

Vergaderjaar 2008–2009

31 316

Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid)

L

VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG

Vastgesteld 14 juli 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin¹ van de Eerste Kamer heeft op 9 juni 2009 overleg gevoerd met minister Rouvoet voor Jeugd en Gezin over **de digitaliseringsplicht in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in het kader van de Wet publieke gezondheid (31 316)**.

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

Voorzitter: Slagter-Roukema

Griffier: De Boer

De **voorzitter**: Ik heet u allen hartelijk welkom. Dit overleg is een voorlopig eindstation van een traject dat ruim een jaar geleden begonnen is toen wij hier met minister Klink spraken over de Wet publieke gezondheid. Deze commissie als geheel had geen bezwaar tegen die wet met uitzondering van artikel 5 dat handelt over de digitaliseringsplicht. Na die tijd hebben wij heel wat stukken uitgewisseld met de thans aanwezige minister. Vandaag willen wij graag horen wat nu de stand van zaken is. Wij hopen vandaag voldoende input te krijgen om de volgende week in deze commissie te kunnen bezien wat ons uiteindelijk standpunt kan zijn over dat artikel 5. Ik denk dat daar zo langzamerhand ook eens een beslissing over moet worden genomen.

Minister Rouvoet: Voorzitter. In uw vragen is een breedheid van de zaken aan de orde gekomen. Ik neem aan dat de beantwoording voldoende is geweest voor dit moment, maar als er nog nadere vragen zijn, dan hoor ik die graag.

Met de minister van VWS is de afspraak gemaakt dat uw vragen over dat artikel 5 naar tevredenheid zouden moeten zijn beantwoord alvorens dat onderdeel in werking zou treden. Het betreft inderdaad de digitaliseringsplicht en daarachter zit natuurlijk ook een wereld van het ekd, het epd, de verwijzingsindex, de zorgcoördinatie, de afstemming, de werking binnen de jeugdgezondheidszorg, een veelheid van begrippen die volgens mij inmiddels ook wel behoorlijk verhelderd is door onze uitwisseling van vragen en antwoorden.

In de kern gaat het op dit moment niet om de vraag wat wij vinden van het ekd als zodanig, maar of de commissie op dit moment voldoende

¹ Samenstelling:

Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), vice-voorzitter, Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP), voorzitter, Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Leijnse (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU), Yildirim (Fractie-Yildirim) en Flierman (CDA).

inzicht heeft gekregen in die wereld achter de digitaliseringsplicht en wat daar wel en niet mee samenhangt, dat dit onderdeel van artikel 5 nu wel in werking kan treden en de digitaliseringsplicht voor gemeenten een feit zal zijn. Het lijkt voor mij geen twijfel dat er een noodzaak bestaat voor die digitaliseringsplicht en ik zal dat straks ook nog wel illustreren aan de hand van onze contacten met verschillende gemeenten en regio's. Ik heb begrepen dat u van mij een uiteenzetting verwacht en ik zal proberen niet het hele verhaal opnieuw te vertellen, maar het lijkt mij toch goed om in ieder geval een aantal zaken nog eens in samenhang neer te zetten en dan te bezien of dat voldoende stof biedt voor het vervolg van ons gesprek vandaag.

Ik wil eerst even ingaan op het ekd als zodanig, op de bewegingen die binnen de jeugdgezondheidszorg inmiddels in gang zijn gezet en op de vraag waarom die zo belangrijk zijn voor die jeugdgezondheidszorg. Ik zou daarvoor gemakkelijk kunnen teruggrijpen op een aantal incidenten die onze samenleving nogal beroerd hebben met als bekendste voorbeeld het Maasmeisje. Als je kijkt naar wat de inspecties in hun rapporten uit 2007 over die zaak die in 2006 speelde, hebben geschreven, dan wordt daar duidelijk de noodzaak onderstreept dat binnen de zorginstellingen en in het bijzonder binnen de jeugdgezondheidszorg de interne bedrijfsvoering goed op orde wordt gebracht. De IGZ zegt letterlijk in haar rapport uit 2007 over dat ekd dat het jgz-dossier te allen tijde compleet moet zijn en een volledig beeld moet geven van alle relevante factoren en ontwikkelingen die voor de veiligheid van het kind in relatie tot de gezinssituatie van belang zijn en dat het ook de actuele stand van de hulpverlening moet weergeven waartoe de jgz zich actief op de hoogte moet stellen van de voortgang van de hulpverlening door andere instanties. Dit ziet dus op de samenwerking, de afstemming van hulpverlening door andere instanties, op de samenwerking, de afstemming van hulpverlening rondom kinderen waar zich toen het schrijnend geval voordeed en er gaten in vielen, waardoor het meisje buiten beeld van de hulpverlenende instanties raakte. Het ekd gedigitaliseerd betekent een verbetering van de dossiervorming binnen de jeugdgezondheidszorg. Daarom zijn wij ermee begonnen en daarbij blijft het wat mij betreft ook. Het is dus een intern proces binnen de jeugdgezondheidszorginstellingen in ons land om de kwaliteit te verbeteren van de hulpverlening en het bewaken van de vorderingen en ontwikkelingen van de kinderen die zich bij jgz overigens op vrijwillige basis melden. Door digitalisering kunnen de dossiers beter worden bijgehouden en beter worden overgedragen – ik herhaal: alleen binnen de jgz – zoals dat nu al gebruikelijk is met de papieren dossiers, bijvoorbeeld bij het bereiken van de vierjarige leeftijd, de overdracht van de consultatiebureaus naar de GGD, maar ook bij verhuizing waar op dit moment soms wel problemen mee bestaan bij de huidige papieren dossiers. Dat was ook bij het Maasmeisje aan de orde. Een van de belangrijke doelstellingen van de jeugdgezondheidszorg is ook om aan dat soort mankementen een eind te maken door de eigen dossiers te gaan digitaliseren zodat ook bij bovengemeentelijke verhuizingen de overdracht binnen de jeugdgezondheidszorg goed geborgd zal zijn.

Voorzitter. Ik heb gemerkt dat er nog steeds vragen zijn over dat ekd. Wat is het nu wel en wat niet? Dat heeft mijns inziens ook wat te maken met de terminologie die er in de loop van het debat is ingeslopen, ook met uw collega's aan de overzijde waar ineens de discussie ontstond over het breed ekd. Dezer dagen kom ik dat begrip ook wel in sommige kranten tegen. Dat heeft voor veel verwarring gezorgd omdat als wij de term ekd gebruiken wij het niet altijd meer over hetzelfde hebben. Als ik het heb over het ekd dan heb ik het louter over de gedigitaliseerde dossiers van de jeugdgezondheidszorg. Er is daarbij geen sprake van een bredere toegang van andere hulpverleners of andere instanties. Ik weet dat die wens bij sommigen wel leeft, maar daarom heb ik nu juist ik meen in juli verleden jaar die duidelijke streep getrokken en u laten weten dat mede gehoord de

hulpverleners van de verschillende instanties binnen de jeugdgezondheidszorg ik van mening was dat wij daar nog niet aan toe zijn. De discussie daarover zal ooit wel weer eens opkomen, maar wij zijn daar nu dus niet mee bezig. Dit gaat puur om de digitalisering van de dossiers binnen de jeugdgezondheidszorg. Ik hecht eraan om dat nog eens goed te onderstrepen. Vragen als hoe het gaat met politie, justitie of Bureau Jeugdzorg raken niet aan dit proces van het ekd en dus ook niet aan de digitaliseringsplicht waarover wij ons vandaag buigen. Nogmaals, dit ziet op de bedrijfsvoering binnen de jeugdgezondheidszorg. Ook benadruk ik nog eens graag dat dit ekd alleen maar toegankelijk is voor de direct bij de behandeling van een kind betrokken medewerkers van de jeugdgezondheidszorg of hun vervangers. Het is overigens binnen de zorg zeer gebruikelijk dat je niet zomaar kan shoppen in informatie over mensen voor wie dat interessant vinden, maar dat die informatie alleen maar bestemd is voor degene waarmee je een behandelrelatie hebt. Ik gaf al aan dat dit alles met name is gericht op een veilige overdracht van de gegevens binnen de jeugdgezondheidszorg.

Het is dus niet een dossier waar alle informatie over een kind van verschillende zorgverleners bij elkaar komt, het is geen dossier waar iedereen toegang toe heeft, het is geen onderdeel van het epd, het geeft geen signalen af aan andere hulpverlenende instanties. Daar bestaan wel middelen voor, maar die staan los van het ekd, namelijk de verwijfsindex. Ik zeg er direct bij dat het ekd ook geen wondermiddel is. Juist omdat wij er zo veel over spreken, kan wel de indruk ontstaan dat als dat ekd er eenmaal is alle problemen de wereld uit zullen zijn, een soort Haarlemmerolie. Welnu, dat is het natuurlijk niet. Het is een hulpmiddel om de zorgverlening rondom kinderen beter gestalte te geven, met name binnen de preventieve jeugdgezondheidszorg. Zo zijn er nog andere hulpmiddelen, zoals de verwijfsindex waardoor hulpverleners elkaar wel weten te vinden en binnen de eigen professionele kaders informatie kunnen uitwisselen, zij het dat dit geen digitale informatie-uitwisseling is. De zorgcoördinatie, afstemming van hulpverlening is ook zo'n hulpmiddel. Het is mijn inzet om in deze kabinetsperiode met die drie hulpmiddelen – het ekd, de verwijfsindex en de zorgcoördinatie met als structuur de Centra voor Jeugd en Gezin, waar hulpverleners elkaar vinden – de professionals in staat te stellen om hun werk zo goed mogelijk te doen en te zorgen dat ze tot goede samenwerking komen.

Dit brengt mij dat bij de digitaliseringsplicht, het eigenlijke onderwerp van dit overleg. Waarom is het nodig, te meer omdat ik zo de nadruk leg op het feit dat het ekd een kwestie van interne bedrijfsvoering van jgz-instellingen is? Als de doelstelling van de jgz is – die zoals u weet veelal in regio's samenwerkt – te voorkomen dat kinderen bijvoorbeeld bij bovengemeentelijke verhuizing buiten beeld raken, dan werkt het systeem binnen de totale jgz in Nederland pas als alle gemeenten hun verantwoordelijkheid nemen om voor de regio waar zij mee te maken hebben te waarborgen dat jgz-instellingen aan die digitale dossiervorming meedoen. Gemeenten zijn in ons stelsel bestuurlijk verantwoordelijk voor het hele proces. Wij hebben daar bij het aantreden van het huidige kabinet met de VNG ook goede afspraken over gemaakt. Het zijn dus de gemeenten die samen met die jgz-instellingen op regionaal niveau moeten overgaan tot de aanschaf van die automatiseringspakketten. Veel gemeenten zijn daar met de jgz-instellingen al mee bezig, juist omdat het het primaire belang van de jgz-instellingen zelf is om dit goed op orde te hebben. Er zijn natuurlijk ook nog altijd gemeenten die een wat afwachtende houding hebben of denken dat het nog niet nodig is. Ik hoor vaak: er is toch nog geen digitaliseringsplicht, dus hoeven wij toch nog niet met automatiseringspakketten voor het ekd aan de slag? Mijn medewerkers krijgen er regelmatig telefoontjes over dat gemeenten pas in beweging hoeven te komen om aan dit proces deel te nemen op het moment waarop de digitaliseringsplicht in werking is getreden.

De heer **Van de Beeten**(CDA): Dat lijkt mij ook wel de juiste volgorde. In de praktijk zien wij vaak, te vaak, het omgekeerde gebeuren.

Minister **Rouvoet**: Op zich is het wel logisch dat men zegt met een actie te wachten totdat die wettelijke plicht er is, maar omdat wij in dit geval de digitaliseringsplicht als een stok achter de deur beschouwen bij een binnen de jgz wenselijk geachte ontwikkeling – volgens onze informatie is men in al die jgz-regio's al druk bezig met digitalisering – spreek ik gemeenten aan op hun verantwoordelijkheid. Bovendien krijgen ze van mij deze jaren ook de middelen om ervoor te zorgen dat er binnen hun gebied daartoe wordt overgegaan en dat de implementatie goed verloopt, maar hier en daar zie je nog wel een afwachtende houding. Het is volgens mij een gemeenschappelijk belang van de gehele jgz en de gemeenten, maar ook van de minister, het Rijk, om ervoor te zorgen dat er uiteindelijk wel een sluitend systeem komt. Het mag natuurlijk niet gebeuren dat er bij verhuizing naar gemeente A wel een veilige en gewaarborgde overdracht kan plaatsvinden binnen de jgz, maar naar een andere gemeente die wellicht wat achterover heeft geleund, niet, waardoor wij misschien weer kinderen kwijtraken. Nogmaals, het is begonnen met de wens om zo mogelijk te voorkomen dat kinderen buiten beeld raken met alle dramatische gevolgen van dien, maar garanties daarvoor zijn er natuurlijk niet.

De **voorzitter**: Misschien mag ik u even onderbreken, want ik zie om mijn heen toch de behoefte om wat verhelderende vragen te stellen.

Mevrouw **Quik-Schuijt** (SP): De minister citeerde uit het inspectierapport over het Maasmeisje, maar als ik het goed begrijp, was die doelstelling toch breder dan dit ekd. Ik weet niet of de minister dat citeerde om daarmee te illustreren wat er in dat ekd komt of dat het gewoon de wens was van de beroepsgroep en dat dit ekd daartoe een eerste stap is.

Minister **Rouvoet**: Er waren verschillende inspecties bij betrokken en die hebben zich gezamenlijk gericht op de keten van zorg die daar aan de orde was. Daarom heb ik ook specifiek het deel geciteerd dat de IGZ heeft uitgesproken en vastgelegd over dat ekd. Dat maakt daar nadrukkelijk onderdeel van uit. Zonder nu de casus helemaal te analyseren, wil ik wel zeggen dat het belangrijk dat die inspectie ook heeft gezegd dat als het wil werken, het wel compleet en inzichtelijk moet zijn. Daarmee heeft zij het belang onderstreept van een goedwerkend ekd. Je kunt ook zeggen dat zij het belang van goedwerkende dossiervorming onderstreept en dat is ook waar. Maar de inspectie heeft het wel toegespitst op de huidige ontwikkelingen en digitalisering is nu eenmaal een ontwikkeling die autonoom binnen de jgz op gang is gekomen. De inspectie heeft alleen maar willen onderstrepen dat het dossier ook volledig moet zijn. Digitalisering is naar het oordeel van de jgz een belangrijke bijdrage aan het inzichtelijk, volledig en het binnen de jgz gewaarborgd overdraagbaar maken van dossiers.

Mevrouw **Quik-Schuijt** (SP): Het is dus geen uitsluitend medisch dossier dat de inspectie noemde en daar hebben wij het nu ook niet over!

Minister **Rouvoet**: Dat klopt. De IGZ heeft enkele aanbevelingen gedaan voor de gehele keten van zorg. Ik heb daar even het citaat over de jgz en het ekd uitgelicht, want daar hebben wij het vandaag ook over. De inspectie verbond daar wel de conclusie aan dat een snelle invoering van dat ekd dringend gewenst is. Dat staat ook letterlijk in dat rapport van de IGZ.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Wat verstaat de minister nu precies onder jeugdgezondheidszorg? Ik heb altijd begrepen dat dat een onderdeel is van de zorg voor kinderen die pas start nadat er iets is misgegaan.

Mevrouw **Linthorst** (PvdA): Dat is jeugdhulpverlening!

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dus ook de consultatiebureaus vallen onder de jeugdgezondheidszorg?

Minister **Rouvoet**: De aanduiding «jeugdgezondheidszorg» in ons land staat voor het werk van de hulpverlening dat verricht wordt door de consultatiebureaus die over het algemeen zijn ondergebracht bij thuiszorgorganisaties en daarna door de GGD. De consultatiebureaus houden zich bezig met kinderen tussen 0 en 4 jaar en de GGD, de schoolartsen, met kinderen van 4 tot 19 jaar. Dat te samen en niet meer dan dat noemen wij de jeugdgezondheidszorg.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): En 90% daarvan is daarna nooit meer in het circuit gekomen waar het Maasmeisje in zat en dat begrijp ik nu niet. Over wie hebben wij het nu? Hebben wij het nu over alle jongeren of over die jongeren bij wie op een gegeven ogenblik iets misgaat? Het is toch een groot misverstand dat daar een dossier van nodig is? Dat is toch superpaternalistisch? Een overheid moet toch niet willen dat van alle kinderen waarmee het goed gaat, een dossier wordt gemaakt? Ik begrijp de redenering gewoon niet.

Minister **Rouvoet**: Laat ik het misverstand wegnemen dat de overheid zo graag die gegevens wil vastleggen. Het gaat om een uitstekend functionerend stelsel van preventieve jeugdgezondheidszorg waar nogal wat landen ongelooflijk jaloers op zijn. Men kan er vrijwillig naartoe gaan, niemand wordt daartoe gedwongen. De consultatiebureaus hebben een bereik van 95 tot 98% van de kinderen. Ouders met kinderen van 0 tot 4 jaar komen daar dus vrijwillig naar toe en zijn er maar wat blij mee dat wij hulpverleners hebben die met kennis van zaken de ontwikkeling in de eerste jaren van hun kind volgen en adviezen kunnen geven. Als men daar komt, wordt direct gezegd dat het op grond van de WGBO verplicht is om van ieder kind een dossier bij te houden. Bijna niemand heeft daar bezwaar tegen, want als er iets geconstateerd wordt wat minder positief is ligt dat in ieder geval ergens vast en wordt het goed bijgehouden. De 3 tot 5% van de kinderen die niet bij de consultatiebureaus komen, komen zeker niet allemaal uit probleemgezinnen, maar vaak wel. In die 3 tot 5% van de kinderen wier ouders niet het consultatiebureaus bezoeken, zitten ook veel hoger opgeleiden die vinden dat ze het zelf wel kunnen of dat ze het na drie bezoeken wel weten. Ook zij zijn niet verplicht om er naartoe te gaan, maar als men er komt, moet er een dossier gemaakt worden omdat de jeugdgezondheidszorg nu eenmaal valt onder die WGBO. Of het nu een papieren dossier of een digitaal dossier is maakt niet uit, het normale regiem voor medische dossiers is dan van toepassing.

Voorzitter. Ik zou nog veel kunnen zeggen over mogelijk verder weg liggende nieuwe stappen rondom het epd of de verwijsindex, maar dat zal alleen maar afleiden van de hoofdvraag. Daarom wil ik afronden met de vraag waarom die digitaliseringsplicht wordt vastgelegd in de Wet publieke gezondheid. Die wet is er gekomen in de plaats van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en in die wet was de taak van de jeugdgezondheidszorg verankerd. Het college van burgemeester en wethouders is op grond van artikel 5, 1 van de huidige Wet publieke gezondheid verantwoordelijk en draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. Wij willen gemeenten in die verantwoordelijkheid ondersteunen en ook scherp houden dat dit proces voortgang vindt binnen de regio waarin zij met jgz te maken hebben. Wij hebben die digi-

taliseringsplicht in de wet opgenomen in het besef dat het voor veel gemeenten niet nodig is, want de jgz-regio's en veel gemeenten zijn al heel druk bezig. Maar omdat wij uiteindelijk wel dat sluitende systeem willen krijgen hebben wij als stok achter de deur die plicht toch in de wet opgenomen.

Voorzitter. Desgewenst kan ik u nog wel een overzicht geven van de stand van zaken in de verschillende regio's, maar ik denk dat dit toch wel de hoofdboodschap is.

De **voorzitter**: Wij hebben daar al een overzicht van gekregen.

De heer **Kuiper** (ChristenUnie): Voorzitter. Wij zijn aan dit traject begonnen door een artikel aan te houden uit de Wet publieke gezondheid. In de eerste discussie in onze commissie kwam de vraag op of er wel voldoende wettelijke basis was en of er geen basiswet voor nodig was. Daarna kwam de discussie over het epd. Ik denk dat het belangrijk is om vast te stellen wat nu precies de wettelijke basis is voor het ekd. De minister zei net dat er iets gaat gebeuren wat eigenlijk nu ook al gebeurt, maar dan van papier naar digitaal en dat dit kan op basis van de wetten die er nu al zijn. Nogmaals, ik denk dat het van belang is om hier vast te stellen wat de wettelijke basis is en waarom het voor het ekd geen aparte wettelijke basis nodig is.

Minister **Rouvoet**: In een eerdere fase is inderdaad sprake geweest van een mogelijke basiswet voor het ekd. Dat was toen ook nodig omdat wij toen -het moment waarop ik aantrad – nog uitgingen van een landelijk ekd met ook een centrale opslag van alle informatie. Door een rechterlijke uitspraak over de aanbestedingsprocedure is daar toen een eind aan gekomen en is overgeschakeld naar een decentrale aanschaf van automatiseringspakketten met een borg dat dit via de technische infrastructuur van een landelijk schakelpunt landelijk werkend is. Destijds vonden het College bescherming persoonsgegevens en ook de Raad van State het bij een centrale opslag van gegevens van alle kinderen die bij de jgz komen noodzakelijk om daar een basiswet voor te hebben. Dan ligt de verantwoordelijkheid van het Rijk voor dat gegevensbeheer natuurlijk veel duidelijker dan wanneer, zoals nu, gekozen wordt voor een decentrale opslag van gegevens en decentrale aanschaf van automatiseringspakketten. Het is dan wel weer onze taak om ervoor te zorgen dat een goede uitwisselingsinfrastructuur wordt gewaarborgd. Het is terecht dat uw commissie daar zo veel vragen over heeft gesteld, want dat is zeker wel een rijksverantwoordelijkheid. De wettelijke basis voor het ekd zoals dat nu werkt ligt in de WGBO.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Als ik de minister zo beluister, gaat het uitsluitend over de digitalisering van papieren dossiers en zouden wij eigenlijk het hele woord «ekd» niet meer moeten gebruiken, want dat leidt tot verwarring. Zoals de minister net zei en ik ook in de stukken heb gelezen, gaat het om het digitaliseren van de papieren dossiers binnen de jeugdgezondheidszorg en kunnen alleen behandelaars, degenen die er direct bij betrokken zijn in de jeugdgezondheidszorg, daar inzage in hebben. Mijn vraag gaat over de overdracht. Het digitaliseren gaat natuurlijk wel via een bepaald format en in een gestandaardiseerde taal zodat die overdracht via dat landelijk schakelpunt ook daadwerkelijk en goed kan plaatsvinden. Niet elke gemeente kan dus op eigen manier die digitalisering vormgeven. Wat ik nu zo onhelder vind – ik geef direct toe dat dit ook wel te maken heeft met de discussie over het epd – is wat nu precies met «overdracht» bedoeld wordt. Wie draagt over aan wie, wie heeft toegang op het moment waarop de overdracht plaatsvindt? Hoe is dat precies geregeld? Ook bij het epd krijg je een landelijk schakelpunt, maar dat is toch een heel andere systematiek. Het zou goed zijn als wij nog eens van de

minister kunnen horen hoe die overdracht nu precies is geregeld, zowel binnen de gemeente – van de consultatiebureaus naar de GGD – als bij verhuizing of in het geval van echtscheiding.

Minister Rouvoet: Ik zal proberen daar kort op in te gaan, want de vragen van uw commissie hierover zijn zeer uitvoerig beantwoord. Ik snap uw vraag omdat wij ook gebruikmaken van een landelijk schakelpunt dat eigenlijk onlosmakelijk verbonden is met het epd en omdat bij de digitalisering van de jgz-dossiers dat epd als zodanig eigenlijk niet relevant is. Ik begrijp niet alleen uw vraag, maar ook de verwarring die hierdoor zou kunnen ontstaan. Je kunt het inderdaad betreuren dat de term ekd inmiddels is ingeburgerd. Intern spreken wij vaker over de digitalisering van de dossiers jgz, maar dan zou verwarring kunnen ontstaan of dat weer wat anders is dan het ekd. Wij zitten dus wel een beetje aan die term gebakken, maar wij hebben er natuurlijk ook last van dat mensen de indruk krijgen van een breed dossier. Daarom gebruik ik in mijn brieven hierover ook altijd de term het ekd jgz. Dat is ook de term die binnen de jgz is ontstaan en daar ook gehanteerd wordt.

Het gaat dus om het proces van digitalisering met het oog op een betere interne bedrijfsvoering en de mogelijkheid tot geborgde overdracht. Dan hebben wij het over twee types overdracht. In de eerste plaats is dat de gebruikelijke, namelijk die van de consultatiebureaus naar de GGD, over het algemeen binnen dezelfde regio en die vindt plaats als het desbetreffende kind vier jaar is geworden. Bij het eerste bezoek aan het consultatiebureau wordt ouders al direct om toestemming daarvoor gevraagd. Qua systematiek verandert hier dus niets aan. In de tweede plaats is dat de overdracht tussen de verschillende jgz-instellingen, bijvoorbeeld bij verhuizing. Op dit moment wordt het papieren dossier verstuurd, maar soms gaat dat fout. Of het wordt niet gedaan of het komt niet op de juiste plaats terecht of het raakt zoek. Dat is ook een van de aanleidingen om met dat proces van digitalisering te starten. Ook in dit geval verandert er in feite niets aan de systematiek en is ook toestemming verkregen om het dossier na te sturen. Die toestemming wordt gegeven aan de behandelaar. Aan de principes en systematiek verandert dus niets, maar natuurlijk wel aan de techniek. Het is daarom van belang dat de overdracht ook geborgd is en dat kan door gebruik te maken van het landelijk schakelpunt dat wij kennen vanuit het epd. Waar dat lsp voor het epd de functie gaat vervullen als intermediair voor overdracht naar andere sectoren, zal het voor het ekd niet zo werken. Er wordt gebruik gemaakt van dat intermediair om binnen de jgz de digitale informatie-uitwisseling goed te organiseren. In de brief hebben wij het zo aangeduid dat het lsp gebruik maakt van beveiligde tunnels, waardoor het alleen maar van de ene naar de andere jgz-instelling kan worden uitgewisseld zonder afbreukrisico. Er worden internationale veiligheidsnormen gehanteerd. Het Nictiz beheert dat lsp. Wij maken dus alleen van de functie van intermediair gebruik voor het ekd binnen de jgz en niet voor de bredere functie die er wellicht straks voor het epd zal zijn. Het is dus puur techniek. Wij maken gebruik van de infrastructuur van het lsp omdat die er al is en omdat wij er zeker van zijn gezien de toegepaste veiligheidsnormen.

De **voorzitter:** Ik denk dat ook dit punt wel weer de nodige vragen oproept.

Mevrouw **Ten Horn (SP):** Als ik het goed begrijp, gaat het puur om digitalisering van dossiers binnen de jgz. Achteraf gezien vraag ik mij af, of u er geen spijt van hebt dat u dat in de wet vastlegt. Waarin verschilt de jeugdgezondheidszorg nu van de gezondheidszorg in zijn algemeenheid? Overal, bij huisartsen, in ziekenhuizen, wordt gewoon gedigitaliseerd. Ik vraag mij dan ook af waarom dit in een wet moet worden vastgelegd. Als er dwang nodig is om dossiers op orde te krijgen, haal ik nog maar

eens een vroegere collega van mij aan die directeur beheer was toen ik directeur bewonerszorg was. Hij zei: wij krijgen nooit een slechte boekhouding op orde door te automatiseren. Als er een slechte boekhouding is, moet daar het nodige aan worden gedaan. Als dit de enige reden is om het in de wet vast te leggen, namelijk om af te dwingen dat de boekhouding op orde komt, dan krijg ik andere zorgen dan ik tot nu toe had. Zijn die dossiers nu wel of niet op orde?

Minister **Rouvoet**: Nieuwe zorgen zou ik graag willen voorkomen.

De **voorzitter**: Er is duidelijk gezegd dat het de verantwoordelijkheid van gemeenten is om te zorgen dat het in orde komt. Gemeenten moeten het ook faciliteren. Dat geeft toch een stukje vrijheid. Gemeenten vullen ook verschillend jeugdgezondheidszorg in. De een stelt heel andere prioriteiten daarbinnen dan de andere. Hoe zit het dan met de eisen die u eraan kunt stellen? U zegt dat dossiers uitwisselbaar moeten zijn en dan zou je min of meer toch een gelijke taal moeten gebruiken. Dat is aan de ene kant de discussie over de basisdataset en daarnaast ook de keuze van de systemen. Het ene systeem is duurder dan het andere. Ik denk maar even aan de systemen die huisartsen gebruiken. Huisartsen hebben enerzijds een megavoor sprong op het gebied van digitalisering, maar het blijkt nog wel een hele tour de force te zijn om ervoor te zorgen dat alle informatie uitwisselbaar wordt. Aan de ene kant is het dus een plicht voor gemeenten, maar aan de andere kant wordt het volgens mij toch wel erg vrijblijvend ingevuld. Welke beweegredenen zitten daar dan achter?

De heer **Leunissen** (CDA): Wie is verantwoordelijk voor de overdracht van de gegevens? Is dat de hoofdbehandelaar? Welke verantwoordelijkheid draagt hij over hetgeen wordt overgedragen?

Digitalisering is niet alleen een technisch andere manier van vastleggen van gegevens, maar je kunt ook veel meer met die gegevens. Met algoritmes is heel gemakkelijk onderzoek te doen, bijvoorbeeld om te bezien of bepaalde kinderen «at risk» zijn. Dat vind ik wel een gevaar.

In hoeverre moet altijd het volledige dossier mee? Bij een papieren dossier wordt ook wel eens gekeken naar relevante gegevens, terwijl bij een digitaal dossier in een keer de hele bups wordt doorgestuurd. Daar kunnen dan heel relevante problemen in staan die schadelijk kunnen zijn voor dat opgroeiende kind als die gegevens die kinderen voortdurend achtervolgen. Dat zou ik als behandelaar in ieder geval niet willen.

De heer **Van de Beeten** (CDA): In de eerste plaats dank aan de minister voor de beantwoording die wij hebben ontvangen, zij het dat wij nog hebben moeten aandringen op een wat uitvoeriger beantwoording, maar die is vervolgens wel gekomen. Op zichzelf was die wel bevredigend, maar in aansluiting op hetgeen collega Leunissen net zei, zou ik er nog wel iets over willen zeggen. Onze zorg was dat wij met het invoeren van het desbetreffende lid van artikel 5 in feite al een voorschot zouden nemen op de discussie over het elektronisch kinddossier, het elektronisch patiëntendossier, de verwijzindex, et cetera. De term «breed ekd» wekt wel de indruk dat je met invoering van die digitaliseringsplicht al stappen gaat zetten die straks onomkeerbaar blijken te zijn. Dat is iets waar wij hier in de Eerste Kamer zo langzamerhand wel erg gevoelig voor zijn geworden, af en toe misschien wat te gevoelig, maar het is volgens mij toch wel verstandig om voordat het veld zelf van alles en nog wat heeft gedaan terwijl er nog geen wettelijke stappen zijn gezet tijdig aan de bel te trekken.

In de loop van de discussie zijn daar nog bij gekomen de cultuureffecten, ook bij de discussie over het elektronisch patiëntendossier. Laat ik een voorbeeld nemen dat daar enigszins los van staat. Een tijd geleden heeft bij het Centraal Medisch Tuchtcollege een zaak gespeeld van een chirurg

die bij een ingreep zijn patiënte zodanig letsel toegebracht dat zij kwam te overlijden. In de tuchtprocedure heeft hij er zich op beroepen dat hij zich strikt aan het protocol had gehouden. Daar is een deskundige oud-medicus over geraadpleegd en die zei dat je je wel kunt beroepen op dat protocol, maar dat het uiteindelijk niet het protocol is dat je beslissing bepaalt, maar jouw eigen professionele oordeel dat je tijdens zo'n ingreep moet laten meewegen. Dan kun je je niet achter zo'n protocol verschuilen. Dit is gebeurd door een professional als een chirurg op een zeer verantwoorde plek met ingrepen die iemands leven kunnen kosten. Het type denken dat daarin schuilgaat, wat overigens ook een sterk juridisch georiënteerd denken is – als ik mij maar aan het lijstje heb gehouden, ben ik verantwoord bezig geweest – is gewoon niet goed. Ik heb wel eens het gevoel dat wij in Den Haag onvoldoende in de gaten hebben dat als er in Den Haag een discussie ontstaat over iets wat zo goed zou zijn, men in het veld daar vrijwel direct de eigen denkwijze aan aanpast en ook geneigd is om zijn eigen professionele oordeel al op voorhand enigszins ondergeschikt te maken aan het verwachtingspatroon van wat men denkt dat Den Haag heeft. Dat is dan ook weer het dubbele daarvan. Soms denkt men in het veld dat de politiek iets van het veld verwacht maar of dat inderdaad zo is, is dan vaak ook nog zeer de vraag. Met name als het gaat om het soort onderwerpen als waarover wij nu praten, is dat een zeer groot gevaar waar wij ons onvoldoende van bewust zijn.

Dan het punt van collega Leunissen. Je kunt inderdaad op geaggregeerd niveau aan de hand van gedigitaliseerde dossiers veel makkelijker analyses maken van omstandigheden die van invloed zijn op de ontwikkeling van kinderen, hun gezondheid, hun sociale ontwikkeling, et cetera. Je kunt dat zelfs gaan lokaliseren naar postcodegebieden. Je kunt er ook mee doen wat men in Rotterdam gedaan heeft en waar de minister wel heel gemakkelijk overheen is gewandeld in zijn beantwoording op de pagina's 12 en 13. In Rotterdam laat men er een soort profiling op los om te kijken waar bedreigde kinderen zijn die men dan gaat opzoeken. Op het door mij genoemde aantal van 10 000 huisbezoeken, wordt dan wel gereageerd met «dat is flauwekul en zwaar overdreven» – dat aantal had ik overigens uit het blad van de lokale Rotterdamse CDA – en dat het maar om enkele huisbezoeken gaat. Maar is het wel normaal dat er aan de hand van een analyse in de vorm van een profiling van een gedigitaliseerd kinddossier het besluit wordt genomen om een arts of een andere hulpverlener op een huisadres af te sturen om daar eens te gaan kijken? Het heeft er niets mee te maken dat die mensen ooit vrijwillig naar het consultatiebureau zijn gegaan. Naar mijn oordeel is daar op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst noch op grond van de Wet publieke gezondheid een grondslag voor. Ik verwacht niet van de minister dat hij daar onmiddellijk een concreet antwoord op kan geven, maar wel dat hij daar nog eens heel specifiek naar gaat kijken. Hier wordt dus op een verkeerde manier actief gebruik wordt gemaakt van het middel, wellicht uit de wens om een nieuw Maasmeisje te voorkomen maar nogmaals, naar mijn overtuiging zonder wettelijke grondslag.

Mevrouw **Quik-Schuijt** (SP): Misschien is het een domme vraag, maar als ouders verhuizen, dat niet doorgeven maar zich wel melden bij de jgz in een andere plaats, kan die dan ergens opzoeken waar het desbetreffende kind voorheen woonde en dat dossier opvragen? Is dat de registerfunctie? Als je iets kunt overdragen, moet je wel weten waarheen of aan wie je het moet overdragen.

Minister **Rouvoet**: Ik wil niet zeggen dat het een domme vraag is, maar wel een heel moeilijke vraag. Ik kijk even naar mijn medewerkers die dat ongetwijfeld zullen weten.

Ik zal maar beginnen met de vragen die ik denk wel te kunnen beantwoorden. De eerste was of ik er geen spijt van had dat dit in de Wet

publieke gezondheid is vastgelegd. Iedereen is toch al met digitalisering bezig. Ik heb er geen spijt van, want er ligt een nadrukkelijke rijksverantwoordelijkheid, eerst in de Wet collectieve preventie volksgezondheid en nu in de Wet publieke gezondheid, dat er een jeugdgezondheidszorg is. Dat geeft een commitment aan de jeugdgezondheidszorg waar je vervolgens wel goed je bevoegdheden en grenzen van in de gaten moet houden. Het blijft een professionele zorginstantie die zijn eigen professionaliteitsnormen heeft, maar er is wel een wettelijke bepaling dat er in iedere gemeente jeugdgezondheidszorg moet zijn en dat de gemeenten daar bestuurlijk verantwoordelijk voor zijn. Dat verschaft mij, het Rijk, ook de invalshoek om er bepaalde eisen aan te stellen. Je kunt dan wel discussiëren over de vraag in hoeverre je dat als overheid zelf moet willen invullen of dat je het toch vooral aan de beroepsgroep moet overlaten. Mijn uitgangspunt is toch vooral het laatste. Alle discussies over wat er precies in dat dossier staat, vind ik echt van de organisaties zelf. Natuurlijk kun je er discussies over voeren, maar wij bepalen toch ook niet wat de huisarts wel en niet in zijn kladboekje opschreef en nu in zijn huisartseninformatiesysteem? Dat is aan de professionals. Dat hebben wij graag zo, omdat zij degenen zijn die toch het beste kunnen beoordelen welke gegevens zij nodig hebben om hun zorg te kunnen verlenen. Dat is voor de jgz dus niet anders.

De **voorzitter**: Maar wel wordt bepaald wat straks uitgewisseld wordt! Minister **Rouvoet**: Als het gaat om de manier van uitwisseling hebben wij te maken met andere wetgeving, namelijk de WGBO waarmee op rijksniveau eisen zijn gesteld aan dossiervorming en dus ook aan overdracht. Ik moet er gelet op mijn verantwoordelijkheid dus voor zorgen dat als er sprake is van overdracht – of het nu op papier is of digitaal – gegeven de inhoud van bepaalde dossiers, die overdracht gewaarborgd is. Als het digitaal gebeurt, komen er inderdaad nieuwe dimensies bij die er bij papieren overdracht niet zijn. Het zou echter een verkeerde opvatting zijn dat voor de huidige papieren overdracht geen waarborgen nodig zijn. Ook daar proberen wij die overdracht te waarborgen en is er sprake van inzagerecht, toestemming voor overdragen, et cetera. Daar verandert dus ten principale niets aan. Gegeven het feit dat er een wettelijke bepaling over de jeugdgezondheidszorg is en een bestuurlijke verantwoordelijkheid daarvoor belegd is bij de gemeenten, de colleges van burgemeester en wethouders, en het feit dat het Rijk ter ondersteuning van die digitalisering binnen de jgz 61,5 mln. beschikbaar stelt, dan is het een rijksbelang dat dit goed werkt. Als het Rijk dit ondersteunt met financiën moeten wij uiteindelijk ook wel terecht komen bij een systeem dat 100% werkt en niet bijvoorbeeld 80%, want dan is de gemeenschappelijke doelstelling niet bereikt dat kinderen die in de jgz zitten niet tussen wal en schip kunnen vallen. Vanuit die twee invalshoeken denk ik dat de digitaliseringsplicht wel degelijk van belang is. Het is een gemeenschappelijk belang en wij hebben ook afspraken met de VNG gemaakt over de invoering. Het ziet dus vooral op het proces van de implementatie en ondersteuning en niet op de inhoud van de dossiers.

Voorzitter. U vroeg hoe het nu zit met de vrijheid van gemeenten. Ik heb al geschetst waar wel en niet de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden van het Rijk, in casu van deze minister liggen en welke eisen daaraan worden gesteld. Dat zou anders zijn geweest als wij op het oorspronkelijke pad waren doorgedaan van een landelijk ekd met een centrale opslag van gegevens. Dan hadden wij op basis van alle informatie en wetgeving rondom privacy en medische dossiervorming er andere eisen aan moeten stellen dan wij nu doen. Er is overigens ook geen sprake van vrijblijvendheid. De gemeenten hebben enige ruimte, bijvoorbeeld waar het gaat om de CJG-vorming en daar is ook veel over te zeggen. Eenieder zal begrijpen dat een CJG in bijvoorbeeld Appelscha anders functioneert en met andere partners te maken heeft dan in

Rotterdam. Wij hebben daarom ook geen blauwdruk van CJG's, maar wel een basismodel met daar bovenop vrijheid van gemeenten om maatwerk te leveren. Dat zie je nu ook al binnen de jeugdgezondheidszorg. Er is een uniform deel dat in alle gemeenten moet worden aangeboden en er is een maatwerkdeel waar gemeenten zelf keuzes kunnen maken. Dat past ook in de verhouding tussen Rijk en gemeenten zoals die in ons bestel vorm heeft gekregen. Wij kunnen er natuurlijk wel eisen aan stellen die nodig zijn om tot de doelstelling van het Rijk te komen en dat doen wij door te zeggen dat regionaal automatiseringspakketten moeten worden aangekocht maar dat die wel door een landelijke kop en door standaarden met elkaar moeten kunnen communiceren. Bij de politie kunnen wij dat anders doen, want dat valt rechtstreeks onder het Rijk. Dan kun je zeggen: de tijd dat iedereen zijn eigen computersysteem had moet echt achter de rug zijn, wij gaan nu echt over op hetzelfde computersysteem. U weet ongetwijfeld hoe lang het heeft geduurd voordat dat gerealiseerd was. Over de aanschaf van software door jgz-instellingen gaat het Rijk niet. Als wij het willen doorvoeren, kunnen wij wel zeggen dat die pakketten moeten voldoen aan standaarden en dat zij door een landelijke kop informatie daadwerkelijk moeten kunnen uitwisselen, veilig en gewaarborgd. Er is dus een balans tussen de vrijheid van gemeenten en het uiteindelijk kunnen voldoen aan gestandaardiseerde landelijke eisen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Van een zin wil ik toch graag een nadere uitleg. De minister sprak over kinderen die in de jgz zitten. Ik begrijp dat dit alle kinderen zijn. Er wordt dus geen enkel onderscheid gemaakt tussen preventieve zorg en curatieve zorg. Als het gaat om kinderen bij consultatiebureaus is dat in feite preventie. Die kinderen zijn geen patiënt, worden volgens bestaande programma's gevaccineerd en krijgen een aantal onderzoeken, bijvoorbeeld om te kijken of de groeicurve goed is. Je kunt daarvan toch niet zeggen dat die kinderen in de jeugdgezondheidszorg zitten? Via zijn ouders maakt dat kind gebruik van de prachtige dingen die de Nederlandse samenleving op dit punt biedt, die consultatiebureaus zijn geweldig, maar dat is toch geen hulpverlening? Toch wordt dit steeds door elkaar gehaald. Het lijkt mij heel verstandig om nu eens een goed onderscheid te maken tussen preventie en hulpverlening. Bij preventie is iemand gezond en wil je hem ook gezond houden. Bij hulpverlening is er een klacht waaraan wat gedaan moet worden. Nu wordt dat in elkaar geschoven en dat is volgens mij een systeemfout in het geheel.

Minister **Rouvoet**: Als er een systeemfout in zou zitten, zou dat de afgelopen decennia het geval zijn geweest bij het huidige functioneren van de consultatiebureaus en GGD'en. Ik denk zelf dat daar geen sprake van is, want er wordt wel degelijk onderscheid gemaakt tussen preventie en andere vormen van zorg. Dat is nu juist de functie en de waardevolle betekenis van de jeugdgezondheidszorg. Laat ik maar het voorbeeld nemen van een vader of een moeder die met een kind van drie jaar bij het consultatiebureau komt waar wordt gekeken naar de vorderingen en de ontwikkeling. Het is mogelijk dat bijvoorbeeld in de sfeer van hartklachten, hartruis, dingen gesignaleerd worden die niet goed zijn. Dan wordt verwezen naar iemand die daar iets aan kan doen.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is verwijzing!

Minister **Rouvoet**: Laat ik er geen misverstand over bestaan, de gehele jeugdgezondheidszorg in brede zin is preventie. Daar zitten dus geen kinderen in op basis van indicatie. Het is gewoon eerstelijns, de toegang is vrijwillig en niet met indicatie. Professionals zullen zelf zeggen dat zij wel hulp verlenen, preventieve hulpverlening, maar u hebt gelijk als u zegt dat het geen curatieve zorg is. Dat is het inderdaad niet en dat is in de geschiedenis ook nooit als zodanig aangeduid. Jeugdgezondheidszorg is

preventie met, als het goed is, goede lijnen naar de aangewezen tweedelijnsinstanties als er iets gesignaleerd wordt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dat is dan verwijzing van kinderen waar iets mee is en dat is dan toch het moment waarop het kind een medisch dossier krijgt? Het zal ook naar de huisarts moeten. Hoe langer ik u hoor praten, hoe meer ik begrijp waar het probleem zit. Ik vind dit een totale verstrengeling van iets wat op zichzelf heel goed is, de consultatiebureaus, en iets wat daarna eventueel nog kan gebeuren. Bij 99 tot 95% van de kinderen gaat er niets mis, maar ze hebben dus wel een dossier.

Minister **Rouvoet**: Dat is een legitieme opvatting, maar de wetgever, dus u ook, heeft al decennia geleden toen de WGO tot stand kwam besloten dat ook de dossiers in de jeugdgezondheidszorg medische dossiers zijn. Daar kunnen wij op dit moment en hier niet zo veel aan veranderen, dat is gewoon een gegeven. Dat is ook van belang op het moment dat je met je kind bij een jeugdgezondheidszorginstelling komt. Je weet dat het jeugdartsen zijn, consultatiebureauartsen, jeugdverpleegkundigen en dat je erop mag vertrouwen dat er niet zomaar alles met die informatie gebeurt. Dat is het relevante belang dat ook de dossiers binnen de jeugdgezondheidszorg maar niet zomaar vrij zijn, maar onder het regime van de medische dossiers vallen, ook al hebt u gelijk dat het niet dezelfde medische informatie is als van de zwaardere zorg, bijvoorbeeld topklinische zorg of wat dan ook. Maar het is wel degelijk ook medische informatie, want het gaat over de fysieke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen. Dus is het van belang dat het onder het WGO-regime valt.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Het is dan medische informatie, maar die medische informatie houdt op als het kind van het consultatiebureau afgaat en gewoon in de huisartsengeneeskunde gaat meedoen. Waarom moet je daar dan nog een dossier van aanhouden? Bij het epd komt er pas een dossier als er een klacht is geweest, maar hier is er dus een dossier zonder klacht. Ik hoor naast mij zeggen dat dit nu ook al zo is en dat is waar, maar dat is niet zo verstrekkend, want het is niet zo goed te pakken en dus veel minder gevaarlijk.

Minister **Rouvoet**: Ik ben dat niet met u eens en dat gaat voorbij aan de huidige praktijk waarin op dit punt ten principale geen wijziging in komt. Verleden week heb ik nog een goed gesprek gehad met de huisartsenorganisaties die maar wat blij zijn dat ook de jeugdgezondheidszorg waar zij veel mee te maken hebben – zij zijn immers de gezinsarts bij uitstek – heel goed bijhoudt welke zaken zij tegenkomt, zodat in de afspraken die nu ook landelijk worden gemaakt op eerstelijnsniveau wordt geregeld dat als er iets aan de hand is de huisarts zijn licht kan opsteken bij het consultatiebureau of de schoolarts. Het is dan ook heel lang geleden al terecht de keuze van de wetgever geweest om te bepalen dat dit onder het regime van de medische dossiers valt. U hebt gelijk als het gaat om het verschil; de informatie die wordt opgeschreven naar aanleiding van een contactmoment bij het consultatiebureau is inderdaad van een andere orde dan de informatie die wordt opgeschreven bij een langdurige behandeling bij een specialist in een ziekenhuis, maar beide dossiers vallen onder het door de wetgever wenselijk geachte regime van WGBO.

De **voorzitter**: Je kunt ook pas beoordelen of iets abnormaal is als je ook heel veel normaal hebt gezien. Jarenlang heb ik zelf in een consultatiebureau gewerkt en jarenlang ingevuld dat alles normaal was. Pas als iets abnormaal is kun je retrospectief zien dat het op dat moment uit de bocht is gegaan. Dat is dus wel de zin van het vastleggen van het normale, waarschijnlijk ook van het digitaal vastleggen ervan.

Mevrouw **Linthorst** (PvdA): Ik heb wel een vraag aan mevrouw Dupuis. Je wilt ook niet dat je iedere keer opnieuw weer alle informatie moet geven. Ik vind het eerlijk gezegd geweldig dat als ik met mijn kind van het consultatiebureau naar de GGD, de schoolarts overstap, de GGD ook die gegevens krijgt, want anders moet ik al die informatie weer opnieuw geven. Vindt u dan dat als er niets bijzonders aan de hand en de «gewone» ontwikkeling wordt bijgehouden, dat ook op papier niet zou mogen? Er is immers geen klacht.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Het heeft geen zin.

Mevrouw **Linthorst** (PvdA): Het heeft wel zin.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Als een kind gewoon oké is, goed opgroeit en er geen probleem is met de ouders, waarom is er dan een dossier nodig?

Mevrouw **Linthorst** (PvdA): Als zich een probleem voordoet in de leeftijd van 4 tot 12, is het toch wel handig om te weten of dat probleem zich al heeft voorgedaan bij 0 tot 4 jaar of helemaal niet.

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Dan moeten wij echt in de casuïstiek en dit lijkt mij niet het goede moment en de goede plek.

Mevrouw **Linthorst** (PvdA): Vindt u dan ook dat de papieren dossiers vernietigd zouden moeten worden?

Mevrouw **Dupuis** (VVD): Ik denk dat er in ieder geval veel meer opgeslagen is dan noodzakelijk. Het is weliswaar een van mijn stokpaardjes, maar ik vind dat hele geneeskunde vaak wordt overschat, behalve de preventie, want dat is natuurlijk het meest effectieve dat wij hebben in de geneeskunde. Er wordt nu net gedaan alsof de hele wereld vol met hulpverleners zit die allemaal die kindertjes moeten verzorgen.

De **voorzitter**: Laten wij maar afgaan van de stokpaardjes en teruggaan naar het onderwerp waarom het op dit moment gaat. Ik denk dat er nog wel een aantal opmerkingen zijn gemaakt die een antwoord verdienen.

Minister **Rouvoet**: Er is inderdaad nog een aantal vragen gesteld waar ik graag kort op inga.

De heer Leunissen vroeg wie verantwoordelijk is voor de overdracht. Dat is louter en alleen de desbetreffende jgz-medewerker dan wel naar de GGD dan wel naar een andere jgz-instelling bij verhuizing. Hij heeft gelijk dat je in technische zin meer kunt doen met digitaal opgeslagen gegevens dan met gegevens die op papier zijn opgeslagen. Zeker als het gaat om onderzoeken die betrekking hebben op de breedte van de bevolking heeft dat ook zo zijn voordelen. De heer Van de Beeten vertelde het verhaal van Rotterdam. Afgezien van het feit dat het technisch gemakkelijker wordt, op dit moment zijn met de huidige papieren dossiers ook profilering en het actief bezoeken mogelijk, maar het is inderdaad veel gemakkelijker met digitale gegevens. Op dit moment kan ook een consultatiebureau een week door alle dossiers gaan spitten om te bezien welke mensen bezocht moeten worden. Je kunt zeggen dat dit behoort tot de verantwoordelijkheid van de jgz-instellingen. Er is inderdaad geen wettelijke grondslag voor, maar het is de vraag of die wel vereist is voor het huidige functioneren van de jgz anders dan de bepaling die wij hebben in de Wet publieke gezondheid dat er een jeugdgezondheidszorg is die zijn eigen professionele normen stelt. Hoewel het in technische zin eenvoudiger is geworden, er is geen principieel verschil met de mogelijkheden die men nu al heeft om bepaalde dingen te doen. Onderzoek vindt nu ook al plaats op basis van de jgz-dossiers, net als in het verleden, anders

zouden wij nooit aan die landelijke beelden kunnen komen van de staat van de gezondheidszorg en de preventie. Er zijn natuurlijk wel de standaardnormen, zoals geanonimiseerd onderzoek, veiligheidsgaranties en dergelijke.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Dat is van een andere orde dan wanneer er vervolgens de conclusie uit getrokken wordt dat men op huisbezoek moet. Ik weet dat dit een discussiepunt is, ook binnen mijn eigen CDA, als ik maar even denk aan de huidige nog Rotterdamse wethouder Geluk, waar het gaat om de mate van interventionisme en activisme ter voorkoming van het derailleren van kinderen. Als het daarom gaat, voel ik ten dele wel mee met wat collega Dupuis zei. Dat je deze gegevens gebruikt om zulks te doen, kan naar mijn mening niet. Ik denk niet dat een jeugdarts of een consultatiebureauarts kan zeggen dat hij op basis van een dossieranalyse meent dat er iets aan de hand is en dat hij er dus maar eens op af moet gaan om te vertellen wat er naar zijn mening zou moeten gebeuren of dat hij dat ergens gaat melden, uiteraard afgezien van de melding van kindermishandeling et cetera, want dat is natuurlijk van een heel andere orde. Dat wordt hier ook niet bedoeld, want er wordt hier gewoon gesproken over een risicoanalyse die wordt gemaakt van de digitale dossiers die aanleiding geeft tot het uitvoeren van huisbezoeken. Ik heb niet eerder gehoord dat er ook huisbezoeken mogelijk waren op basis van het oude systeem. Als dat mogelijk is, dus onvrijwillig en ongevraagd bezoek van een arts thuis bij kinderen op basis van een dossieranalyse, dan vind ik dat uitermate vreemd en in ieder geval in strijd met het vrijwillige karakter van deze vormen jeugdgezondheidszorg.

Minister **Rouvoet**: Laat ik hier glashelder over zijn: dit is binnen de jeugdgezondheidszorg aan de orde van de dag en ik ben er zeer blij mee dat de jgz in die zin ook outreaching is. Laat ik een voorbeeld geven die degenen die een kind hebben wellicht bekend zal voorkomen. Wat is de praktijk in een consultatiebureau? Als er een kindje wordt geboren, komt dat signaal via de GBA binnen bij de jgz en dan krijg je de vriendelijke uitnodiging om, als je wilt, gebruik te maken van consulten. De meeste ouders doen dat ook zonder problemen. Sommige haken na een aantal consulten af, maar de meeste blijven omdat ze het fantastisch vinden dat ze begeleid en ondersteund worden bij de ontwikkeling van hun kind. Voor de meeste ouders is het dus geen probleem. Soms komt er geen reactie op de uitnodiging voor een consult of soms komen mensen niet opdagen op de afspraak die zij hebben gemaakt. Dat mag, want het is immers vrijwillig. Ik ben er blij mee dat de jgz er in die zin vaak niet in berust dat er nog eens een uitnodiging overheen wordt gestuurd of zelfs een telefoontje wordt gepleegd om te bezien of er bijzondere redenen zijn waarom men niet komt. Vaak zijn mensen die afspraak vergeten en komen ze de volgende keer alsnog. In die zin is er dus wel enige aandrang en zou je kunnen zeggen dat dit een eerste vorm is van een voorzichtige risicoanalyse. Wat zou er aan de hand zijn dat iemand geen gebruik wil maken van een aangeboden dienstverlening met het oog op een gezonde ontwikkeling van hun kind? Er zit echter geen pressie of dwang achter, maar wel een aandrang. Vaak wordt ook nog aangeboden om op huisbezoek te komen. Ik denk dat velen de ervaring hebben dat de eerste weken na de geboorte iemand vanuit de jgz op huisbezoek komt en daar is ook niets mis mee. Soms gebeurt dat als men het gevoel heeft dat er sprake is van zorgmijding. Maar als mensen niet binnen worden gelaten, houdt het gewoon op. Maar als ze wel binnen worden gelaten – gelukkig is dat de praktijk – zijn mensen daarna vaak erg dankbaar dat de hulpverleners het er niet bij hebben gelaten maar alsnog contact hebben gezocht. Vaak zijn er ook heel praktische redenen voor aan te geven. U hebt echter gelijk dat er wel een grens aan zit. Als mensen er niets van willen weten, houdt het daarmee meteen op.

De heer **Leunissen** (CDA): Ik denk dat statistisch epidemiologisch onderzoek dat tot dit soort gedrag leidt wetenschappelijk gezien lang niet altijd hard is. Men zou er met die onderzoeken ook nog wel eens volledig naast kunnen zitten als men er consequenties aan verbindt en mensen gaat bezoeken of oproepen en daarmee meer onrust laten ontstaan dan nodig is.

De **voorzitter**: Natuurlijk wordt er vanuit het consultatiebureau outreachend geacteerd, maar dan wel vanuit persoonlijk contact. Het gevaar van dit soort analyses is dat je op grond van een aantal parameters zegt: als je dit ziet, zal het kind wel een risico lopen dus moet ik op bezoek. Ik denk dat dit een weg is waarvan wij over het algemeen zeggen dat je die niet op zou moeten willen gaan. Het is veel belangrijker om te benadrukken dat het persoonlijke contact belangrijk is. Het is inderdaad als Sineke ten Horn net zei, namelijk dat het geen goed aangrijpingspunt is als je die digitaliseringsplicht verkoopt als een manier om een probleem op te lossen, bijvoorbeeld dat er te weinig samen wordt gewerkt.

Minister **Rouvoet**: Daar zijn wij het ook snel over eens. Ik gaf aan dat de praktijk zich richt op de individuele relatie tussen iemand die een consult geeft en iemand die op een consult komt. Dan kan er in die zin wel sprake zijn van enige aandrang, of in ieder geval bij de jgz-medewerkers de behoefte om te weten wat mensen verhindert om langs te komen. Als daar een helder antwoord op komt, dan is het dat. Het gaat om de individuele relatie en daar ligt ook de kracht van de jgz en eigenlijk ook van de huisartsen. Mensen komen graag bij hun consultatiebureau en hun huisarts omdat je elkaar kent.

Laat er geen misverstand over bestaan; ik verdedig zeker niet de mogelijkheid om een dossier in te voeren dat ons in staat stelt om massaal onderzoek te doen. Ik heb al gezegd dat op basis van de huidige dossiers al onderzoek wordt gedaan en dat digitale dossiers die mogelijkheden inderdaad vergroten. De vraag welke conclusies men verbindt aan eventueel onderzoek speelde in het verleden en zal in de toekomst ook wel spelen. De discussie van vandaag gaat daar echter niet over, die gaat over de digitaliseringsplicht in relatie tot de jeugdgezondheidszorg.

Als het gaat om het voorbeeld van profiling in Rotterdam, kan ik mij de aarzelingen wel voorstellen, zeker als het meer in de zin van risicoprofielen en risicotaxaties wordt neergezet en op die basis wordt bezien wie daaraan voldoet. Dan zit je inderdaad meer bij een omgekeerde redenering waarop ik heb gewezen toen ik de rapporten over kindermishandeling kreeg. Het feit dat een bepaalde factor, bijvoorbeeld langdurig werkloosheid of eenoudergezinnen, een risicofactor is, mag niet omgekeerd worden gebruikt in de zin dat als er sprake is van langdurige werkloosheid of van een eenoudergezin er ook wel sprake zal zijn van kindermishandeling. Daar moet je natuurlijk wel mee oppassen. Daarom kijk ik ook goed naar mijn verantwoordelijkheden en die van anderen. Als zo'n signaal komt – in dit geval via de vraagstelling van de heer Van de Beeten – richt ik mij in dit geval tot de bestuurlijk verantwoordelijken, de colleges van burgemeester en wethouders, dan wel tot de GGD om te vragen wat daar gespeeld heeft. Ik moet de desbetreffende verantwoordelijkheden ook wel laten bij de desbetreffende jgz-instelling – in dit geval de GGD in Rotterdam – en de daarvoor bestuurlijk verantwoordelijken, het college van burgemeester en wethouders in Rotterdam. Daar heb ik mijn informatie op gebaseerd. Het sluit echter niet uit dat dit soort zaken wel onderwerp van gesprek kunnen zijn tussen mij en de VNG of GGD Nederland, want ook wij treffen elkaar regelmatig. In die zin neem ik de opmerkingen van de heer Van de Beeten zeker ook mee.

De heer **Van de Beeten** (CDA): Wij komen er bij de verwijsindex ongetwijfeld op terug, want daar speelt natuurlijk dezelfde discussie.

Minister **Rouvoet**: Daar kan ik mij wel iets bij voorstellen. Volgens mij heb ik nog twee vragen, een van de heer Leunissen of het hele dossier mee moet. Wat nu praktijk is, blijft straks praktijk: als een kind de vierjarige leeftijd bereikt en naar school gaat, gaat zijn hele dossier van het consultatiebureau naar de GGD. Die is dan volgens de regels verantwoordelijk voor het beheer van het dossier tot het kind 19 jaar wordt. Die regels veranderen dus niet.

De **voorzitter**: Toevallig heb ik gisteren nog voorlichting gehad over de werkwijze in Groningen. De ouders kunnen daar zelf het dossier bij de overdracht nog inzien en aangeven welke gegevens zij liever niet overgedragen willen zien. Zo hoort het ook en ik neem aan dat dit overal in het land zo werkt.

Minister **Rouvoet**: Daar zit inderdaad altijd een vrijheid in. Er bestaat wettelijk recht op inzage door de ouders en ook nog recht op het vragen van schrappen of zelfs vernietiging van bepaalde gegevens. Uiteraard is hier ook weer een algemene uitzonderingsclausule: als het echt in het belang van het kind is – bijvoorbeeld in het geval van vermoeden van kindermishandeling – dan zou men het kind een slechte dienst bewijzen als het de ouders zou worden toegestaan om dat hele dossier te vernietigen. Dan zijn wij het zicht er ook helemaal op kwijt. De professionals moeten zich ook daarvoor kunnen verantwoorden en aangeven waarom het in die situatie niet aangewezen is. Bij het geven van toestemming van overdracht van het dossier naar de GGD, kunnen de ouders op voorhand of op het moment waarop het plaatsvindt zeggen dat zij het niet prettig vinden als het hele dossier wordt overgedragen en zou daarin geschrapt of gewijzigd kunnen worden.

Mevrouw Quik had het over ouders die bij verhuizing niet het nieuwe adres opgeven. Dat is overigens wel een van de aanleidingen om met die digitalisering te beginnen. Wij kennen de voorbeelden van ouders die gaan verhuizen en heel bewust niet meer zichtbaar willen zijn, van ouders die na verloop van tijd ziekenhuis A gaan mijden omdat de grond te heet onder de voeten wordt en dan naar ziekenhuis B gaan en liever niet hebben dat de informatie die ziekenhuis A heeft naar ziekenhuis B gaat. Daarom willen wij bijvoorbeeld bij vermoeden van kindermishandeling dat die informatie juist wel de andere hulpverlener bereikt en dat dit ook gefaciliteerd wordt. Als ouders bewust niet het nieuwe adres opgeven, dan krijgt de jgz toch altijd informatie via de GBA, net als bij een geboorte. Als je verhuist van A naar B, zul je je toch in B moeten inschrijven en dan krijgt de jgz-instelling aldaar via het GBA de melding dat er mensen met kinderen in die leeftijdsgroep zich hebben ingeschreven. Men kan er dus niet helemaal van wegblijven. Het wordt dan niet automatisch zichtbaar waar die mensen vandaan komen en vandaar wordt juist de functie van verkeerstoren van het lsp te zijner tijd van belang die dan die technische infrastructuur biedt.

Mevrouw **Quik-Schuijt** (SP): Dan kan het dossier toch tegen de zin van de ouders worden overgedragen!

Minister **Rouvoet**: Ja, maar dat laat onverlet het recht van ouders op inzage en verzoeken om schrapping of wijziging. Er moet dus toestemming gegeven worden en anders gaat het gewoon niet door.

De **voorzitter**: Ik zou mij kunnen voorstellen dat de overdracht via dat lsp straks ook via het bsn zal gaan. Daar zal dan nog wel een wettelijke basis voor moeten worden gelegd.

Minister **Rouvoet**: De minister van VWS is nog in gesprek met uw Kamer over het functioneren van het bsn in de zorg. Daar zijn wij inderdaad nog niet helemaal klaar mee.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Ik heb nog een vraag over de bewaartermijnen. Op een van de vragen die mijn fractie hierover heeft gesteld, heeft de minister geantwoord dat ook voor het jeugdgezondheidszorgdossier een bewaartermijn geldt conform de WGBO, te weten 15 jaar. Een kind heeft een jeugdgezondheidszorgdossier van 0 tot 19 jaar. Begrijp ik het goed dat er dan nog 15 jaar bij moet worden opgeteld?

Minister **Rouvoet**: Ja, dat is de in de WGBO vastgelegde termijn die geldt voor alle medische dossiers en dus ook voor de jgz-dossiers. Bij de vaststelling van de WGBO was het ook de bedoeling dat alle medische dossiers aan die ene vaste bewaartermijn zouden zijn gehouden. Er is niet voor gekozen om de jeugdgezondheidszorg daarvan uit te zonderen.

Mevrouw **Meurs** (PvdA): Dit vind ik echt een heel moeilijk punt. In onze verkenning hebben wij van veel artsen gehoord dat in het begin vaak diagnoses worden gesteld die lang niet altijd houdbaar zijn in de toekomst. Er is dus een risico dat er een proces van medicalisering of overdiagnostisering ontstaat dat men tot zijn 34ste jaar met zich meedraagt. Dat kan toch niet de bedoeling zijn geweest, te meer omdat het dossier waarover wij het nu hebben – ik denk even aan de opmerking van mevrouw Dupuis – toch met name gericht is op preventie en op het schetsen van de ontwikkeling van een kind en dus niet op het verzamelen van klachten.

Minister **Rouvoet**: Dat maakt mogelijke bezwaren waarschijnlijk ook wat lichter, juist omdat het gaat om een door de bank genomen gezonde ontwikkeling. Bij consultatiebureaus loopt men de functies langs, kijkt men naar de heupjes en de oogjes. Er wordt bij wijze van spreken alleen maar afgevinkt als het in orde is. Dat relativeert volgens mij ook het bezwaar om die gegevens over een normale gezonde ontwikkeling te bewaken. Als er een kink in de kabel komt in de ontwikkeling van een kind, er een verwijzing plaatsvindt en de situatie verbetert, wordt ook dat netjes in het jeugdgezondheidszorgdossier bijgehouden. Ik zou zeggen dat daar ook geen bezwaar tegen zou zijn om dit voor een bepaalde termijn te bewaren. Ik heb geen bijzonder belang om te strijden voor het behoud van die termijn van 15 jaar, maar ik kan u de vraag stellen die uw fractiegenoot mevrouw Dupuis stelde. Dit bezwaar had men al decennia kenbaar kunnen maken als het gaat om de huidige dossiers. Er is bewust voor gekozen en ik heb geen aanleiding gevonden om een andere termijn te nemen. Er vindt dus ook geen verandering plaats in het systeem van de bewaartermijnen, de enige verandering is het proces van de digitalisering.

Mevrouw **Goyert** (CDA): Is het dan mogelijk om op je negentiende te vragen om je dossier te vernietigen?

Minister **Rouvoet**: Dat kan. Het recht op inzage en het vragen om schrappen of vernietigen is te allen tijde mogelijk. Als iemand die het wel mooi vindt geweest en geen enkele behoefte heeft om dat dossier te laten bewaren omdat alles die afgelopen 19 jaar goed is gegaan en om vernietiging vraagt, dan zal dat door de bank genomen ook weinig bezwaar ontmoeten, tenzij de jgz-professional goede redenen heeft om daar niet aan te voldoen, maar dat moet dan wel goed verantwoord worden.

De **voorzitter**: Volgens mij wordt in de nieuwe wet cliëntenrechten vastgelegd dat de nieuwe bewaartermijn 30 jaar zal zijn. Ik zou mij kunnen

voorstellen dat dit probleem dan ook nog eens in dat kader tegen het licht wordt gehouden en wordt gezien of dit wel zo logisch en verstandig is.

Minister **Rouvoet**: Ik zal daar graag naar kijken, want ik kan niet helemaal overzien wat in de door collega Klink beoogde wetgeving is voorzien waar het gaat om een mogelijke samenloop met termijnen van de WGBO. Vooralsnog heb ik mij geconformeerd aan de eerder vastgelegde bewaartermijnen.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Ik heb toch stellig de indruk dat de discussie over de digitalisering die brede achtergrond had. In een van uw brieven zegt u wel degelijk: nu niet, maar misschien op termijn aansluiting van het ekd op het epd. Dat is natuurlijk schitterend als het schakelpunt al geregeld is en het epd geregeld zou zijn, maar dat moeten wij hier nog allemaal doen. De bewaartermijn kun je volgens mij gewoon sluiten bij het 19de jaar. Wat is nu de ratio van de wens die ik al een paar keer in de stukken heb gelezen om het ekd op het epd aan te sluiten?

Minister **Rouvoet**: Ik doe daar niet geheimzinnig over en het is ook inderdaad iedere keer gezegd, maar nu spreken wij alleen over het proces van de digitalisering dat ik graag echt als zelfstandig proces wil behandelen. Dit is immers niet per definitie een stap voorafgaand aan een ander proces. Vanuit de medische wereld komt wel vaak naar voren dat bijvoorbeeld ziekenhuizen, apothekers, huisartsen, echt behoefte hebben aan een vorm van mogelijke behandelingrelevante informatie-uitwisseling onder heel strakke normen, niet om bij elkaar in de dossiers te kijken. Daarom is gezegd dat het goed zou zijn als dit alle BIG-geregistreerden zou betreffen, dus ook de jeugdgezondheidszorg. Ik heb altijd gezegd dat ik die verschillende stappen niet met elkaar wil vermengen. Ik richt mij op dit moment op het ekd, want ik acht het in het belang van jonge kinderen om dat tot een goed eind te brengen. Een eventueel verder weg liggend perspectief van aansluiting van het ekd op het epd vergt sowieso wetwijziging. Eerst moet het epd tot stand worden gebracht, goed afgerond zijn en goed draaien. Ik heb dat ook altijd heel duidelijk tegen de sector gezegd. Dan kan het een overweging van de wetgever zijn om het ekd aanhaken bij het epd omdat dat voordelen heeft, maar dat is een zelfstandige afweging. Een van de argumenten zou kunnen zijn wat ik van huisartsen hoor, namelijk dat zij soms weinig weten van wat er binnen de jeugdgezondheidszorg gebeurt terwijl dat toch wel relevant kan zijn. Nu gebeurt dat lokaal soms heel goed door informele informatie-uitwisseling. In sommige gemeenten zeggen de huisartsen dat zij een slecht contact hebben met de jgz. Dat kan een reden zijn, maar ik ben de eerste om te erkennen dat dit wel weer nieuwe vragen oproept. Ik zou niet graag zien dat iedereen zomaar informatie uit de andere taakpunten van het epd kan krijgen. Dat epd ligt sowieso al bij u, maar ik wil echt voorkomen dat wij nu al de discussie over dat epd gaan voeren, terwijl wij bezig zijn om het ekd binnen de jgz-sector goed te regelen. Dat ligt aan de toekomst, maar mochten wij in de toekomst dat voornemen krijgen, dan vereist dat zeker wetgeving en is de Eerste Kamer natuurlijk weer voluit in beeld om te bezien of dat wel of niet een gewenste stap is.

Mevrouw **Ten Horn** (SP): Ik hoorde u net weer zeggen dat als de samenwerking tussen huisartsen en de jeugdgezondheidszorg dat op termijn een argument zou kunnen zijn om gebruik te maken van de overgang van het ekd naar het epd. Ik vind dit weer iets waarvan ik denk dat wij daar toch ontzettend mee moeten oppassen en dat juist niet als voorbeeld moeten gebruiken. Ik zeg het nog maar eens: een slechte boekhouding krijg je niet goed door digitalisering. Als het contact tussen de jeugdgezondheidszorg en de huisartsen slecht is, moet je dat juist niet via de computer willen verbeteren. Je moet dan proberen om die mensen bij

elkaar te krijgen en om hun onderlinge communicatie te verbeteren. Ik heb nog steeds niet gehoord waarom het wenselijk zou zijn om het ekd, een in principe preventief dossier, aan te sluiten op het epd wat in principe een curatief dossier is. Ik heb daarvoor geen argumenten gehoord.

Minister Rouvoet: U pleit ervoor om niet dat voorbeeld te gebruiken, maar ik hoop dat het u opgevallen is dat ik dat alleen gebruik heb omdat u ernaar vroeg. Ik ben een beetje huiverig om nu al iets te zeggen over een mogelijke argumentatie om het in de toekomst in te voegen. Ik begrijp echter heel goed wat u vraagt. Laat ik ermee volstaan om te herhalen dat de argumentatie die in het verleden is gegeven op een mogelijke toekomstige aansluiting ermee heeft te maken dat het gaat om mensen die met dezelfde kinderen en gezinnen te maken hebben, ook in medische zin. Op zich is natuurlijk de noodzaak van een goed contact tussen huisartsen en jeugdgezondheidszorg wel evident. Het gaat immers om dezelfde kinderen maar om een andere blik waarmee naar die kinderen wordt gekeken, maar het ligt wel heel dicht bij elkaar. Er is een gevoel dat onder strikte beperking van de BIG-registratie als een harde voorwaarde, een via gewaarborgde systemen informatie-uitwisseling in het belang van het kind zou zijn. Maar ik ben het zeer met u eens dat dit een aparte discussie verdient over de wenselijkheid van die stap voor de jeugdgezondheidszorg. Ik wil het in ieder geval niet nu al tot onderwerp van discussie maken om verwarring te voorkomen.

De heer Leunissen (CDA): U hebt nog geen kans gezien om een van mijn vragen te beantwoorden en die sluit wel een beetje aan bij dit probleem. In de digitaal opgeslagen gegevens van een kind kan informatie staan die op 19-jarige leeftijd niet meer relevant is, maar die wel schadelijk kan zijn als die in het kader van het epd bijvoorbeeld in handen komt van bijvoorbeeld een verzekeringsgeneeskundige. Als je het 15 of 30 jaar wil bewaren, zou je dan niet moeten streven naar een opschoning van die digitaal opgeslagen gegevens op de relevante punten die dan nog kunnen spelen?

Minister Rouvoet: Ik heb daar kort wel iets over gezegd toen het ging om het in stand houden en het overdragen van het dossier en om de mogelijkheden van schrapping of wijziging, ook bij het beëindigen van de relatie met de jeugdgezondheidszorg op 19-jarige leeftijd. Waar het gaat om bewaartermijnen van medische dossiers is de algemene gedachte dat het relevant kan zijn om in de medische historie te kunnen kijken, maar uiteraard alleen voor degenen die daartoe geautoriseerd zijn. Daarom worden dossiers ook bijgehouden en is er in de WGBO ook een bewaartermijn voor afgesproken. Een probleem dat zich bijvoorbeeld op vijfjarige leeftijd voordoet en op dat moment gelukkig goed geadresseerd wordt, kan zich op tien- of twaalfjarige leeftijd opnieuw voordoen. Het is dan toch relevant om te weten dat het al eerder is gebeurd. Dat is de ratio achter het bewaren van medische gegevens of, in dit geval, gegevens omtrent de ontwikkeling van een kind. Ook na de 19-jarige leeftijd kan dit relevant zijn. Het gevaar dat puur feitelijke gegevens over de ontwikkeling van een kind van 0 tot 19 jaar met een dip en een verbetering daarin schadelijk is voor het kind is niet zo heel erg groot omdat het relevant is om binnen de organisaties die daartoe geautoriseerd zijn te kunnen zien wat de ontwikkeling van het kind geweest is. Ja, als dat in handen komt van verzekeringen en dergelijke, dan is het inderdaad een ander verhaal. Vandaar mijn accent op het waarborgen dat de gegevens alleen maar toegankelijk zijn voor de jeugdgezondheidszorg. Als dat dossier niet meer actief is, geldt de bewaartermijn en dan gelden de strakke regels van de WGBO zodat niemand anders dan de oude behandelaar er toegang toe heeft. Als men het geen prettige gedachte vindt dat die gegevens er nog

eens 15 jaar blijven liggen, kan men verzoeken dingen te schrappen of het dossier te vernietigen.

De **voorzitter**: Ik dank de minister hartelijk voor zijn vlamme betogen. Sommige details zijn wel verduidelijkt. In onze vergadering van de volgende week zullen wij bezien hoe wij verder willen gaan met dat artikel 5. Uiteraard zullen wij u daar zo spoedig mogelijk over berichten.

Minister **Rouvoet**: Dat zou ik zeer op prijs stellen. Destijds was de formulering ook dat de vragen naar tevredenheid zouden moeten worden beantwoord. Ik heb het snel opgeschreven toen ik de heer Van de Beeten hoorde zeggen dat dit het geval was.

De **voorzitter**: De heer Van de Beeten maakt dat natuurlijk niet alleen uit.

Minister **Rouvoet**: Alle gekheid op een stokje. Het is de bevoegdheid van de minister van VWS om na deze gedachtewisseling bij KB dat desbetreffende artikel in werking te laten treden. Ik zou het zeer op prijs stellen als uw commissie kon aangeven dat daar van haar kant geen bezwaren meer tegen zijn. Ik wacht dus graag uw conclusie af.

De **voorzitter**: Nogmaals hartelijk dank.

Ik ben vergeten u aan het begin te zeggen dat de heer Engels van D66 andere verplichtingen had en niet kon komen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
Roukema-Slagter

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
De Boer