangeniswezen, waarin onder meer rechten voor gedetineerden zijn opgenomen. Waarom bestaat er geen beginselenwet geestelijke gezondheidszorg, waarin dergelijke rechten geregeld zijn? In hoeverre gaat de Wet cliëntenrechten zorg hieraan invulling geven?

Op zeer korte termijn ontvangt de Tweede Kamer het voorstel voor de Beginselenwet AWBZ-zorg. Dit wetsvoorstel is een aanvulling voor AWBZ-zorg (en dus ook voor de geestelijke gezondheidszorg die gefinancierd wordt uit de AWBZ) op de Wet cliëntenrechten zorg, die geldt voor alle zorg.

CDA16: Ook blijkt uit de uitzending dat de familie de mogelijkheid kreeg om het onderzoeksrapport in te zien. Daarbij is wel de voorwaarde opgenomen dat zij het verhaal niet in de openbaarheid zouden mogen brengen. Is het stellen van zo'n voorwaarde juridisch legitiem? De instellingen hebben de IGZ laten weten dat Raymond bij leven regelmatig ambivalent was in de mate waarin hij informatie over hemzelf wilde (laten) delen met zijn familie. Na zijn overlijden heeft dit de instellingen voor een dilemma geplaatst. Het delen van medisch-psychiatrische informatie over Raymond in de laatste fase van zijn leven met de familie zou de instellingen nopen tot het doorbreken van hun beroepsgeheim. Tegelijk wilden de instellingen recht doen aan de begrijpelijke vragen van de familie over de zorgverlening (en de gebreken daarbij) in de laatste fase van het leven van Raymond. Tegen deze achtergrond hebben de instellingen een overeenkomst laten opstellen waarin is opgenomen dat de familie de medisch-psychiatrische informatie omtrent Raymond zal ontvangen, mits zij hiermee niet naar buiten treden. Op deze wijze hebben de instellingen, alle belangen afwegend het doorbreken van het beroepsgeheim willen legitimeren.

CDA17: Hoe moeten de leden van de CDA-fractie het zien dat met het stellen van die voorwaarde ook een financiële schadevergoeding verbonden was? Dat is een op het oog merkwaardige combinatie en roept de schijn op van zwijggeld.

Zie het antwoord op vraag CDA16. Pas in tweede instantie is ervoor gekozen om de schade die de familie heeft geleden in de vorm van advocaatkosten en begrafeniskosten, te vergoeden.

De handelwijze past dan bij een goede manier van incidentafhandeling, namelijk onderzoek, excuses, vergoeden schade en verbeterplan.

SP1: De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat de betreffende patiënt geen bezoek van familie of vrienden mocht ontvangen. Ook vragen zij wie op welke gronden bepaalt of een patiënt, die afgezonderd is, wel of geen bezoek mag ontvangen van familie of vrienden. In deze situatie speelde dat de patiënt zelf wisselend was in zijn bereidheid tot het onderhouden van contact met zijn familie. Binnen de GGZ is staand beleid dat een patiënt te allen tijde contact mag hebben met familie of vrienden mits dit in overeenstemming is met de wens van de patiënt. Dat geldt dus ook voor de onderhavige casus.

SP2: Deze leden vragen of de patiënt is gezien door een lijkschouwer. Kan de minister een reactie geven op de mening van de SP dat het standaard zou moeten zijn, dat bij overlijden in een isoleercel of bij fatale verwondingen opgelopen in een isoleercel, een lijkschouwer komt oordelen? Ja. De overleden patiënt is gezien door de gemeentelijk lijkschouwer. Deze heeft geconcludeerd dat er sprake was van een niet natuurlijke dood als gevolg van suïcide.

Het is overigens niet zo dat bij overlijden in een isoleercel of bij fatale verwondingen opgelopen in een isoleercel, altijd een gemeentelijk lijkschouwer komt oordelen. De Wet op de lijkbezorging geeft in artikel 7 aan wat de arts die de eerste schouw doet, *mag* doen als hij van een natuurlijke doodsoorzaak overtuigd is namelijk (volgens uit eerste lid) een verklaring van overlijden afgeven en wat hij *moet* doen als hij niet overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak namelijk (volgens uit derde lid), een gemeentelijk lijkschouwer informeren. Deze laatste kan vervolgens besluiten om zelf het lijk te komen schouwen. Is hij niet overtuigd van een natuurlijke doodsoorzaak, dan brengt hij onder meer verslag uit aan de officier van justitie.

Het zou niet nodig zijn standaard de gemeentelijk lijkschouwer te laten komen, omdat immers ook sprake kan zijn van een evident natuurlijke doodsoorzaak. Het zou een inbreuk zijn op het bestaande systeem en daar is geen aanleiding voor.

SP3: Voor zijn overlijden is de patiënt door 20 specialisten onderzocht en 10 keer heen en weer gegaan tussen de GGZ-instelling en het ziekenhuis. De leden van SP-fractie vragen waarom de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet veel eerder dan 23 juli 2009 op de hoogte is gesteld van de complexe situatie, zodat tijdig ingrijpen mogelijk was.

De IGZ hoeft niet ingeschakeld te worden in geval van complexe casuïstiek. Het is aan de instellingen om verantwoorde zorg te leveren, en door te verwijzen of anderszins aanvaardbare oplossingen te realiseren als men dit niet kan waarmaken.

SP4: Tevens vragen zij waarom er niet bij derden of een ander ziekenhuis om hulp, dan wel ondersteuning is gevraagd door hulpverleners of specialisten.

Dit is wel gebeurd in juli 2009 vanuit Dimence. Er zijn mogelijkheden tot uitplaatsing en consultatie onderzocht. Er is contact gelegd met de KIB te Amsterdam, voor zowel opname als consultatie. Raymond stond op de wachtlijst en er was een consultatie gepland in de tweede week van augustus 2009, maar Raymond overleed voor die tijd.

In de laatste fase, waarin Raymond intensieve somatische zorg nodig had, hadden het Deventer Ziekenhuis en Dimence zorgvuldiger alternatieven moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en verplegen of actief naar volwaardige opties buiten het (eigen) ziekenhuis moeten zoeken. Het terugsturen vanuit het Deventer Ziekenhuis van Raymond op 3 augustus naar de GGZ-instelling was geen goede keuze.

SP5: Deze leden vernemen graag van de minister of zij bereid is de Meldingenprocedure suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel aan te passen zodat er altijd een melding gedaan moet worden aan de inspectie bij deze situaties.

De gewijzigde meldingenprocedure voor suïcides en suïcidepogingen houdt in dat niet alle suïcides en suïcidepogingen op casusniveau moeten worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Wel moeten alle suïcides en suïcidepogingen op geaggregeerd niveau gemeld blijven worden en blijft de meldplicht op casusniveau van kracht voor alle suïcides en suïcidepogingen die vallen onder de calamiteitendefinitie en voor alle patiënten in de GGZ die gedwongen zijn opgenomen of bij wie vrijheidsbepalende maatregelen zijn getroffen. In de onderhavige casus waren beide vormen van vrijheidsbepalingen aan de orde en is de suïcide op casusniveau aan de IGZ gemeld.

SP6: Tevens vragen genoemde leden of er financiële belangen zijn geweest voor het Deventer Ziekenhuis om (een langere) opname van de patiënt te weigeren. Deze leden zien een toelichting graag tegemoet.

Uit het onderzoek blijkt niet dat er sprake is geweest van financiële overwegingen.

SP7: Dimence en het Deventer Ziekenhuis hebben zelf een onderzoek uitgevoerd naar hun handelen. De leden van de SP-fractie vragen de minister naar haar oordeel over het onderzoek dat Dimence en het Deventer Ziekenhuis zelf hebben uitgevoerd naar deze zaak. De IGZ heeft onderzoek laten instellen. Onder voorzitterschap van een extern deskundige is het onderzoek uitgevoerd. Onderzoeksvragen- en opzet zijn vooraf door de IGZ bekeken en geaccordeerd. De IGZ heeft uiteraard vervolgens de eigenstandige verantwoordelijkheid om de degelijkheid van het onderzoek te beoordelen en haar eigen consequenties te verbinden aan de uitkomsten. Zo is het ook in deze casus gegaan. Wanneer de IGZ van mening is dat geen goed onderzoek is gedaan, kan zij alsnog overgaan tot het doen van eigen onderzoek. In deze casus was dat niet nodig.

SP8: Volgens de brief van de minister ontbraken er afspraken over verantwoordelijkheden. De leden van de SP-fractie vernemen graag hoe het kan dat er geen verpleegkundige overdracht heeft plaatsgevonden. De werkwijze van het Deventer Ziekenhuis voorzag niet in overdrachten van verpleegkundigen vanaf de SEH. Deze werkwijze is inmiddels door het ziekenhuis gewijzigd en geborgd.

SP9: Voorts vernemen deze leden graag waarom er geen overleg heeft plaatsgevonden tussen de psychiater van Dimence en de specialisten van het Deventer Ziekenhuis over waar de behandeling van de patiënt het beste kon plaatsvinden.

Er heeft wel overleg plaatsgevonden maar daarbinnen is door beide instellingen onvoldoende gecommuniceerd en onvoldoende geverifieerd of afspraken duidelijk en uitvoerbaar waren. Dit is door beide instellingen middels vastgelegde afspraken verbeterd. Er is op elk moment één medisch specialist hoofdbehandelaar (somaticus of psychiater). Deze is verantwoordelijk voor de zorg, de coördinatie en informatie-uitwisseling. SEH-artsen en arts-assistenten werken altijd onder supervisie van de hoofdbehandelaar. Laatstgenoemde is verantwoordelijk voor de vorm en mate van supervisie.

SP10: Door Dimence was de patiënt aangemeld voor een KIB en niet voor een PMU, wat de voorkeur had van de inspectie. De leden van de SP-fractie vragen waarom de patiënt niet aangemeld was voor een PMU. Op het moment dat Dimence Raymond aanmeldde bij de KIB was dit geïndiceerd op basis van zijn ziektebeeld. De inspectie was het met deze keuze eens en had geen andere voorkeur. In de periode daarna verslechterde zijn situatie, met name somatisch. Een PMU komt pas in beeld als de nadruk op somatische zorg komt te liggen. In de laatste fase, waarin Raymond intensieve somatische zorg nodig had, hadden het Deventer Ziekenhuis en Dimence zorgvuldiger alternatieven moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en verplegen of actief naar volwaardige opties buiten het (eigen) ziekenhuis moeten zoeken. Het terugsturen vanuit het Deventer Ziekenhuis van Raymond op 3 augustus naar de GGZ-instelling was geen goede keuze.

SP11: Voorts vragen zij waarom er geen plaats was in een KIB. Het Deventer Ziekenhuis beschikt niet over een PAAZ. Deze leden willen weten of er is overwogen om naar een ziekenhuis met een PAAZ te gaan en zij willen weten waarom de patiënt daar niet terecht is gekomen. Op het moment dat een opname op grond van de ernstige somatische problematiek aangewezen was namelijk op 2 of in ieder geval 3 augustus, zou opname bij de KIB of op een PAAZ afdeling niet mogelijk zijn geweest

gelet op de zorgvraag. Een PAAZ is hierin net zo min toegerust als de afdeling van Dimence was. Men had moeten zoeken naar een volwaardig alternatief buiten het (eigen) ziekenhuis.

SP12: De leden van de SP-fractie zijn niet alleen geschokt door de dood van de patiënt, maar tevens door het betalen van «zwijggeld» aan zijn familie. Zij willen weten of het klopt dat een bedrag van € 22 500 is betaald aan de familie als afkoopsom, dan wel zwijggeld. Zie het antwoord op de vragen CDA16 en CDA17.

SP13: Dat brengt deze leden op de vraag of dit betekent dat een mensenleven € 22 500 waard is. De leden van de SP-fractie ontvangen graag een toelichting van de minister. Zie het antwoord op de vragen CDA16 en CDA17.

SP14: De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij het betalen van een afkoopsom of zwijggeld een goede besteding vindt van geld dat voor zorg is bedoeld. Zie het antwoord op de vragen CDA16 en CDA17.

SP15: Ook vragen deze leden hoe vaak afkoopsommen worden betaald in de zorgsector en waar deze voorkomen. Zie het antwoord op de vragen CDA16 en CDA17. Voorts heb ik geen reden om aan te nemen dat elders wel afkoopsommen worden betaald.

SP16: Graag vernemen zij de mening van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over het betalen van afkoopsommen aan familieleden of nabestaanden.

De IGZ is van mening dat het betalen van afkoopsommen aan familieleden of nabestaanden een zeer verwerpelijke praktijk is.

SP17: Uit de brief van de minister blijkt dat het Openbaar Ministerie (OM) geen aanleiding zag voor een strafrechtelijk onderzoek. De leden van de SP-fractie vernemen graag op welke gronden het OM tot deze conclusie is gekomen.

Na het overlijden van Raymond heeft een lijkschouw plaatsgevonden. Op basis van de bevindingen van de schouwarts was destijds (in 2009) geen reden aan te nemen dat een strafbaar feit was gepleegd. Om die reden is besloten geen gerechtelijke sectie te laten uitvoeren. Naar aanleiding van de EO-uitzending heeft het OM aanleiding gezien te onderzoeken of alsnog een strafrechtelijk onderzoek geïndiceerd is. Over de stand van zaken in dit onderzoek, kunnen nog geen mededelingen worden gedaan.

SP18: Er wordt namelijk wel individuele verwijtbaarheid geconstateerd. Deze leden vragen daarom de mening van de minister over het bovenstaande.

Niet elke individuele verwijtbaarheid hoeft te leiden tot straf- of tuchtrechtelijk handelen. De IGZ weegt af op welke wijze zij het veiliger maken van de gezondheidszorg optimaal kan dienen. Dat kan juist zijn door in te zetten op structurele verbetering van samenwerking in de keten in plaats van het tuchtrechtelijk aanspreken van enkele individuen die in een niet goed werkende keten hun werk moesten uitvoeren. Cruciaal daarbij is of de betrokken individuele zorgverleners inzicht tonen in de situatie en bereid en in staat zijn hun gedrag in de toekomst aan te passen.

SP19: De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt dat niet één of enkele zorgverleners de misstanden rondom de zorg voor de patiënt aangevend kan worden. Aan de andere kant wordt wel gesproken over «verkeerde beslissingen» die door zorgverleners zijn genomen en over

«ontoereikende zorg». De leden van de SP-fractie willen daarom meer uitleg waarom er niet naar de tuchtrechter is gegaan. Zie het antwoord op vraag PVDA58.

SP20: [Is] het alsnog mogelijk om naar de medisch tuchtrechter te stappen?

Dat zou in theorie kunnen, maar ik kan de redernering van de IGZ op dit punt volgen. Zie in relatie hiermee het antwoord op vraag PVDA60 en het antwoord op CDA1 en CDA2 ten aanzien van de mogelijkheden die er op dit moment zijn om afspraken in de zorgketen tussen ziekenhuizen en GGZ-instellingen te verbeteren.

SP21: Verder leeft bij de leden van de SP-fractie de vraag of de verantwoordelijke bestuurders en behandelaars bij zowel Dimence als het Deventer Ziekenhuis nog in dienst zijn bij deze instellingen. Deze calamiteit heeft geen arbeidsrechtelijke consequenties gehad voor betrokken personen. De drie bestuurders, de beide betrokken directeuren en de betrokken psychiaters zijn allen nog in dienst van Dimence. Over de verantwoordelijkheid van verschillende partijen, zoals bestuurders en behandelaars, heb ik onlangs de Tweede Kamer uitgebreid geïnformeerd (zie TK 2011, 31 016, nr. 19; brief van 20 september jl. aan de Tweede Kamer inzake de Klebsiella uitbraak in het Maasstadziekenhuis). De verantwoordelijkheid van de betreffende bestuurders en behandelaars behoort tot de private en primaire verantwoordelijkheid van partijen in de zorg. Dat betekent dat een oordeel over het functioneren van bestuurders toekomt aan de raad van toezicht en een oordeel over het functioneren van behandelaars aan de raad van bestuur. Mijn verantwoordelijkheid strekt zich uit tot het waarborgen van het publieke belang van verantwoorde zorg. Ik ben als minister niet in een positie om bestuurders of behandelaars naar aanleiding van het gebeurde ter verantwoording te roepen, te ontslaan of te benoemen. Over de vraag of de IGZ een tuchtrechtklacht heeft overwogen, verwijst ik naar de antwoord op de vragen PVDA58 en SP19.

SP22: Wanneer zij daar niet meer werken, is de vraag van deze leden of zij hun functie elders uitoefenen. Zie het antwoord op vraag SP21.

SP23: In april 2010 moesten beide instellingen een plan maken ten aanzien van de aanbevelingen van de onderzoekscommissie. Het plan is primair gericht op samenwerking en zorg in de hele keten. De inspectie heeft het plan goedgekeurd en volgt de uitvoering ervan. De leden van de SP-fractie vragen de minister naar de voortgang van dit plan. Deze leden vernemen graag de knelpunten evenals de punten die al zijn verbeterd. Deventer Ziekenhuis en Dimence hebben met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap, de overdracht daarvan, de waarborging van de verpleegkundige zorg en de wederzijdse medische ondersteuning afspraken vastgelegd in een overeenkomst. Een implementatieplan is opgesteld en wordt gemonitord door de IGZ, middels verslaglegging en bezoeken, recentelijk nog op 29 november 2011 (jaargesprek), volgende toetsing hoofdbehandelaarschap en ketenzorg is gepland voor 15 december 2011. Zie voorts het antwoord op CDA1 t.a.v. hoofdbehandelaarschap (gebruik KNMG handreiking) en het toezicht van de IGZ daarop.

SP24: Voorts vragen de leden van de SP-fractie of het plan kan voorkomen dat elders in ons land de zorg tekort zal schieten zoals bij de betreffende patiënt is gebeurd. Genoemde leden zijn namelijk van mening dat voorkomen moet worden, dat mensen onnodig lijden en van de juiste zorg of opvang verstoken blijven. Daarom vragen zij de minister welke

stappen er in de gehele sector zijn gezet om in de toekomst dergelijke misstanden te voorkomen.

Het door beide zorginstellingen opgestelde plan van aanpak richt zich op de situatie in de regio. Per ROAZ-regio moet gekeken worden naar de beste afspraken voor verwijzing, overleg en terugrapportage in geval van complexe psychiatrische en somatische problematiek. Ik zal de ROAZ'en vragen om de afspraken die er liggen in het kader van deze casuïstiek tegen het licht te houden en verzoek de IGZ om de resultaten hiervan mee te nemen in haar geplande onderzoek naar de ketenzorg voor psychiatrische patiënten met (ernstige) somatische problematiek.

SP25: Ondanks de schrijnende omstandigheden van de dood van de patiënt en de vele vragen daaromtrent, hebben de leden van de SP-fractie ook vragen in het algemeen. Zo vragen zij hoeveel mensen per jaar overlijden in een GGZ-instelling en hoeveel daarvan in een isoleercel of separeerruimte.

Voor zover deze gegevens bekend zijn, streef ik ernaar u deze begin volgend jaar te doen toekomen.

SP26: Daarnaast willen deze leden weten hoe vaak mensen overlijden aan verwondingen, die opgelopen zijn of door henzelf zijn aangebracht in een GGZ-instelling.

Voor zover deze gegevens bekend zijn, streef ik ernaar u deze begin volgend jaar te doen toekomen.

SP27: Deze leden vernemen tevens graag hoe vaak mensen zijn overleden aan onderbehandeling door een GGZ-instelling.

Hierover zijn geen gegevens bekend.

SP28: Mensen hebben recht op goede, tijdige en veilige zorg. De leden van de SP-fractie willen daarom weten wat in het algemeen de waarborgen zijn tegen machtsmisbruik van en/of het onthouden van zorg, dan wel veiligheid, aan een persoon die aan deze zorg is toevertrouwd. De SP-fractie vraagt onder meer naar waarborgen tegen machtsmisbruik. Waar het gaat om onvrijwillige zorg geeft de BOPZ de kaders weer waarbinnen iemand tegen zijn/haar wil zorg mag worden verleend. Daarin is op veel verschillende manieren aandacht voor de rechtspositie van de cliënt (bijvoorbeeld, recht op een advocaat, patiëntenvertrouwenspersoon, rechtelijke machtiging etc.). Daarnaast geldt voor iedere zorgverlener dat vastgelegd is in de Wgbo om zorg van goede kwaliteit te leveren, te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem geldende professionele standaarden.

SP29: Tot slot vragen de leden van de SP-fractie of er in het geval van de betreffende patiënt in juridische zin sprake is van schending van de Rechten van de Mens. Graag zien deze leden een toelichting hierop tegemoet.

Ik kan deze vraag niet beantwoorden. Uiteindelijk is het de rechter die in dit specifiek geval een oordeel velt. Dat neemt niet weg – zoals ook blijkt uit mijn brief van 7 november 2011 – dat mijn inzet erop gericht is eraan bij te dragen dat incidenten als het onderhavige niet meer voorkomen.

D66-1: In haar brief concludeert de minister dat overleg over en afstemming van zorg voor Raymond tussen het Deventer Ziekenhuis en GGZ-instelling Dimence ontbrak: «Er hadden binnen beide instellingen werkwijzen beschikbaar moeten zijn ten aanzien van verwijzing, overleg en terugrapportage in geval van complexe psychiatrische en somatische problematiek.» Verderop in haar brief staat de minister stil bij de bekendheid met problemen binnen zowel de psychiatrie als de zieken-



huiszorg in de behandeling van psychiatrische patiënten met somatische problematiek. Hierover zegt zij: «om risico's te verkleinen zijn goede afspraken over samenwerking in de keten tussen GGZ en ziekenhuizen essentieel». De leden van de D66-fractie willen van de minister weten hoe groot dat probleem dan precies is. Is hier sprake van een incident of is dit slechts een van de vele casussen, waarin zowel psychiatrische als somatische zorgaanbieders onvoldoende kennis hebben van en ervaring hebben met patiënten die zowel een psychiatrische als somatische zorgvraag hebben?

Zoals ik schreef in de brief op 7 november naar aanleiding van deze casus gaat hier om een ernstig incident wat zich heeft voorgedaan op het grensvlak tussen geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. Voor mij staat vast dat de zorg rond Raymond in de laatste fase van zijn leven ontoereikend is geweest. De situatie van Raymond was zeer extreem, wegens het optreden van psychiatrische en somatische problematiek in zeer hevige mate op hetzelfde moment in de tijd. De kans op herhaling van zo'n extreme situatie lijkt klein. Dit neemt niet weg dat de behandeling van psychiatrisch patiënten met somatische problematiek (en omgekeerd) een bekend probleem is binnen zowel de psychiatrie als in de ziekenhuiszorg. Om risico's te verkleinen zijn goede afspraken over samenwerking in de keten tussen GGZ en ziekenhuizen essentieel. Naar aanleiding van de casus van Raymond heb ik de IGZ inmiddels verzocht om het reeds voorgenomen onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek naar voren te halen en in de eerste helft van 2012 uit te voeren en daar na de zomer over te rapporteren. Dan zal er ook meer duidelijkheid zijn over de vraag in hoeverre er sprake is van incidentele dan wel structurele tekortkomingen in deze zorg.

D66-2: Hoe moeten deze leden het nalatig handelen ten opzichte van de zojuist genoemde Wgbo, de KZI en de Wet bopz dan interpreteren, nu het OM en de IGZ aangegeven hebben geen strafrechtelijk onderzoek te starten respectievelijk niet naar de tuchtrechter te stappen? Gaat dit niet over «individuele verwijtbaarheid»?

Niet elke individuele verwijtbaarheid hoeft te leiden tot straf- of tuchtrechtelijk handelen. De IGZ weegt af op welke wijze zij het veiliger maken van de gezondheidszorg optimaal kan dienen. Dat kan juist zijn door in te zetten op structurele verbetering van samenwerking in de keten in plaats van het tuchtrechtelijk aanspreken van enkele individuen die in een niet goed werkende keten hun werk moesten uitvoeren. Zie ook het antwoord op de vragen PVDA58 en SP19.

D66-3: Is het overlijden van Raymond dan volgens de minister alleen veroorzaakt door problemen in de samenwerking (zogenaamde «systeemfouten»)?

De inspectie deelt de conclusies van de externe onderzoekscommissie dat de zorg die door de betrokken medisch specialisten op met name 2 en 3 augustus is gegeven niet toereikend was. Men had zorgvuldiger alternatieven moeten onderzoeken om Raymond binnen het ziekenhuis te behandelen en verplegen of actief naar opties buiten het (eigen) ziekenhuis moeten zoeken. Terugsturen en terugnemen van Raymond op 3 augustus naar/door de GGZ-instelling was geen goede keuze. Vervolgens is afgewogen in welke situatie het bovenstaande zich heeft afgespeeld. Dan blijkt het volgende over het systeem. In een niet-optimale keten van zorg, waarin afspraken ontbraken over verantwoordelijkheden, hebben zorgprofessionals in deze laatste periode tekortschietende beslissingen genomen. Zie voorts het antwoord op de vragen PVDA58 en SP19 met betrekking tot tucht- en strafrecht.

D66-4: De leden van de D66-fractie vragen de minister wat zij eraan doet, om de leemtes in bestaande wet- en regelgeving hieromtrent op te vullen. In het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz, 32 402) dat in uw Kamer ter behandeling voorligt is opgenomen dat de zorgaanbieder (dus het bestuur van de instelling) ervoor verantwoordelijk is dat zorgverleners onderling de zorg met elkaar afstemmen. Zorgaanbieders moeten ook zorgdragen voor afstemming als er meerder zorgaanbieders bij de zorg betrokken zijn (artikel 7 en par. 9.5 van de memorie van toelichting).

D66-5: Nu blijkt, dat dit in de situatie van Raymond niet goed geregeld was en vermoed wordt dat dit probleem ook elders in de GGZ speelt. De leden van de D66-fractie vinden daarom dat de minister niet moet wachten met het treffen van maatregelen tot na de zomer van 2012, als de IGZ een onderzoeksrapport uitbrengt over de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek. De minister moet nu – in overleg met de IGZ – maatregelen treffen. Zij heeft daartoe verschillende mogelijkheden. Wat past de minister in kaderstellende wet- en regelgeving aan, zodat individuele hulpverleners meer verantwoordelijkheid gaan dragen voor gezamenlijke (uitkomsten van) zorgverleningsprocessen?

Wat er met Raymond is gebeurd betreur ik zeer. Juist omdat ik wat hier gebeurd is serieus neem, heb ik de IGZ gevraagd om het onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek op zo kort mogelijke termijn uit te voeren. Vooruitlopend hierop vraag ik de ROAZ'en om deze casus en de ketenafspraken die inmiddels in het kader van deze casuïstiek zijn gemaakt tegen het licht te houden. Ik verzoek de IGZ om de resultaten hiervan mee te nemen in haar geplande onderzoek naar de ketenzorg voor psychiatrische patiënten met (ernstige) somatische problematiek.

Ik ben van mening dat dit onderzoek noodzakelijk is alvorens over te gaan tot het nemen van verdere maatregelen. Zodra ik de resultaten van dit onderzoek in mijn bezit heb, wil ik zo spoedig mogelijk de maatregelen nemen die nodig zijn om de zorg op dit vlak verbeteren. Zie voorts het antwoord op CDA1 t.a.v. hoofdbehandelaarschap (gebruik KNMG handreiking) en het toezicht van de IGZ daarop.

Overigens wordt in de Wcz geregeld dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het aanbieden van goede zorg. Zorg kan alleen goed zijn als zorgverleners onderling afstemmen. De zorgaanbieder is daarmee verantwoordelijk voor de afstemming binnen de instelling en met andere zorgaanbieders. Het bestuur van de instelling moet die verantwoordelijkheid waar kunnen maken. Dat kan alleen als individuele zorgverleners hun eigen professionele verantwoordelijkheid nemen (art. 2 Wcz) en ook verantwoording afleggen aan het bestuur (art. 7 Wcz).

D66-6: Is de minister bereid om met de beroepsgroepen in gesprek te gaan over het gebruik van uitkomstindicatoren in de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische problematiek, teneinde de kwaliteit van die zorg aanzienlijk te verbeteren? Is het in dat kader niet veel beter, om ook voor deze specifieke groep zorgvragers een zogenaamde keten-DBC te ontwikkelen?

Onder invloed van de behoefte van zorgverzekeraars aan sturingsinformatie voor inkoop van zorg zijn er al verschillende landelijke initiatieven rond Routine Outcome Monitoring gestart. Deze richten zich op het structureel verzamelen van informatie over behandel-effectiviteit in de curatieve GGZ. Het is de bedoeling dat dit op langere termijn leidt tot benchmarking van zorgaanbieders, zodat zij die kwalitatief hoogwaardige zorg leveren hier ook voor beloond kunnen worden. Binnen het programma Zichtbare Zorg wordt door de stuurgroep Transparantie GGZ ook nagedacht over de samenhang tussen Routine Outcome Monitoring en de jaarlijkse uitvraag van prestatie-indicatoren via het Jaardocument

Maatschappelijke verantwoording (JMV). VWS is hierbij als toevoerder aanwezig. Daarnaast komt bij het ambtelijke overleg met het veld over een bestuurlijke agenda voor de GGZ transparantie van kwaliteit van zorg aan bod. Dit omdat het een van de randvoorwaarden is voor de overgang naar prestatiebekostiging. Ik zie in dit stadium dan ook geen aanleiding voor aanvullend overleg.

D66-7: Een keten-DBC prikkelt zorgverleners namelijk om gezamenlijk goede zorg te leveren, in plaats van zorg gemakshalve «af te schuiven» naar collega's. Hoe denkt de minister hierover?

De DBC GGZ-systematiek ter bekostiging van specialistische curatieve ggz is van nature al een ketendbc. Het kostprijsmodel is zo ingericht dat de hulpverlening door verschillende beroepsgroepen in het tarief wordt ondervangen. Zo worden zorgverleners in de curatieve ggz dus al geprikkeld om samen te werken. Het blijft echter hun eigen verantwoordelijkheid om de zorg die zij leveren gezamenlijk af te stemmen op de hulpvraag van een patiënt. Daar waar lichamelijke klachten voorop staan kan (consultatie van) psychische hulpverlening worden bekostigd uit een ziekenhuis-DBC. In die zin is er dus geen financiële belemmering voor samenwerking tussen tweedelijns zorgaanbieders. Voor de eerstelijns psychologische zorg heb ik de NZa recent gevraagd om een uitvoerings-toets. Op basis hiervan zal ik beziën welke stappen er nodig zijn om ook hier zorgaanbieders te prikkelen tot samenwerking. Het is mijn bedoeling om hier binnen het kader van de bestuurlijke agenda met het veld concrete afspraken over te maken.

D66-8: Naar aanleiding van de casus Raymond verzoeken zij de minister om bij de ontwikkeling van veiligheidsmanagementsystemen vooral aandacht te besteden aan zogenaamd «prospectief risicomanagement», zodat hulpverleners veel meer op voorhand risico's leren in te schatten en daarnaar kunnen handelen. Kan de minister verduidelijken wat zij hieraan gaat doen in 2012?

Ik ben het met u eens dat het onderdeel het prospectief risicomanagement van het veiligheidsmanagement (VMS) meer aandacht dient te krijgen. Binnen het patiëntveiligheidsprogramma «Veilige zorg, ieders zorg» dat door GGZ Nederland wordt uitgevoerd, is invoering van het VMS één van de speerpunten binnen het programma. In het kader van dit programma heeft de IGZ met GGZ Nederland prestatieafspraken gemaakt over de toetsing van het VMS bij GGZ-instellingen. Onderdeel van die afspraken is dat prospectief risicomanagement extern getoetst wordt tijdens veiligheidsvisitatiebezoeken. Op deze wijze wordt extra aandacht besteed aan het onderdeel prospectief risicomanagement van het veiligheidsmanagement (VMS). Voor wat betreft de ziekenhuizen zal de IGZ eind dit jaar in de jaargesprekken met de ziekenhuizen extra aandacht schenken aan hun vorderingen bij de uitvoering van prospectieve risicoanalyses. Gezien het feit dat ik met de ziekenhuizen heb afgesproken dat zij uiterlijk eind 2012 over een volwaardig VMS dienen te beschikken zal ik in 2012 dan ook nog geen aanvullende acties ondernemen.