

Vergaderjaar 2015–2016

31 016

Ziekenhuiszorg

Nr. 89

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 27 november 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 8 oktober 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

– **patiëntveiligheid.**

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

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

De voorzitter van de vaste commissie,
Lodders

De griffier van de vaste commissie,
Teunissen

Voorzitter: Pia Dijkstra
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, De Lange en Van Gerven,

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

Aanvang 14.02 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de Minister en haar ambtenaren, de collega's en het publiek op de tribune van harte welkom. Ik hanteer een spreektijd van vier minuten. We zijn met weinig leden, dus ik hanteer geen maximum-aantal interrupties. Ik ga ervan uit dat we ons aan de tijd houden.

De heer **De Lange** (VVD): Voorzitter. In 2012 heeft de VVD patiëntveiligheid tot speerpunt benoemd. Mijn collega's Anne Mulder en Michiel van Veen hebben toen achttien verbeterpunten voorgesteld. Vandaag kan ik met trots constateren dat veel van deze punten een uitwerking hebben gekregen. Het is goed om te constateren dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) deze week in de Eerste Kamer een meerderheid heeft gekregen. Verbeteringen ten aanzien van openheid bij medische missers en de informatiepositie van patiënten krijgen wetskracht. De zorg is mensenwerk en daarom zal het altijd van belang zijn om verbeterlagen te maken wat betreft patiëntveiligheid. Het beleid van de Minister is terecht gericht op informeren, transparantie, duidelijke wetgeving en beter toezicht met een grotere rol voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) werkt onder de noemer «Veiligheidsmanagementsysteem» (VMS) in de periode 2013–2015 aan een programma. Is al duidelijk wat in de komende jaren het vervolg van dit programma zal zijn? Op welke wijze wordt het veilig gebruiken van medische apparatuur hierin meegenomen? Bij de stukken zat een kritisch rapport van de IGZ op dit punt.

Helaas blijkt patiëntveiligheid niet altijd een vanzelfsprekendheid. Dat blijkt ook uit het onlangs uitgebrachte rapport van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Bijna de helft van de onder-vraagden heeft weleens meegemaakt dat het misging of bijna misging in een ziekenhuis, zorginstelling of bij de huisarts door verkeerde medicatie, de combinatie van medicijnen of een foute diagnose. In haar reactie op dit rapport schrijft de Minister dat patiënten een onmisbare schakel zijn bij het vergroten van hun eigen veiligheid. Dit is de kern waar het om moet gaan bij de volgende stappen die we zetten ten aanzien van veiligheid. Hoe breng je mensen in zo'n positie dat ze daadwerkelijk een paar extra ogen en oren zijn als het gaat om die belangrijke veiligheid? Ik krijg graag een reflectie van de Minister op dit punt. Welke concrete acties worden op dit terrein ondernomen? Hoe kan de onbegrensde mogelijkheid van de digitale wereld, zoals apps, kwaliteitspanels, vraagbaken, hierbij helpen? Hoe zorg je ervoor dat iedereen, jong of oud, ziek of gezond, in deze beweging meekan? Hoe wordt de samenwerking en kennisdeling tussen alle spelers in de zorg versterkt om dit belangrijke element van patiëntveiligheid 2.0 op te pakken?

In de stukken van vandaag wordt de nodige aandacht besteed aan het gebruikersveiliger maken van de cosmetische sector. Oftewel, hoe voorkom je dat gebruikers verworden tot patiënten? Onder het strikte toezicht van de IGZ en dankzij Europese kennisuitwisseling lukte het recentelijk om snel te reageren op ondeugdelijke implantaten, in dit geval uit Brazilië. Er zijn echter nog verbeterlagen te maken. Enkele weken

geleden ben ik met collega Bouwmeester naar een laserkliniek geweest. Ja, je komt nog eens ergens.

De **voorzitter**: Heeft het geholpen?

De heer **De Lange** (VVD): Ik had deze interruptie al enigszins verwacht. We hebben de laser even mogen uitproberen en ik kan u vertellen dat het pijn doet. Hierdoor kom ik ook op het punt van de veiligheid. Het is mij helder geworden dat het veilig werken met laser en Intense Pulsed Light (IPL) paramedische vakkennis vereist. Hoe zorg je ervoor dat de gezonde huid ook gezond blijft? Hoe ga je met signalen om dat de huid misschien minder gezond is? Het verkeerde gebruik van lasers kan heel veel ellende, blaren, pijn, blijvende littekens en zelfs verminking veroorzaken. Wat te denken van de maatschappelijke kosten die het met zich meebrengt om het geheel weer te genezen? De Minister heeft reeds aangegeven het gebruik van laser als voorbehouden handeling onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) te willen plaatsen. De VVD en de PvdA pleiten er in hun verbeterplan voor om het gebruik van Intense Pulsed Light hier ook onder te laten vallen. We hebben vijf concrete verbeterpunten op papier gezet en ik zal die zo uitdelen. Ik verneem graag van de Minister hoe zij tegen deze punten aankijkt en of ze die wil meenemen in de voorstellen met betrekking tot de uitbreiding van de voorbehouden handelingen en het verder veilig maken van de cosmetische sector.

De **voorzitter**: Ik dank de heer De Lange voor de verbeterpunten van de VVD en de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Mensen die zich aan hun lichaam laten behandelen, of het nu reguliere of cosmetische zorg is, moeten erop kunnen vertrouwen dat die behandeling veilig is en dat de gebruikte apparatuur betrouwbaar is en wordt bediend door bekwame en betrouwbare zorgverleners. Betere informatie voor patiënten en cliënten voorafgaand aan de behandeling zorgt ervoor dat ze mee kunnen denken en oordelen over de veiligheid.

Ten aanzien van de patiëntveiligheid zijn belangrijke stappen gezet waarbij er vooral aandacht is geweest voor het investeren in kwaliteit van apparatuur en personeel. Er was ook aandacht voor het realiseren van een veilige cultuur, want juist die veilige cultuur is een voorwaarde voor het voorkomen van, het ingrijpen op en het leren van fouten. Zo'n cultuur draagt bij aan veiligheid. Er zijn echter ook nog sectoren waar, goed bedoeld, ernstige fouten worden gemaakt, zoals in de cosmetische sector. Mijn collega gaf dat net al aan. Terecht heeft de Minister in haar brief een aantal voornemens opgenomen om de BIG zo aan te passen dat we bijvoorbeeld nooit meer horen van een horrorborstendokter of andere misstanden.

Een onderdeel is echter nog onbelicht gebleven, namelijk IPL en laserbehandeling voor ontharen en de behandeling van pigmentvlekken en acne. Mensen die deze behandeling te goeder trouw volgen, kunnen vervolgens verbrande benen oplopen of verminkt terugkomen. Vandaar dat ik samen met mijn collega van de VVD een actieplan heb opgesteld met vijf punten die we graag terugzien in de wet. Ik kan bevestigen wat de heer De Lange zei. We kregen de lichtste laser op ons hand en dat deed heel erg veel pijn. Je schijnt er heel erg mooi van te worden, maar na deze proefbehandeling denk ik niet dat ik daar gebruik van maak. Mijn collega zegt dat dit geen goede reclame is, maar het is een persoonlijk ding.

Ik kom op de toename van medische technologie in de zorg. Hoewel het convenant Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis de veiligheid van het ziekenhuis bevordert, kent het ook een belangrijke beperking. Waar in de luchtvaart een onafhankelijke instantie incidenten

met techniek analyseert en relevante informatie uit de analyse deelt met alle betrokken partijen, wordt in het convenant gesteld dat het ziekenhuis zelf incidenten moet registreren en analyseren. De Partij van de Arbeid ziet graag dat deze taak bij een onafhankelijke partij wordt belegd, die een diepgaande en onafhankelijke analyse kan maken en deze kennis breed onder alle ziekenhuizen en leveranciers van medische technologie kan verspreiden. Dit verkleint de kans op herhaling aanzienlijk. Ik heb hierover gesproken met de TU Delft, die ook nauw betrokken is bij dit convenant. Het zal niemand verbazen dat de TU Delft die taak graag op zich zou nemen. Hoe denkt de Minister dat deze taak het best bij een onafhankelijke partij kan worden belegd?

De rol van de patiënt noemde ik al in mijn introductie. Informed consent, goed geïnformeerd besluiten, klinkt heel mooi en ook heel logisch, maar in hoeverre is de patiënt hiertoe in staat? Er is vooraf een gebrek aan begrijpelijke informatie over de behandeling en de kwaliteit daarvan vooraf en specifiek wat betreft de gerichte wens vanuit de patiënt. Welke ambitie heeft de Minister om dit te verbeteren?

De sterftecijfers zijn openbaar. Dit was een diepgewortelde wens van de Kamer. Welk effect heeft dit? Deze cijfers zijn veelal openbaar zonder duiding, waardoor patiënten er eigenlijk niet veel aan hebben. Het kan wel heel relevant zijn als toezichtsinformatie voor de IGZ, maar de patiënt zeggen die cijfers eigenlijk niets. Je kunt ziekenhuizen daarmee ook onrecht aandoen. Hoe wordt er gestuurd op meer duiding van en inzicht in deze cijfers, zelfs voor leken als patiënten? Hoe stuurt de Minister hierop?

De NPCF heeft een heel belangrijk rapport uitgebracht over het betrekken van de patiënt bij zijn behandeling om zo fouten te voorkomen. Informeren en luisteren is daarin een dominant thema. In de zorg hebben we een systeem dat heel erg gericht is op snel behandelen en doorbehandelen. Het is een systeem van haast, waarin reflectie, nadenken en overleg met collega's het onderspit delven, omdat dit niet wordt gefinancierd. Herkent de Minister dit probleem? Op welke manier kun je de rust terugbrengen, zodat reflectie en contact met de patiënt kan bijdragen aan veiligheid?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Als je zorg nodig hebt, ben je vaak op je kwetsbaarst. Dan moet je kunnen vertrouwen op je arts, medicijnen en medische hulpmiddelen. Als er signalen zijn dat er iets mis is, moet er adequaat worden gehandeld. Voor het CDA staat patiëntveiligheid dan ook voorop. Patiënten hebben veel vertrouwen in hun arts. Dat is gelukkig terecht. De kwaliteit van artsen in Nederland is van hoog niveau. Op het moment dat het niet goed gaat, hebben we een inspectie die daarop toezicht houdt. Het is echter een ander verhaal als een arts echt grote fouten maakt in zijn privétijd. Het blijft lastig om die arts dan via het tuchtrecht aan te pakken, terwijl er wel degelijk ernstige gedragingen in de privétijd van de arts kunnen zijn die ook van invloed zijn op zijn werk. Denk bijvoorbeeld aan een kinderpsychiater die veroordeeld wordt voor het bezit van kinderporno of seksueel misbruik. Kan hij daarna nog een vertrouwensband met zijn jeugdige patiënten opbouwen? Klopt het dat op dit moment alleen het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg artsen kan straffen voor ernstige privémisdragingen en -akeligheden, zoals kinderporno en ernstige en hardnekkige drugsverslaving? Ik stel expliciet deze vraag, omdat we anderhalf jaar terug de discussie hadden over de vraag of we het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg zouden opheffen, omdat het eigenlijk nooit meer gebruikt werd. Je ziet de afgelopen tijd dat de inspectie het steeds vaker als middel toepast. Is de Minister bereid om het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg niet op te heffen zolang haar wijzigingen in het tucht- en strafrecht op dit punt nog niet doorgevoerd zijn?

Er is een nieuw plan voor toezicht op de cosmetische sector naar de Kamer gestuurd. Uit dat toezichtsplan blijkt dat deze sector zich door zijn grootte en diversiteit lastig laat vangen in het toezicht. De sector strekt zich uit van plastische chirurgen tot aan huidtherapeuten en schoonheidsspecialisten. Het is een enorm brede groep mensen die dag in, dag uit fantastisch werk doet. Er zitten echter ook mensen tussen die er een potje van maken. We hebben allemaal voorbeelden op televisie kunnen zien van hoe ontzettend dat mis kan gaan. Voor het toezicht is ook een goede samenwerking nodig met de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA). Het lijkt erop dat beunhazen tot nu toe vrij spel hebben. In het toezichtsplan dat de Minister ons stuurde, schreef ze dat ze in 2015 een inventarisatie van de schoonheidssalons zou maken. Hoe ver is ze daarmee? Ze zei ook dat ze er echt voor ging zorgen dat de inspectie en de NVWA dedicated mensen zouden hebben om zo beter toezicht te houden. Hoeveel fte's zijn inmiddels hiervoor vrijgemaakt? Hoe pakt de NVWA op dit moment de beunhazen in de cosmetische sector aan? Klopt het dat op de lijst van doorhalingen en maatregelen van het BIG-register geen enkele plastisch chirurg te vinden is? Wat is de oorzaak hiervan? Mijn collega's van de PvdA en VVD hebben al behartigenswaardige woorden over laserbehandelingen gesproken. Het CDA is blij dat de Minister van plan is met de komende wetswijziging laserbehandelingen onder de voorbehouden handelingen te laten vallen. De vraag is echter wat er met IPL moet gebeuren. Ik heb nu het idee dat de Minister een soort grijs AMvB-systeem wil maken, waarin staat wat er onder voorbehouden handelingen valt. De vraag is of je daarmee uiteindelijk de sector helpt. Mijn boodschap aan de Minister is: zorg dat je veiligheid vooropstelt. Die oproep is in lijn met de boodschap van mijn PvdA- en VVD-collega's. Maak een heldere regel voor wat wel en wat niet mag en maak geen grijs circuit. Ik krijg graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het lijkt alsof het CDA, de Partij van de Arbeid en de VVD het eens zijn. Je moet een strak regime hebben voor alle laserapparatuur, omdat die gewoon heel heftig is. Is mevrouw Bruins Slot ook van mening dat je laserbehandelingen alleen door deskundige mensen moet laten doen? Ik bedoel daarmee dat we laserbehandelingen niet alleen een voorbehouden handeling moeten maken, maar dat we ook de laserapparaten daaraan moeten koppelen, want anders kan er toch sprake zijn van een schoonheidsspecialist die met een heel zwaar apparaat aan de gang gaat. Daarmee ontstaat dat grijze gebied. Vindt mevrouw Bruins Slot dat alle apparaten onder het strakke regime moeten?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het lijkt mij goed om een strak regime te maken waarbij veiligheid vooropstaat en behandelingen alleen door deskundige, opgeleide mensen gedaan mogen worden. We hebben deskundigen om te bepalen hoe je dat in het vat giet. Het lijkt me niet verstandig als schoonheidsspecialisten straks lichtere IPL-apparatuur mogen bedienen en daar vervolgens zwaardere behandelingen mee proberen te doen. Je moet de juiste behandeling op de juiste plek hebben. Daar moet je een helder regime voor hebben. Wat dat betreft moeten we wachten op het rapport van het RIVM.

We hebben verschillende brieven gehad over een uniforme barcodering voor biosimilars. De Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening heeft gewaarschuwd dat de traceerbaarheid in de praktijk nog lang niet overal in Nederland goed geregeld is. Die organisatie pleit ervoor om ook specifieke verplichtingen op te leggen aan de artsen, apothekers en andere beroepsbeoefenaars, zoals in de Europese richtlijn wordt voorgeschreven. Hoe is de stand van zaken?

Ik kom op de rol van de patiënten. De meldactie van de NPCF is ontzettend belangrijk om inzicht te krijgen in de positie van de patiënt en de wijze

waarop we de patiënt beter kunnen betrekken bij de behandeling. Ik sluit me op dat punt korthedshalve aan bij de vragen die de PvdA- en de VVD-fractie hebben gesteld.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil allereerst stilstaan bij een onderwerp dat ook de Minister na aan het hart ligt: de kwestie van de bekkenbodematjes en de uitzendingen die TROS Radar daaraan gewijd heeft. In de twee laatste uitzendingen hierover waren twee vrouwen in beeld. Het is verschrikkelijk wat hun overkomen is. Hoe kunnen we voorkomen dat dat weer gebeurt of blijft gebeuren en er weer nieuwe gevallen ontstaan? Naar aanleiding van deze kwestie leg ik drie punten aan de Minister voor.

Bekkenbodematjes vallen onder klasse IIb medische hulpmiddelen. Moeten die niet, net als heup- of borstimplantaten, in klasse III vallen? Misschien moeten we het toetsingssysteem voor deze categorie zo wijzigen dat het niet alleen aan de Notified Body is om dit te bepalen, maar dat een onafhankelijke medischehulpmiddeleninstantie op Europees niveau bepaalt of een bepaald middel wordt toegelaten. Dat zou een stuk schelen. Het systeem is in wezen riskant, omdat de Notified Bodies commerciële instellingen zijn, die betaald worden door degene die een middel op de markt wil brengen.

Hoe staat het met het implantatenregister? Ik heb de indruk dat dat nog niet vlot verloopt en dat het moeilijk is te achterhalen waar een middel vandaan komt als er iets gebeurd is. Wat is de stand van zaken?

Hoe staat het met het idee om patiënten schriftelijk te informeren voordat de behandeling van start gaat, waarbij patiënten van tevoren informatie krijgen over wat de ingreep behelst en wat de risico's zijn?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De bekkenbodematjes zijn een heel terecht punt van de heer Van Gerven. We hebben het in de Kamer vaak over dit onderwerp gehad en ook over de tragische gevolgen daarvan voor vrouwen. Sommigen hebben nog steeds constant pijn. In het verhaal van de heer Van Gerven komt echter één punt niet terug, waar ik toch graag zijn mening over wil weten. Een heleboel vrouwen hebben bekkenbodematjes en sommigen zouden ze graag verwijderd hebben. Dat schijnt echter heel lastig te zijn en wordt in Nederland vaak niet gedaan, waardoor die vrouwen naar het buitenland moeten. Wat is de opvatting van de heer Van Gerven daarover? Hoe zou je moeten omgaan met hersteloperaties nadat er iets ontzettend is misgegaan tijdens de operatie, zoals bij de bekkenbodematjes?

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is aan de beroepsgroep. Daar kan de politiek, of zelfs een oud-huisarts, geen antwoord op geven. We kunnen niet reageren op de individuele voorbeelden. Het is echter evident dat de gynaecologen alles op alles moeten zetten om de best mogelijke behandeling te garanderen. Daar is wel discussie over. In sommige gevallen is een operatie wel mogelijk, maar in andere gevallen is een operatie erg riskant. In zijn algemeenheid kun je alleen maar zeggen dat deze vrouwen de best mogelijke behandeling moeten krijgen en dat dat in principe in Nederland moet kunnen. We zijn een welvarend en rijk land, met een hoge stand van de medische wetenschap.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een ander punt is het verschuiven van klasse IIb naar klasse III. De heer Van Gerven stelt voor om dat voor de bekkenbodematjes te doen, maar wil hij ook breder kijken? Er is in Europa nog steeds discussie over de wijze waarop je de richtlijnen moet inrichten.

De heer **Van Gerven** (SP): Je moet goed kijken naar waar de medische hulpmiddelen voor bedoeld zijn. Ik denk even hardop, maar ik ben

natuurlijk geen superspecialist. Ik kan me voorstellen dat alle medische hulpmiddelen die in het lichaam blijven in principe onder klasse III vallen en dat we daaraan een toets door een onafhankelijke, Europese instantie koppelen. Die moet dan bepalen of een medisch hulpmiddel wordt toegelaten, zodat je het risico van financiële vermenging of financiële belangen kunt vermijden.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De heer Van Gerven sprak belangrijke woorden over informed consent, het burgerinitiatief dat betrekking heeft op het vooraf informeren van patiënten, zodat ze kunnen afwegen of een behandeling gevaarlijk is, wat de risico's zijn en wat de voordelen zijn. Schriftelijk informeren is een beetje achterhaald. Mensen nemen veel beter informatie op met beeld, bijvoorbeeld met filmpjes. Bedoelt de heer Van Gerven dat de informatie altijd schriftelijk meegegeven moet worden? Of maakt het niet uit, als het maar op een manier gebeurt waardoor mensen echt goed geïnformeerd besluiten? Is het ook goed als dat digitaal en wat moderner kan?

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, alle mogelijke middelen die tot meer kennis kunnen leiden, zijn natuurlijk goed. In essentie denk ik aan het volgende. Je komt bij de dokter en die stelt een bepaalde ingreep voor. Hij moet dan goed mondeling uitleggen wat de ingreep behelst, wat de risico's zijn en wat de voor- en nadelen zijn. Er gaat niets boven goede mondelinge voorlichting. Als je dat opvolgt met schriftelijk voorlichting, dan kunnen mensen dat nog eens nalezen. Mevrouw Bouwmeester zegt dat er nieuwe technieken zijn, zoals filmpjes. Dat is ook prima, maar schriftelijke informatie lijkt me de basis.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor het antwoord. Ik vind het belangrijk om te horen dat je een manier moet vinden die bij mensen past en als dat met beeld is, dat je dat dan vooral moet doen. Er zijn artsen die op dit gebied vooruitstrevend bezig zijn met innovaties. Er zijn echter ook artsen die een pak papier meegeven en vinden dat ze daarmee aan hun plicht voldaan hebben. Dat bedoelen ze heel goed, maar als je mensen een pak papier meegeeft, begrijpen ze het vaak niet, omdat het heel ingewikkeld en technisch is. Wil de heer Van Gerven de stap naar voren zetten en bekijken of je de informatie kunt aanpassen aan de vraag en de wens van de patiënt? Of houdt hij vast aan dat papieren stramien dat we nu hebben en dat eigenlijk een beetje onderdeel van het probleem is?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat je best twee wegen kunt bewandelen. Het is goed als er een database is met filmpjes met een uitleg over de ingreep en de voor- en nadelen daarvan. Zeker de grote ziekenhuizen kunnen dat wel leveren. Ik denk echter dat het goed is om daarnaast die informatie eenvoudig op papier te hebben, als het ware op een klein kaartje, heel eenvoudig, zodat dat ook voor iedereen die kan lezen – daar gaan we dan maar van uit – begrijpelijk is. We moeten geen informatiebias veroorzaken door een overvloed aan informatie, want dat werkt vaak ook weer niet goed.

De heer **De Lange** (VVD): De heer Van Gerven pleit terecht voor goede informatievoorziening zodat patiënten weten wat hun te wachten staat. In het rapport van de NPCF, en in de reactie van de Minister daarop, staat dat de patiënt een onmisbare schakel is in die veiligheid en dat de patiënt in een dusdanige positie gebracht moet worden dat hij weet welke kritische vragen hij moet stellen en die ook stelt. Dit kwam ook in mijn inbreng naar voren. Als communicatie van twee kanten komt, heb je de beste resultaten. Hoe kijkt de heer Van Gerven aan tegen het beter in positie brengen van de patiënt, zodat die patiënt daar een betere rol in kan spelen?

De heer **Van Gerven** (SP): Daar ben ik het mee eens. Een geïnformeerde patiënt weet wat hij mag verwachten en is ook een goede agent als het misgaat. Als er onverwachte dingen gebeuren, kan hij aan de bel trekken en vragen of dat wel de bedoeling is. De NPCF beschrijft dit ook. Ik denk dat dat een goede zaak is. Dat sluit aan bij het pleidooi van enkele Kamerleden op dit punt.

Ik ga even door op dit punt. De NPCF zegt dat je goed moet luisteren naar de patiënt en dat je goede informatie moet verschaffen, zodat de patiënt als er iets onverwachts gebeurt makkelijker de zorgaanbieder of hulpverlener kan aanspreken. Onderschrijft de Minister dit punt? Valt er voor de politiek of voor de Minister op dit punt nog wat te doen?

Ik kom op de veiligheid na ontslag uit het ziekenhuis en de overdracht van informatie over mensen die vanuit het ziekenhuis tijdelijk naar een verpleeghuis gaan. Er blijkt weleens sprake van communicatieproblemen te zijn en ook de overdracht gaat niet altijd goed. De Minister heeft al eerder aangegeven dit zorgwekkend te vinden. Zij ziet voor zichzelf echter geen verantwoordelijkheid op dit punt en zegt dat het aan de zorgaanbieders is. Dat is waar. Het is ook aan de zorgaanbieders. Kan de Minister vertellen of de zorgaanbieders die bal inmiddels goed hebben opgepakt?

De heer **De Lange** (VVD): Terecht stelt de heer Van Gerven dat het ontzettend belangrijk is om ook voor de vervolgzorg de informatie goed op orde te krijgen. Een up-to-date elektronisch patiëntendossier zou daar ontzettend bij kunnen helpen. De Socialistische Partij was echter zeer terughoudend in eerdere discussies over dit onderwerp. Zou zo'n elektronisch patiëntendossier niet een enorme oplossing zijn voor dit probleem?

De heer **Van Gerven** (SP): Je hebt geen elektronisch patiëntendossier, waar de hele wereld bij kan, nodig om dit vraagstuk op te lossen.

De heer **De Lange** (VVD): Nee, het is voldoende als de twee zorginstellingen bij de informatie kunnen. Dat ben ik met de heer Van Gerven eens.

De heer **Van Gerven** (SP): De SP is een groot voorstander van een elektronisch patiëntendossier op lokaal, praktisch niveau, dat heel goed wordt georganiseerd en waar verder niemand bij kan. De kern van de discussie over het landelijk schakelpunt is: wie kan daarbij en is dat wel voldoende veilig? Daarom zijn we daar geen voorstander van. Het is evident dat er een goede elektronische weg moet zijn tussen de instelling die de behandeling doet en de instelling die bijvoorbeeld revalidatie doet.

De heer **De Lange** (VVD): Ik constateer in ieder geval dat het denken in die zin op een positieve manier opschuift en dat het middel onderkend wordt als zeer relevant om de patiëntveiligheid te garanderen. Gaat de discussie wat de SP betreft ook alleen nog maar over de uitvoering?

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, en natuurlijk vinden wij dat het publiek moet zijn. Maar dat heeft te maken met de wijze waarop je dit verder organiseert. Wij zijn niet tegen de computer, om de heer De Lange gerust te stellen.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Tijdens een operatie kan er van alles misgaan. Er wordt bijvoorbeeld iets geperforeerd wat niet de bedoeling was, er blijft na een operatie een gaasje achter met grote gevolgen of het plaatsen van een kunstheup lukt niet. Patiënten bij wie zich zulke onverwachte situaties voordoen, liggen gemiddeld acht dagen langer in het ziekenhuis. Schade en sterfte in ziekenhuizen willen we

allemaal terugdringen. Veel is te vermijden. Als we het inderdaad weten terug te dringen, zorgen we niet alleen voor een veilige situatie voor de patiënt, en dat is het voornaamste doel, maar kunnen we tegelijkertijd ook 126 miljoen aan onnodige kosten voorkomen. Welke stappen zet de Minister samen met het veld om te komen tot vermindering van die potentieel vermijdbare schade? Op welke manier betreft ze de patiënt daarbij? Andere woordvoerders hebben al gezegd dat uit de peiling van de NPCF blijkt dat patiënten betrokken willen worden. De Minister stelt in antwoord daarop dat het cruciaal is om de ervaringsdeskundigheid van de patiënten optimaal in te zetten. Hoe wil de Minister de patiënt concreet betrekken en die kennis gebruiken?

In haar brief van april vorig jaar schrijft de Minister dat een groot deel van de ziekenhuizen enkele indicatoren binnen de prestatieafspraken niet haalt. Om welke indicatoren gaat dat? Ze schrijft dat dit haar grote zorgen baart. Dat kan ik me goed voorstellen. Wat doet ze er concreet aan om dit op te lossen?

De sterftecijfers zijn al eerder genoemd. Ik benadruk dat de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsbewaking kan zijn. D66 hecht echter ook veel waarde aan de nuance en de interpretatie van deze cijfers. Mevrouw Bouwmeester vroeg er ook al naar. Ik krijg graag een reactie van de Minister op dit punt.

De heer Van Gerven noemde de hulpmiddelen al. De fabrikanten van hulpmiddelen zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteitsonderzoeken. Toen ik het nieuws hoorde hoe het gesjoemel van Volkswagen met de uitstootcijfers door een onafhankelijk onderzoek in de Verenigde Staten aan het licht kwam, moest ik meteen denken aan de manier waarop het in Europa gaat, ook met de hulpmiddelen. Kan de Minister zich ervoor inzetten dat ook op Europees niveau de kwaliteit van hulpmiddelen en geneesmiddelen onafhankelijk wordt getoetst?

In de uitzendingen van Radar hebben we gezien hoe er geknoeid kan worden met hulpmiddelen zonder dat iemand het opmerkt. Op 21 september besteedde Radar hier weer aandacht aan. Waar gaat het allemaal mis? Door het gebrek aan internationale afstemming komen signalen van bijvoorbeeld de Food and Drug Administration (FDA) niet binnen bij de IGZ. Dat zou toch niet moeten kunnen? Is het een idee om op Europees niveau een database te creëren waarin alle uitkomsten van onderzoeken inzichtelijk zijn voor Europese en nationale toezichthoudende organisaties? Kan de Minister zich daarvoor inzetten?

Iedereen schrok op van de berichtgeving over Terumonaalden. Toch ging het RIVM-informatiepunt pas drie dagen later open. Kan dat sneller? Moet zo'n informatiepunt misschien permanent open zijn? In dit geval moesten patiënten snel toegang tot informatie hebben.

Ik realiseer me dat mijn volgende onderwerp wellicht meer een onderwerp is voor de Staatssecretaris, maar het is toch belangrijk. Het ligt in het verlengde van de zorginstellingen en de revalidatie, waar de heer Van Gerven het over had. Aan de extramuralisering van de zorg doordat mensen langer thuis blijven wonen en meer zorg thuis krijgen, zit ook een veiligheidsaspect. Hoe wordt daar toezicht op gehouden? Hoe staat het daarmee?

Voorzitter: Pia Dijkstra

De vergadering wordt van 14.38 uur tot 14.48 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er staan vandaag ontzettend veel heel verschillende punten op de agenda. Dat heb je met een onderwerp dat zo door de hele zorg snijdt als patiëntveiligheid. Ik sta stil bij patiëntveiligheid in ons land, de resultaten die we geboekt hebben, wat daaraan heeft bijgedragen en waarop mijn inzet is gericht.

De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit en zorgverleners willen goede zorg leveren. Zorg is echter ook mensenwerk en bij mensenwerk zijn fouten nooit helemaal te voorkomen. In de afgelopen periode zijn in alle sectoren veel verbeteringen en veranderingen gerealiseerd. Dat heeft voor de patiënten veel opgeleverd. De ziekenhuiszorg is aantoonbaar veiliger geworden. Er is sprake van de helft minder verwijtbare schade en sterfte ten gevolge van de zorg ten opzichte van 2008. De schade en sterfte tijdens het operatief proces is met meer dan 50% gedaald na invoering van het Surgical Patient Safety System (SURPASS) of soortgelijke checklists. De concentratie van zorg bij met name minder voorkomende ingrepen heeft geleid tot een daling van de sterftcijfers na de operatie. Meer dan 80% van de ggz-instellingen beschikt over een systeem om veiligheidsincidenten te melden. Van de gevallen van time-out wordt 95% uitgevoerd bij operaties in ziekenhuizen. Het aantal verwisselingen van patiënt en van links en rechts is gedaald tot een minimum.

Wat heeft daaraan bijgedragen? Dat is een breed gedeeld gevoel van urgentie bij professionals en bestuurders dat al jaren geleden, onder mijn voorganger, tot stand is gekomen. Toen kwam het besef dat de zorg veiliger moest en ook veiliger kon. Er kwam een programmatische aanpak met vijf landelijke patiëntveiligheidsprogramma's van en door de sectoren. Veiligheidsmanagementsystemen in ziekenhuizen, de ggz en de zelfstandige klinieken werden opgezet. De sterftcijfers werden gepubliceerd en er kwam een systeem om veiligheidsincidenten te melden in de eerste lijn, de ggz en de ziekenhuizen. Daarnaast is er sprake van een reeks van toolkits, aanjaagprojecten en multidisciplinaire richtlijnen. Cultuurverandering staat hoog op de agenda. Ondanks alle taskforces, toolkits en projecten, komt heel veel neer op de cultuur. Veiligheid moet als het ware in je hele handelen en werkwijze een belangrijk aspect zijn. Patiëntveiligheid is niet hetzelfde als fouten voorkomen of lijstjes afvinken. Patiëntgerichte, kwalitatief goede en veilige zorg vraagt om een cultuur van werken waarin open kan worden gesproken, gedeeld en geleerd. Net als in risicovolle bedrijfstakken moet het volgende motto leidend zijn: je werkt veilig of je werkt niet. Die cultuur begint in het onderwijs. Er zijn leerlijnen ontwikkeld en competenties met betrekking tot veiligheid benoemd voor dokters en verpleegkundigen. Daarvan zijn vele goede praktijkvoorbeelden beschikbaar. In september 2014 is een masteropleiding voor artsen en verpleegkundigen gestart met als focus het verbeteren van de kwaliteit en de veiligheid van zorg. De master wordt door de deelnemers afgesloten met een verbeterproject in de eigen zorginstelling. In het CanBetter-project van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) worden dokters opgeleid die proactief met veiligheid omgaan. Het project werkt met meer dan 35 ambassadeurs die zelf opleider en opinieleider in de wereld van de medische vervolgoopleidingen zijn. Er gebeurt dus, ook na de afronding van het traject van het Veiligheidsmanagementsysteem, ongelooflijk veel. Dat is maar goed ook, want als het gevoel van urgentie niet blijft, zul je zien dat het wegzakt. Dat moeten we zien te voorkomen. Patiëntveiligheid is primair de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals en zorgaanbieders, maar het onderwerp blijft via de verschillende trajecten mijn aandacht houden. Een traject dat ik daarbij nog wil noemen, is dat van de transparantie. Het jaar 2015 is het jaar van de transparantie. Op 2 maart heb ik de Kamer geïnformeerd over de aanpak. Er zijn al de nodige resultaten te melden. Zo is er een koppeling gekomen tussen kiesbeter.nl en thuisarts.nl, zijn er 160 kwaliteitsstandaarden aangeboden aan het register van het Kwaliteitsinstituut, staan er extra vergelijkings-hulpen op zorgkaartnederland.nl en hebben alle ziekenhuizen hun registratie op orde en publiceren ze hun sterftcijfers.

Antibioticaresistentie is een urgent probleem dat hoog op onze agenda staat. Momenteel werken we aan een integrale aanpak van dit probleem. Ik heb de Kamer daar op 24 juni een brief over gestuurd en binnenkort

spreken wij over deze aanpak. Ik heb overigens in dit kader een brief over zoönose gestuurd, want ook infectieziekten horen daarbij. Ik geloof dat we daar binnenkort een AO over hebben.

De voorzitter: Daar spreken we volgende week over.

Minister Schippers: Die brief komt als het goed is deze week nog naar de Kamer.

De heer Van Gerven vroeg naar informatievoorziening en overdracht in de keten. Dat is een terugkerend risico, niet alleen bij infectiepreventie en medicatieveiligheid. Overdrachtmomenten zijn dé risicomomenten. De inspectie gaat scherp toezien op concrete verbeteracties en er komt ook een VSO hierover richting de Kamer.

Ik kom op patiënten en wetgeving. Ik wil de Wet BIG aanpassen om de klant in de cosmetische sector beter te beschermen. De aangepaste wet is nu in consultatie en gaat daarna het traject in. Ik verwacht die in het voorjaar of liever nog in het begin van het jaar naar de Kamer te sturen. De aanpassing zit dus al in het traject. De Wkkgz is door de Eerste Kamer aangenomen. Ook daarmee beogen we de positie en de bescherming van de patiënt te verbeteren.

Ik ga verder met het toezicht door de inspectie. De inspectie heeft als uitgangspunt dat instellingen lerende organisaties zijn. De inspectie kijkt dus of een instelling en haar bestuur aantoonbaar maatregelen nemen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en potentiële risico's op dat gebied te beheersen. De inspectie ziet ook toe op de grootste risico's voor de patiëntveiligheid en grijpt in wanneer zorgaanbieders of producenten hun verantwoordelijkheid voor veilige zorg en veilige producten niet pakken. De ziekenhuizen blijven zich inzetten voor het invoeren van verbeteringen. Ik heb het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) de opdracht gegeven tot het uitvoeren van een nieuwe patiëntveiligheidsmonitor, opnieuw over een periode van vier jaar. Die uitkomsten zullen in 2018 beschikbaar zijn, dus niet nu. Bij de ziekenhuizen kijkt de inspectie specifiek naar indicatoren als sterftecijfers, onverwacht lange opnameduur, onverwachte heropnames of ingewikkelde operaties die weinig voorkomen. In 2015 en daarna besteedt de inspectie extra aandacht aan vijf prioriteiten: medicatieveiligheid, disfunctionerende beroepsbeoefenaars, de verantwoordelijkheid van bestuurders voor veilige zorg, risicovolle aspecten van de zorgverlening en intramurale ouderenzorg. Bij risicovolle aspecten van zorgverlening heb ik het ook over naleving van de hygiënerichtlijnen, informatieoverdracht tussen instellingen en het operatief proces.

De eerste lijn is op dit moment heel erg in ontwikkeling. Mensen blijven langer thuis wonen. Bij een ziekenhuis is er sprake van een afgerond traject. Niet alleen in de ouderenzorg maar ook in de ziekenhuiszorg verplaatst zorg zich naar de thuissituatie. Er worden soms ook apparaten thuis neergezet. Wie is dan verantwoordelijk voor de goede bediening van zo'n apparaat als de mantelzorger dat doet? Wie is aansprakelijk? Ben je daarvoor niet aansprakelijk als je goede uitleg hebt gegeven? Wat is dan een goede uitleg? Die keten van mantelzorg, informele zorg en professionele zorg vloeit steeds meer in elkaar over. De Eerste Kamer heeft mij gevraagd of ik de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), de voormalige Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de opdracht wil geven om daarnaar te kijken. Ik heb dat toegezegd. Ik vraag de RVS dan ook om de nieuwe aspecten van een nieuwe ketenzorg, waarbij van alles door elkaar heen gaat lopen, eens grondig te bekijken. Dat heeft ook met informatieoverdracht te maken. De RVS gaat zelf over de planning van het onderzoek, maar ik heb het al met de voorzitter besproken. Ik heb dat vorige week bij de behandeling van de Wkkgz ook in de Eerste Kamer besproken. De officiële opdrachtbrief moet de deur nog uit, maar die heb ik vorige week al toegezegd.

De **voorzitter**: De RVS gaat over het tijdpad, maar hebt u daar enig beeld van? Duurt het onderzoek een jaar of anderhalf jaar? Waaraan moeten wij denken?

Minister **Schippers**: Ik kan niet voor de RVS spreken. Het lijkt mij een vrij complex onderzoek, niet alleen juridisch maar ook vanwege de overdrachtsmomenten tussen professionals en mantelzorg. Ik ga het gesprek aan en zal de Kamer laten weten hoe lang de RVS erover denkt te doen. Dat lijkt me nuttiger dan dat ik daar een gooi naar doe.

De eerste lijn is ontzettend in ontwikkeling. Er is veel dynamiek. Vraag en aanbod zijn aan het veranderen. De wijkverpleegkundige en de huisarts vormen samen de spil in de eerste lijn. De wijkverpleegkundige komt bij mensen thuis. Ze heeft in haar nieuwe rol een signalerende functie om problemen bij bijvoorbeeld ouderen te herkennen en daarop actie te ondernemen. De huisarts is aanspreekpunt voor ziekte en gezondheid en maakt in zijn praktijk meer en meer gebruik van andere generalistische professionals, zoals de praktijkondersteuners. Ook op dit terrein zijn grote stappen nodig. Voorschrijvers en apothekers werken bijvoorbeeld verder aan de beoordeling van medicatie voor mensen die meerdere middelen tegelijk gebruiken. Ook daar zitten we bovenop. Een andere mogelijkheid is de inzet van hulpmiddelen, zoals beeldzorg, domotica en alarmsystemen, die zorgen voor een snel en laagdrempelig contact met zorgverleners als dat nodig is.

In de ggz wordt gewerkt aan een toekomstagenda die is gericht op kwaliteitsverbeteringen in het belang van de patiënt. Mensen met psychische problemen moeten zo snel mogelijk hulp kunnen krijgen op de juiste plek. Ook hier vraagt de samenwerking in de keten extra aandacht en wordt die meegenomen in dat onderzoek. Er is een vloeiende overgang nodig van de huisartsenzorg met de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk-geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde ggz en terug. Dat zijn allemaal overdrachtsmomenten en het is in het belang van de patiënt dat de overdracht goed gebeurt. De partijen in de ggz werken naar aanleiding van het advies van de commissie-Meurs aan een modelkwaliteitsstatuut dat de kwaliteit in de ggz moet borgen. Belangrijke veiligheidsthema's in de ggz zijn: aandacht voor suicidepreventie, waarover we vorige week met elkaar hebben gesproken, het terugdringen van dwang en drang, waaraan partijen hard werken, en het plan van aanpak voor de problematiek rond verwarde personen, dat ook bijdraagt aan het vergroten van de patiëntveiligheid doordat patiënten die kampen met een meervoudige problematiek in een vroeg stadium door de juiste hulp- en zorgverleners worden gezien. Al met al staan we de komende jaren voor grote uitdagingen. Er zit veel energie in dit proces. De aandacht mag ook niet verslappen, want dan zul je die energie zien wegzakken.

De heer **De Lange** (VVD): De Minister gaat in op het kwaliteitsstatuut waaraan de ggz werkt. Als ik me goed herinner was er een nadrukkelijke deadline, volgens mij 15 november. Ligt dit op schema?

Minister **Schippers**: Ik heb volgende week of de week daarop een gesprek met de ggz over het kwaliteitsstatuut. De deadline is overigens niet 15 november, maar 1 januari. De deadline voor de eerste aanzet was 15 september. De ggz heeft die aangeleverd en die is volgende week onderwerp van gesprek.

Ik heb mijn antwoorden geordend naar onderwerp en ik begin met de cosmetische sector. Ik dank de Partij van de Arbeid en de VVD hartelijk voor hun plan. Zij stellen mij vragen, die ik zal nagaan. Zij stellen voor IPL als voorbehouden handeling aan te merken en vragen wat ik vind van de vijf voorstellen. Ik steun de gedachte daarachter. Ik onderzoek nog op welke wijze dit het beste kan worden afgebakend, zodat de regeling niet

een te ruim bereik krijgt. Denk bijvoorbeeld aan zonnebanken. Daarvoor is nu geen bijzondere deskundigheid voor veilig gebruik vereist. Ik wil echter dat de patiëntveiligheid voldoende geborgd wordt, zoals ik ook in de brief van juli 2015 heb aangegeven. Ik vind het essentieel dat de patiënt en consument beschikken over betrouwbare en veilige informatie. Daar waar laser risicovol is en schade kan veroorzaken, ben ik voornemens de uitvoering onder de Wet BIG te brengen. Ik heb het RIVM gevraagd om te onderzoeken wanneer dat voor laseren en IPL zinvol is. Ik verwacht dit rapport in november te ontvangen. Ik wil dat bestuderen en met een reactie naar de Kamer sturen. Ik vraag de VVD en PvdA dan ook om hun vijfpuntenplan naast dat onderzoek te leggen en als ik met voorstellen kom, dat dan ook daarin mee te nemen.

Wil ik lichtbehandelingen opnemen als voorbehouden handeling? Daar waar behandeling met licht, zoals IPL, risicovol is en schade kan veroorzaken, ben ik voornemens de uitvoering ervan onder de Wet BIG te brengen. Ik ben echter in afwachting van het rapport over het onderzoek van het RIVM waarin wordt gekeken naar de afbakening, want dat is heel complex. Vandaar dat ik het RIVM ook heb gevraagd om met mij mee te kijken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik dank de Minister voor haar positieve reactie op ons plan. Kan ze tegen de tijd dat ze haar rapport heeft geschreven, een schriftelijke reactie op ons plan geven? Dan weten we precies wat de Minister overneemt en wat niet en kunnen we in één oogopslag zien wat de Kamer daar nog mee moet.

Minister **Schippers**: Ja, dat zou mijn voorstel ook zijn. Ik wacht het rapport van het RIVM af en dan leg ik het plan ernaast. In mijn reactie neem ik de voorstellen van de PvdA en de VVD mee.

Mevrouw Bouwmeester stelt voor om alle apparatuur die de celstructuur verandert, onder voorbehouden handelingen te laten vallen. Apparaten brengen we nooit onder de Wet BIG. Die bevat dus geen apparaten. Ik vind het van groot belang dat mensen met deugdelijke apparatuur werken en dat de behandelaar bekwaam is. De Warenwet en de Wet op de medische hulpmiddelen geven hiervoor handvatten. Ik onderzoek waar zich grote risico's voordoen en aanvullende maatregelen nodig zijn. Kan ik de inspectie verzoeken om nadrukkelijk toezicht te houden op verantwoord laseren en IPL-gebruik? Zoals aangekondigd, ben ik voornemens om via aanpassing van de Wet BIG het laseren bij patiënten als een voorbehouden handeling aan te merken indien de behandeling dusdanig risicovol is dat die alleen veilig zelfstandig verricht kan worden door deskundigen. Zodra laseren een voorbehouden handeling is, mag deze alleen nog maar worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren. De inspectie kan dan ook optreden tegen behandelaren die de behandeling onbevoegd uitvoeren. Dat kan de inspectie nu nog niet, maar als ik de wet straks heb gewijzigd wel. Overigens kan de inspectie binnenkort al meer dan nu het geval is, aangezien de Eerste Kamer afgelopen dinsdag de Wkkgz heeft aangenomen. Als de Wkkgz per 1 januari 2016 van kracht is, kan de inspectie toezien op laserbehandelingen, aangezien deze vallen onder het begrip «andere zorg». De inspectie kan zodoende al vanaf 2016 bij misstanden ingrijpen. De inspectie heeft mij laten weten de Wkkgz en de voorgenomen aanpassing van de Wet BIG als steun in de rug te zien en de kwaliteit van laserbehandelingen mee te nemen in haar toezicht op de cosmetische sector. De aangepaste Wet BIG is op 23 september in consultatie gegaan. Na afloop van de consultatie gaat die naar de ministerraad en de Raad van State. Dat traject loopt, maar uit ervaring weet ik dat dat altijd even duurt. Wil ik voorkomen dat er een grijs circuit ontstaat? Ten aanzien van IPL is er sprake van een heel groot grijs circuit. Ik wil daarin helderheid scheppen en ook de veiligheid vergroten. Niet alles is gevaarlijk. We

moeten goed bekijken welke behandelingen gevaarlijk zijn. Dat onderzoekt het RIVM. Dat zei mevrouw Bruins Slot overigens ook al. Het RIVM zal mij adviseren en ik kom vervolgens met een nadere duiding.

Uit de evaluatie van de Wet BIG is gebleken dat invasieve ingrepen vallen onder het begrip «geneeskundige handelingen», zoals omschreven in de Wet BIG. Chirurgische ingrepen, ook lichte, zijn invasieve ingrepen en vallen daarmee volgens de onderzoekers onder de Wet BIG, ook wanneer deze met een cosmetisch oogmerk uitgevoerd worden. Evident risicovolle behandelingen met een cosmetisch oogmerk dienen zonder twijfel onder de Wet BIG te vallen. Ik zal in de aanpassing van de Wet BIG verduidelijken dat het verbod op het verrichten van voorbehouden handelingen voor elke situatie geldt waarin beroepsmatig gehandeld wordt. Dat is dus ongeacht of een behandeling met een gezondheidkundig doel verricht wordt of niet. Het toepassen van bijvoorbeeld injectables zal dan zonder twijfel alleen door bevoegde zelfstandigen gedaan mogen worden en niet door bijvoorbeeld schoonheidsspecialisten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mijn vraag is eigenlijk deel twee van de vraag van daarnet. De Minister kijkt op basis van een risico-inventarisatie van het RIVM naar wat we voorbehouden handelingen maken. Kan de Minister daarin meenemen in hoeverre het nog duidelijk is voor de consument en voor de praktijk? Zou je het niet onder één regie moeten brengen? Stel je voor dat het RIVM zegt dat apparaat type 2 niet gevaarlijk is. Dan gaan alle schoonheidsspecialisten dat gebruiken. De apparatenmakers maken die apparaten vervolgens sterker en dan heb je alsnog een gevaarlijke praktijk. Kunnen die zaken, duidelijkheid voor de consument, geen verschuivingseffect en de mate van aantoonbaar risico, meegenomen worden in de risico-inventarisatie van het RIVM?

Minister **Schippers**: Ik ben het hier helemaal mee eens. Dat is precies het probleem en daarom hebben we dit aan het RIVM gevraagd. We moeten voorkomen dat substitutie plaatsvindt of dat een bepaald type wel mag. We moeten een heldere structuur krijgen. Het RIVM neemt dit mee in het onderzoek en ik zal het ook meenemen bij het bepalen van mijn standpunt.

Gelden de kwaliteitsnormen die de Nederlandse Stichting Esthetische Geneeskunde (NSEG) ontwikkelt ook voor dermatologen en huidtherapeuten? Bij de NSEG zijn verschillende behandelaars op het terrein van de esthetische geneeskunde aangesloten, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Ik heb meegegeven dat normen de gehele cosmetische sector dienen te bestrijken en draagvlak moeten hebben over de volle breedte van de sector.

Waarom zijn plastisch chirurgen niet in registers opgenomen? Dat wil ik in de aangepaste Wet BIG, die in consultatie is gegaan, aanpassen.

In december 2014 is het toezichtsplan voor de cosmetische sector van de inspectie aan de Kamer gestuurd. De inspectie houdt toezicht conform het toezichtsplan en zal ingrijpen als er geen verantwoorde zorg wordt geboden of wanneer er mogelijk sprake is van een strafbaar feit. Zoals ik al heb gezegd, zal de inspectie daarnaast, als de Wkkgz in werking treedt, samen met de NVWA een inventarisatie laten uitvoeren van de cosmetische handelingen in schoonheidssalons. Vervolgens zal op basis van die inventarisatie een aantal inspecties bij schoonheidssalons worden gedaan en zal worden bekeken hoe het toezicht op deze doelgroep er precies uit kan gaan zien.

Zijn er plastisch chirurgen met doorhalingen in het BIG-register? Dat is mij niet bekend. Het punt bij plastische chirurgie is dat er ook artsen zijn die geen plastisch chirurg zijn, bijvoorbeeld omdat ze een doorhaling hebben gehad vanwege het overtreden van regels bij het verrichten van cosmetische ingrepen. Je kunt niet zien dat dat het geval is.

Ik kom op de samenwerking tussen de inspectie en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit. Hoeveel fte's komen erbij? Wij hebben het toezichtsplan dus aangeboden. Ik heb net al aangegeven dat de Wkkgz in werking gaat en op welke wijze de inspectie daarmee van start gaat. Nadat de inspectie bij die schoonheidssalons is geweest, bepalen we hoe het toezicht op de doelgroep er precies uit gaat zien en hoeveel fte's daarvoor nodig zijn. Ik ben overigens van mening dat onderdelen waarop je nu heel moeilijk toezicht kunt houden, straks misschien makkelijker gaan. We hoeven dus niet voor ieder dingetje een fte op te plussen bij de inspectie. We hebben het aantal mensen bij de inspectie fors uitgebreid. We hebben zelfs zo fors uitgebreid dat we eerder moeten oppassen dat al die mensen wel een goed plekje in de organisatie krijgen. Ik was niet van plan om voor ieder individueel dingetje de inspectie uit te breiden. Ik wacht eerst eens af hoe de inspectie het wil gaan doen en dan kijken we verder.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik dank de Minister voor de uitgebreide beantwoording van de vraag hoe we toezicht houden op de cosmetische sector. Ik begrijp dat we in het begin van de uitvoering zitten. De Wkkgz is nu aangenomen en treedt straks in werking. Daarna kan aan het toezicht gebouwd worden. Dan gaan de inspectie en de NVWA samen aan de slag en bekijken ze de manier waarop ze het toezicht moeten doen en hoeveel capaciteit ze daarvoor nodig hebben. Ik ben het met de Minister eens dat je slim moet omgaan met capaciteit. Het is nu werk in uitvoering. Wanneer verwacht de Minister dat zij de Kamer verder kan informeren over de wijze waarop het toezicht er straks uit gaat zien? Is ze bereid om dat te doen?

Minister **Schippers**: De wet moet nog in werking treden en dan volgt het proces zoals ik dat net heb omschreven. Ik denk dat we pas eind volgend jaar kunnen zien wat dat allemaal opgeleverd heeft en hoe we dat verder gaan vormgeven. In de Wkkgz staan nog een heleboel andere dingen die ook aanpassingen vergen. We gaan bijvoorbeeld weer verplichten tot een register. Iedereen die zorg gaat verlenen, komt in dat register te staan. Dat heeft voor de inspectie heel veel voordelen. Het is mij namelijk enorm tegengevallen hoeveel tijd de inspectie nu kwijt is aan het vinden van zorgverlenende instellingen. Dat gaat veel makkelijker worden. Daardoor houdt de inspectie capaciteit over. Het is plussen en minnen. Omdat alles volgend jaar in werking treedt, hebben we volgend jaar rond deze tijd veel scherper zicht op wat er allemaal moet gebeuren ten aanzien van de uitvoering van deze wet. De aanpassing van de Wet BIG komt daar nog overheen, maar die is dan nog niet aan de orde, want die is dan ongeveer in behandeling in de Kamer. Eind volgend jaar kunnen we daar verslag van doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De wet zal dan in werking treden. De inspectie kan pas handelend optreden op het moment dat het ergens misgaat. We hebben allemaal de beelden gezien van hoe het ontzettend kan misgaan. De inspectie gaat nog driekwart jaar met de NVWA uitwerken op welke manier ze dat toezicht precies moeten doen. Betekent dat dat er in de tussenliggende periode, nadat de wet in werking is getreden en voordat het verder ingevulde toezichtsplan er ligt, eigenlijk niets gebeurt? Of kan de inspectie actie ondernemen als zij samen met de NVWA tegen echte misstanden aanloopt?

Minister **Schippers**: Zoals ik heb aangegeven, gaat de inspectie wel bij schoonheidssalons op bezoek. Zij gaat wel inspecteren en houdt ook risicogestuurd toezicht. De inspectie kan dat gewoon doen. Alleen is het een heel nieuwe sector voor de inspectie en leert zij bij de bezoeken de aspecten van die sector kennen. Op basis daarvan kan de inspectie het

toezicht daadwerkelijk formuleren. Ik zal in het werkplan voor de inspectie aandacht hebben voor de wijze waarop dit vormgegeven wordt. Het is totaal anders, iets nieuws voor de inspectie, maar vanaf dag één dat de inspectie verantwoordelijk is, zal zij inspecteren en dus ook op bezoek gaan. Het is niet zo dat de inspectie wacht met inspecteren totdat er iets bedacht is.

Ik ga verder met de acties van de ziekenhuizen en de sterftcijfers. De heer De Lange heeft gevraagd of het vervolg duidelijk is. Dat heb ik in de inleiding al behoorlijk aangegeven. Het is ook zichtbaar, niet alleen in het jaar van de transparantie. De NVZ maakt de acties zichtbaar op de website net als ook zorgkaartnederland.nl.

Ik ben het helemaal eens met iedereen die zegt dat een sterftcijfer op zich niets zegt. Een instelling met heel zware patiënten heeft een hoger sterftcijfer dan een instelling die alleen knieoperaties doet. In dat laatste geval is de kans dat mensen daar komen te overlijden een stuk kleiner, waardoor er sprake is van heel lage sterftcijfers. Je kunt niet stellen dat een ziekenhuis met hoge sterftcijfers een slecht ziekenhuis is. Het is een indicator. Bij de sterftcijfers kun je doorklikken naar de website van het ziekenhuis en daar geven de ziekenhuizen vaak zelf toelichting op het sterftcijfer. Zij geven bijvoorbeeld aan in een regio te zitten waar heel veel oude mensen in het ziekenhuis overlijden. Instellingen die mensen voor het overlijden naar huis sturen, hebben bijvoorbeeld een lager sterftcijfer. Die toelichting is echt ongelooflijk belangrijk en die wordt ook gegeven.

De heer **De Lange** (VVD): Ik kom terug op de programma's in de ziekenhuizen. Ik vroeg ook naar de mate waarin gekeken wordt naar het veilig gebruik van medische apparatuur en de opmerkingen die de IGZ naar aanleiding van haar onderzoek daarover heeft gemaakt.

Minister **Schippers**: Daar kom ik nog op.

Ik kom op de reflectie, het contact met de patiënt en de opmerking dat alles gericht is op productie en dat dit tekortschiet. Ik vind dat erg meevallen. Als je ontleedt hoe sectoren worden betaald, moet je constateren dat bijvoorbeeld de huisarts voor ongeveer 85% via het inschrijftarief wordt betaald, afhankelijk van hoeveel hij er aan andere prestaties bij doet. Dat is een ontzettend groot deel. Heel veel contracten met ziekenhuizen worden niet op basis van productie maar op basis van lumpsum gesloten. Het hangt er dus heel erg af van de vormgeving van het contract. Om te benadrukken dat dat kijken en luisteren zo belangrijk is, hebben wij een aparte diagnose-behandelcombinatie (dbc) gemaakt voor kijk- en luistergeld. We hebben echter kunnen constateren dat die weinig gecontracteerd is. Dat hebben wij actief in de gesprekken met de sectoren ingebracht. Het is niet voor niets mogelijk gemaakt. Ik heb al eerder aan de Kamer gezegd dat wij twee dingen mogelijk hebben gemaakt, waarover ik echt teleurgesteld ben over hoe vaak die gecontracteerd worden. De eerste is het kijk- en luistergeld en de tweede is het meekijkconsult. Meekijkconsulten geven de huisarts de gelegenheid om bijvoorbeeld een dermatoloog te vragen om eens mee te kijken. Dat is goed voor de huisarts, want die leert daarvan, maar het is ook goed voor de patiënt, omdat hij bij de huisarts blijft en niet automatisch in het ziekenhuiscircuit verdwijnt. Dat ligt zeker op de tafels en komt aan de orde in de gesprekken met aanbieders en verzekeraars.

Kan ik aangeven welke stappen ik zet met betrekking tot de te vermijden schades en sterfte en de wijze waarop de patiënt daarbij betrokken wordt?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een vraag over luisteren naar de patiënt en ruimte voor reflectie. Ik deel de teleurstelling met de Minister over het feit dat de dbc kijk- en luistergeld zo weinig wordt ingekocht. Ik heb me daar eens in verdiept. We wilden de dbc kijk- en luistergeld in

brede zin toepassen. Maar in de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staat dat de dbc kijk- en luistergeld alleen toegepast mag worden als een patiënt aan het einde van zijn leven is en allerlei trajecten al heeft gehad. Dat verklaart ook mijn vraag, die vooral over medisch specialistische zorg ging die niet eens kan worden ingekocht omdat de NZa-regel zo beknopt is. Is de Minister bereid om daar nader naar te kijken?

Minister **Schippers**: Ik herken dit helemaal niet. Dat is misschien een vorm van kijk- en luistergeld, maar er is ook kijk- en luistergeld waarvoor de inzetmogelijkheden veel minder beknopt zijn en die niet beperkt is tot inzet aan het einde van het leven. Dan heb je er natuurlijk niets aan. We willen het inzetten om te voorkomen dat we mensen in behandelingen duwen die misschien helemaal niet de oplossing voor het probleem zijn. Ik zal daar nog even induiken, vooral omdat ik het niet herken. Ik kan vervolgens aangeven waarop wij doelen en op welk punt misschien het misverstand zit. Hier moeten geen misverstanden over zijn, want dan wordt kijk- en luistergeld niet gecontracteerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Als het kan, krijgen wij graag voor de begrotingsbehandeling een reactie. Daarbij hoort dan ook de vraag over het meekijkconsult. De Minister heeft al vaker gezegd dat ze dit onderwerp meeneemt in gesprekken omdat ze teleurgesteld is over het gebrek aan inkoop. Die teleurstelling delen wij. Wij willen uiteindelijk graag resultaat zien. Als het kan, krijg ik graag een brief met een analyse. Waarom worden deze dbc's niet ingekocht? Wat zijn de verbeterpunten? Wat is het plan voor komend jaar? Dan kunnen we ook volgen of er echt vooruitgang geboekt wordt, want anders lopen we het risico dat we volgend jaar weer teleurgesteld zijn.

Minister **Schippers**: We contracteren maar één keer per jaar. Als ik eerder dit jaar gezegd heb dat ik er teleurgesteld over ben, dan is het logisch dat ik dat nu nog niet veranderd heb, want de inkoopronde is pas nu weer aan de gang voor volgend jaar. Wij vergaderen gewoon veel vaker dan dat er inkooprondes zijn. Progressie en verbeteringen boek je dus ook maar één keer per jaar, omdat je ook maar één keer per jaar daadwerkelijk afspraken hierover maakt. Het is wel degelijk onder de aandacht gebracht. Ik zal de Kamer natuurlijk verslag doen van of en hoe dat een plek krijgt in de nieuwe inkoopronde.

Ten aanzien van ditzelfde onderwerp wil ik graag ook het samen beslissen meenemen, want het samen beslissen is ongelooflijk belangrijk. Uiteindelijk gaat het erom dat de zorg er is voor de patiënt. Het gaat er niet om wat we allemaal voor knappe dingen met elkaar kunnen bedenken, maar om wat er bij de patiënt past. Voor dat samen beslissen is nodig dat patiënt en dokter daadwerkelijk samen informatie uitwisselen. Dat kan heel goed op papier zijn, maar het nadeel van papier is dat het snel achterhaald kan zijn. Daarom gebruiken veel dokters websites. De meest ideale manier is niet dat je mensen wat folders meegeeft, maar dat je een patiënt een link geeft. Dat heb ik gezien in ziekenhuis de Tjongerschans. Daar krijgen patiënten die een bekkenbodemmatje krijgen een link van de gynaecoloog, waarmee ze kunnen zien waar ze in het proces staan, wat de alternatieven zijn en wat de voor- en nadelen zijn van optie A of B. Dat kun je met animatiefilmpjes doen, waardoor mensen die laaggeletterd of lager opgeleid zijn ook veel meer de betekenis van zoiets kunnen zien. Het is ongelooflijk belangrijk dat dit soort initiatieven verder geholpen wordt. Wij hebben ons op dat initiatief gestort. Ook de NPCF heeft zich op dit onderwerp gestort en heeft allerlei initiatieven ontplooid. Er zijn daarvoor bijvoorbeeld hulpen in ontwikkeling. Dat is best complex. Mensen kunnen op verschillende momenten in het proces voor dat besluit staan. Ik ben er zelf helemaal niet van overtuigd dat papier altijd het beste is. Dat heb ik in

het debat over het burgerinitiatief ook aangegeven. Nieuwe technologie kan ons juist ontzettend helpen in het begrijpelijk maken van dingen die we tot nu toe moeilijk begrijpelijk konden maken.

Wij hebben nieuwe afspraken gemaakt over het traject met de huisarts, ook over kwaliteit. Wij kwamen daarbij tot de conclusie dat het ook bij de huisarts vaak gaat over samen beslissen. De huisarts moet patiënten niet automatisch doorsturen, maar eerst bekijken wat nuttig is. Toen we het over kwaliteit hadden, spraken wij met elkaar over de vraag of wij die weg niet veel meer moesten uitdiepen. In de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en in de nieuwe Wkkgz is vastgelegd dat de patiënt recht heeft op informatie. De vorm is vrijgelaten, want de informatie die je aan de ene patiënt geeft, is niet de informatie die je aan een andere geeft. In het jaar van de transparantie, met alle activiteiten die daaronder hangen, is samen beslissen echt ongelooflijk belangrijk. We moeten daar volop op inzetten. Ik zie dat de sector daar ook volop mee bezig is.

Hoe wordt de patiënt bij te vermijden schade en sterfte betrokken? Met de landelijke programma's hebben we het gevoel van urgentie wel opgebouwd en hebben we iedereen wakker gekregen om kennis, methodieken en goede voorbeelden te ontwikkelen. Veiligheid is een van de belangrijkste issues in de zorg, niet alleen voor de patiënt, met de NPCF die daar bovenop zit, maar ook voor de beroepsgroep van medisch specialisten, met de Federatie Medisch Specialisten, op de werkvloer, de verpleegkundigen, de bestuurskamer en de verzekeraar. De enige manier om dit daadwerkelijk verder te krijgen, is dat dit daadwerkelijk in de praktijk gebeurt. Kennis en instrumenten – ik vind «tools» zo'n rotwoord – zijn beschikbaar en toegankelijk, maar het gaat om het doen. Partijen zijn hard bezig en betrekken de NPCF er ook bij. We moeten een open werkcultuur hebben; de Wkkgz helpt daar ook bij. Ook het veilig incident melden hebben we veiliger gemaakt dan het tot nu toe was. Ik moet zorgen voor een goede wet en goede instrumenten, anderen moeten die toepassen. We zetten belangrijke stappen.

Een deel van de ziekenhuizen haalde de afspraken en indicatoren wel en een ander deel niet. Wat is de stand van zaken? De inspectie doelde op de voortgang op de tien thema's uit het VMS Veiligheidsprogramma's ziekenhuizen. Door middel van de veiligheidsmonitoren van de ziekenhuizen zelf kunnen we de voortgang op de tien thema's volgen. Daaruit blijkt dat inmiddels alle ziekenhuizen op alle thema's voortgang hebben geboekt. De NIVEL-monitor zal het veld ook scherp houden. Omdat we de NIVEL-monitor hebben ingezet, weet iedereen dat hij gemonitord wordt en dat dus zichtbaar wordt hoe hij presteert. De ziekenhuizen hebben kwaliteitsvensters waarin steeds meer informatie te vinden is, ook over de onderwerpen die gaan over patiëntveiligheid. De sector is inmiddels ook actief aan de slag met drie onderwerpen die grote risico's met zich meebrengen en waarop nog de meeste winst te halen valt: infectiepreventie en antibioticaresistentie, medicatieveiligheid en het veilig toepassen van medische technologie.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik geef mijzelf de gelegenheid om een vraag te stellen. De Minister reageert op een opmerking die ik gemaakt heb. De Minister zegt dat de IGZ kijkt naar de voortgang op de tien thema's en dat het NIVEL monitort. Ik vroeg om welke indicatoren het ging. Welke prestatie-indicatoren werden niet gehaald? Dit betreft een brief uit 2014. Ik begrijp van de Minister dat er inmiddels een inhaalslag gemaakt is. Hoe staat het daarmee? Op welke manier wordt ervoor gezorgd dat alle prestatie-indicatoren worden gehaald?

Minister **Schippers**: Er zijn drie extra aandachtsgebieden: medische technologie, medicatieveiligheid en infectiepreventie. Alle ziekenhuizen boeken voortgang op alle thema's. Dat kunnen we op ziekenhuisniveau

ook steeds beter volgen via de kwaliteitsvensters van de ziekenhuizen. Dat vind ik een enorme verbetering. De controle ligt niet alleen bij de inspectie, maar ook de patiënt kan daadwerkelijk bekijken hoe het ermee staat. Als ik de cijfers hierover in een brief zet, zijn die direct verouderd. Die cijfers moet je eigenlijk online volgen. Daar werk ik aan, ik werk er niet alleen aan dat de inspectie die cijfers ziet, maar ook dat wij die via de vensters kunnen volgen. Is dat een antwoord op de vraag?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister noemde infectiepreventie en antibiotica. Sinds het verschijnen van de brief is kennelijk voortgang op die terreinen geboekt. De Minister zegt dat we die informatie via het kwaliteitsvenster zelf kunnen volgen. Dat is winst. De kernvraag is of het nou helemaal goed gaat.

Minister **Schippers**: Die kwaliteitsinformatie kun je steeds beter volgen. We zijn nog helemaal niet tevreden, maar we zien in ieder geval progressie. Ik kan op de thema's infectiepreventie, medicatieveiligheid en veilige toepassing van medische technologie niet melden dat het goed gaat. Nee, dat zijn echt aandachtspunten waarop het beter kan. Op sommige gebieden is ten aanzien van de overdrachtsmomenten voortgang geboekt, maar ze blijven altijd de zwakste schakel. Dat is logisch, want dat is natuurlijk het moment waarop informatie van de een naar de ander gaat. De monitor zal ons precies laten zien hoe de ontwikkeling er door de tijd heen uit ziet.

De **voorzitter**: Ik kijk even naar de collega's of er nog vragen zijn blijven liggen.

Minister **Schippers**: Ik ben nog bezig met de beantwoording. De eerste termijn is nog niet over.

Ik kom op de relatie tussen het Veiligheidsmanagementsysteem en de medische technologie. In het Veiligheidsmanagementsysteem is medische technologie een van de speerpuntthema's die de veiligheid de komende jaren verder moet vergroten. We hebben daar echt aandacht voor nodig. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitaire Ziekenhuizen hebben een werkgroep opgericht. Er worden conceptindicatoren voor de medische technologie opgesteld ten behoeve van de basisset prestatie-indicatoren. Met deze indicatoren kunnen prestaties van ziekenhuizen transparanter gemaakt worden. In de vierde monitor zorggerelateerde schade wordt apart aandacht besteed aan de schade die mogelijk wordt veroorzaakt door medische technologie.

Kan het evalueren en analyseren van het toepassen van medische technologie bij een onafhankelijke partij belegd worden? Dit is onderdeel van de vierde monitor zorggerelateerde schade van EMGO/NIVEL. Daarbij hoort ook een evaluatie en analyse van de risico's bij de toepassing van medische technologie. Niettemin lijkt het me nuttig om de suggestie om dit bij een onafhankelijk partij neer te leggen, nader te onderzoeken. Dat zal ik dus ook doen.

Zouden de bekkenbodematjes niet onder klasse III moeten vallen? Moet er een onafhankelijke toetsinstantie komen? De regelgeving in Europa wordt nu drastisch veranderd. We vinden allemaal dat dat hard nodig is. Dat duurt echter erg lang. We hopen dat het voor ons voorzitterschap al een stuk opschiet en uiterlijk tijdens ons voorzitterschap afgerond zal worden, maar ik merk dat het een heel zware route is om dit in Europa te realiseren. In die aanpassingsvoorstellen – dat heet dan «algemene oriëntatie van de Raad» – staat dat voor implanteerbare hulpmiddelen, dus ook hulpmiddelen uit klasse IIb en klasse III, klinische onderzoeken moeten worden verricht. Het is een enorm gebrek dat je momenteel kunt volstaan met een verwijzing naar literatuur over klinisch onderzoek met

een vergelijkbaar hulpmiddel. Die literatuurroute is dus in de laatste voorstellen van de nieuwe verordening niet meer mogelijk voor implantaten.

Aan klasse IIb-implantaten worden met de nieuwe verordening sowieso extra eisen gesteld. De markttoelatingsprocedure voor deze implantaten wordt grotendeels gelijkgesteld aan die van klasse III, zonder de klasse voor de betreffende producten te wijzigen. Nederland heeft zich daarnaast in de onderhandelingen in de Raad met succes hard gemaakt voor verhoging van het niveau van de klinische kennis vroeg in het productieproces door middel van oprichting van Europese expertpanels.

Zoals gezegd zijn de lidstaten het over deze maatregelen min of meer eens geworden, maar is dit nog onderhevig aan de onderhandelingen met het Europees Parlement en de Europese Commissie die dit najaar starten. Zijn die voorstellen die nu in Europa voorliggen, precies wat we willen? Nee, maar ze verzwaren de eisen met zulke grote stappen, dat je op een gegeven moment moet zeggen: laten we alsjeblieft proberen om deze richtlijn daadwerkelijk tot een goed einde te brengen. Voor sommige landen gaan die stappen te ver. We proberen om ook die lidstaten erbij te houden, omdat het echt nodig is. Radar heeft daaraan ook zijn bijdrage geleverd, want nu zetten we echt stappen ten aanzien van dit soort implantaten en zorgen we dat we de zaken aanscherpen.

De heer **Van Gerven** (SP): De vraag is toch of de aanscherping die de Minister uitlegt, voldoende is. Als hulpmiddelen uit klasse IIb, medische hulpmiddelen die blijvend in het lichaam worden geïmplant, eigenlijk onder klasse III horen, breng die dan over naar klasse III. Kan de Minister zich daar hard voor maken? Het tweede punt dat ik maakte, blijft nog onbeantwoord. Het is goed dat er klinisch onderzoek gedaan wordt. Bij geneesmiddelen gebeurt dat ook, maar dan is er nog een onafhankelijke instantie die beslist over de toelating, in dit geval de European Medicines Agency (EMA). Kan dat ook gelden voor die categorie implantaten waarover we het nu hebben?

Minister **Schippers**: Dat was ook de eerste vraag die ik hierover stelde: als het ongeveer gelijk is, waarom brengen we het er dan niet onder? Ik kreeg vervolgens een enorm technische uitleg over de haken en ogen die daaraan zitten. Het gaat mij erom dat die klasse onder hetzelfde regime valt. De essentie is dat die hulpmiddelen veiliger moeten worden en strenger moeten worden getoetst. Als het gemakkelijk is om de categorie te wijzigen en ik krijg geen weerstand, zal ik het zeker niet nalaten. Maar als dat tot een heleboel gedoe leidt waardoor de essentie van wat wij willen, namelijk dat er veel hogere eisen gesteld worden, achter de horizon verdwijnt, dan laat ik het zitten. Uiteindelijk gaat het mij erom dat het scherper en strenger wordt. Mevrouw Dijkstra had ook gevraagd naar de onafhankelijke toetsing van medische hulpmiddelen. Het toezicht op de beoordeling door de Notified Bodies wordt verbeterd en verscherpt. Dat staat ook in de voorstellen zoals we die nu kennen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is prima dat het toezicht verscherpt wordt, maar dan blijft toch staan dat er geen onafhankelijke instantie is die ja of nee zegt tegen het toelaten van zo'n medisch implantaat. Kan de Minister zich er sterk voor maken dat dit wel gebeurt?

Minister **Schippers**: Ik gaf al aan dat het erg moeilijk is, dat wat nu voorligt voor veel landen te ver gaat en dat ik alle moeite doe om die landen erbij te houden. Ik wil echter best sonderen of hier muziek in zit. Ik wil echter niet dat er nu allerlei dingen gebeuren waardoor dit hele traject nog trager gaat verlopen. Het verloopt wat mij betreft al veel te traag. Het duurt al veel te lang. Ik wil echt tempo maken. Ik merk in mijn gesprekken dat iedere lidstaat weer eigen eisen heeft. Die eisen plussen niet alleen op,

maar minnen ook af. Als we het traject losgooien, zul je zien dat het weer helemaal vastloopt. Ik zie het als mijn missie om dit het komende halfjaar ook daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Ik zal op verzoek van de Kamer kijken wat de plussen en minnen van zo'n aparte toetsingscommissie zijn en of dat al bij voorbaat bij landen zulk gedoe oplevert dat ik daar beter niet aan kan beginnen. Ik zal dit naar de Kamer terugkoppelen. Als het vertraging oplevert, doe ik het niet. Of we duwen dit nu door of we kunnen het weer voor een tijd vergeten. Het is zo'n ongelooflijk mer à boire om daar wat van te maken met 27 Ministers. Dat zal het altijd wel zijn, maar ik ben dat wat minder gewend. Eigenlijk zijn het nog meer Ministers, want er zijn ook nog andere landen die meepraten. Het is echt ongelooflijk lastig.

Ik kom op het landelijke implantatenregister. Ik heb de Kamer erover geïnformeerd dat vier beroepsgroepen, orthopeden, cardiologen, plastisch chirurgen en gynaecologen, zijn gekoppeld aan het implantatenregister. Het is momenteel nog niet mogelijk om data uit de bronregistraties van zorginstellingen te halen. Dat was voor ons de motivatie om zo veel mogelijk gebruik te maken van de bestaande registraties. We doen dat dus met deze vier beroepsgroepen. We werken wel verder aan uitbreiding van het register. Het is ongelooflijk belangrijk dat als er een productiefout is of iets anders mis is met een implantaat, de dragers snel en effectief kunnen worden getraceerd.

Voor verbetering van de registratie binnen zorginstellingen werk ik aan een wetsvoorstel. Dat is een traject dat we zorgvuldig moeten doorlopen. We moeten het goed met elkaar afstemmen. Ik verwacht dus ook dat het wetsvoorstel nog wel even op zich laat wachten. Er staat hier begin 2016, maar ik wil een check, check, dubbel check wat betreft de uitvoerbaarheid. Ik ondervind in de Eerste Kamer ongelooflijk veel weerstand tegen ieder wetsvoorstel waarmee ik kom. Ik zie wel het nut van een wetsvoorstel op dit punt, want anders zou ik er niet aan werken. Ik vind namelijk dat patiënten er recht op hebben dat hun implantaten gemakkelijk getraceerd kunnen worden. We zullen het driedubbel checken voordat ik met het wetsvoorstel naar de Kamer kom. Met dit wetsvoorstel worden stapsgewijs, via een AMvB, nieuwe categorieën implantaten toegevoegd aan het landelijke implantatenregister. Dat kan ik met zo'n wetsvoorstel ook daadwerkelijk doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Er is verbazing aan deze kant van de tafel. Wat zou mogelijk het probleem van de Eerste Kamer zijn met het traceerbaar maken van implantaten? Dat vragen wij ons met z'n drieën af. Ik weet niet of de Minister dat kan zeggen, maar als dat openbare informatie is ...

Minister **Schippers**: Lees de behandeling van de laatste twee wetten in de Eerste Kamer er eens op na. Dan is zichtbaar hoeveel weerstand er is als ik wil reguleren in de zorg in zijn algemeenheid en als ik eisen daaraan wil stellen. Dit vergt het stellen van eisen. Ik dwing de beroepsgroepen namelijk om bepaalde dingen te doen die men nu nog niet hoeft te doen. Een aantal beroepsgroepen heeft dat zelfstandig gedaan, vanuit de eigen registratie, maar ik ga ook beroepsgroepen dwingen die daar niet zo'n prioriteit aan geven. Dat zou ik me als een argument kunnen voorstellen. Het wetsvoorstel gaat het mogelijk maken om die beroepsgroepen daadwerkelijk te koppelen. Dat vind ik zelf de motivatie om daar wel mee door te gaan.

Mevrouw Dijkstra had het idee om op Europees niveau een databank te organiseren met uitkomsten van onderzoeken. Er komt een EU-database met informatie over medische hulpmiddelen die ook beschikbaar is voor patiënten. Die database heet EUDAMED en bevat ook de uitkomsten van klinische onderzoeken.

Klopt het dat alleen het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg kan straffen voor misdrijvingen van zorgprofessionals in de privésfeer? De taken van het College van Medisch Toezicht worden overgeheveld naar de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. De procedure wegens ongeschiktheid blijft bestaan en gaat mee in de wijziging van de Wet BIG, die nu in internetconsultatie is en die ik naar verwachting in het voorjaar van 2016 naar de Kamer stuur. Met die wetswijziging komt er zelfs de mogelijkheid om een spoedprocedure te starten en de betrokkene die in een instelling werkt direct op non-actief te stellen. Het kan al voor solisten voorafgaand aan die procedure.

Ik ben al ingegaan op de overdracht van informatie bij ontslag uit een ziekenhuis. Er komt ook nog een antwoord op de schriftelijke Kamervragen hierover. Overdracht in de zorg is een kwetsbaar punt. Dat weten we.

Ik kom op informed consent. Welke ambitie heb ik om de positie van de patiënt te versterken, mede in het kader van het NPCF-rapport Veilige zorg? Hoe geef je patiënten de mogelijkheid om een bijdrage te leveren? Heldere informatie, begrijpelijke informatie voor de patiënt is hierin heel belangrijk. Daar werken we in het jaar van de transparantie natuurlijk erg hard aan. We ondersteunen de patiëntenorganisatie bij de acties die zij daar momenteel al op inzet en bij campagnes om fouten te helpen voorkomen. Daar heb ik gisteren een brief over gestuurd. Patiënten worden tevens met wetgeving ondersteund, zoals met de Wkkgz en met het veilig melden van incidenten. Professionals moeten daarbij incidenten niet alleen melden bij de IGZ, maar ook bij de patiënt. Verder zetten we de patiëntveiligheidsagenda voort, stelt de sector zelf veiligheidsnormeringen op en zetten we in op adequaat toezicht.

Ik heb al veel gezegd over extramuralisering.

Ik kom op de oproep tot uniformering van de barcodering van biosimilars. We zijn bezig om met veldpartijen afspraken te maken om te komen tot een uniforme codering. Vooralsnog richt dit zich op de codering van geneesmiddelen op stuksniveau in het ziekenhuis. Biosimilars worden hierin meegenomen. Uitgangspunt hierbij is patiëntveiligheid. Geneesmiddelen kunnen dan namelijk gekoppeld worden aan de patiënt.

De voorzitter: In de tweede termijn hanteer ik een spreektijd van twee minuten.

De heer De Lange (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de uitgebreide beantwoording van de vele vragen die zijn gesteld. In de Kamer is vaak discussie over volksgezondheid, maar het is prettig om te constateren dat er op het gebied van patiëntveiligheid er een enorme eenvoudigheid is. Het is mooi dat daardoor met brede steun ook stappen gezet kunnen worden. Het belang van patiëntveiligheid en het belang van het aannemen van de wet die nu in uitvoering komt, zijn al aangegeven. Een aantal punten staat nog open. De NIVEL-monitoring kwam naar voren, die resultaat geeft in 2018. Het is goed om te monitoren, maar wat gebeurt er in de tussentijd op dit gebied zodat alle goede initiatieven scherp op het netvlies blijven staan en er stappen worden gezet? Er is al het een en ander aangegeven ten aanzien van het samen beslissen. Ik denk dat dat een permanent iets is. Het zou goed zijn om te kijken naar best practices die ervoor zorgen dat patiënten de ogen en oren kunnen zijn.

Ik heb nog een vraag over het verbeterplan dat de VVD en PvdA hebben ingediend. Punt één gaat nadrukkelijk in op de informatievoorziening. Die is voor een deel al op gang, maar er wordt nadere aandacht gevraagd voor websites, zodat de informatie over veilige cosmetische zorg onder de aandacht komt en mensen weten waaraan ze beginnen. Ik krijg daar graag een reactie op van de Minister.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik ben blij met drie toezeggingen die ik van de Minister heb gekregen. Ik krijg een schriftelijke reactie op ons plan dat warm ontvangen is. Dat vinden wij belangrijk en een prettig signaal. De Minister begaat bekijken of een onafhankelijke partij de analyse moet maken van wat er mogelijk niet goed gaat in de interactie tussen mens en apparaat, om die vervolgens te laten verspreiden. De Minister bekijkt hoe het zit met de inkoop van het kijk- en luistergeld en daar worden we voor de begrotingsbehandeling over geïnformeerd. De begrotingsbehandeling vindt plaats twee weken voordat het inkoopproces klaar is, dus dat moet allemaal net passen.

Het betrekken van de patiënt in het kader van veiligheid heeft ook met cultuur te maken. Wat is er nodig om de goede voorbeelden van artsen en beroepsgroepen die al heel ver zijn met patiënten informeren en betrekken, te gebruiken om andere beroepsgroepen mee te krijgen? Hoe moeten we ze verleiden? Wat hebben ze nodig qua ondersteuning? Wat zijn mogelijke andere barrières? We komen steeds individuele goede voorbeelden tegen, maar het zou zo mooi zijn als die voorbeelden de gehele sector meetrekken. Ik ben benieuwd welke belemmeringen er zijn en welke mogelijkheden de Minister ziet om die cultuur te bevorderen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik bedank de Minister voor de uitgebreide antwoorden. Ze gaf terecht aan dat de cosmetische sector een nieuw veld is voor de inspectie en de NVWA. Dit biedt ook bepaalde kansen. Hoe ziet de Minister in dit kader bijvoorbeeld de betrokkenheid van de patiënten, van de belangenverenigingen bij het toezicht zodat klachten over de cosmetische sector goed bij de inspectie terechtkomen? Kan de Minister die kant van het toezicht ook belichten?

We kijken allemaal halsreikend uit naar het rapport van het RIVM over laserbehandelingen en IPL-behandelingen. Wanneer ligt dat er? Wanneer verwacht de Minister dat zij daar een standpunt over kan innemen?

Het is geruststellend dat de Minister zegt dat de taken van het College van Medisch Toezicht niet verdwijnen. We zullen borgen dat het werk gebeurt. Kan ik er ook van uitgaan dat dit de taken in hun volle omvang zijn?

De Minister zegt dat uniforme barcodering ingevoerd wordt voor biosimilars in ziekenhuizen. Gaat voor biosimilars die niet in ziekenhuizen worden toegediend geen uniforme barcodering gelden?

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De taken van de inspectie worden verder uitgebreid. Dat is een continu proces, want de samenleving vraagt steeds meer. Nu is ook de Wkkgz aangenomen. De Minister zegt dat de inspectie fors is uitgebreid. Met hoeveel personeel is de inspectie uitgebreid? Wat is dat procentueel? Dan hebben we daar ook een beeld bij. In een gesprek zei de inspectie: de Wkkgz is aangenomen en wij moeten dat allemaal maar zien te behappen.

Ik ben blij dat de Minister toch nog gaat proberen om in Europees verband een aanscherping te krijgen wat betreft de medische implantaten. Ik heb twee suggesties. Het onafhankelijk instituut zou natuurlijk aan de EMA gehangen kunnen worden. Bestaat de mogelijkheid voor een nationale kop als een land vindt dat er op het gebied van de implantaten extra veiligheidskleppen gearrangeerd moeten worden? Dan zouden we dat als Nederland namelijk zelf nog kunnen regelen.

Volgens de laatste cijfers is het aantal vermijdbare doden in ziekenhuizen gehalveerd. Is het een idee om aan de medische sector weer een halvering voor te stellen? Natuurlijk is 1.000 nog steeds heel veel; 500 zou alweer een veel mooier aantal zijn. Ik krijg graag een reactie.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar beantwoording. Goed dat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

gaat bekijken wie er straks aansprakelijk en verantwoordelijk is voor de zorg thuis. De Minister geeft aan dat zij nog niet weet hoe lang dat gaat duren, maar wij vinden het heel belangrijk dat we daar wat over horen. De Minister laat het weten zodra de RVS hier een uitspraak over doet. Ik hoop dan ook dat de Minister de aandacht niet zal laten verslappen, maar daar ga ik van uit.

De Minister heeft aangegeven dat de toelichting op en de nuancering van de sterftcijfers door de ziekenhuizen heel belangrijk is. Wordt deze nuance meegenomen in de NIVEL-patiëntmonitor die in 2018 klaar zal zijn?

Ik ben heel blij met de EU-database die ook voor patiënten beschikbaar komt. Dat is heel belangrijk.

Er is één punt waarop de Minister niet gereageerd heeft. Ik heb een vraag gesteld over het instellen van het informatiepunt over onveilige naalden. Het heeft drie dagen geduurd voordat het informatiepunt open was. Het is goed afgelopen en daarom zou je achteraf kunnen zeggen dat het allemaal wel meeviel, maar hoe kun je ervoor zorgen dat patiënten zo min mogelijk ongerust gemaakt worden door dit soort zaken?

Voorzitter: Pia Dijkstra

Minister **Schippers**: Voorzitter. De NIVEL-monitor geeft inderdaad resultaat in 2018. In de tussentijd gebeurt er wel wat. De inspectie houdt gewoon toezicht, maar de ziekenhuizen zorgen ook voor steeds grotere transparantie. Het is het allerbeste als patiënten met de ziekenhuizen kunnen meekijken met wat de ziekenhuizen op de verschillende onderdelen zelf kenbaar maken.

Ik kom op samen beslissen als een permanent iets en best practices. Informatievoorziening is heel belangrijk. Wij zullen gaan werken met de slogan: Let op. Jezelf mooier maken kan lelijk uitpakken. Een geslaagde ingreep begint bij een goede arts. Er zijn heel veel tv-programma's over cosmetische ingrepen en het is belangrijk dat mensen niet alleen de succesvolle dingen zien, maar ook op andere zaken gewezen worden, zodat men weet dat het niet automatisch goed gaat. De cosmetische sector zal deze slogan bij reclame-uitingen gebruiken. Ik heb die slogan niet ontwikkeld, maar de NSEG zelf. Ik ben met het veld in overleg hoe we de communicatie verder aanpakken, want dat is een belangrijk onderdeel. Ik heb aangegeven dat ik zal bekijken hoe de NZa-regel ten aanzien van kijk- en luistergeld eruitziet. Ik heb niet toegezegd dat voor de begrotingsbehandeling te doen, maar dat wil ik best doen. Daar moet helderheid over komen. Bij de begrotingsbehandeling weten we echter nog niets over de inkoop, want die vindt plaats voor de sluitingsdatum van het inkoopproces. Als we dit willen inventariseren, hebben we pas na de jaarwisseling zicht op wat er in de contracten is gezet. Wij hebben die gegevens niet eerder. De NZa-regel zal ik echter voor de begrotingsbehandeling opzoeken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik dank de Minister voor die toezegging. De contractering moet op 19 november klaar zijn, want dan kiezen mensen een polis en moeten ze weten waaraan ze toe zijn. De begrotingsbehandeling is rond 3 november, dus daar zitten twee weken tussen. Zou het mogelijk zijn om via Zorgverzekeraars Nederland een inventarisatie te maken? Dat zou wel helpen. We kunnen die ook na de begrotingsbehandeling bespreken.

Minister **Schippers**: Ik weet dat dat niet kan, want ik heb het vorig jaar al gevraagd. Het is echt niet mogelijk, want op dat moment is er nog sprake van schuivende panelen. Vorig jaar heeft de Kamer mij gevraagd of ik kon kijken naar de manier waarop de inkoop is gegaan. Toen hadden we pas

na de jaarwisseling de cijfers, omdat het een enorme inspanning vergt om alle cijfers bij elkaar te halen. Ik weet dat dit niet eerder gaat lukken. Ik kom op het kijk- en luistergeld en het meekrijgen van mensen. Ik zal eerst helder maken wat de NZa-regels zijn. Daarna gaan we kijken naar de inkoop. In het huisartsentraject heb ik gemerkt dat er van alle kanten heel veel aandacht voor deze nieuwe vormen is. Iedereen is het erover eens dat we daarin stappen moeten kunnen zetten.

Ten aanzien van het kwaliteitsbeleid moeten we veel meer doen dan we nu doen, met allerlei lijstjes met indicatoren die heel weinig zeggen. Dit zijn juist de aspecten die veel meer zeggen over wat er is gebeurd. Ik ben daar echt optimistisch over.

Ik ga verder met de rol van patiënten in het toezicht. Klachten komen binnen bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Daar ligt de koppeling naar de inspectie. Het is heel belangrijk dat we dit soort aspecten meenemen in de communicatie met het veld.

Het RIVM-rapport verwachten wij in november. Ik kan het de Kamer in november zonder standpunt toesturen. Als de Kamer een standpunt wil, wordt het pas januari. Ik heb het idee dat er heel erg naar dit rapport wordt uitgekeken en daarom zal ik het de Kamer in november zonder standpunt toesturen. Dan komen we in het nieuwe jaar met een standpunt.

De taken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg blijven in hun volle omvang bestaan.

Komt er ook een uniforme barcodering van biosimilars buiten de ziekenhuizen? We beginnen met uniforme coderingen in de ziekenhuizen. Later volgt de rest. Dat is overigens bij andere geneesmiddelen ook zo.

De voorzitter: Kunt u «later» specificeren?

Minister Schippers: Dit zijn altijd heel ingewikkelde trajecten. Dat kunnen wij zo niet zeggen.

De taken van de inspectie worden uitgebreid. Hoeveel personeel komt erbij? Ik heb geen lijstje met aantallen in mijn binnenzak zitten, dat ik meteen kan uitdelen. Ik weet wel dat er sprake is van plussen en minnen. In de praktijk heeft de inspectie het meeste werk aan het uitzoeken waar instellingen zitten. Dat is totale verspilling van mankracht. Ik heb bij een aantal zaken meegekeken met de inspectie en toen zag ik dat inderdaad veruit de meeste tijd ging zitten in het vinden van een instelling. Als we die registratie beter voor elkaar hebben, scheelt dat enorm veel werk. De inspectie heeft aangegeven dat een snellere uitbreiding niet kan. Sterker nog, de organisatie zet vraagtekens bij de huidige uitbreidingsvoor-nemens. Wij willen bijvoorbeeld graag een uitbreiding naar de ouderenzorg, maar de inspectie zit wat betreft groei aan het einde van haar spankracht. Iedereen die bij de inspectie gaat werken, moet ook ingewerkt worden. Je moet uitkijken dat niet alle capaciteit in het inwerken gaat zitten, want de inspectie moet ook naar buiten om de taken waarvan wij allemaal graag willen dat ze uitgevoerd worden, uit te oefenen. Ik weet dat daar een punt zit. De inspectie denkt eerder aan temporisering dan aan versnelling van de uitbreiding van het aantal mensen.

Ik heb gezegd dat ik zal sonderen in de EU. Dat betekent dat mijn ambtenaren gaan rondbellen om vast te stellen hoe het zit in andere landen, zodat ik kan bepalen hoe kansrijk het is. Als het kansrijk is, kunnen we ernaar kijken. Ik ben er overigens niet voor om er een Nederlandse kop op te zetten, want dat heeft ontzettend weinig zin. Producten houden zich niet aan grenzen. Er is één markt, dus wij kunnen er wel een kop op zetten, maar als we dan een product uit België halen, zit die er voor dat product niet op. Ik voel daar dus ook niet zo veel voor. Ik ben het met de heer Van Gerven eens dat er in Europa een slag gemaakt moet worden ten aanzien van de medische hulpmiddelen. Daar werken we keihard aan. Ik

vrees dat we daar echt dag en nacht mee bezig zullen zijn tegen de tijd dat Nederland voorzitter is, maar misschien weet Luxemburg al heel veel stappen te zetten. Dat hoop ik.

De vermijdbare sterfte in ziekenhuizen is gehalveerd. Ik heb er niet voor gekozen om voor de komende vijf jaar weer een halvering op de lijst te zetten. Ik heb wel gekozen om gebruik te maken van het enorme enthousiasme en de enorme drive in de sector om dit traject verder in gang te zetten. Bij de uiteindelijke monitoring zullen we bekijken wat de resultaten daarvan zijn en zullen we die meten. De nuancering van de sterftecijfers wordt meegenomen in de monitor.

Uit ervaring weet ik dat een informatiepunt vrij snel opgericht kan worden. Bij ebola hebben we het voor elkaar gekregen om dat in no-time op te richten. Het Landelijk Meldpunt Zorg was meteen beschikbaar. Het RIVM is daar later bijgeschakeld. Mensen konden dus al meteen terecht. Overigens hebben we in deze zaak uit voorzorg stappen genomen die later niet gegrond bleken. Bij de naalden werd gezegd dat we alles uit de schappen moesten halen. Dat hebben we overigens niet gedaan, maar de maatregelen die we wel hebben genomen, bleken achteraf niet nodig. Dat is heel fijn, uiteraard, maar je moet altijd voorzichtig zijn met wat je uit voorzorg doet. Er moet geen sprake zijn van willekeur.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik dank de Minister voor haar toezegging dat ze gaat sonderen over de implantaten. We horen graag de resultaten van de zoektocht, of van de veldtocht, het is maar hoe je het wilt formuleren. In 2007 was iedereen geschokt over het getal van 1.700 doden door verwijtbaar medisch handelen. Minister Klink heeft toen gezegd dat we gingen voor een halvering. Ik, en velen met mij, dacht dat dat nooit zou gaan lukken. Uiteindelijk blijkt die halvering toch tot stand te zijn gekomen. Ik denk dat het toch goed is om met de sector af te spreken wat er in de komende vier à vijf jaar haalbaar is. Als je concrete doelen stelt, leidt dat vaak tot betere resultaten. Kan de Minister met de sector kijken wat een reëel, maar zeer ambitieus doel is? Het kan voor de sector een motivatie zijn om dat te halen.

Minister **Schippers**: Die 50% kunnen we niet herhalen. Je ziet dat altijd gebeuren. We zien dat bijvoorbeeld ook bij het antibioticagebruik, dat we met 60% gereduceerd hebben. Ik kan vertellen dat de komende 10% een stuk moeilijker gaat worden dan die 60% in zijn geheel. Dat zie je hier ook. Het laaghangend fruit hebben we inmiddels gehad, want heel veel zat in het operatief proces. Dat heeft het veld zelf gerealiseerd. Een heleboel mensen dachten dat dit niet ging lukken, maar het veld heeft het toch voor elkaar gekregen. Ik wil dat het veld nu zijn eigen doelen formuleert. Ik wil ook dat er geen sprake is van vrijblijvendheid. Ik ben het met de heer Van Gerven eens dat we moeten voorkomen dat we nu achterover leunen en zeggen dat we er zijn. Daarom ga ik dat dus monitoren. Bij de monitoring van het NIVEL wordt zichtbaar wat iedereen voor elkaar weet te boksen. Dat is een heel belangrijke prikkel om de inzet maximaal te krijgen. Ik heb gepresenteerd welke inzet ik van belang vind om dit proces gaande te houden. Ik ben bang dat als ik nu een nieuwe doelstelling noem, het als een boemerang terugkomt. Ik denk dat de sector daar eerder last van heeft dan dat we die enorme boost die het de vorige keer heeft gegeven, kunnen herhalen. Dat zou ik echt heel erg jammer vinden.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is altijd de vraag wat de beste weg is. We zullen zien hoe het verloopt. Die halvering is uiteraard een goede zaak. Maar 1.000 vermijdbare sterftegevallen is nog steeds heel veel. Iedereen wil natuurlijk graag dat dat aantal teruggebracht wordt.

Minister **Schippers**: Daarom is er ook een maximale inzet voor de volgende stappen nodig. We hebben gezien hoe ongelooflijk moeilijk de

volgende stappen ten aanzien van medicatieveiligheid, overdracht en infectiepreventie zijn. Het gaat hier en daar ook best pijn doen. We zullen daar met de programma's bovenop blijven zitten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik moest nog even nadenken over de slogan van de Minister. Ik had hem even opgezocht op de website. De slogan is: «Kijk uit. Jezelf mooier maken kan lelijk uitpakken. Een geslaagde ingreep begint bij een goede arts.» Hij is wat lang. Het punt dat wij aanstippen, is, los van de horrorborstendokter, dat de gehele cosmetische sector uit paramedici bestaat. Het zijn geen artsen. Het lastige van zo'n slogan is dat mensen denken dat andere dingen veilig zijn omdat er geen schoonheidsspecialisten mee worden bedoeld. Komt er ook een link bij te staan, zodat mensen weten waaraan je een veilige arts kunt herkennen? Want anders blijft de slogan in de lucht hangen. Ik heb de slogan even snel op de website opgezocht en misschien staat het er allemaal bij, maar kon ik het niet vinden.

Minister **Schippers**: Zo'n slogan opstellen is een heel proces. Ik heb me daar ook niet mee bemoeid. In zo'n proces moet je jezelf niet te veel laten gelden. De sector heeft de slogan zelf gemaakt. Ik heb het alleen genoemd als onderdeel. De communicatie ligt op alle vlakken. Mensen kijken naar programma's waarin mensen nieuwe neuzen, borsten et cetera krijgen. Die ingrepen worden door artsen gedaan en daarbij is het van groot belang dat mensen niet denken dat als iemand een witte jas aan heeft, het daarom wel goed zal zijn. Dat geldt overigens niet alleen voor Nederland. Er is evident cosmetisch toerisme naar landen – ik zal ze niet noemen – waar cosmetische ingrepen veel goedkoper zijn, twee voor de prijs van één. Het is schokkend hoe misvormd vrouwen soms terugkomen van die cosmetische reisjes. Ik zeg niet dat dat altijd zo is, maar ik heb voorbeelden gezien van hoe ongelooflijk dat kan misgaan. Ik hoop dat besef in te kunnen laten burgeren. Mensen die helemaal niet van plan zijn om in Nederland te gaan, maar kiezen voor de twee halen één betalen in het buitenland, moeten beseffen dat niet iedereen in een witte jas hetzelfde kan en dat er echt wel risico's aan zo'n ingreep vastzitten. Wat mij gestoord heeft, is dat er ongelooflijk veel programma's zijn waarin het lijkt alsof die ingrepen allemaal in de lunch kunnen. We zien iemand de operatiezaal ingereiden worden, er meteen weer uitkomen en meteen heel blij rondhuppelen. Dat is mijn persoonlijke hartenkreet. De zaken die ik op mijn bureau krijg, zie ik dus nooit in dit soort programma's. Het is van belang dat we mensen door een breed communicatietraject duidelijk maken dat het wel over lijf en leden gaat. Deze slogan is daar onderdeel van. Ik zag een tv-programma waarin iemand zei: ik laat mij in mijn lunch even bijspuiten. Alsof ze haar nagels liet lakken. Daar gaat het mij om. Ik heb ook nooit begrepen waarom mensen blauwe pilletjes slikken en niet willen weten wat erin zit. Hetzelfde is hier aan de hand. Ik begrijp niet dat mensen allerlei rotzooi in hun gezicht laten spuiten zonder zich goed te laten informeren over wat er in hun gezicht wordt gespoten. Ik heb met vrouwen gesproken die allerlei wandelende rommel in hun gezicht hebben. Daarom heb ik vastgelegd dat de permanente rimpelvullers, die eigenlijk al door de richtlijn verboden waren, niet ingespoten mogen worden. Dat mag alleen als er sprake is van een medische noodzaak, als bijvoorbeeld door kanker delen van je gezicht weg zijn. Daarvoor zijn ze ook bedoeld. Die vullers zijn niet bedoeld om je jukbeenderen te verhogen. Omdat die slogan goedgekeurd is, wilde ik die hier vertellen. Het hele communicatietraject komt er nog aan. Dat zal een breed communicatietraject zijn. Mijn inzet is dat mensen voordat ze een cosmetische ingreep laten doen, zelf nadenken over waar ze heengaan. De overheid moet het kader scheppen waarbinnen dingen verantwoord zijn, maar ik vraag ook de mensen om zelf na te denken over wat ze laten doen. Dat is een lang antwoord. Ik ben het dus met mevrouw

Bouwmeester eens dat de slogan maar een klein onderdeel vormt. De rest van het communicatietraject moeten we nog met het veld bespreken. We moeten nog bekijken via welke wegen we communiceren. Moet dat via radio, tv of anders? Gaan we werken met keurmerken? We zijn nog bezig om die slag te maken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Deze passie van de Minister voor patiëntveiligheid zien we natuurlijk heel graag. Dat vind ik heel goed. Het is een geruststellend antwoord. Ter geruststelling van de Minister: ik ga me als Kamerlid niet bemoeien met een communicatietraject, maar ik had er alleen een vraag over. Hoort ook bij dat traject dat als iemand de deur binnenloopt bij een huidtherapeut, schoonheidstherapeut of plastisch chirurg, hij in één oogopslag kan zien welke drie vragen de NPCF heeft meegegeven om te zien of iets deugt? Is dat ook het doel van dit plan? Want anders kunnen de mensen nog steeds niet kiezen, omdat ze niet weten wanneer het veilig is.

Minister **Schippers**: Dat zou inderdaad een mooie uitkomst zijn. We hebben in Nederland vrijheid van therapie. Zo hebben we ook alternatieve geneeswijzen, die niet wetenschappelijk bewezen zijn. Dat zul je in deze sector ook houden. We willen alleen apparaten die heel schadelijk zijn uit die sector halen. Dat er allerlei mensen allerlei beloftes doen, zal blijven. Ik ben altijd zeer gecharmeerd van een keurmerk. Je kunt met elkaar afspreken wat een instelling met zo'n keurmerk moet doen als iemand de deur binnenloopt. Wat zijn dan de vragen die je stelt? Welke informatie geef je? De NPCF kan daar zeker bij helpen door op te schrijven welke vragen je moet stellen.

De **voorzitter**: Dit waren de antwoorden van de Minister. Niemand heeft aangekondigd dit overleg in de plenaire zaal te willen afronden. De antwoorden zijn dus bevredigend geweest. Ik dank de Minister en haar ambtenaren, de collega's en het publiek op de tribune.

Sluiting 16.15 uur.

Volledige agenda

1. Maatregelen cosmetische sector

Kamerstuk 31 765, nr. 79 – Brief regering d.d. 21-10-2013

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

2. Aanbieding van het rapport EMGO/NIVEL naar vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen

Kamerstuk 31 016, nr. 59 – Brief regering d.d. 18-11-2013

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

3. Toezegging over de schriftelijke informatievoorziening voor patiënten ten aanzien van implantaten

Kamerstuk 33 758, nr. 17 – Brief regering d.d. 17-12-2013

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

4. Staat van de Gezondheidszorg 2013

Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 79 – Brief regering d.d. 13-12-2013

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Verplichte publicatie sterftecijfers

Kamerstuk 33 497, nr. 13 – Brief regering d.d. 29-01-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

6. Antwoorden op vragen van de commissie over maatregelen cosmetische sector

Kamerstuk 31 765, nr. 85 – Brief regering d.d. 20-03-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

7. Patiëntveiligheid

Kamerstuk 31 016, nr. 66 – Brief regering d.d. 24-04-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Toezegging notaoverleg patiëntveiligheid over de kwaliteit van bij- en nascholing

Kamerstuk 33 497, nr. 14 – Brief regering d.d. 30-06-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Aanbieding rapportage Intensieve Toezicht Spijkenisse Medisch Centrum (SMC)

Kamerstuk 31 016, nr. 78 – Brief regering d.d. 14-07-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

10. Aanbieding van het rapport Implantaatgedragen prothesen van het Zorginstituut Nederland

Kamerstuk 32 805, nr. 30 – Brief regering d.d. 19-09-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

11. Reactie op het advies van het RIVM over carbapenemresistente bacteriën

Kamerstuk 32 620, nr. 146 – Brief regering d.d. 16-12-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

12. Review naar de vermelding van opgelegde maatregelen in het BIG-register en informatie door het CIBG

Kamerstuk 29 282, nr. 212 – Brief regering d.d. 17-12-2014

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Stand van zaken met betrekking tot injectienaalden

Kamerstuk 32 805, nr. 37 – Brief regering d.d. 26-03-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

14. Aanbieding van het rapport Meer oog voor kwaliteit bij cardiothoracaal chirurgische centra van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Kamerstuk 31 765, nr. 138 – Brief regering d.d. 02-04-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

15. Reactie op berichtgeving van Een Vandaag over het onderwerp «stents en hartkatheters mogelijk niet steriel» en stand van zaken rond het onderzoek naar de injectienaalden van Terumo

Kamerstuk 32 805, nr. 38 – Brief regering d.d. 17-04-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. Nadere resultaten RIVM-onderzoek injectienaalden

Kamerstuk 32 805, nr. 39 – Brief regering d.d. 07-05-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

17. Stand van zaken vervolg maatregelen cosmetische sector

Kamerstuk 31 765, nr. 158 – Brief regering d.d. 02-07-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

18. Schorsing CE-certificaat implantaten Silimed

Kamerstuk 32 805, nr. 42 – Brief regering d.d. 25-09-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

19. Bijwerkingen implantaten

Kamerstuk 32 805, nr. 43 – Brief regering d.d. 06-10-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

*20. Reactie op het rapport meldactie Veilige zorg van de Nederlandse
Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)*

Kamerstuk 31 765, nr. 165 – Brief regering d.d. 07-10-2015

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers