

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) (32402).**

De **voorzitter**:

Voordat wij beginnen, zeg ik het volgende. Gezien het feit dat dit debat een stuk later begint dan wij oorspronkelijk hadden gepland, het feit dat er voor ruime spreektijden is ingeschreven, hetgeen bij wetgeving ook gewoon is toegestaan, en het feit dat er in het Reglement van Orde staat dat wij in principe tot elf uur 's avonds vergaderen, stel ik voor dat wij ons vanavond beperken tot de eerste termijn van de Kamer. Er staat ongeveer voor drie uur spreektijd op de rol. Vóór de zomer plannen wij de rest van de behandeling in. Dan hoeven wij niet tot drie uur vannacht te vergaderen. Dat lijkt mij de kwaliteit van de wetgeving ten goede te komen. Ik zie instemmend geknik.

De algemene beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Leijten** (SP):

Voorzitter. Ik vind het een wijs besluit om vanavond alleen de eerste termijn van de Kamer te doen. Ik heb namens mijn fractie een lange spreektijd gevraagd, maar ik denk niet dat ik die vol zal maken.

Wij hebben het vandaag over een deel van de Wet cliëntenrechten zorg, die al een jaar of vier, vijf in deze Kamer ligt. Wij hebben er meerdere keren een hoorzitting over gehouden. Er zijn gigantisch veel wijzigingen geweest. Dit kabinet heeft het besluit genomen om verder te gaan met deze wetgeving, maar het is nog wel een hele puzzel. Volgens mij is het verstandig om eerst de eerste termijn te houden en dan te kijken wat er allemaal ligt. De tweede termijn kunnen wij dan rustig op een later moment houden.

Ik schetste al een beetje de wetsgeschiedenis van de Wet cliëntenrechten zorg. Minister Klink kwam met een allesomvattend wetsvoorstel – je kunt het ook een soep noemen – waarin klachten, inspraak, versoepeling van de toelating om zorg te verlenen en allerlei andere zaken aan de orde kwamen. Werd het er beter van? Eigenlijk wist niemand dat, want niemand zag door de bomen het bos nog. Ik weet nog dat wij op 25 november 2011 alle cliënten- en patiëntenorganisaties op een hoorzitting hadden. Zij zeiden allemaal dat zij geen eindoordeel konden geven. Een aantal dingen vond men positief, maar men kon niet overzien welke gevolgen de wet allemaal had. Hoogleraar prof. Legemaate zei in die hoorzitting dat de wet wel een doel in zichzelf leek te zijn geworden. Hij stelde voor om pragmatisch te zijn, de wet in te trekken en bestaande wetten voor patiëntenrechten – toelating, klacht-recht, medezeggenschap – gewoon te verbeteren. Eigenlijk doet de regering dat ook, maar een beetje half.

Daarom behandelen wij vandaag een deel van de Wet cliëntenrechten zorg. Die is anders gaan heten, de Wet

kwaliteit, klachten en geschillen zorg, maar eerder dit jaar hebben wij al twee wetten cliëntenrechten zorg behandeld, maar dan in het kader van een fusietoets en de mogelijkheid tot het opsplitsen van zorginstellingen. Ik noem ook de Wet cliëntenrechten zorg in het kader van het opzetten van een zorginstituut, ook wel Kwaliteitsinstituut in onze volksmond. De minister zei toen dat het geen enkel probleem is om deze wetten te behandelen zonder dat er al een Wet cliëntenrecht zorg is aangenomen, want iedere wet kan op zichzelf terugvallen. De Eerste Kamer denkt daar anders over, want die heeft geoordeeld: wij gaan niet verder met het wetgevingsproces met de fusietoets- en de zorginstuutwet totdat wij weten wat er met deze wet gebeurt, omdat dit toch de basiswet zou zijn. Dat is, denk ik, ook de reden waarom er zo plotsklaps drie weken voor het zomerreces, met een heel drukke Kameragenda, een brief kwam van het ministerie: kunt u deze toch nog alstublieft behandelen.

Hoe moet ik het nu zien? Er was een heel grote wet en nu ligt er een deel van een wet. Er zijn veel artikelen geschrapt. Die komen nog naar de Kamer of liggen in andere wetsvoorstellen bij ons voor. In deze wet wordt ook heel veel verwezen naar andere wetten en worden ook andere wetten aangepast. Krijgen wij nu toch een basiswet Wet cliëntenrechten zorg met allerlei verschillende "huiskamers", met allerlei verschillende zaken? Of gaan wij gewoon al die wetten apart noemen, dus de wet op de fusietoets, de wet op de elektronische gegevensuitwisseling en de wet op het zorginstituut? Dat zou namelijk wel helderder zijn. Stel dat al die wetten straks zijn aangenomen en dat wij al die wetgevingsprocessen hebben gehad, maar dat iemand ooit een beroep wil doen op zo'n wet. Als dat dan een heel vage noemer heeft en niemand nog weet waar hij dat zoeken moet, komt dat ons niet ten goede en is dat ook niet goed voor de algehele helderheid. Ik zou er heel graag meer helderheid over krijgen. Het was voor ons een hele puzzel. Wij zijn druk bezig geweest met het maken van amendementen en op dit moment wordt er nog gewerkt aan amendementen. Het is prettig dat wij een knip hebben tussen de eerste en de tweede termijn. Dat geeft ook andere fracties en de minister de gelegenheid om die amendementen goed te bekijken en ze te wegen op hun inhoud en niet op hun afzender.

Dat de regering het ook niet allemaal even gemakkelijk heeft gevonden met deze wetten, vinden wij terug in het gegeven dat wij om half vijf, negen over half vijf om precies te zijn, nog een vierde nota van wijziging kregen. Het lijkt op een technische wijziging: iets moest beter beschreven worden, omdat een gedeelte in een andere wet stond. Mij is nu echter niet meer helder hoe het verder gaat met de verklaring omtrent het gedrag. De nota van wijziging ging daarover, dus ik zal er zo meteen nog wat vragen over stellen.

Het lijkt mij wel goed – ik vraag dat ook aan de minister – om de afspraak te maken dat wij goede stappen in de juiste richting zetten zonder een container te maken die één wet is waardoor niemand nog weet waar hij naartoe gaat. Vinden wij dat er een vog moet komen, dan regelen wij dat in de wet waarbij dat behoort. Vinden wij dat de medezeggenschap verbeterd moet worden, dan regelen wij dat in de wet waarbij dat behoort. Eigenlijk doet de minister dat door de wet nu in vieren te splitsen, maar het zou best kunnen dat er nog een tak vijf of zes aankomt.

We hebben het vandaag over de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Ik begin met uit te spreken dat de SP

Leijten

blij is dat er nu eindelijk een verplichting voor een verklaring omtrent het gedrag komt voor mensen die werken in de zorg. Maar nu mijn vraag. Hoe moet ik de vierde nota van wijziging begrijpen, die wij vandaag ontvingen? Gaan we die verplichting van een verklaring omtrent het gedrag nu uiteindelijk regelen bij het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg en geldt zij alleen maar voor de AWBZ? Of zeggen we als we dit wetsvoorstel aannemen: nee, de verplichting van een verklaring omtrent het gedrag geldt voor iedereen die in de zorgsector werkzaam is? Als we het laatste zeggen, is het logisch dat dit in de wet wordt geregeld waarover wij vandaag spreken, want die gaat over de AWBZ, de Zorgverzekeringswet en de Wmo. Althans, zo begrijp ik het. Ik wil graag weten wat ik precies moet begrijpen uit de vierde nota van wijziging.

Over de verklaring omtrent het gedrag zal ik de vragen die ik al had voorbereid maar gewoon stellen. Is deze regeling voor de verklaring omtrent het gedrag dezelfde als de regeling die we hebben vastgesteld voor de vog in de kinderopvang en de regeling voor de vog in de jeugdzorg? Volgens mij is het namelijk wenselijk dat die regelingen eenduidig zijn. Als ze niet eenduidig hoeven te zijn of niet eenduidig kunnen zijn, wat zijn de redenen dan om af te wijken? Waarom moet dit anders worden geregeld in de zorg dan in de kinderopvang of in de jeugdzorg? Het gaat toch om een situatie waarin de zorgverlener in een afhankelijkheidsrelatie opereert? De hulpverlener zorgt voor een ander. Daarmee is degene voor wie hij zorgt, afhankelijk van zijn zorg. Omdat we willen waarborgen dat de mensen die in zo'n situatie opereren, geen naar verleden hebben, vragen we om een verklaring omtrent het gedrag. Ik zou zeggen dat de situatie in de zorg op dit vlak hetzelfde is als de situatie in de kinderopvang en in de jeugdzorg. Ook daar is sprake van een afhankelijkheidsrelatie. Moeten dus de mensen die in een zorginstelling gaan werken en daarvoor een verklaring omtrent het gedrag moeten aanvragen, in principe dezelfde aanvraag bij de gemeente doen als degenen die hebben gesolliciteerd bij een jeugdzorginstelling of bij een instelling voor kinderopvang? Dit staat dus nog los van de opleidingen die je nodig hebt in de verschillende sectoren.

De SP vindt dat uit de verklaring omtrent het gedrag helder moet worden dat de aanvrager geen mensen heeft uitgebuit in een afhankelijkheidssituatie, noch lichamelijk, noch financieel, noch geestelijk. We willen namelijk voorkomen dat mensen misbruik maken van een afhankelijkheidsrelatie. Mensen die zich daaraan schuldig hebben gemaakt, kunnen wat de SP betreft geen voorrang krijgen bij een baan in de gezondheidszorg. Ik heb het dus over "geen voorrang", want wat doen we met mensen die in een ver verleden bestraft zijn omdat ze misbruik hebben gemaakt van hun overmacht over een ander, financieel, lichamelijk of geestelijk? Wat doen we met mensen die zijn gestraft en hun straf al jaren geleden hebben uitgezeten? Worden deze mensen nog steeds geraakt door de gevolgen van een vog? Hoe gaan we daarmee om? En wat gebeurt er met zorginstellingen die zich niet houden aan de verplichting om een vog te overleggen? Wij hebben toevallig zojuist het jaarverslag van het ministerie besproken. De Algemene Rekenkamer merkt op dat het voor het ministerie nog niet mogelijk is geweest voor al zijn mensen een verklaring omtrent het gedrag te regelen. Het is blijkbaar allemaal niet heel gemakkelijk. Het lijkt mij echter goed om helder te krijgen dat er straks een verplichting is om een verklaring omtrent het gedrag te overleggen. Die wordt afgegeven op grond van de geschiedenis van de

aanvrager. Het moet ook helder zijn of, en zo ja, in welke situaties een instelling van de regels rond het vog kan afwijken. Helder moet worden wat er gebeurt als een instelling van de regels afwijkt terwijl daarvoor geen grond is. Het moet helder zijn welke sanctie instellingen krijgen die mensen in dienst nemen zonder vog.

Waarom sta ik hier zo uitgebreid bij stil? Een paar weken geleden was in het EO-programma De Vijfde Dag te zien dat een veroordeelde zedendelinquent aan de slag was gegaan in een instelling voor gehandicaptenzorg. Deze man was niet jaren geleden bestraft voor een feit, waarna hij zijn straf had uitgezeten. Nee, deze man had in eerste aanleg en ook in hoger beroep een forse straf gekregen. Bij het vonnis was ook gezegd dat hij geen zelfinzicht had bij de strafbare feiten die hij had gepleegd. Toch kreeg hij een baan in een zorginstelling terwijl hij in afwachting was van zijn cassatieberoep. Dat doet pijn. Hij kwam in deze instelling mensen tegen die hem kenden uit een situatie waarin hij de seksuele grenzen fors had overschreden. Ik heb hierover samen met een collega van het CDA Kamervragen gesteld. We hebben nog geen antwoorden op die vragen ontvangen. Ik vraag de minister of dit in de toekomst, met dit wetsvoorstel, onmogelijk wordt. Wellicht zou een zorginstelling het namelijk niet kunnen weten, al zou zij het moeten weten. Mijn vraag is of dit in de toekomst niet meer kan. Of is het mogelijk dat iemand die in afwachting is van een hoger beroep of cassatieberoep, nog niet als "bestraft" in de administratie zit? Dat zou heel kwalijk zijn. Los van de vraag of je wilt dat deze mensen in afwachting van hun beroep vrij zijn, wil ik weten of dit een maas is in de wet en, zo ja, hoe wij die dan kunnen dichten.

Met deze wet wil men een goede klachten- en geschillenprocedure regelen voor mensen die in een zorgsituatie benadeeld worden. Eigenlijk willen wij dat wij daarvoor niet in deze zaal zouden hoeven te staan of daar geen wet voor nodig zouden hebben. Eigenlijk willen wij dat iemand die ontevreden is, zich benadeeld voelt of schade heeft opgelopen door medische fouten, een luisterend oor krijgt, begrip krijgt en dat er een oplossing wordt gevonden. Uiteindelijk moeten problemen immers worden opgelost en moet je met elkaar verder. Dit gebeurt veel, maar wij spreken ook vaak in deze zaal over gevallen waarin dat fout gaat.

Stel dat familieleden een bezoekenregeling opgelegd krijgen om bij hun kind of ouder op bezoek te gaan, omdat ze kritisch waren op de zorgverlener en dat de zorginstelling dan zegt: dat doen wij om het personeel te beschermen. Wat vindt de minister daar nou van? Stel dat familieleden protesteren tegen het verhuizen van hun verwanten maar nul op het rekest krijgen, omdat de zorginstelling het beter weet of gewoon niet reageert. Wat vindt de minister daarvan? Stel dat medische fouten wel erkend worden maar dat aan die erkenning geen enkel gevolg wordt gegeven, zoals een excuus of een compensatie, en dat mensen dan in de kou staan en zich afvragen: maar er was toch sprake van schade?

Stel dat mensen met gedragsproblemen worden vastgebonden, gefixeerd. Ik weet dat dat hier in de Kamer niet de norm is. Daar zijn wij allemaal heel duidelijk over, maar er is net een heel grote zorginstelling onder verscherpt toezicht gesteld, omdat daar volgens de inspectie de cultuur was om de ontwikkelings- en bewegingsvrijheid van de bewoners te beknotten. Als de inspectie dat doet voor alle locaties van een hele zorginstelling, dan is

Leijten

er een majeur probleem. Dat zou je toch eerder willen weten, vraag ik de minister.

Stel dat ouderen in zorginstellingen versuffende middelen zoals haldol of een ander antipsychoticum toegediend krijgen zodat ze rustig zijn, als remedie tegen onderbezetting. Toen wij hier anderhalf jaar geleden de Wet zorg en dwang bespraken met staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten, vroeg ik haar om een inventarisatie te maken van het gebruik van antipsychotica zoals haldol in de ouderenzorg. Zij heeft die toegezegd. Is dat onderzoek inmiddels gereed? En wat te denken van de situatie dat het personeel door intimidatie niet meer ingrijpt als iets misgaat, zich niet veilig genoeg voelt om te melden dat er misstanden zijn en dingen ziet gebeuren waarvan het denkt: hiervoor ben ik niet de zorg ingegaan?

Gaat deze wet dat allemaal verhelpen? Nee, dat gaat deze wet niet verhelpen. Als de SP Kamervragen stelt over dit soort misstanden, dan krijgt zij geregeld het antwoord van partijen hier: kijk nou eens waar het wel allemaal goed gaat. Dat doen wij ook. Juist omdat wij weten dat het op heel veel plekken wel goed gaat, willen wij situaties waarin mensen niet goed geholpen worden niet wegmoffelen.

Je kunt een analyse maken van deze situaties. Er is een overeenkomst tussen de situaties die ik net beschreef en die wij de afgelopen jaren in deze zaal hebben besproken. Het zijn geen instellingen waar je contact kunt krijgen met de leidinggevende, in de zin van bestuurder, de baas dus. Het zijn instellingen waar de deuren dichtzitten als je met klachten, vragen of zorgen loopt. Het zijn te grote instellingen. Het zijn vaak instellingen waar intimidatie is ontstaan omdat er verschillende lagen zijn. Leidinggevend, managers of planners willen daar eigenlijk liever niet dat in hogere regionen van de organisatie bekend is wat er misgaat.

Ik kom zorgbestuurders tegen die, als ik vraag hoe het kan dat ouders niet op bezoek mogen bij hun kinderen, zeggen dat zij er geen flauw idee van hebben dat dat in hun organisatie plaatsvindt. Dat kan toch niet, denk ik dan. Als je als bestuurder niet meer op de hoogte bent van wat er gebeurt, hebben wij een groot probleem. Over het algemeen zijn dit ook de zorginstellingen waar je wordt afgescheept met een persvoorlichter als je ze belt omdat je opheldering over een klacht of een mail wilt en je wilt weten hoe het zit, in het kader van hoor en wederhoor. Ik kan mij echt voorstellen dat de minister zelf dezelfde ervaring heeft. Of je krijgt een officiële reactie per mail, terwijl je even wilt horen hoe het zit en of het kan worden opgelost. Dat wil je ook vaak weten. Of je wilt horen of men er eens naar kan kijken.

Mensen mailen mij soms gewoon voor een helpen-de hand. Ik ben ervan overtuigd dat dit geldt voor alle collega's. Wij kunnen niet zeggen dat wij de zorg nu goed gaan verlenen, maar wij kunnen wel bekijken of wij er iets aan kunnen doen. Mijn ervaring is echt dat dit zorginstellingen zijn waar je gewoon niet verder komt dan de persvoorlichter. Je ziet dat er zorginstellingen zijn waarbij er een hele hofhouding rond de raad van bestuur en het hoger management is ontstaan waardoor zij niet meer weten wat er in een organisatie speelt. Herkent de minister dit? Zo ja, wat gaat zij hieraan doen?

Een ander voorbeeld is het opleggen van bezoeksregelingen. Ik heb daarover meerdere keren Kamervragen gesteld. Het is heel jammer dat staatssecretaris Van Rijn niet meedoet aan dit debat, want hij heeft hierover vragen beantwoord. Eigenlijk is steevast het antwoord: nee, wij

doen niets. Zelfs de morele uitspraak dat het niet wenselijk is dat dit gebeurt, helpt niet. Je moet er toch met elkaar uit kunnen komen? Mensen hebben immers recht op een gezins- en familieleven. Dat staat in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens; ik geloof in artikel 8 of 9. Maar nee, op dat moment kiest de regering eigenlijk de zijde van de instellingen.

Ik snap heel goed dat het volgende behoorlijk direct is. Er is een situatie ontstaan bij een zorginstelling in Amsterdam waarin ouders van gehandicapte kinderen niet meer bij hun kinderen mogen. Daarover is meerdere keren bericht in de lokale media. Ik heb er ook Kamervragen over gesteld. Die ouders staat het water aan de lippen. De hele gemeenteraad in Amsterdam heeft nu zelfs vragen gesteld aan de wethouder voor Zorg en gezegd: ga eens iets doen en bekijk of je iets kunt doen. De deur naar de inspectie zit dicht, de deuren van de bestuurders zitten dicht en de ouders worden weggezet als het probleem, maar er moet een oplossing komen. Is de minister bereid om te bekijken of zij kan helpen bij de oplossing van deze situatie?

Laatst hoorde ik dat er een kort geding werd aangespannen tegen ouders die hun dochter graag wilden bezoeken. Zij was net in een nieuwe woning komen wonen, geheel tegen de zin van de ouders in. Zij wilden haar graag bezoeken. Het personeel voelde zich onveilig en de zorginstelling spande een kort geding aan, zodat de ouders niet meer op bezoek konden bij hun dochter of het bezoek alleen kon plaatsvinden op neutraal terrein. Toen ik dit hoorde, gingen mijn nekharen overeind staan. Ik dacht: ik bel eens even met een andere zorgbestuurder van een gehandicaptenzorginstelling met de vraag hoe hij daarover oordeelt. Hij zei: de dag dat ik zo'n juridische procedure zou inzetten tegen verwanten, zou ik weggestuurd worden door mijn collega's; niemand zou dit accepteren. Het is gewoon mis als je voor iemand zorgt en als een geschil met de familie oplost via een kort geding en juridische procedures. Misschien moet je dan maar uit elkaar en moet je een andere plek zoeken, maar dit kan nooit het resultaat zijn van een conflict.

Nu komt het! In 2008 stonden wij in deze zaal en spraken we over een brochure van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Die brochure was gemaakt voor instellingen en gaf aan hoe je omgaat met situaties met lastige ouders. Een van de dingen die daarin stonden, was dat men ook een juridische procedure kan starten tegen de ouders. Ik zou van deze minister willen weten hoe vaak dit inmiddels is gebeurd. Ik zou eigenlijk willen afspreken dat wij dit in het kader van een klachten- en geschillenregeling niet meer toestaan. Wij vinden gewoon dat dit niet het resultaat kan zijn. Praten, oplossen, luisteren en, als je er samen niet uit komt, uit elkaar gaan; dat zou het moeten zijn, maar niet via juridische procedures.

Ik heb hier expres lang bij stilgestaan, omdat ik ook wil aantonen dat dit een cultuurkwestie is. Voor de zorgbestuurder die zegt dat hij dit nooit zou doen en dat dit niet een resultaat kan zijn van een klacht of een situatie waarover je verschillend denkt, is het moeilijk om, als alle deuren dicht zitten, die deuren open te breken. Wat dat betreft, is deze wet een lakmoesproef: wil de minister die dichte deuren van de bestuurderskamers echt openbreken?

Dat brengt ons op een van onze amendementen. Eerlijk gezegd weet ik niet of dat amendement al beschikbaar is. De zorginstelling bepaalt de kring van nabestaanden die gebruik kunnen maken van de klachtenregeling. Toen

Leijten

ik dat las, dacht ik bij mijzelf: hoe kan dat nou! Hoe kan het nou dat de zorginstelling gaat bepalen wat de kring van nabestaanden is die aanspraak kunnen maken op de klachtenregeling? We kunnen de definitie van "nabestaanden" toch gewoon formuleren? Dat doe ik in dat amendement. Ik kan mijn collega's niet het stuknummer noemen, omdat ik dat nu niet weet.

De voorzitter:

Dat is het amendement op stuk nr. 33.

Mevrouw Leijten (SP):

Kijk, terwijl ik hier sta, wordt er heel hard doorgewerkt door het Bureau Wetgeving, waarvoor dank! Ik zou het heel logisch vinden dat het echt niet aan de zorginstelling is om te bepalen dat iemand geen nabestaande is en daarom geen recht heeft op de klachtenregeling. Ik vind dat dit niet in verhouding staat.

Professor Legemaate heeft in Medisch Contact van 16 september 2010 – ja, zolang zijn wij al bezig met deze wet – aangegeven dat onder de Wet cliëntrechten zorg het klachtrecht verslechtert. Er komt een regeling voor een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten. Dat staat in de wet, maar wat is er nu geregeld? Nu is geregeld dat een zorginstelling een commissie moet hebben die werkt volgens procedures en die klachten afhandelt. Daarom heb ik op dat punt het amendement op stuk nr. 20 gemaakt. Dat heeft verschillende voordelen.

Het eerste voordeel is dat er, als de nu in het wetsvoorstel voorgestelde klachtfunctionaris niet functioneert, een enorme overloop is naar de geschilleninstantie. Dat is de volgende stap in het escalatiemodel in dit wetsvoorstel, terwijl je wilt dat de zorginstelling zelf verantwoordelijk is voor het oplossen van problemen. Dat is het belangrijkste. We zouden eigenlijk zo veel mogelijk moeten zeggen: zorginstelling, los het op! Dat moet de eerste situatie zijn. Wij betwisten de in het wetsvoorstel opgenomen klachtfunctionaris niet, want die kan mensen steunen. De CDA-fractie heeft gezegd dat hij onafhankelijk moet zijn. Daar gaan wij in mee. Hij kan mensen de weg wijzen. Soms hoeft het niet tot een officiële klacht te komen en kan er iets anders geregeld worden. Als het wel tot een officiële klacht komt, mag er echter niet een automatische overloop naar de geschillencommissie zijn omdat de zorginstelling niets geregeld heeft. Daarom stellen wij de interne commissie voor.

Een ander voordeel is dat duidelijk wordt wat zorginstellingen precies moeten doen. Er kan een groot verschil ontstaan tussen verschillende zorginstellingen en daarmee dus ook in de rechtspositie of in ieder geval in de mogelijkheden om klachten neer te leggen in een zorginstelling en in de wijze waarop een zorginstelling daarnaar moet luisteren. Bovendien kun je beter toezicht houden als je zegt: zo moet je het doen. Dat had ik me nog niet gerealiseerd tot ik de brief van de KNMG, de Patiëntenvereniging en de BoZ-partijen las. De inspectie kan dan kijken of het geregeld is of niet en een aanwijzing geven of een aanmaning. Als je spreekt over een "effectieve laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten", kun je een mooie brochure maken, maar het heel slecht geregeld hebben. Op het moment dat een commissie niet functioneert, kunnen mensen zich daarover beklagen bij de zorginstelling.

Ik heb dit neergelegd in het amendement op stuk nr. 20. Als de minister daaraan iets wil veranderen, ben ik daartoe bereid, maar het principe is dat de zorginstelling

het eerst intern moet oplossen. Dit moet veel meer worden gewaarborgd dan nu in de wet staat.

Ik stel ook voor dat de klachtencommissie – als die eenmaal is ingesteld – van de klachten die zij ontvangt en afhandelt, melding moet doen bij de raad van bestuur en de raad van toezicht. Soms zie je een heel nare situatie in een zorginstelling. Als je dan praat met mensen en hoort dat die situatie behoorlijk structureel is, komt het voor dat een bestuurder daarvan geen flauw idee heeft. Hij vindt zo'n situatie onwenselijk, maar doordat hij er niets van weet, kan hij er ook niets aan doen. Het is volgens mij logisch om als volgt te werk te gaan. De klachtfunctionaris wijst mensen de weg. Als mensen dan een klacht indienen, beoordeelt een commissie die klacht. De commissie doet daarvan een verslag aan de raad van bestuur en de raad van toezicht; dat zijn immers de bazen van de zorginstelling. Als het dan niet goed gaat, komt de geschillencommissie in beeld. Daar kom ik zo nog op. Hoe denkt de minister hierover?

Nu kan de klachtfunctionaris met iedereen praten en iedereen de weg wijzen, maar hij hoeft geen verslag te doen. Dat is jammer, want wij willen toch bereiken dat er een cultuurverandering tot stand wordt gebracht als die cultuur in een zorginstelling niet goed is.

Ik stel voor dat ook de mensen die werken in een zorginstelling zich kunnen wenden tot de klachtfunctionaris en een beroep kunnen doen op de klachtenregeling. Het is bekend dat ik graag een klachtenregeling met een commissie wil, maar de Kamer kan daarover anders beslissen. Toch stel ik voor dat welke klachtenregeling er ook komt, het personeel daar ook gebruik van kan maken. Het komt namelijk echt voor dat mensen met hun ziel onder hun arm lopen en niet terecht kunnen bij hun leidinggevende, omdat die misschien bang is voor de manager en de productiecijfers. Of zij durven het niet omdat de relatie zo slecht is. Zij moeten dan misstanden of dingen die niet goed gaan, kunnen melden. Als dan wordt vastgesteld dat het inderdaad een beetje gek is, kan dat tot verbetering leiden. Het is beter om mensen in een positie te brengen waarin zij de mogelijkheid hebben om iets te doen met hun zorgen, dan dat zij afbranden en gedesillusioneerd naar huis gaan.

Er is een klokkenluidermeldpunt voor verstandelijk gehandicapten. Ik heb daarover vragen gesteld aan de staatssecretaris en hij heeft die inmiddels beantwoord. Bij dit meldpunt kunnen misstanden worden gemeld. Deze mensen willen graag dat er meer aandacht komt voor het feit dat veel mensen nergens naartoe kunnen. Het zijn allemaal vrijwilligers die veel ervaring hebben, ook doordat zij zelf zijn vastgelopen. Het zijn over het algemeen ouders van mensen die in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg wonen. Zij krijgen onverwacht verrassend veel meldingen van personeel. Het personeel is blij dat het ergens terechtkan, want het weet niet of het elders terechtkan. Het is mijn wens dat dit meldpunt van vrijwilligers zo snel mogelijk overbodig wordt. De staatssecretaris schrijft in zijn antwoord dat hij dat ook wil. Daarom zou het geen gekke gedachte zijn om medewerkers ook toegang te geven tot de klachtenregeling.

Nieuw in de wet is de onafhankelijke geschillencommissie, waar iemand terechtkan nadat hij de klachtenprocedure in de instelling heeft doorlopen en daar naar zijn mening is gestrand. Wij hopen natuurlijk allemaal dat zo iets gewoon binnen de zorginstelling zelf wordt opgelost en dat daar wordt bekeken of het een individuele of een structurele klacht is en hoe een en ander in de toekomst

Leijten

kan worden voorkomen. Immers, het zelflerende en zelfkritische vermogen moeten we aanspreken. Maar het kan zijn dat men er niet uit komt. Dan kunnen mensen naar een onafhankelijke geschilleninstantie. Wij vinden dat op zich een goed idee, maar wie zegt wat onafhankelijk is? Ik heb vaak meningsverschillen met deze minister over de toekomst van de zorg, maar ik ben wel van mening dat de minister deze geschilleninstanties moet instellen, bijvoorbeeld om te waarborgen dat niet allerlei voorzitters van raden van bestuur met elkaar dingen gaan besluiten. Ik zeg niet dat dit gaat gebeuren, maar die mogelijkheid is er wel. Wat is onafhankelijk? Dat beslissen we uiteindelijk hier. Ik zou het heel goed vinden als de minister zou zeggen dat zij staat voor die onafhankelijkheid en dat zij die zou willen regelen. Wij hebben het hierover gehad met Bureau Wetgeving. Er zijn allerlei vormen: de minister benoemt; de minister wijst aan hoe de benoeming moet gaan, bijvoorbeeld via een Algemene Maatregel van Bestuur. Ik ben echt bereid om te praten over wat de handigste manier is, maar ik denk dat het heel goed is dat wij zeggen dat wij uiteindelijk willen kunnen controleren hoe onafhankelijk die commissie is en dat wij in laatste instantie ook willen kunnen optreden, als wij denken dat dit niet het geval is.

De geschilleninstantie moet haar uitspraken publiceren. De minister zegt dat de inspectie deze dan kan meenemen in haar toezichtstaak. Ik vind dat een beetje mager. Wij stellen voor dat de geschilleninstantie – of instanties, want ze zouden ook regionaal kunnen gaan werken – alle klachten en geschillen die aan haar worden voorgelegd, moet melden aan de inspectie. Dat kunnen klachten zijn die niet ontvankelijk zijn, om welke reden ook. Dat kunnen klachten of geschillen zijn die tijdens de procedure in de instanties zelf worden opgelost, bijvoorbeeld omdat een wijs en onafhankelijk iemand van de geschillencommissie zich ermee bemoeit. Maar ook als iets niet ontvankelijk is, is het wel goed om te weten welke zorginstellingen er niet uit komen met hun patiënten, met de verwanten van patiënten of met bewoners. Uiteindelijk heeft dat wel te maken met een vorm van toezicht. Ik vraag de minister dus of zij bereid is om het amendement op stuk nr. 24 te onderschrijven of om te zeggen hoe dit beter kan, zodat de inspectie actief wordt geïnformeerd over wat er bij de geschilleninstantie ligt.

Nog een ander belangrijk punt. De geschillencommissie doet een bindende uitspraak. Daardoor is de rechter voor een inhoudelijke procedure eigenlijk geen begaanbare weg meer. In de afgelopen dagen hebben wij hierop zitten puzzelen; vanwege allerlei bepalingen in het Burgerlijk Wetboek, geloof ik. Als iets een bindende uitspraak is, kun je nog wel naar de rechter, maar de rechter toetst dan alleen nog marginaal; dus alleen of de procedures waaruit de uitspraak is gevolgd, goed zijn doorlopen. Er vindt dus geen inhoudelijke beoordeling plaats. Wij zouden erover willen nadenken of dit toch niet zou moeten kunnen. Je zou anders zomaar de situatie kunnen krijgen dat mensen een klacht hebben over een zorginstelling, geen heil zien in de geschillencommissie en daarom toch maar naar de rechter gaan. Dat kunnen zij dan na de klachtencommissie doen. Eigenlijk willen we dat voorkomen. Ik zoek naar de goede manier. Ik heb het via het amendement op stuk nr. 19 zo opgelost, dat de uitspraak van de geschillencommissie pas op termijn bindend wordt, waardoor men in de tussentijd nog kan nadenken over de vraag of men nog meer wil, of akkoord gaat en zich erbij neerlegt. Hieraan zitten mogelijk ha-

ken en ogen die ik niet heb voorzien. De Kamer heeft verzuimd om hierover een nadere schriftelijke ronde te organiseren, dus ik stel deze technische vraag nu maar. Ik zit daar wel mee. Ik zou het heel prettig vinden als mensen die alles hebben doorlopen, toch nog kunnen proberen om hun juridisch recht te halen.

De geschillencommissie gaat ook over schadevergoedingen op het moment dat mensen benadeeld zijn. Gisteren tijdens het notaoverleg over patiëntveiligheid heb ik al gezegd dat wij bezig zijn met het uitwerken van een wetsvoorstel dat regelt dat er een "no fault"-fonds komt. Dat houdt in dat mensen die medische schade oplopen door een behandeling niet zelf behoeven te gaan procederen maar dat dit fonds dat overneemt en er een schadevergoeding wordt toegekend. Met name mijn collega Van Gerven heeft hier al veel over gesproken met deze minister en zelfs ook nog met minister Klink. Vanuit het ministerie is er ooit een vergelijk gemaakt van landen die dit systeem hebben en van de voordelen en nadelen ervan. Wij zijn op dit moment in overleg met de sector, met verzekeraars en ziekenhuizen. We hopen aan het eind van de zomer een voorstel te kunnen doen dat ook gedragen wordt door het veld. Ik weet dat iedereen er ongemakkelijk mee is; ik heb gisteren ook gehoord in het notaoverleg over patiëntveiligheid dat weinig mensen die medische letselschade oplopen, hun recht kunnen halen en dat zij tegenover juridische batterijen staan. Bij de medische schadeverzekeraars en ziekenhuizen is er toch een belang om niet uit te keren, want daar hebben ze allebei financieel nadeel van, terwijl we wel weten dat er miljoenen op de plank liggen voor het eigenlijke doel. Dus ik hoop echt in de zomer of na de zomer met een voorstel te komen dat dan hopelijk ook een goede inhoudelijke behandeling in deze Kamer krijgt. De ervaringen die met dit stelsel in andere landen zijn opgedaan, zoals Nieuw-Zeeland en de Scandinavische landen, zijn namelijk heel positief. Daarmee zie je ook dat er een bepaalde mate van juridisering wordt weggenomen in de gezondheidszorg. Ik doe daarom nu geen uitspraken over de vraag of 25.000 genoeg is en of de procedures wel goed zijn. We hopen met een voorstel te komen waarmee we dit gedeelte uit de geschillencommissie kunnen halen. Dat sluit ook aan bij wat de KNMG ons schrijft, namelijk dat zij het ongelukkig vindt dat de geschillencommissie zowel over klanten als over financiële genoegdoening gaat. Zoals gezegd, ik hoop de Kamer een voorstel te doen dat zij niet kan weerstaan.

Het is goed om een klachtenregeling in te stellen, maar we moeten er wel voor waken dat deze een verslechtering wordt ten opzichte van de huidige wet inzake klacht-recht. Wij zijn er nog niet helemaal over uit of dit een verbetering of een verslechtering is. Wij denken dat in ieder geval een eigen interne commissie in een zorginstelling echt noodzakelijk is om deze wet überhaupt aangenomen te krijgen. We hopen dat de minister dat met ons eens is. Ik kan op dit moment nog niet zeggen of wij dit wetsvoorstel uiteindelijk zullen steunen of dat wij tot het oordeel komen dat het tot een verslechtering leidt van de situatie van de mensen zelf. We hopen in ieder geval dat onze voorstellen in dit wetgevingsproces de boel kunnen verbeteren.

Kuzu



De heer **Kuzu** (PvdA):

Voorzitter. Voor de Partij van de Arbeid staat het belang van de patiënt centraal. Vandaar dat de Partij van de Arbeid hecht aan een zorgvuldige behandeling van de wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. Een van de vijf delen van het inmiddels gesneuveld wetsvoorstel cliëntenrechten zorg en een samenvoeging van de huidige kwaliteitswet en de wet klachten cliënten zorginstellingen. Dat brengt mij meteen bij de eerste vraag aan de minister. Wat is er in deze wet beter dan in de wetten hiervoor? Wat is de noodzaak van het intrekken van de kwaliteitswet en de klachtwet? Welke bezwaren tegen het onderdeel kwaliteit en klachten in de Wcz worden nu precies opgelost met deze wet?

De Partij van de Arbeid heeft altijd de primaire gedachte van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg, waarin wordt gepleit voor de versterking van de positie van de cliënten in de zorg, onderstreept. De tijden van een mompelende en onverstaaanbare dokter die je met een onleesbaar recept opzadelde, zijn wat ons betreft definitief voorbij. Cliënten en hun naasten willen kwalitatief hoogwaardige en goede zorg. Volgens de wet hebben zij daar recht op. Wat is echter goede zorg? Dat is gedefinieerd in artikel 2, lid 2: veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht, tijdig, afgestemd op de behoefte van de cliënt. Dat brengt mij bij mijn tweede vraag aan de minister. Als dit de definitie is van goede zorg, bestaat er een aanzienlijke kans dat er discussies tussen cliënt en zorgverlener ontstaan over deze definitie. Wat is immers "doelmatig" en "doeltreffend"? Daarover wordt in de wetenschap al decennia lang gediscussieerd. Hoe wordt dit meetbaar en inzichtelijk gemaakt?

Aandacht voor de rechten van de cliënt moet er niet alleen zijn als er iets is misgegaan. De Partij van de Arbeid ziet ook graag aandacht voor de rechten van de cliënt voorafgaand aan een behandeling. Van tevoren moet een cliënt weten welke rechten voor hem uit de wet voortvloeien. Een belangrijk bezwaar van de PvdA-fractie tegen dit wetsvoorstel is dat er in de huidige tekst van het wetsvoorstel geen eisen zijn opgenomen omtrent de communicatie met de cliënt over de verschillende rechten die hij heeft, vanuit het perspectief van de cliënt. Het is nu niet duidelijk voor de cliënt waar hij recht op heeft en aan welke verplichtingen zorginstellingen dienen te voldoen. Daarom hebben wij een amendement ingediend dat ervoor moet zorgen dat de zorgaanbieder cliënten op hun verzoek informatie geeft over hun rechten.

Cliënten hebben niet alleen recht op goede zorg, maar ook op informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Als cliënten daarover ontevreden zijn, moeten zij daarover eenvoudig een klacht kunnen indienen die serieus wordt behandeld. Daar hechten wij al belang aan, maar dat is alleen maar toegenomen na het onderzoek van het NIVEL en de KNMG. In dat onderzoek wordt gesteld dat ruim de helft van de patiënten denkt dat artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd houden bij de afhandeling van klachten. Onder artsen denkt 12% dit. Er bestaat dus een enorme discrepantie tussen de belevingswereld van de arts en die van de patiënt. Daar moet verandering in komen. Daarom steunt de PvdA het idee achter deze wet, namelijk het versterken van de positie van de cliënt tegenover steeds groter wordende zorginstellingen en machtige zorgverzekeraars.

Op de positie van de zorgverzekeraars kom ik straks terug. Ik ga nu eerst in op de zorginstellingen. Hetzelfde onderzoek van NIVEL leert ons dat zorginstellingen weinig kennis hebben van de manier waarop klachten worden afgehandeld. Dat begint bij de eerste opvang van klachten. Die blijkt niet overal op orde te zijn. Slechts een op de drie instellingen blijkt tijdens kantooruren direct iemand beschikbaar te hebben die informatie kan geven over klachtbehandeling. Dat is vaak een afdelingshoofd of een directielid. Of dat bijdraagt aan laagdrempelige klachtenbehandeling, betwijfelen wij.

De ene klacht over de zorg is de andere niet. In een groot aantal gevallen ontstaat een klacht omdat iemand vindt dat hij of zij tijdens de zorgverlening onduidelijk is geïnformeerd of onzorgvuldig is bejegend of omdat de uitkomst van een behandeling anders is dan werd verwacht. Bij zo'n onverwachte uitkomst kan het gaan om een complicatie, maar ook om verwijtbaar handelen. In al deze gevallen spreken wij over verschillende soorten klachten, die op een verschillende maar bevredigende manier kunnen en zouden moeten worden afgehandeld. Natuurlijk is het voor iedereen het beste als een klager rechtstreeks in overleg met de betrokken zorgverlener tot een goede afhandeling van de klacht komt. Omdat de klager dat niet altijd makkelijk vindt, de zorgverlener zich daar niet altijd eenvoudig op laat aanspreken of de verhoudingen zo verstoord zijn dat het gesprek niet vanzelf tot stand komt, zijn verschillende procedures ontwikkeld om tot een goede klachtafhandeling te komen.

Volgens de PvdA zou het echt moeten beginnen bij het voorkomen van klachten. Dat eist professionaliteit van de zorgverlener. Deze kan zijn goede wil tonen door de cliënt gedurende de behandeling te vragen naar zijn tevredenheid. Dat moet toch mogelijk zijn, want in de zorg gaat het wat ons betreft hoofdzakelijk om de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Zorg is meer dan dat een arts een behandeling voorschrijft; zorg gaat echt om de relatie, waarin ook plaats moet zijn voor een gesprek.

Omdat het voor iedereen – de klager, de zorgverlener, de zorginstelling – beter is wanneer klachten niet onnodig escaleren, zijn veel zorginstellingen de afgelopen jaren overgegaan op het instellen van een klachtenbemiddelaar. Binnen de zorginstelling helpt deze klachtenbemiddelaar de klagers om laagdrempelig hun klacht duidelijk onder woorden te brengen en faciliteert hij het gesprek tussen klager en zorgverlener. In veel gevallen leidt de interventie van een klachtenbemiddelaar tot een bevredigende afhandeling van de klacht en stopt de klachtenprocedure daar. Wij zijn verheugd dat dit nu is opgenomen in artikel 15 van het wetsvoorstel, maar vragen tegelijkertijd hoe wordt geborgd dat een klachtenbemiddelaar het belang van de cliënt gaat dienen en niet de belangen van de zorginstelling. Mevrouw Bruins Slot heeft daar volgens mij een amendement over ingediend, dat wij sympathiek vinden.

Als de klachtenbemiddeling niet tot een bevredigend resultaat leidt, moet voor de klager de weg openstaan naar een "klachtencommissieachtig iets", zoals ik het noem. In het verleden is er heel veel discussie geweest over het functioneren van klachtencommissies. Dit "klachtencommissieachtige iets" is voor de klager altijd de stok achter de deur om tot een voor de klager bevredigende uitkomst van de bemiddeling te komen. Die druk weghalen door het schrappen van de klachtencommissie, omdat die moet worden vervangen door een per zorgaanbieder andere procedure, is geen goede ontwikkeling. Daar-

Kuzu

om hebben wij hierover een amendement ingediend. De manier waarop een klachtenprocedure wordt ingekleed, is een punt van aandacht voor de Partij van de Arbeid-fractie.

Een belangrijk bezwaar dat wij hebben bij het wetsvoorstel is dat zorginstellingen zonder dit amendement heel veel vrijheid krijgen om zelf een klachtenregeling vast te stellen, terwijl we het in dit wetsvoorstel hebben over de rechten van een cliënt. In theorie zou zonder dit amendement de situatie kunnen ontstaan dat elke zorginstelling een andere klachtenregeling opstelt. Dat zorgt misschien wel voor vrijheid van de zorgaanbieder, maar bevordert absoluut niet de uniformering van het klachtrecht en de eenduidigheid voor de klager. Ook daarom hebben wij een amendement op dit onderwerp ingediend.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik zag het amendement op stuk nr. 29, waarover de heer Kuzu het heeft, vandaag inderdaad langskomen. Daarin stelt de Partij van de Arbeid-fractie voor om een Algemene Maatregel van Bestuur in te stellen om de klachtenregeling te preciseren. Nu heb ik ook een amendement ingediend, waarmee de klachtenregeling gewoon in de wet komt. Dat is nu namelijk ook gewoon geregeld in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Kunnen we niet beter afspreken dat we wettelijk vastleggen wat de klachtenprocedure moet zijn? Dan is er helemaal geen verschil meer.

De heer Kuzu (PvdA):

Ik heb het amendement van mevrouw Leijten ook gezien, gelezen en beoordeeld. Het verschil tussen het amendement van de Partij van de Arbeid en het amendement van de SP is dat de SP het in de wet wil regelen. In de afgelopen periode hebben wij in de verschillende evaluaties kunnen zien dat het klachtrecht in de oude situatie ook niet tot volle tevredenheid leidt. Ik heb in het verleden verschillende opdrachten over klachtencommissies mogen doen. Als je kijkt naar de registratie van klachten binnen zorginstellingen zie je dat heel veel, met name solistische en kleinere zorgaanbieders – denk aan de huisartsenpraktijk of de fysiotherapeuten – geen klachtencommissie hebben. Voor de klager is het onduidelijk hoe hij daarmee moet omgaan. Wij stellen dus niet voor om het af te dichten volgens de oude procedure die in de oude klachtwet geformuleerd staat, maar om een Algemene Maatregel van Bestuur te hanteren waardoor we van tijd tot tijd kunnen bekijken hoe we de positie van de klager kunnen afstemmen op de daadwerkelijke behoefte. Daar gaat het de Partij van de Arbeid-fractie om.

Mevrouw Leijten (SP):

Als je zegt dat er gewoon een commissie moet zijn die de klachten afhandelt, kun je ook heel duidelijk zeggen dat het handig is om het op deze manier in te vullen in de gehandicaptenzorg en bij andere organisaties. Een Algemene Maatregel van Bestuur is niet zo hard als een wet. Ik stel vast dat we hetzelfde willen, maar dat de heer Kuzu zegt dat het aan de minister is om het in te vullen, terwijl wij zeggen: wij willen daar ook zelf over gaan. Wat is het bezwaar tegen het wettelijk regelen? Als er nu niet goed wordt gehandhaafd, dan is dat het probleem. Dan maakt een Algemene Maatregel van Bestuur of een wettelijke formulering geen verschil. Wij kunnen beiden erbovenop zitten en ervoor zorgen dat die procedures goed zijn.

Wat is het bezwaar tegen het in de wet opnemen van een klachtencommissie die intern opereert in een instelling?

De heer Kuzu (PvdA):

Dat heb ik in mijn antwoord op de eerste vraag al gezegd. In het amendement-Leijten op stuk nr. 32 wordt heel erg rigide uitgegaan van een klachtencommissie. Daarom heb ik zojuist aangegeven dat het mij niet gaat om een instituut als "de" klachtencommissie maar om zoiets als "een" klachtencommissie. Ik heb het een "klachtencommissie-achtig iets" genoemd. Het daadwerkelijk regelen van een klachtencommissie in de wet heeft niet de uitwerking die ook mevrouw Leijten voor ogen heeft. Dat zien we nu al in de praktijk. Daarom stel ik voor om het niet zo hard op te schrijven in de wet als mevrouw Leijten voorstelt. Laten we een Algemene Maatregel van Bestuur opstellen, waardoor we ook de mogelijkheid hebben om aan te sluiten bij de behoefte van het veld en het versterken van de positie van de cliënt.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik kan er geen wijs uit worden. Als je stelt dat er een commissie moet komen, kun je dat wettelijk regelen. We kunnen van mening verschillen over de vraag hoe die commissie opgebouwd moet worden. Misschien kunnen we dat invullen via een Algemene Maatregel van Bestuur, opdat het bij verschillende sectoren anders kan zijn. Ik stel vast dat de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) en de KNMG allebei vragen om een wettelijke verankering van de klachtencommissie. Ik snap dus niet waarom het opstellen van een Algemene Maatregel van Bestuur beter zou zijn dan het wettelijk verankeren. Maar goed, hierover verschillen wij waarschijnlijk van mening.

De heer Kuzu (PvdA):

Nogmaals, ik constateer dat de doelstelling van de SP en de PvdA op dit gebied dezelfde is. Ik ben dus ook altijd bereid om na de behandeling van de eerste termijn met mevrouw Leijten te bekijken hoe we daarin een middenweg kunnen vinden. Het is echter alsof mevrouw Leijten zegt dat er een wereld is die totaal zwart is of een wereld die totaal wit is. Volgens mij zit er ook een heel groot grijs gebied ertussenin. Daar zoeken wij de oplossing.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik maak hier echt bezwaar tegen. Als de heer Kuzu vond dat ik in mijn inbreng een zwart-witte wereld neerzette, had hij dat moeten zeggen. Ik doe dat niet. In mijn amendement wordt dat ook niet gedaan. We willen iets wettelijk regelen, terwijl de Partij van de Arbeid het niet wettelijk hoeft te regelen. Dat is het verschil. Het gaat niet over wit of zwart.

De heer Kuzu (PvdA):

Ik doe een handreiking richting de SP en daar komt zoiets voor in de plaats. Ik geef duidelijk aan waar wij voor staan. Ik geef ook duidelijk aan waar de SP voor staat. Daar hebben we dan een verschil van mening over. Blijkbaar wordt een handreiking niet geaccepteerd, dus die handreiking zal ik dan maar niet meer doen.

Voorzitter. De uniformiteit van de klachtenprocedures bij zorgaanbieders wordt gewaarborgd door ten minste één bij Algemene Maatregel van Bestuur nader in te vullen set van criteria. Uniformering van klachtenprocedures is vooral van belang ten aanzien van ketenzorg. Als iemand bij verschillende zorgaanbieders zorg ontvangt en

Kuzu

er fouten worden gemaakt, is het niet de bedoeling dat de cliënt allerlei verschillende klachtenprocedures moet doorgronden. Daarnaast kan in deze Algemene Maatregel van Bestuur worden geregeld op welke wijze solistisch werkende zorgaanbieders samen tot een klachtenprocedure kunnen komen, waarbij bijvoorbeeld de ondersteuning voor de cliënt wordt gedeeld. Door uniformering via een set van criteria te regelen, zal de administratieve belasting voor zorgaanbieders worden verminderd en zal de toegankelijkheid van de klachtenprocedures voor patiënten en cliënten worden vergroot.

Ik sprak net al over de rol van de zorgverzekeraars. De Partij van de Arbeid vindt dat de driehoeksverhouding tussen patiënt, zorginstelling en zorgverzekeraar niet tot uitdrukking is gekomen in het wetsvoorstel. Dat vinden wij betreurenswaardig. De rol van zorgverzekeraars wordt volledig ten onrechte buiten het wetsvoorstel gehouden, terwijl zorgverzekeraars invulling geven aan de basisoverheidsverantwoordelijkheid voor beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg. Wij pleiten daarom voor duidelijkheid over de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars wat dit betreft. Het ontbreken van een uitwerking van de positie van zorgverzekeraars heeft een weerslag op het belangrijke recht van goede zorg.

Wij hebben al eerder aangedrongen op een ombudsman voor de zorg, die de patiënt gaat helpen bij het indienen van een klacht. Een klacht indienen tegen je behandelaar in je eigen ziekenhuis is voor veel mensen een grote stap. Als je familielid nog in een verpleeghuis verblijft, is het indienen van een officiële klacht vaak een te grote stap. Bovendien worden mensen op dit moment vaak ontmoedigd door de bureaucratische manier waarop een klachtenprocedure verloopt. Het is daarom van belang dat er een externe en onafhankelijke plek komt waar mensen terecht kunnen voor informatie over hun rechtspositie en voor bemiddeling bij een geschil. De bij de ombudsman binnengekomen informatie kan eenvoudig worden gekoppeld aan de bevindingen van de inspectie waardoor trends herkenbaar worden. Als een individuele klacht dermate ernstig is dat er een algemeen gezondheidsbelang in het spel kan zijn, kan de ombudsman, de inspectie of de zorgautoriteit daarop attenderen. De minister heeft deze ombudsfunctie toegezegd. Wij zijn daar blij mee.

De ombudsfunctie heeft verdere uitwerking gekregen in de plannen voor het zorgloket. Patiënten kunnen er terecht voor begeleiding en ondersteuning bij het indienen van een klacht, voor een luisterend oor, informatie, advies en begeleiding via mediation. Wanneer patiënten niet voldoende worden gehoord, of wanneer de afhandeling van een klacht niet goed verloopt, kunnen ze bij het zorgloket terecht. Ook wanneer een cliënt bij meerdere zorgaanbieders zorg ontvangt en er in deze keten iets misgaat, kan het zorgloket een rol spelen. Het zorgloket heeft daarnaast een belangrijke functie bij het verzamelen van signalen die worden doorgegeven aan de Inspectie, zodat structurele fouten vroeg kunnen worden gesignaleerd.

Klachtenbegeleiding is geen kerntaak van de inspectie. Dat delen wij. Het zorgloket dat wordt ingericht bij de Inspectie, krijgt een belangrijke nieuwe functie. Ik heb een amendement ingediend dat beoogt om de ombudsfunctie binnen het klachtrecht die wordt ingevuld door het zorgloket een wettelijke basis te geven. Via een AMvB kan ook de Kamer meebepalen hoe deze ombudsfunctie wordt vormgegeven. Als we het zorgloket na een jaar evalueren, kunnen er weer aanpassingen plaatsvinden. De minister heeft dit toegezegd. Ik had ook via een mo-

tie kunnen vragen om het zorgloket nader in te vullen, maar ik heb gekozen voor een amendement, omdat ik dit wil borgen in de wet. Eén van de doelstellingen om de wetgeving ten aanzien van patiënten te herzien, naast het verstevigen van de rechtspositie van patiënten, is echter ook dat het voor iedereen duidelijk moet zijn waar iemand recht op heeft en op welke wijze een klacht kan worden ingediend en behandeld. Daarom dient het zorgloket een wettelijke grondslag te hebben in de wet, want die verstevigt de rechten van de patiënten.

□

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Voorzitter. Vorige week verdedigde ik samen met een aantal collega's in de Eerste Kamer een initiatiefwetsvoorstel om de verkoopleeftijd voor alcohol te verhogen naar 18 jaar. Tijdens dat debat wees VVD-senator Beckers erop dat Aristoteles de waarschuwing meegaf dat wetgeving overzichtelijk moet zijn, niet zo gecompliceerd dat de burger er weinig meer van begrijpt en niet in een zodanige veelheid dat hij de inhoud niet meer tot zich kan nemen. Met deze les van Aristoteles in ons achterhoofd vindt de SGP het verstandig dat het wetsvoorstel is opgeknipt in meerdere wetsvoorstellen. Het is in ieder geval een aanmerkelijke inperking als wij de laatste nota's van wijziging zien, vergeleken met het oorspronkelijke wel heel veel omvattende wetsvoorstel. Overigens, Aristoteles of niet, de Raad van State maakte ook een belangrijke opmerking in zijn oorspronkelijke advies, namelijk dat erop moet worden gelet, juist bij het willen verbeteren van de kwaliteit van zorg en de versterking van de positie van de cliënten, dat het in heel veel gevallen niet gaat om wettelijke aanpassingen, maar ook om de organisatie van de zorg, om goede communicatie en heldere voorlichting. Ik denk dat wij dat ook bij dit beperkte wetsvoorstel goed moeten meenemen.

Hetzelfde geldt voor een tweede aandachtspunt dat voor mijn fractie van belang is bij het beoordelen van wat er uiteindelijk van dit wetsvoorstel is overgebleven in deze fase – er komt natuurlijk nog meer – en wat ook in het advies van de Raad van State naar voren werd gebracht: let erop dat de wetgeving niet zodanig gedetailleerd is om een en ander steeds beter te regelen en beter te borgen, dat dit in de praktijk juist verstarrend kan weken. Zo zullen wij ook naar amendementen kijken. Uiteindelijk moeten wij niet alleen naar de wettekst kijken, maar er ook voor zorgen dat er voldoende ruimte is voor verdere verbetering en praktische aanpassingen, al gaat het misschien niet op de manier die wij hier op een gegeven moment het beste vinden, met name als het om de details van allerlei regelingen gaat.

De Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg treedt in de plaats van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Ik stel voorop dat wij het toejuichen als er stappen worden gezet om de kwaliteit van de zorg beter te borgen en cliënten en patiënten een laagdrempelige toegang te geven tot klachtenoplossing.

Ik heb in deze fase van de behandeling van het wetsvoorstel nog een behoorlijk aantal vragen naar aanleiding van de laatste nota's van wijziging. Mijn eerste vraag gaat over de reikwijdte van het wetsvoorstel, voor nu, maar ook – en zeker zo belangrijk – voor na 2015. In de toelichting op artikel 1, lid 2, lees ik dat ook de zorg die geboden wordt in de Wet maatschappelijke ondersteuning voornamelijk onder dit wetsvoorstel valt. Daarbij valt natuurlijk

het woord "vooralsnog" op. Juist op dit terrein is er van alles in beweging. Vorige week meldde de staatssecretaris nog dat hij samen met de VNG en het Kwaliteitsinstituut overlegt over de vraag hoe de kwaliteit van de zorg op gemeentelijk niveau geregeld wordt. Onduidelijk is nog of, en zo ja, welke professionele standaarden en kwaliteitsnormen gemeenten moeten hanteren. Lopen wij niet het risico dat zorgaanbieders en cliënten zich nu instellen op de bepalingen die uit deze wet volgen, terwijl deze mogelijk per 2015 toch weer van de baan zijn? Hoe zit het met dit "vooralsnog"?

Omdat de wet nu geldt in de Wmo, mogelijk ook na 2015, heb ik de vraag aan de minister of zorgaanbieders als gevolg van dit wetsvoorstel niet worden geconfronteerd met een heel lastige opgave. Deze wet is geënt op individuele rechten en standaardisering van kwaliteit, terwijl je in de Wmo het compensatiebeginsel terugziet en maatwerk als uitgangspunt wordt gehanteerd. Als je dit toepast in het Wmo-domein, – in artikel 2 staat dat zorgverleners moeten handelen in overeenstemming met de professionele standaard, een begrip dat geïntroduceerd is in de Kwaliteitswet zorginstellingen – hoe wordt dan omgegaan met klachten en geschillen als gemeenten heel andere eisen stellen aan de kwaliteit van de zorg en er niet direct van die professionele standaarden voorhanden zijn?

In de memorie van toelichting staat dat het toepassen van deze wet niet proportioneel zou zijn voor bepaalde vormen van zorg, zoals doventolkgang, farmaceutische zorg, hulpmiddelzorg, verstrekking van verpleegartikelen en vervoer. Ik heb het nu over artikel 1, lid 3, van het wetsvoorstel. De memorie van toelichting is nogal stellig, in de zin van: in die en die gevallen is het disproportioneel. Dan zou je zeggen dat je het gelijk uit te wet haalt, omdat het daarin geen plaats heeft. In de wetstechniek krijgt het echter een plaats als een kan-bepaling. Bij AMvB kan worden bepaald dat die mogelijkheden worden uitgesloten. Is de minister voornemens om van die mogelijkheid gebruik te maken, en zo ja, waarom wordt dit niet gewoon in de wet geregeld? Of is het toch een verhaal waarbij voor delen van de zorg die genoemd worden, de wet wel van toepassing blijft? Graag krijg ik daarover meer helderheid.

Om onveilige situaties in de zorg zo veel mogelijk te voorkomen, krijgen zorgaanbieders met artikel 4, lid 1, de plicht om inlichtingen over sollicitanten in te winnen bij derden, waarmee zij controleren of potentiële werknemers in het verleden goede zorg hebben verleend. Daar kunnen wij ons van alles bij voorstellen. Er zijn misstanden aan het licht gekomen bij niet of slecht functionerende medisch specialisten. Daar komt dan een hoop heisa over. Je vraagt je dan af waarom dat niet even is nagetrokken. Dat had zo veel ellende kunnen voorkomen. Zeker, maar hoe pakt het nu precies uit en wat is de reikwijdte van zo'n heel algemeen geformuleerde bepaling in artikel 4, eerste lid? Hoe ver gaat de verantwoordelijkheid voor een zorgaanbieder? Hoe moet ik dat inwinnen van informatie praktisch voor mij zien? Gaat het niet voor een deel om privacygevoelige informatie waarmee je op grond van andere wetgeving last kunt krijgen, al was het maar om de informatie boven tafel te krijgen? Of moeten wij deze bepaling zo uitleggen, dat de toestemming van een sollicitant niet nodig is? Biedt de bepaling een wettelijke basis voor het daadwerkelijk inwinnen van inlichtingen?

Met het wetsvoorstel wordt het in bezit hebben van een verklaring omtrent het gedrag niet alleen verplicht voor nieuwe medewerkers, maar ook voor medewerkers die al bij een zorgaanbieder werkzaam zijn. Ik vraag de minister of de maatschappelijke kosten van een verplichte vog voor alle medewerkers – er wordt gezegd dat het dan om meer dan 20 miljoen euro gaat – niet onevenredig hoog zijn in relatie tot het daarmee te bereiken doel. Waarom wordt niet volstaan met artikel 4, lid 4, waarin staat dat een zorgaanbieder een vog moet aanvragen als redelijkerwijs vermoed kan worden dat een zorgverlener niet aan de eisen voor het afgeven van zo'n verklaring voldoet? Wat verstaat de minister in het kader van dat artikel onder een "redelijk vermoeden"? Hoe wordt daarbij willekeur vermeden? Wanneer heeft een zorgaanbieder volstaan aan de verplichting om maatregelen te nemen die noodzakelijk zijn ter bescherming van zijn cliënten, zoals het vijfde lid eist?

In artikel 7 is de verplichting opgenomen om de kwaliteit van de zorg op een systematische wijze te bewaken, te beheersen en te verbeteren, en wel op zo'n manier dat de gegevens vergelijkbaar zijn met gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie. Een sympathiek doel, maar was niet juist een van de redenen om het Kwaliteitsinstituut op te richten dat het in veel gevallen nog onduidelijk is wat kwaliteit van zorg is en hoe deze eenduidig te meten is? Hoe moeten zorgaanbieders met deze wettelijke verplichting omgaan als er nog geen professionele standaard is ontwikkeld voor hun vorm van zorg?

De SGP vindt het belangrijk dat patiënten en cliënten laagdrempelig toegang krijgen tot een onpartijdige afdeling van klachten. Als een klacht snel wordt besproken, is de kans het grootst dat het onderling vertrouwen tussen zorgverleners en cliënten weer kan worden hersteld en dat geleerd wordt van zaken die niet goed zijn gegaan. De introductie van een interne klachtenbehandelingsprocedure waarmee geschillen op een laagdrempelige, goedkope manier worden beslecht, vinden wij dan ook een belangrijke verbetering ten opzichte van de huidige wetgeving. Desondanks heb ik een aantal vragen over de uitwerking. Kan de minister toelichten hoe zij de samenhang van dit wetsvoorstel ziet met de aangekondigde hervorming van het klachtrecht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de introductie van een zorgloket, die de minister aankondigt in een brief van 15 februari jongstleden? Daarin worden plannen gepresenteerd om te komen tot één zorgloket, een klachtvolgsysteem.

Met artikel 13 krijgt de zorgaanbieder de verplichting om een regeling vast te stellen in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten. Moet elke zorgaanbieder voor zichzelf in gesprek met cliëntenorganisaties of wordt dit per branche aangepakt? Wanneer is een organisatie van cliënten representatief? Wat gebeurt er als er voor een bepaalde vorm van zorg geen representatieve cliëntenorganisatie is?

Met artikel 15 krijgt de cliënt recht op gratis advies, voorlichting en ondersteuning van een onafhankelijke klachtenfunctionaris. Grote zorgorganisaties hebben doorgaans al een dergelijke klachtenfunctionaris of cliëntvertrouwenspersoon, maar voor kleine en middelgrote zorgorganisaties betekent dit een nieuwe financiële belasting. Is er inzicht in de omvang van die belasting voor dergelijke organisaties?

Als de Wmo in 2015 verandert, is de kans reëel dat er een stroom klachten wordt ingediend door cliënten en patiënten die eerst een verzekerd recht hadden, maar die

Van der Staaij

vanaf dat moment gecompenseerd worden voor hun beperkingen. Dat zal zeker het geval zijn als gemeenten zelf in belangrijke mate kwaliteitseisen kunnen bepalen. Hoe voorkomt het kabinet dat vanaf 2015 veel klachten worden ingediend en dat de kosten van een klachtenfunctionaris voor zorgaanbieders uit de hand lopen, terwijl die klachten eigenlijk niet zo veel te maken hebben met de wijze waarop de zorginstelling functioneerde, maar meer met de transitie naar een ander systeem van rechten en voorzieningen?

Met het wetsvoorstel wordt bepaald dat een schriftelijke klacht kan worden ingediend door de cliënt en nabestaanden van de overleden cliënt, danwel een vertegenwoordiger van de cliënt. Waarom heeft de regering ervoor gekozen dat de zorgaanbieder zelf mag bepalen hoe ruim de kring van nabestaanden strekt die van de regeling gebruik kunnen maken? Licht een wettelijke afbakening niet meer voor de hand, juist om onnodige onduidelijkheid te voorkomen?

Als een zorgaanbieder en een cliënt er niet samen uitkomen, kan de cliënt zich richten tot een onafhankelijke geschilleninstantie die een bindende uitspraak doet. Alle zorgaanbieders worden verplicht om zich bij een geschillencommissie aan te sluiten. Zij moeten hiervoor flinke kosten maken. Ik heb begrepen dat de kosten voor een geschil fors zijn, ongeacht of de zorgorganisatie in het gelijk wordt gesteld of niet. Waarom moet de zorgaanbieder ook betalen als hij in het gelijk wordt gesteld? Is dat niet een te zware last voor kleine en middelgrote zorgaanbieders? De geschillencommissie is bevoegd om een bindende uitspraak te doen en schadevergoeding toe te kennen tot een bedrag van in eerste instantie € 10.000. Waarom heeft de minister gekozen voor de mogelijkheid van het bij AMvB verhogen van de bevoegdheidsgrens tot € 25.000? Zou formeel-juridische afhandeling in dat geval niet meer voor de hand liggen? Waarom krijgt de geschilleninstantie ook de mogelijkheid om een bindend oordeel te geven over klachten zonder financiële schadevergoeding? Kan de minister reageren op de kritiek dat dit de eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder ondermijnt?

Dit zijn de vragen die ik in deze termijn graag nog stel aan de minister.

□

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Voorzitter. De CDA-fractie vindt de versterking van de positie van de patiënt en cliënt erg belangrijk. Dit overgebleven gedeelte van de Wet cliëntenrecht en zorg, dit wetsvoorstel, bevat belangrijke maatregelen die daadwerkelijk de positie van de cliënt gaan versterken. Het is wel goed om te bedenken dat dit echt het laatste redmiddel is. Meldingen doet men bij incidenten en klachtprocedures worden gestart op het moment dat zorg slecht verleend is. Het gaat er natuurlijk vooral om dat de zorg aan de voorkant van de instelling goed is. Mevrouw Leijten sprak daar ook over. Er moeten kwalitatief goede zorgaanbieders zijn en betrokken zorgverleners, die met hart voor hun werk aan het werken zijn. Bovendien gaat het erom dat over de verleende zorg geen juridisch getouwtrek ontstaat.

Er zijn nog wel zorgen. Mijn collega van de PvdA, de heer Kuzu, had het over het onderzoek van de NPCF dat net is uitgekomen. De conclusies zijn fors. De patiënten/cliënten geven aan dat zij vaak geen klachten indie-

nen. Zij vinden dat te veel werk en zij verwachten niet dat de zorgaanbieder er onafhankelijk naar kijkt. Ik hoor graag een reactie van de minister op dit onderzoek.

Ik heb verder nog een groot aantal vragen over de uitwerking van deze wet en de gevolgen daarvan. Dat heeft ook te maken met het feit dat de Kamer besloten heeft om geen schriftelijke ronde te doen. Het eerste punt betreft de definitie van "goede zorg". De minister doet op dat punt al een belangrijke toevoeging ten opzichte van de vorige definitie. Dat betreft het aspect veiligheid. Zou ook niet het aspect kwaliteit daaraan moeten worden toegevoegd? Ik heb daarover al een amendement ingediend.

In het artikel staat dat zorg moet worden verleend op basis van de professionele standaarden. Dat houdt al een deel kwaliteit in zich. Wij weten op dit moment echter ook dat er nog grote delen van de zorg zijn waar geen professionele standaard geldt. Denk bijvoorbeeld aan de langdurige zorg. Hoe ziet de minister dit?

Mijn volgende vraag sluit aan bij de vraag die de heer Van der Staaij stelde over de reikwijdte van deze wet. Als de plannen van het kabinet doorgaan en de langdurige zorg voor een groot deel bij de Wet maatschappelijke ondersteuning wordt ondergebracht, komt die wet dan te vallen onder deze wet kwaliteit klachten en geschillen zorg? Dat zou belangrijk zijn om goede zorg en klachtenprocedures te borgen. Ik hoor graag een reactie van de minister op dit punt.

Een volgend onderwerp is het melden van incidenten en calamiteiten. In artikel 1 wordt het begrip "calamiteit" gedefinieerd. Er is nogal eens discussie over het wel of niet melden van een calamiteit of een incident. Een potentiële melder beroept zich er regelmatig op dat de kwaliteit van de zorg eigenlijk niet in het geding was en dat hij daarom uiteindelijk ook niet meldt. Waarom is in de definitie niet gekozen voor de formulering dat de kwaliteit vermoedelijk in het geding is? Je voegt dus het woord "vermoedelijk" toe. Het betekent niet dat de kwaliteit in het geding is, want dat moet degene inschatten die die kwaliteit heeft geleverd. Het gaat erom dat je gaat melden op het moment dat er een grijs gebied ontstaat dat het wel of niet het geval kan zijn. Graag krijg ik een reactie van de minister op dit punt.

Wij hebben het in de Tweede Kamer al verschillende keren gehad over het openbaar maken van veiligheidsincidenten. De laatste tijd hebben wij in de media of in de Kamer verschillende argumenten hierover gewisseld. De wet verbiedt het openbaar maken van individuele meldingen. Deze leden kunnen zich dat ook wel indenken, want uiteindelijk gaat het om de privacy van patiënten. Welke mogelijkheden ziet de minister voor de inspectie om geaggregeerde meldingen in het jaarverslag openbaar te maken en tevens aan het eind van het jaar aan te geven welke volgactie zij heeft gedaan? Wij hebben het er hier al vaker over gehad, maar misschien is dit wel het moment om het in dit wetsvoorstel te regelen. Graag krijg ik nog een keer een reactie van de minister op dit punt.

Een ander onderwerp betreft de klachten- en geschillenprocedure. Meerdere collega's hebben het al gehad over de onafhankelijke positie van de klachtenfunctionaris. Die is van cruciaal belang voor het slagen van dit wetsvoorstel. Er staat nu wel een passage in het tweede lid van artikel 15 dat de zorgaanbieder de klachtenfunctionaris niet mag belemmeren, maar ik vind dat wezenlijk anders dan dat de klachtenfunctionaris echt onafhankelijk moet zijn en ook onafhankelijk in die organisatie geplaatst is. Ik ben dan ook blij met de sympathie die de SP en de

PvdA hebben uitgesproken voor mijn amendement. Aan de ene kant is het belangrijk dat de klachtenfunctionaris in die organisatie zit, omdat hij kennis heeft van de werking van de organisatie. Aan de andere kant loop je het risico van ongewenste beïnvloeding, zoals mevrouw Leijten en de heer Kuzu al aangaven. Zoals ik altijd van mijn grootmoeder heb geleerd: wiens brood men eet, diens woord men spreekt. Daarom wil ik graag in de wet opnemen dat er een onafhankelijke klachtenfunctionaris is.

Een volgend punt ziet op de omkering van de bewijslast. Deze wet is een verbetering ten opzichte van de huidige praktijk. De zorgverleners krijgen de verplichting om in dossiers aantekening te maken van incidenten. Cliënten zitten nu vaak in een nadelige positie. Zij hebben veel minder kennis van wat medisch kan en mag en ze moeten opboksen tegen een organisatie die vaak alle kennis in huis heeft en soms ook nog lastig verschaft. Nu komt de verhouding tussen cliënt en zorginstelling iets meer in balans. Als er geen aantekening van een incident is, is het dossier van de cliënt aantoonbaar niet compleet en verschuift de bewijslast van de cliënt naar de zorgverlener. Wanneer heb je een incident aangetoond? Geldt in alle procedures die betrekking hebben op deze wet altijd de omkering van de bewijslast? Wil de minister nog een keer goed aangeven wat dit wetsvoorstel toevoegt aan de huidige jurisprudentie, waarin omkering van de bewijslast in bepaalde gevallen ook mag? Wat is nu de meerwaarde van dit wetsvoorstel? Wij zetten een stapje en de vraag is natuurlijk of dit stapje uiteindelijk voldoende is om de patiënt sterker in zijn recht te zetten.

De cliënt wordt er nu vaak ook niet van op de hoogte gesteld dat incidenten tijdens zijn operatie of tijdens de zorg hebben plaatsgevonden. Bij het verwijderen van het verkeerde been of van een prostaat, wat regelmatig voorkomt, heb je het snel door. In een groter aantal gevallen zal een cliënt echter helemaal niet weten dat er iets fout is gegaan in de zorgverlening. Het is dan ook goed dat nu wettelijk wordt vastgelegd: informeer de cliënt. In het wetsartikel ontbreekt echter de eis: informeer de vertegenwoordiger van de cliënt. Het is natuurlijk mogelijk dat de cliënt wilsonbekwaam is, bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapt of ernstig dementerend. In zo'n situatie kun je dit aan de cliënt vertellen, maar misschien is het dan ook heel verstandig om het aan de vertegenwoordiger te vertellen, want die mag daarna rechtshandelingen doen. Ook kan het gebeuren dat iemand die chronisch ziek is, overlijdt, wat misschien niet ten gevolge van het incident gebeurt. Daarbij zou het echter wel netjes zijn als de nabestaanden van de cliënt worden geïnformeerd over het feit dat er tijdens de zorgverlening toch nog een aantal incidenten heeft plaatsgevonden. Om dat te ondervangen, heb ik het amendement op stuk nr. 18 voorbereid.

Ook geldt dat mensen die wilsonbekwaam zijn, soms best in staat zijn om aan te geven wat ze ervan vinden, wat ze willen of wat het probleem is bij hun zorgverlening. De minister stelt in het nader verslag dat deze mensen ook hun mening moeten kunnen geven als zij klachten hebben over de zorg. Dit is echter niet expliciet in de wet geborgd. Wat vindt de minister van de verhouding tussen enerzijds wat zij stelt in het nader verslag, en anderzijds het feit dat dit niet expliciet in de wet is geborgd?

Een volgend punt gaat over het maken van een aantekening van het incident. Als er een incident heeft plaatsgevonden, moeten aan de cliënt mededelingen worden gedaan over de aard en de toedracht van het incident. Ook moet dit in het dossier worden opgenomen. Ik zou

eigenlijk graag willen dat niet alleen de aard en de toedracht worden opgenomen, maar ook zeer expliciet het tijdstip en een vermelding van de betrokkenen bij het incident. Deze gegevens hoeven uiteraard niet altijd aan de cliënt te worden gemeld, want die moet gewoon het hele verhaal horen. Maar als later uit dit incident een klacht of een rechtszaak blijkt voort te vloeien, is het goed als het medisch dossier gewoon goed op orde is. Daarvoor heb ik het amendement op stuk nr. 30 voorbereid. Ik hoor graag een reactie van de minister op dit amendement.

De wet ziet op het verlenen van zorg in een zorginstelling of door een zelfstandig beroepsbeoefenaar. In die situaties kunnen er klachten worden ingediend. Ik ga nu een casus uit de praktijk schetsen. De minister staat naast het hockeyveld en ziet dat een bal het hoofd raakt van een van de spelers. Er is een arts aanwezig. Die verleent de eerste hulp en zorgt ervoor dat de speler uiteindelijk naar het ziekenhuis wordt gebracht. Maar stel nu dat er bij die verlening van die eerste hulp iets gigantisch misgaat. Kan op basis van dit wetsvoorstel een klacht worden ingediend tegen de individuele arts die de eerste hulp heeft verleend op het hockeyveld aan het meisje dat echt heel vervelend gewond is geraakt? Ik weet dat dit een heel theoretisch geval is, maar de definitiebepalingen lezend, kom ik er niet goed uit. In de definitie staat dat het moet gaan om een natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent. Kan de minister hierop reageren?

In artikel 13, lid 2 staat verder dat de zorgaanbieder de klachtenregeling vaststelt in overeenstemming met de representatief te achten organisatie van cliënten. De heer Van der Staaij had het hierover zojuist ook al. Dit lijkt meer betrekking te hebben op situaties waarbij er sprake is van een langdurige zorgrelatie, dan op situaties waarbij er sprake is van een kortdurende zorgrelatie. Ik noem bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis. Cliëntenparticipatie is bij kortdurende zorg heel lastig te ontwikkelen. Wat vindt de minister hiervan?

Ik kom nu op wat we gisteren voor een deel al hebben besproken. Dit ziet allereerst op ketenzorg. Bij ketenzorg in grote ziekenhuizen kan het voor de cliënt best complex zijn een antwoord te geven op de vraag over wie hij nu eigenlijk een klacht moet indienen. Het kan voorkomen dat de cliënt tien mensen aan zijn bed heeft gehad. Als er in zo'n situatie iets mis is gegaan, is het moeilijk te zeggen bij wie de cliënt dan zijn klacht moet indienen. Het zou goed zijn als de instelling of de zorgverlener de patiënt daarbij zou helpen. Dat leidt mij tot de volgende vragen. Wordt de klacht automatisch doorgeleid naar de juiste zorgverlener als de cliënt de verkeerde persoon aanspreekt? In het bestuursrecht is dit gebruikelijk, maar het is de vraag of dit ook gebeurt in een ziekenhuis of een zorginstelling waar sprake is van ketenzorg.

Verder hebben wij al gesproken over de situatie waarbij er bij een cliënt een metaal-op-metaalheup is geplaatst. We hebben inmiddels in het rapport van de inspectie kunnen lezen dat die metaal-op-metaalheupen gewoon slecht zijn gefabriceerd door de fabrikant. Maar het ziekenhuis heeft zo'n heup bij de cliënt geplaatst. Bij wie moet de patiënt een klacht neerleggen? Het ziekenhuis zal waarschijnlijk zeggen dat de fabrikant de schuldige is, terwijl de fabrikant zal zeggen: nee, het ziekenhuis is aansprakelijk, want die heeft het product ingebracht. De fabrikant zal zeggen: als de heup goed wordt geplaatst, komt het wel goed. In de wet wordt eigenlijk niets geregeld voor dit type zaken waarbij patiënten tussen wal en schip vallen. Ik

Bruins Slot

hoor op dit punt graag een uitgebreide toelichting van de minister. Wat vindt zij hiervan?

Ik heb nog twee korte vragen. Tot wanneer mag je een klacht indienen? Loopt die termijn tot sint-juttemis, of loopt hij na vijftien jaar af? Is er dus sprake van een bepaalde verjaringstermijn?

Op pagina 91 van de memorie van toelichting staat dat je je klacht bij een zorgaanbieder kunt indienen, maar wie de zorgaanbieder is, kan juridisch complex liggen. Als je nu bij het Slotervaartziekenhuis binnenkomt en je een en ander doorredeneert, dan is de vraag bij wie je je klacht indient. Wij weten namelijk niet wie de eigenaar is van het Slotervaartziekenhuis. Als het wetsvoorstel over de winstuitkering doorgaat, zullen er veel meer bv's bijkomen. De vraag is dus bij welke juridische entiteit je je klacht moet indienen.

De minister geeft aan dat cliëntenorganisaties samen met ziekenhuizen mooie klachtenregelingen moeten ontwikkelen. Ik heb zonet heel goed geluisterd naar de SP- en PvdA-fractie, die zeiden: je zou dat in de wet of bij AMvB moeten vastleggen. Ik had hierbij allereerst de vraag: zou de minister niet samen met het veld een modelklachtenregeling moeten ontwerpen, zodat er een standaardklachtenregeling is waar iedereen naar kan verwijzen? Ik heb het over een soort standaardklachtenregeling waarvan je kunt zeggen: boven die klachtenregeling staat de goedkeuring van het veld en de minister; dat is een goed uitgangspunt. Ik ga wel nog eens goed kijken naar de amendementen van mijn collega's die dat nog veel vaster willen regelen in de wet of in een AMvB.

Ik vind het ook goed dat de minister nu eindelijk een termijn in de wet opneemt waarbinnen klachten afgehandeld moeten zijn. Mijn oprechte complimenten daarvoor. Ik vind het heel goed dat zij dat doet. Daarmee toont zij lef en geeft zij aan dat zij het heel serieus neemt dat patiënten snel geholpen moeten worden. Maar staat het er nu niet te strak? Je hebt eerst een bepaalde termijn. Daarna kun je die termijn één keer met vier weken verlengen. Zou je bij ernstige, complexe klachten niet nog een tweede verlengingstermijn van vier weken moeten hebben? Dat wil ik de minister nog in overweging geven. Aan de ene kant vind ik namelijk dat zorginstellingen zich aan de termijnen moeten houden. Aan de andere kant kan ik mij ook indenken dat je voor het goed afronden van heel ingewikkelde zaken iets meer tijd nodig hebt. Ik verzoek de minister om daar nog een keer naar te kijken.

Het CDA vindt de onafhankelijkheid en de kwaliteit van de geschilleninstantie erg belangrijk. Het is vooral ook belangrijk dat er een gelijk speelveld is voor cliënt en zorgaanbieder. Daar gaat die geschilleninstantie voor een deel voor zorgen, maar ik wil wel graag dat die onafhankelijk is en dat er bepaalde waarborgen omheen zitten dat het goed geregeld is. Nu kunnen zorginstellingen in overleg met elkaar een geschillencommissie oprichten. Wij willen graag een waarborg voor de deskundigheid en kwaliteit.

Hierover heeft het CDA een voorstel. Het voorstel van de SP en dat van het CDA zitten dicht bij elkaar, maar het CDA heeft een iets ander voorstel. De SP vraagt aan de minister om een geschillencommissie in te stellen. De minister wordt dan verantwoordelijk voor de mensen daarin en voor de kwaliteit die erin moet zitten. Zij wijst daarvoor mensen aan. Wij hebben een andere variant. Wij willen dat de minister ervoor zorgt dat zij die geschillencommissies van tevoren moet erkennen. Erkennen wil zeggen dat er een soort stempel op wordt gedrukt dat zegt: het minis-

terie van VWS vindt het een goed idee dat deze geschillencommissie de belangen gaat behartigen.

Die vorm is al meer gebruikt. Het ministerie van Veiligheid en Justitie en dat van EZ doet dat in gevallen waarbij consument en markt zijn betrokken. Ik vind dat een heel mooie manier om een en ander aan het veld over te laten maar wel vanuit het ministerie een waarborg te hebben, zodat je erop kunt vertrouwen dat de onafhankelijkheid en procedures goed zijn geregeld. Als de minister op zoek is naar een soortgelijke systematiek, dan wijs ik op de Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten uit 1997. Daarop is mijn amendement op stuk nr. 17 gebaseerd.

Ik kom op de reikwijdte van de geschilleninstantie. Die zou gaan over geschillen over gedragingen. Dit is een technisch-juridische vraag: ik neem aan dat het gaat om zowel handelen als nalaten.

Ik geloof dat de minister nu non-verbaal vraagt over welke erkenningsregeling ik het net had. Voor het ministerie van Veiligheid en Justitie en dat van EZ bestaat de Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten uit 1997. Die gaat over consument en markt.

Verder staat in het voorstel dat de minister een overgangsperiode voor de geschillencommissie instelt, waarbij het bedrag waarvoor je een schadeclaim kunt indienen eerst op € 10.000 is vastgesteld en later op € 25.000. Mijn eerste vraag is waarom is gekozen voor de grens van € 25.000. Mijn tweede vraag is wanneer de minister het een natuurlijk moment vindt om van € 10.000 naar € 25.000 te gaan. Waarom kan dat eigenlijk niet direct?

Ik heb nog een drietal onderwerpen. Het eerste is de informatie over de aangeboden zorg. In artikel 10 staat dat de cliënt kan verzoeken om informatie over de aangeboden zorg. Wij hebben in de Kamer een zeer prijzenswaardig burgerinitiatief van mevrouw Smit liggen. Zij vindt dat de patiënt altijd schriftelijke informatie moet meekrijgen over de operatie die hij krijgt van de arts. De minister heeft daarover een brief naar ons gestuurd. Toch heb ik in het kader van de behandeling van dit wetsvoorstel de vraag aan de minister of de regeling in het wetsvoorstel voldoende voldoet aan de voorstellen in het burgerinitiatief van mevrouw Smit. In het wetsvoorstel staat het woord "informatie". Staat er bewust "informatie" en niet "schriftelijke informatie"?

Ook wordt met het wetsvoorstel geregeld dat een groot aantal meldingen over ontbindingen en opzeggingen aan de inspectie wordt doorgeleid. Het lijkt om best wel een grote vloed aan meldingen te gaan. Is het werkbaar voor de inspectie dat zij alle meldingen krijgt? Hoe krijgt zij de controle hierop? Is het misschien een idee om te bekijken of er een aanvullend criterium moet zijn, zodat de inspectie de meldingen krijgt op het moment dat professioneel disfunctioneren in het geding is? Graag hoor ik een gedachte van de minister op dit punt.

Als laatste staat ook in het wetsvoorstel dat er een register voor zorgaanbieders komt. Op grond van artikel 12 houdt de minister een openbaar register in stand. Een deel van die verplichting heeft zij natuurlijk op dit moment al. In de schriftelijke stukken heeft de minister toegezegd – dat was volgens mij nog in de memorie van toelichting – dat het register operationeel is bij de inwerking-treding van deze wet. Mevrouw Leijten refereerde er zo even heel terecht aan dat het wetsvoorstel volgens mij uit ongeveer 2009 of 2008, in ieder geval lang geleden, stamt. Dat staat in ieder geval in het artikel. Wij hebben inmiddels ook een debat met de minister gevoerd over

Bruins Slot

het feit dat de inspectie geeneens inzicht heeft in wie er in Nederland zorg verleent. Hoe verhoudt de wens van de minister om bij inwerkingtreding van het wetsvoorstel dat register gewoon klaar te hebben zich met het feit dat wij ook met zijn allen geconcludeerd hebben dat wij eigenlijk geen inzicht hebben in de vraag wie er zorg verlenen op dit moment? De minister zei toen in het debat over de inspectie dat zij dit ook niet zo maar voor elkaar heeft en dat zij daar nog wel even op moet studeren.

Dit waren een heleboel vragen over een wetsvoorstel waarvan wij blij zijn dat het hier ligt. Wij vinden het gewoon heel belangrijk dat wij het goed met elkaar door-discussiëren. Het CDA vindt op een aantal punten dat wij het nog beter kunnen regelen. Dat moeten wij in dit debat ook proberen te doen.

De voorzitter:

Daarvoor is de wetsbehandeling ook bedoeld.



De heer Van Veen (VVD):

Voorzitter. Ik hoor dat de discussie over de vraag uit welk jaar het wetsvoorstel stamt, nog even doorgaat.

Ik denk dat veel cliënten blij zullen zijn dat wij deze wet vandaag behandelen. Nadat wij gisteren uitgebreid gesproken hebben over de patiëntveiligheid, volgt vandaag, logischerwijs, de nieuwe wet Wkkgz. Dat is een wet die lang, en wellicht zelfs te lang, op de plank heeft gelegen. Deze wet zal eraan bijdragen dat de positie van de in vele vormen kwetsbare patiënt wordt verbeterd.

Gisteren heb ik al aangegeven dat een patiënt over een lange adem, voldoende geld en met name voldoende specialistische kennis moet beschikken om met succes een zaak te kunnen starten tegen zorgverleners, of dit nu specialisten of instellingen zijn. De VVD is daarom blij met deze wet. Cliënten krijgen nadrukkelijker recht op informatie bij incidenten. Het medisch dossier krijgt meer waarde, omdat incidenten hierin expliciet vermeld moeten worden. De klachtenregeling en de verplichte aansluiting bij de geschillencommissie brengt de cliënt laagdrempeliger bij een onafhankelijk oordeel over de klacht die is ingediend en gaat ervoor zorgen dat zorgaanbieders vanuit hun professionele en zeker ook vanuit hun bedrijfseconomische verantwoordelijkheid zelf continu tot verbeterstappen zullen komen. De ook in de initiatiefnota van de VVD opgenomen wens om ontslagregistratie bij disfunctioneren in de zorg te melden bij de IGZ, zal leiden tot een betere bescherming van cliënten tegen zorgaanbieders die geen of onvoldoende navraag doen bij het aannemen van hun personeel. Dat zal het bewustzijn, maar vooral het verantwoordelijkheidsgevoel van raden van bestuur en andere verantwoordelijken in de zorg vergroten en zal hen aanzetten tot het doen van navraag naar de antecedenten van hun personeel, het nemen van verantwoordelijkheid en het instaan voor het vervolgens in dienst genomen personeel.

Gisteren hebben we uitgebreid met de minister gesproken over transparantie van kwaliteit, die leidt tot keuze-informatie voor de patiënt. De VVD is een groot voorstander van benchmarking in de zorg. Transparantie door het publiceren en uitwisselen van gestandaardiseerde gegevens zal, zoals ik zojuist al zei, leiden tot een proces van het continu verbeteren van organisaties. Het Kwaliteitsinstituut moet daarbij echter wel voldoende mandaat hebben om nieuwe standaarden op te leggen. Als het goed

is, is dit inmiddels geregeld. Dat is van groot belang, want wat is keuzevrijheid waard als er geen inzage is in kwaliteit en kwaliteitsverschillen? In het regeerakkoord staat dat er kwaliteitsinformatie opgenomen moet worden in de facturen, zodat de cliënt kan vaststellen dat er kwalitatief goede zorg geleverd is. Mijn vraag aan de minister is hoe het kabinet deze passage uit het regeerakkoord gaat uitvoeren.

Er zijn verschillende initiatieven om de uitkomsten van zorg zichtbaar te maken. Denk maar aan DICA of aan het project Meetbaar Beter. Wij hebben gisteren ook gesproken over verschillende databases waarin informatie beschikbaar is over kwaliteit. Denk daarbij aan Vektis, waarover ik gisteren al een toezegging van de minister heb gekregen, maar ook aan het DREAM-register van het Reumafonds. Hoe zorg je er nu voor dat deze data beschikbaar komen in uitwisselbare datastructuren? Sluiten die datastructuren op elkaar aan? Kunnen deze data gecombineerd beschikbaar en ontsloten worden voor zorgverleners? Uiteraard: is de privacy gegarandeerd? Is het beheer op orde? Is dit per aandoening beschikbaar? En is er commitment van de beroepsgroepen dat niemand zich hier uiteindelijk aan kan onttrekken? Kan de minister de regie nemen en de Kamer een plan van aanpak voorleggen, zodat dit binnen een termijn van twee à drie jaar geregeld is, zo eenvoudig mogelijk en uiteindelijk controleerbaar voor de Kamer?

Deze wet gaat echter verder, want zij gaat met name voor de cliënt winst opleveren. Daarbij is het wel belangrijk dat wij weten waarover wij het precies hebben. In de begripsbepaling staat niet duidelijk omschreven wat het verschil is tussen een incident en een calamiteit. De term "calamiteit" is wel omschreven, maar de term "incident" niet, terwijl in het vervolg het incident wel een heel belangrijke status krijgt. In de wet is omschreven wat "een calamiteit" is: "een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid". Een incident is echter een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of had kunnen leiden of in de toekomst nog zou kunnen leiden. Waarom komt het woord "incident" niet voor in de begripsbepaling?

De VVD is terughoudend ten aanzien van het effect van de verklaring van goed gedrag. Die verklaring garandeert, ook zoals zij in deze wet is opgenomen, op geen enkele wijze de kwaliteit van de zorg. We geven wel al aan dat wij akkoord gaan met de regel die is opgenomen in artikel 4, lid 3. Artikel 4, lid 5 laat op het punt van de vog werkgevers echter wel veel ruimte om dit te herstellen waar dit niet in orde is. In eerste instantie, in lid 3, stelt de minister dat een vog die niet ouder is dan drie jaar, verplicht is. Op basis van lid 5 moet een zorgaanbieder zo snel mogelijk maatregelen nemen als er geen geldige vog aanwezig is, om op die manier zijn cliënten te beschermen. In principe is een zorgverlener dan al in gebreke gebleven en zou dit dus consequenties kunnen hebben voor de veiligheid en de positie van behandelde cliënten. Ik vraag de minister dan ook hoe ik dit moet duiden en wat de status van lid 5 is ten opzichte van lid 3.

De VVD is zeer tevreden met artikel 9, lid 6 waarin is vastgelegd dat het melden van incidenten niet kan leiden tot vervolging. Wij kunnen niet genoeg aandacht besteden aan het feit dat melden moet worden beloond en zwijgen in dat opzicht moet worden bestraft. Het is gisteren ook al betoogd.

Van Veen

In dit opzicht is onduidelijk wat wordt bedoeld met artikel 9, lid 7. In dit artikel wordt verwezen naar artikel 7. Artikel 7 had naar onze mening tot doel de transparantie en benchmark mogelijk te maken tussen de verschillende zorgverleners. Incidenten zijn echter volgens dat artikel niet openbaar, waardoor een waardevolle bron aan informatie verloren gaat voor cliënt, inspectie en vooral de beroepsgroep. Wij gaan ervan uit dat de beroepsgroep continu wil verbeteren. Theoretisch kan het dus voorkomen dat met een incident dat uitmondt in een calamiteit, kostbare tijd verloren is gegaan en verbeterkansen zijn gemist om deze calamiteit al op een vroegtijdig moment door de sector breed te laten oplossen. Wil de minister hierop een toelichting geven?

De wet gaat uit van schriftelijke behandelovereenkomsten tussen cliënt en zorgverlener. De technieken gaan echter snel en gisteren heeft de minister aangegeven dat de ontwikkelingen in de e-health wat haar betreft niet snel genoeg gaan. Ik deel die mening volledig. Inmiddels kennen wij in Nederland al wel de twitterpoli en ik sluit niet uit dat wij op niet al te lange termijn de uitrol krijgen van apps die een directe link hebben met gezondheid en zorgverleners. Wij moeten ons daar geen zorgen over maken, maar wij moeten er wel voor zorgen dat de cliënten voldoende rechtszekerheid hebben, dat er sprake is van een overeenkomst tussen een zorgverlener en een cliënt. Dit nog niet eens zozeer uit het perspectief van de cliënt, maar specifiek voor zorgverleners die via twitter en de iPad consulten geven. In hoeverre zijn deze zorgverleners gebonden aan de Wkkgz zoals wij die vanavond behandelen?

Ik heb al gezegd dat de VVD er groot voorstander van is dat de Wkkgz ook van toepassing wordt op niet-BIG-geregistreerden en alternatieve genezers. Dit geldt met name voor gevallen waarin alternatieve genezers patiënten weghouden uit de reguliere zorg of onveilige zorg wordt aangeboden. Biedt deze wet voldoende handvatten om deze zorgverleners te identificeren? Wordt hiervoor een aparte geschillencommissie aangesteld?

Ik kan eerlijk gezegd overzien wat de schaal en omvang van zo'n geschillencommissie zou moeten zijn. Ik vraag mij ook af hoe succesvol dit kan zijn, nu de kwaliteit moet worden gemonitord van behandelwijzen die geen enkele professionele standaard kennen of geen wetenschappelijke basis hebben. Waar ligt hier de balans tussen eigen verantwoordelijkheid en de rol van een geschillencommissie?

De minister zei gisteren in het notaoverleg dat zij het bedrag van € 10.000 dat de onafhankelijke geschillencommissie kan toewijzen, wil kunnen ophogen tot € 25.000. Net als het CDA stel ik voor om dit nu direct te regelen.

Ik denk dat wij het met elkaar eens zijn als wij vaststellen dat wij in de toekomst in Nederland geen zaken als die van Jansen Steur meer willen hebben. De VVD wil dat de inspectie directer kan optreden tegen individuele zorgverleners die een gevaar zijn voor de veiligheid van de zorg of dat dreigen te worden. Door de IGZ de mogelijkheid te bieden direct een beroepsverbod op te leggen, zou dit gestalte kunnen krijgen. Is de minister het ermee eens dat de IGZ nu al een mandaat moet krijgen om direct in te grijpen? Ik overweeg op dit punt een motie in te dienen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

De heer Van Veen zegt dat het schadebedrag dat kan worden afgedaan, direct moet worden opgehoogd naar € 25.000. Waarom kiest hij niet voor € 50.000?

De heer Van Veen (VVD):

Die vraag zou ik kunnen terugleggen bij de collega van het CDA die eigenlijk met hetzelfde betoog kwam. Ik ga wel in haar vraag aan de minister mee waarom het nu € 10.000 is en waarom het € 25.000 zou moeten worden. Ik stel vast dat in deze wet is voorzien in een Algemene Maatregel van Bestuur en ik stel voor om de geschillencommissie voldoende ruimte te geven om met een wat ruimere bandbreedte vergoedingen toe te staan.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik vraag dit expliciet aan de heer Van Veen, omdat wij maandag de initiatiefnota van de heer Van Veen en de heer Mulder hebben behandeld. Daarin stond € 50.000. Ik had dus eigenlijk van tevoren een amendement van de heer Van Veen verwacht, waarmee hij de daad bij het woord zou hebben gevoegd. Ik was verbaasd dat ik dat niet heb gezien. Ik ben ook verbaasd over de iets bescheidenere inbreng die de heer Van Veen nu heeft.

De heer Van Veen (VVD):

Mevrouw Bruins Slot heeft gelijk: in de initiatiefnota van de VVD stond € 50.000. Ik heb gisteren gelukkig de gelegenheid gekregen om het proces te beschrijven waarin wij hebben gezeten. Wij hebben veel mensen geconsulteerd, onder wie de minister, aan wie wij vragen hebben gesteld. Wij constateren dat die € 25.000 een resultante is. We startten bij € 10.000. Dat is de reden waarom die € 25.000 voor mij voorlopig volstaat.

Mevrouw Leijten (SP):

Voorzitter. Mijn vraag gaat daar niet over, maar wel over de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De VVD stelt voor om die direct in te kunnen laten grijpen bij falende artsen. Mijn vraag ligt in het verlengde daarvan: waarom heeft de heer Van Veen nooit steun verleend aan wat de SP eigenlijk al jaren voorstelt, namelijk om de inspectie de mogelijkheid te geven om directer in te grijpen bij langdurige zorginstellingen als het bestuur nadrukkelijk faalt? Je kunt dan niet de toko sluiten omdat dan de bewoners op straat staan, maar je moet wel de bestuurders tijdelijk of misschien wel volledig onder curatele kunnen stellen. Waarom wel streng voor artsen, maar niet voor bestuurders?

De heer Van Veen (VVD):

In de tijd dat ik mevrouw Leijten nu ken, wordt mij regelmatig een soort geschiedenisles gegeven over de reden dat ik bepaalde zaken in het verleden niet heb gedaan. Ik wil mevrouw Leijten meegeven dat wij in het debat over de IGZ hebben gesproken over een accreditatie voor de raden van bestuur en over mogelijkheden om raden van bestuur aan te pakken via het tuchtrecht. Nu heb ik het er even specifiek over dat ik niet wil dat de SP continu in de Kamer vragen moet stellen naar aanleiding van zaken die in de pers naar voren zijn gekomen en waartegen de minister zou moeten optreden. Wij willen dat de IGZ een direct mandaat heeft om in te grijpen als er aanwijzingen zijn dat er dingen gebeuren die de gezondheidszorg in gevaar brengen. Dat zou op dinsdag een hoop vragen aan de minister schelen.

Mevrouw Leijten (SP):

We kunnen dit wel met een grapje afdoen, maar dit is een serieuze kwestie. Ik heb hier heel vaak over falend bestuur gesproken; de voorzitter weet dat zelf ook heel goed. Daarbij kwam het vaak voor dat we eigenlijk wel

Van Veen

wilden dat die mensen even niet meer de finale besluiten zouden kunnen nemen in de zorginstellingen die vanwege hun kwaliteit door de hoeven zakten. Iedere keer dat wij voorstelden om de inspectie een instrument te geven om zo'n bestuur tijdelijk onder curatele te stellen, gaf de VVD niet thuis. Nu pleit de VVD voor strikter optreden ten opzichte van artsen: direct schrappen, beroepsverbod. Waarom wel zo streng voor artsen en niet voor bestuurders?

De heer Van Veen (VVD):

Ik heb niet gezegd dat ze direct moeten worden geschrapt, want dat gaat een stap te ver. Wij willen dat de IGZ kan ingrijpen en die mensen een tijdelijk beroepsverbod kan opleggen. Dat is toch iets anders dan schrappen uit het BIG-register. Ik wil mijn antwoord uit een eerdere termijn, volgens mij in het IGZ-debat, nu toch herhalen: ik wil met u meedenken over de wijze waarop wij falende besturen kunnen aanpakken. Nu heb ik het over een motie om de IGZ specifieke tools te geven om zorgverleners aan te pakken die de kwaliteit van de zorg in gevaar brengen.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik heb het voorstel gehoord. We zullen de motie bekijken en zien wat we ermee doen. Ik stel nu gewoon vast dat er met twee maten wordt gemeten. Wij zeggen: geef de inspectie extra instrumenten om gewoon te kunnen ingrijpen als zij vindt dat een bestuur even niet de eindbeslissingen moet nemen in die organisatie. De VVD zegt dan: nee, nee, de inspectie heeft geen nieuwe instrumenten nodig; ze moet het doen met wat er is, nu zijn er wel op een ander vlak instrumenten. Ik noem dit: meten met twee maten. Ik vind dat jammer, omdat wij allebei hetzelfde willen, namelijk dat er snel kan worden opgetreden en dat we inderdaad niet telkens de minister, mondeling of schriftelijk en al dan niet in debatten, hoeven te vragen of zij niet vindt dat er moet worden opgetreden. In de afgelopen jaren hebben wij echt te veel gevallen gehad dat wij als Kamer wilden dat er iets gebeurde, maar dat het haerpe bij de inspectie.

De heer Van Veen (VVD):

Ik mag concluderen dat ik aan het eind ben gekomen van mijn betoog.

Mevrouw Leijten (SP):

Ik was een beetje getriggerd toen de heer Van Veen kritisch was, in de zin dat een vog de kwaliteit niet gaat bevorderen. Ik ben het daarmee ook eens. Kwaliteit krijg je door de inzet van goed opgeleide mensen en door het hanteren van goede procedures voor als het misgaat. Eerder zei de heer Van Veen dat dit wetsvoorstel gaat leiden tot kwalitatief betere zorg. Kan hij aangeven hoe dat wetsvoorstel dit gaat realiseren?

De heer Van Veen (VVD):

Ik ben heel goed aan het nadenken wat de specifieke vraag van mevrouw Leijten is.

Mevrouw Leijten (SP):

De heer Van Veen komt met allerlei loftuigen over deze wet. Zo zou de wet de kwaliteit van de zorg verbeteren. Vervolgens is hij kritisch over de vog, in de zin dat die voorwaarde de kwaliteit uiteindelijk niet gaat verbeteren. In mijn betoog heb ik dat ook uitgebreid gezegd. Dit zijn voorwaarden die je met elkaar stelt om te voorkomen dat

het misgaat. Dat zegt eigenlijk niets over kwaliteit. Waar de heer Van Veen enerzijds zo jubelend is over de wet omdat die de kwaliteit zou gaan verbeteren, en hij anderzijds kritisch is over de vog, zou ik graag willen weten waar volgens hem dit wetsvoorstel de kwaliteit verbetert.

De heer Van Veen (VVD):

Ik heb geprobeerd te zeggen dat het hebben van een vog slechts een schijnveiligheid biedt voor patiënten. Dat we raden van bestuur verplicht stellen om te kijken naar de antecedenten van de mensen die ze aannemen lijkt ons een voorwaarde om veilige zorg te kunnen leveren. Volgens mij zat dat element ook in uw betoog. Ik heb aangegeven dat ik niet tegen de vog ben, maar dat raden van bestuur op het moment dat mensen geen vog hebben, nog veel ruimte krijgen om het niet-hebben van een vog te repareren. Daarover heb ik een vraag aan de minister gesteld waarop ik graag antwoord krijg. Als de vraag wordt gesteld waarom ik denk dat dit wetsvoorstel de kwaliteit van de zorg gaat vergroten kan ik mijn betoog wel opnieuw houden. We gaan de transparantie vergroten. We gaan informatie uitwisselen. We gaan de positie van de cliënt verbeteren. Dus er zitten voldoende aangrijpingspunten in om de zorg beter te maken.

Mevrouw Leijten (SP):

Volgens mij is het transparant maken van de zorg niet een kwaliteitsverbetering. Het is noodzakelijk om dingen te kunnen vergelijken maar het zegt nog niet dat de kwaliteit daardoor beter wordt. Daar hebben we geen garanties voor. Volgens mij speken we vandaag over een voorwaardelijke wet voor als het misgaat en als mensen in de knel komen tussen zorgaanbieders die niet handelen in het belang van het oplossen van een klacht. Dat heeft dus niets te maken met kwaliteit maar met voorwaardelijkheid in de zorg. Daarbij geldt dezelfde redenering als bij de vog. Iemand met een vog kan heel goed een medewerker zijn die belabberde kwaliteit levert. De enige voorwaarde die we kennen is dat er geen antecedenten zijn en dat er in verleden geen misbruik is gemaakt van de positie. Ik ben dus verbaasd over de houding van de VVD, namelijk: transparantie leidt tot kwaliteit, maar iets als een vog, waar we echt al jarenlang Kamerbreed om vragen, leidt niet tot kwaliteit. Die realiteitszin zou dan voor de rest ook moeten gelden.

De heer Van Veen (VVD):

Transparantie leidt wel tot betere kwaliteit. Er zijn genoeg voorbeelden in de markt waarbij mensen zich verdiepen in wat voor televisie ze gaan kopen of welke vakantie ze willen. Vervolgens gaan de leveranciers kijken naar hoe cliënten daarop reageren en nemen ze maatregelen die bijdragen aan het continu verbeteren van de kwaliteit. Het is een heel simpel mechanisme en het werkt.

De voorzitter:

Nee, mevrouw Leijten, ik heb u drie keer de kans gegeven. Ik geef nu het woord aan mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw Bruins Slot (CDA):

Ik heb nog een verduidelijkende vraag aan de heer Van Veen. Ik heb in het kader van de jeugdzorg veel debatten met een collega van de heer Van Veen gevoerd, namelijk mevrouw Van der Burg van de VVD. Samen met de SP hebben we opgetrokken om ervoor te zorgen dat in de jeugdzorg een vog verplicht wordt gesteld. Ik hoor de

Van Veen

heer Van Veen nu echter een heel andere interpretatie geven dan mijn collega Van der Burg van de VVD. Waarom ziet hij het veel voorzichtiger dan mevrouw Van der Burg die echt voluit heeft gezegd: dit moeten we doen want dit is een garantie voor bepaalde veiligheid?

De heer **Van Veen** (VVD):

Ik heb net al aangegeven dat de VVD een vog niet wil tegenhouden in het kader van dit wetsvoorstel. In de toelichting op de wet staat dat de vog, zoals deze nu is opgeschreven, geen garantie geeft dat mensen in de zorg te goeder trouw zijn en dat de vog dus een schijnveiligheid kan opleveren. Ik herhaal mijn antwoord: als er geen vog beschikbaar is, krijgen de raden van bestuur veel ruimte om dat te herstellen. Waar staan wij dan met ons allen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat maakt het voor mij iets duidelijker. Een vog is een veiligheidsklep. Je gaat na of mensen geen strafrechtelijke antecedenten hebben, bijvoorbeeld omdat ze met kinderporno in aanraking zijn geweest. De collega van de SP en ik hebben hierover vragen gesteld. De heer Van Veen zegt nu: een vog is prima, maar daarna moet men er in de organisatie wel waakzaam voor zijn dat men in de uitvoering van het werk ook veilig te werk gaat. Dus: een vog is goed, maar het is geen übergarantie om ervoor te zorgen dat de veiligheid geheel op orde is. Is dat wat de heer Van Veen zegt?

De heer **Van Veen** (VVD):

Dat laatste is sowieso het geval. Daarbij zijn wij met name geïnteresseerd in het onderzoek dat de raden van bestuur doen naar de antecedenten van hun personeel als het wordt aangenomen.

□

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Ook D66 is blij dat de minister de Wet cliëntenrechten zorg opknipt in vijf verschillende wetten. Daarmee komt zij tegemoet aan het bezwaar van onder andere mijn fractie dat dit wetsvoorstel te veelomvattend was en kunnen wij de bestaande klachten- en geschillenregelingen sneller verbeteren.

Uit internationale onderzoeken blijkt dat, als er in de zorg iets fout gaat, patiënten en cliënten de volgende zaken belangrijk vinden: goede informatie over de fout, erkenning van de fout, duidelijkheid over de gevolgen daarvan voor hun gezondheid, maatregelen om vergelijkbare fouten in de toekomst te voorkomen en een eventuele vergoeding voor de geleden schade. Met die zaken in mijn achterhoofd, heb ik de Wet kwaliteit, klachten en geschillen bekeken. Ik heb nog een heleboel vragen. Voor een deel sluiten deze aan bij vragen die al gesteld zijn. Ik zal proberen dubbelingen te voorkomen.

Wij staan aan de vooravond van een van de grootste hervormingen in de zorg in 40 jaar. Veel zorgtaken gaan vanuit de AWBZ naar de gemeenten en de Zorgverzekeringswet. Dat brengt veel onzekerheid met zich mee. Het is onvermijdelijk dat patiënten en cliënten daar iets van zullen merken. Dat maakt het verstevigen van cliëntenrechten op dit moment extra belangrijk. Dat brengt mij bij mijn eerste vraag. Na de derde nota van wijziging en het opknippen van de wet is het voor mij onduidelijk wat de reikwijdte van het wetsvoorstel is. Ik sluit mij aan bij eerdere vragen die daarover gesteld zijn, onder meer door

de heer Van der Staaij. Is de wet straks van toepassing op alle vormen van zorg, ongeacht of die zorg gefinancierd wordt vanuit de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of de Wmo?

Het is nu te ingewikkeld voor cliënten om een klacht in te dienen. Ik verwijs naar het al eerder genoemde onderzoek van de NPCF. Cliënten weten vaak niet waar zij met hun klachten terecht kunnen, wat hun rechten zijn en hoe hun klachten behandeld zullen worden. Daarom vinden wij het belangrijk dat er een meer laagdrempelige klachten- en geschillenregeling komt met een gedegen beroepsprocedure. Zorgaanbieders zijn straks verplicht een klachtenregeling in te stellen. Het staat instellingen vrij om dat op hun eigen manier in te vullen. Dat kan met een klachtenfunctionaris of met een interne klachtencommissie.

Ook D66 vindt het belangrijk dat de klachtenfunctionaris een onafhankelijke positie heeft. Dat is nodig om als neutrale bemiddelaar tussen zorgverlener en cliënt te kunnen optreden. In het wetsvoorstel krijgt de klachtenfunctionaris ook de rol van een soort patiëntenvertrouwenspersoon. D66 wil deze rollen liever scheiden, om dubbele petten te voorkomen. Daarom heb ik twee vragen voor de minister. Wil zij de neutrale onafhankelijke positie van de klachtenfunctionaris beter waarborgen? Wil zij daarnaast de rol van de onafhankelijke klachtenfunctionaris en die van de ondersteunende cliëntenvertrouwenspersoon beter scheiden? Ik heb hiertoe het amendement op stuk nr. 31 klaarliggen.

Ik heb nog een vraag over de klachtenregeling. Volgens het wetsvoorstel mogen ex-clianten en -patiënten geen klacht indienen, tenminste als ik het zo lees. Ik vraag me af of dit een foutje in de definitiebepaling is. In artikel 1 staat dat een cliënt volgens de begripsbepaling een natuurlijke persoon is die zorg vraagt of aan wie zorg wordt verleend. Het is mij niet helder hoe dat dan precies zit. Ik hoor dus graag van de minister hoe dit zit en of zij dit, als het inderdaad een foutje is, wil herstellen.

De oplossingen voortkomend uit de interne klachtenprocedures kunnen een voorbeeld zijn voor andere klagers en zorgaanbieders. Er kan een lerend effect van uitgaan. Daarom vraag ik de minister of zij wil onderzoeken of het mogelijk is, deze oplossingen met behoud van privacy openbaar te maken.

De D66-fractie vindt dat de einduitspraak van een interne klachtbehandeling niet het eindpunt mag zijn van de oplossing van dat probleem. Ik mis in het wetsvoorstel eigenlijk aandacht voor goede nazorg. We denken daarom aan een evaluatiebepaling waarbij – zeg – drie maanden na de einduitspraak de zorgaanbieder checkt of de klacht ook daadwerkelijk is verholpen. Is de minister bereid om na invoering van de wet een pilot te starten waarin zorgaanbieders standaard een evaluatiemoment invoeren na afhandeling van de klacht? Dat kan wat mij betreft echt heel eenvoudig, bij wijze van spreken met een e-mail om te kijken hoe het nu gaat. Er moet in elk geval aandacht aan worden besteed.

Ik kom bij de onafhankelijke geschilleninstantie. Zorginstellingen en cliëntenorganisaties kunnen zo'n instantie oprichten. Ik vind het ook belangrijk dat die instantie voldoende deskundigheid heeft en echt onafhankelijk is. Daarom sluit ik mij aan bij de woorden van mijn collega Bruins Slot, die pleitte voor een erkenning van zo'n geschillencommissie door de minister. Ik steun ook het amendement-Bruins Slot op stuk nr. 17. Ik hoor graag de reactie van de minister daarop.

Het huidige wetsvoorstel is een vermenging van klachten en schadeclaims bij de onafhankelijke geschilleninstantie. Mijn fractie vraagt zich af of dat verstandig is. Klachtenafhandeling beoogt herstel van het vertrouwen en is gericht op oplossingen. Bij schadeclaims gaat het echter om genoegdoening. Als je beide zaken vermengt, zou dat een claimcultuur in de hand kunnen werken. Ook kan het leiden tot een formalisering van de klachtenprocedure. Ik hoor graag van de minister hoe zij denkt te voorkomen dat het zo gaat en of zij dit wil meenemen in de evaluatie van deze wet.

Er zijn straks verschillende plekken waar cliënten hun klacht kunnen indienen: de klachtenregeling van de instelling, de geschilleninstantie, de IGZ en uiteindelijk de tuchtrechter. De D66-fractie wil dit goed op elkaar afstemmen. Ik maak me namelijk wel een beetje zorgen over het overzicht voor de cliënt. Zou het niet beter zijn als een klacht slechts bij één instantie onder behandeling is? De verschillende klachteninstanties moeten dit goed met elkaar en met de cliënt communiceren. Ik vraag de minister of zij hiervoor een samenloopregeling kan maken.

Zorgaanbieders worden straks verplicht om te onderzoeken hoe een sollicitant in het verleden heeft gefunctioneerd. Het ging net even over de vog; dit gaat over een ander aspect. Ik vind het goed dat we expliciet vastleggen dat zorgaanbieders het BIG-register en de tuchtrechtuitspraken moeten checken. Ook het informeren bij de voormalige werkgever wordt een verplichting. Daarover maak ik me echt zorgen, want dat gaat heel ver en kan ook ingrijpende gevolgen hebben voor de sollicitant. Het kan dan namelijk ook om heel subjectieve informatie gaan. In hoeverre is hiervoor straks toestemming nodig van de sollicitant? Moet de sollicitant niet in ieder geval hiervan op de hoogte worden gebracht?

Voordat ik afrond, heb ik een vraag die eigenlijk ook al door anderen is gesteld. In hoeverre is, als het gaat om de positie van de cliënt en de patiënt, de borging van de kwaliteit door de zorgaanbieders voldoende wettelijk verankerd in de Wkkgz?

Deze wet moet natuurlijk geen papieren tijger worden; dat willen wij geen van allen. Daarom heb ik het amendement op stuk nr. 23 ingediend, waarmee wordt beoogd de wet over drie jaar te evalueren.

Voor een goede afwikkeling van klachten in de zorg, gaat het er uiteindelijk om dat de professional echt luistert naar de cliënt. Iemand serieus nemen, daar gaat het om. Dat gaat vaak goed, maar het gaat ook vaak niet goed. Daarvoor is een cultuurverandering nodig. Mijn allerlaatste vraag is: wat gaat de minister eraan doen om deze cultuurverandering in te zetten?



Mevrouw **Klever** (PVV):

Voorzitter. Niet alle wonden helen vanzelf. De wond veroorzaakt door een verzwegen medische fout is er zo een. Die wond heelt pas wanneer er open en eerlijk over wordt gesproken, wanneer de fout wordt toegegeven, wanneer wordt besproken hoe de schade hersteld kan worden, hoe de fout voorkomen had kunnen worden en hoe een financiële vergoeding het leed kan verzachten. Slachtoffers van medische fouten moeten echter een jarenlang gevecht aangaan om hun gelijk te krijgen. Het merendeel haakt tussentijds af. Ziekenhuizen en artsen zijn de afgelopen tien jaar niet veel opener geworden over hun fouten. Dat

is jammer, want directe openheid over fouten voorkomt verdere escalatie en bevordert het herstel.

In 2012 bundelde de consument verhalen van patiënten en gaf het als titel mee: Dokter, luister nou! Het is een indringende oproep aan zorgverleners om open over fouten te praten en ze niet langer te ontkennen. Maar de dokter heeft niet geluisterd. Keer op keer lezen we in de media over schokkende feiten en doofpotkwesties waarbij patiënten onnodig gevaar hebben gelopen, schade hebben opgelopen of zelfs overleden zijn.

De beroepsgroep vindt juist dat er niets mis is met de veiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen, zo lees ik in een persbericht van de NVZ dat vorige week is gepubliceerd. Daarin wordt gesteld dat we relatief goed scoren in vergelijking met andere landen en dat het percentage vermijdbare medische fouten ver onder het gemiddelde van Europa ligt. Ik vraag mij af hoe men de jaarlijks 2.000 vermijdbare doden en de 40.000 patiënten met gezondheidschade zo durft te bagatelliseren, in plaats van dit "schokkend" te noemen. Het is aan de overheid om de zwijgcultuur in de zorg open te breken en om op te komen voor de rechten van de patiënt. Ik ben daarom blij met de intentie van het voorliggende wetsvoorstel. Het is de hoogste tijd dat incidenten direct met de patiënt worden besproken en verplicht worden vastgelegd in het dossier. Ik ben wel benieuwd naar de handhaving, het toezicht en de controle hierop. Misschien kan de minister dat nog uitlegen.

Het is ook de hoogste tijd dat patiënten bij twijfel of bij een klacht naar een laagdrempelige geschilleninstantie kunnen stappen. Hoe wordt de patiënt duidelijk gemaakt waar hij terecht kan? Wat is in dit verband de rol van het zorgloket en de Inspectie voor de Gezondheidszorg met betrekking tot de geschilleninstantie? Ik begrijp dat er voor de patiënten zelf geen kosten verbonden zijn aan de behandeling door de geschillencommissie. Kan de minister dat bevestigen? Slachtoffers van een medische fout zijn in de regel kwetsbaar en gefocust op herstel. Het vergt immers extra tijd en inspanning om naar een geschilleninstantie te stappen. Patiënten kunnen zich natuurlijk laten vertegenwoordigen door een belangenbehartiger, maar hoe zit het met de kosten die ze daarvoor maken? Als de geschillencommissie hun klacht toewijst, kunnen deze kosten dan worden gedeclareerd? Zo niet, dan is er toch een belemmering voor patiënten, die zich in de eerste plaats willen bezighouden met herstel en mogelijk niet de financiële middelen hebben om zich te laten vertegenwoordigen?

Herstel bij een medische fout is na het toegeven van het incident de belangrijkste stap voor de patiënt. Adequaat herstel, voor zover mogelijk, kan de hele procedure bij de geschillencommissie overbodig maken. Het is essentieel dat de patiënt direct wordt geïnformeerd over de mogelijkheden van hersteldiagnostiek en herstelbehandeling. Vertraging in dit proces kan immers leiden tot extra schade en leed. Ik stel daarom via een amendement een toevoeging voor aan artikel 10.3, zodat de zorgaanbieder niet alleen direct mededeling doet aan de patiënt van een incident, maar deze ook gelijk informeert over de mogelijkheden tot herstel van de schade, voor zover van toepassing. De zorgaanbieder behoort dit weliswaar al te doen op basis van de WGBO, maar er is sprake van te veel vrijblijvendheid en willekeur bij de invulling hiervan. Dit vraagt om actie. De patiënt heeft onverwijld recht op informatie omtrent herstelbehandeling. Ik hoor graag van

Klever

de minister of zij dit ook zo ziet en of zij het amendement steunt.

Een tweede amendement dat ik voorstel, gaat over het inzagerecht van nabestaanden. In het voorliggende wetsvoorstel word geregeld dat nabestaanden van een overleden patiënt een klacht kunnen indienen. Zonder inzage in het medisch dossier zal dit echter moeilijk gaan. Dit moet dus nog worden toegevoegd. Ik weet dat de minister dit eigenlijk wil meenemen in de komende wijziging van de WGBO, maar ik ben van mening dat het beter in dit wetsvoorstel past. We praten hier over de rechten van patiënten en nabestaanden. Inzagerecht is hiermee in samenhang en toevoeging aan de WGBO als een plicht van de zorgverlener is dan ook een verkeerd uitgangspunt. Ik krijg ook hier graag een reactie van de minister op.

Het opknippen van het oorspronkelijke wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg is mijn ogen een goede beslissing. Zoals het wetsvoorstel nu luidt, is er duidelijk een eerste stap gezet naar verbetering van de positie van de patiënt en een betere afhandeling van klachten. De praktijk zal uitwijzen of en welke stappen er nog meer moeten worden gezet om alle wonden te laten helen.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De voorzitter:

Dank. Dat was de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Wij gaan zo snel mogelijk verder met de behandeling van het wetsvoorstel. Mevrouw Leijten wil nog iets zeggen?

Mevrouw Leijten (SP):

Er is een aantal amendementen ingediend waarvan ik mij kan voorstellen dat het geen gek idee is als daar vast inhoudelijk op wordt gereageerd. Ik zou het op prijs stellen als het daarbij vooral gaat om wetstechnische kwesties. Er zitten wellicht haken en ogen aan, juist omdat de wet zo ingewikkeld is geworden, maar dan moet dat eerlijk worden gezegd. We kunnen politiek van mening verschillen of we iets wel of niet willen, maar ik neem aan dat de minister begrijpt wat ik bedoel.

De voorzitter:

Dat lijkt mij heel handig, want er zijn ook veel feitelijke vragen gesteld. Ik verzoek de minister op al die vragen schriftelijk te antwoorden, zodat zij zich bij de beantwoording kan richten op de politieke verschillen of onduidelikheden naar aanleiding van de schriftelijke beantwoording. De minister steekt twee duimen omhoog. Ik neem aan dat dat een ja is.

Sluiting 22.28 uur.