

Vergaderjaar 2010–2011

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 1414

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouwehand (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsmä (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

² Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (PvdA), Dijsselbloem (PvdA), Sterk (CDA), Van Bochove (CDA), Aptroot (VVD), Van Dam (PvdA), Knops (CDA), Brinkman (PVV). voorzitter, VoordeWind (ChristenUnie), Spekman (PvdA), Thieme (PvdD), Fritsma (PVV), Karabulut (SP), Gesthuizen (SP), Dibi (GroenLinks), Kuiken (PvdA), ondervoorzitter, Berndsen (D66), Van Nieuwenhuizen (VVD), Schouw (D66), Van der Steur (VVD), Van Klaveren (PVV) en Taverne (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Arib (PvdA), Çörüz (CDA), Omtzigt (CDA), De Liefde (VVD), Çelik (PvdA), Smilde (CDA), Elissen (PVV), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Dekken (PvdA), Ouwehand (PvdD), Bontes (PVV), De Wit (SP), Kooiman (SP), Sap (GroenLinks), Jadnanasing (PvdA), Hachchi (D66), Azmani (VVD), Pechtold (D66), Venrooy-van Ark (VVD), Kortenhoeven (PVV) en Schaart (VVD).

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 19 april 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de algemene commissie voor Immigratie en Asiel² hebben op 24 maart 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en minister Leers voor Immigratie en Asiel over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 januari 2011 over het IGZ-rapport overlijden asielzoeker AZC Leersum (29 484, nr. 18);**
- **de brief van de minister voor Immigratie en Asiel d.d. 11 februari 2011 met de beantwoording van vragen over de advisering BMA over zieke uitgedeelde asielzoekers (19 637, nr. 1398).**

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De voorzitter van de algemene commissie voor Immigratie en Asiel,
Brinkman

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Mulder
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Arib, Dijkstra, Gerbrands, Van Gerven, Mulder, Van Nieuwenhuizen, Smilde, Voordewind, Voortman,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en minister Leers voor Immigratie en Asiel, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministerie.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg, en heet alle aanwezigen van harte welkom.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Wij hebben vorig jaar een waardig debat gehad naar aanleiding van het overlijden van een zwangere Somalische vrouw, die toen in het azc Leersum verbleef. Wij hebben toen om een rapport van de inspectie gevraagd, omdat we precies wilden weten wat er toen mis is gegaan. Dat rapport staat vandaag op de agenda. Het rapport van de Inspectie voor de gezondheidszorg geeft duidelijk aan dat er fouten zijn gemaakt door de huisarts, die geen goede zorg heeft geleverd, door de praktijkondersteuning, die te eigengereid is opgetreden, door de huisarts en de praktijkondersteuning, die niets hebben vastgelegd in dossiers, door de leiding van het azc, die de huisarts had verboden op het terrein te komen, door de beveiligingsmedewerkers, die niets hebben gedaan. Maar vervolgens zegt de inspectie dat dat allemaal niet zo erg is, en dat er geen klacht moet worden ingediend. De minister zwakt een en ander dan nog verder af door alleen te melden dat in de betreffende nacht is gehandeld zoals verwacht mocht worden, en dat er tekortkomingen zijn in de periode daarvoor. Verder moeten alle asielzoekerscentra de aanbevelingen overnemen, en moet de inspectie erop letten dat dat gebeurt.

Enkele feiten uit het rapport van de inspectie. Om te beginnen is de asielzoekster in twee maanden tijd negen keer bij de huisarts geweest met klachten, maar ze is alleen door de praktijkondersteuning gezien, en één keer door de waarnemer. Twee dagen voor het overlijden wordt een veel te lage bloeddruk gemeten door de praktijkondersteuning, die tot onmiddellijk ingrijpen had moeten leiden. Een waarnemer zegt dat dit niet is gemeld en hij had geen toegang tot het dossier. Er is niets meer te vinden over wie wat heeft gedaan. Het waarneembriefje is kwijt. Een dag daarna heeft de echtgenoot gezegd dat de vrouw niet meer kon bewegen, maar dat hij maar moest bellen als het erger werd. De praktijkondersteuner zegt dat hem werd verteld dat het beter ging. Samenwerking tussen huisarts en praktijkondersteuning was niet goed. De huisarts mocht van de leiding niet meer op het terrein van het azc komen. In de nacht van overlijden was er geen triage door de praktijkondersteuning. De vrouw kan niet naar beneden, maar de leiding zegt dat ze haar maar met een aantal mensen naar beneden moesten sjuwen. De taxi naar de huisartsenpraktijk kan de vrouw niet meenemen, dus komt de huisarts naar het azc en al die tijd ligt de vrouw daar op de gang, op een matrasje. Uiteindelijk komt de ambulance 45 minuten later, en de vrouw overlijdt in de ambulance.

Alles wat mis kon gaan, is misgegaan. Toch is niemand verantwoordelijk. Is het leven van een asielzoekster minder waard? Ik vind dit nog steeds onacceptabel. Huisartsen en praktijkondersteuners zijn duidelijk te kort geschoten. Misschien niet in de nacht van overlijden, maar het had niet zover hoeven komen als in de periode daarvoor niet zoveel fouten waren gemaakt. Ook de leiding van het azc valt wel wat te verwijten. Zij is toch verantwoordelijk voor de asielzoekers die nergens anders heen kunnen? Volgens mij gaat het hier niet om incidenten, want we hebben hierover al eens eerder debatten gehad. Het gaat om structurele fouten, die moeten

worden opgelost. Ik krijg graag een overzicht van hoe de zorg is geregeld in alle azc's en hoe de aanbevelingen van de inspectie straks worden uitgevoerd. Ik zou daarover graag eens per drie maanden een voortgangsrapportage krijgen.

Ik vraag aan minister Leers hoe het kan dat hij in zijn beantwoording van de vragen over de feitelijke toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers die moeten worden teruggestuurd, aangeeft dat dat afhankelijk is van financiële, geografische en infrastructurele factoren en veiligheidsaspecten. Maar daar gaat het nu juist om. Het lijkt aannemelijk dat een medisch adviseur van het Bureau Medische Advisering (BMA) hierover niet kan adviseren. Dat is zijn taak ook niet. Het is te gemakkelijk om te zeggen dat deze factoren buiten beschouwing moeten worden gelaten. Ik krijg graag een reactie van de minister op de brief die wij van de KNMG hebben gehad, die daarmee ook heel grote problemen heeft. Dit kabinet wil illegaal verblijf strafbaar stellen. Welke gevolgen heeft dat voor patiënten die illegaal zijn in verband met de volksgezondheid, en voor degenen die illegale patiënten helpen? Dit kabinet komt met een verplichte meldcode, waarom wij jarenlang hebben gevraagd. Wordt deze meldcode ook verplicht in azc's waar kwetsbare kinderen verblijven? Verder krijg ik graag een reactie op het bericht dat gemeenten willen dat de medische zorg voor asielzoekers toegankelijk wordt, en dat asielzoekers niet afhankelijk moeten zijn van een callcenter, waar waarschijnlijk geen tolken aanwezig zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Een breed scala aan organisaties en personen heeft ons de afgelopen tijd benaderd over dit onderwerp. We kregen brieven van Pharos, de KNMG en VluchtelingenWerk Nederland, en ik heb gesproken met vrijwilligers, mensen die bij het Gezondheidscentrum asielzoekers (GCA) werken, voormalige IGZ-medewerkers en ook mensen die zelf asielzoeker zijn geweest, vaak overigens onder de grote voorwaarde van anonimiteit. Al die informatie brengt mij tot de conclusie dat er op korte termijn een aantal zaken moet veranderen in de medische zorg voor asielzoekers, en dat heel kritisch moet worden gekeken naar de manier waarop we deze zorg geregeld hebben.

Helaas proef ik datzelfde gevoel van urgentie niet in de stukken die het kabinet ons heeft doen toekomen. De stem voor een streng asielbeleid klinkt sterker door dan de stem voor kwalitatief goede zorg voor alle in Nederland verblijvende personen. Ik wil graag de volgende zaken bespreken: het rapport van de IGZ, de advisering van het BMA en de beantwoording van onze vragen van vorige week.

Over het IGZ-rapport geeft het kabinet aan dat de zorg in de nacht zelf juist is geweest, maar dat er in de voorafgaande dagen wel tekortkomingen zijn geconstateerd. Een milde manier om de fouten die zijn gemaakt te typeren. Mevrouw Arib is hier uitgebreid op ingegaan. Met VluchtelingenWerk Nederland is GroenLinks daarom van mening dat te allen tijde een huisarts beschikbaar moet zijn die direct inzage in het medisch dossier heeft. Dat moet ook leiden tot een beter functionerende praktijklijn. Kunnen de ministers toezeggen dat dit op korte termijn gerealiseerd wordt? Verder mag je tijdens kantooruren verwachten dat een asielzoeker die zich bij de huisartsenpost meldt, meteen een afspraak kan maken of bij acute nood meteen een arts kan zien. Schrijnend vond ik het voorbeeld van Argos van de man die met zijn zoonnetje dat koorts had eerst werd weggestuurd bij de huisartsenpost, maar na tussenkomst van de praktijklijn, die daarin echt snel handelde, opeens wel terecht kon. Delen de ministers het standpunt van GroenLinks dat gegeven het feit dat huisartsen extra ondersteuning krijgen zij asielzoekers niet van het kastje naar de muur mogen sturen?

GroenLinks wil echt goed onderzoek of deze manier van werken wel een verbetering is. Wij krijgen de indruk dat het volume aan zorg dat wordt

geboden sinds de wijziging in 2009 eerder af- dan toe is genomen, terwijl de wijziging juist ook na een reeks van missers tot stand is gekomen. Wij willen dat elke stap in het proces, elke schijf – dat zijn er nogal wat – goed wordt onderzocht. Wij kunnen ons bijvoorbeeld voorstellen dat het aantal meldingen bij de IGZ niet zoveel zegt. Immers, hoeveel asielzoekers kennen de mogelijkheid van melding, en hoeveel zijn ertoe bereid als je al de druk voelt van een lopende asielprocedure?

De minister eindigt de brief met de conclusie dat de zorg voor asielzoekers in het algemeen goed geregeld is. Deze minister staat toch voor kwalitatief hoogstaande zorg? Deze moet er dan toch ook zijn voor asielzoekers? Indien het antwoord op die vraag ja is, dan is er ook een vervolgvraag. Deelt het kabinet het standpunt van GroenLinks dat, om de zorg voor asielzoekers op hetzelfde niveau te krijgen als dat van alle Nederlanders, voor asielzoekers een grotere inspanningsverplichting bestaat? Zij spreken vaak geen Nederlands, kennen de weg niet en leven vaak geïsoleerd van de Nederlandse maatschappij. Een extra inspanning is dus nodig om dezelfde zorgkwaliteit te kunnen bieden.

Ik kom toe aan de brief over het BMA. Minister Leers citeert uitgebreid uit het rapport van de IGZ uit 2006, maar wel selectief, want BMA-adviseurs voelen zich wel degelijk onder druk gezet doordat adviesaanvragen niet altijd met een simpel ja of nee zijn te beantwoorden. Aan deskundigheidsbevordering van de adviseurs die basisarts zijn wordt niet systematisch aandacht besteed, en de borging van de kwaliteit van de adviezen is onvoldoende. Dat stond al in het rapport uit 2006. Wat is daarmee gedaan? GroenLinks deelt daarnaast het standpunt van de KNMG dat de situatie in Nederland het vertrekpunt dient te zijn bij de beoordeling van feitelijke beschikbaarheid van zorg in het land waarnaar wordt uitgezet. Graag een reactie van de minister hierop.

Tot slot de antwoorden op onze vragen van vorige week. Het kabinet zegt dat de zwangere vrouw waarnaar wij gevraagd hebben niet naar het vertrekcentrum in Ter Apel is gebracht, maar naar de vrijheidsbeperkende locatie Vlagtwedde. Deze zitten op hetzelfde terrein. Het is voor ons absoluut onvoldoende om daarin de garantie te zien dat de zorg voor deze mevrouw gewaarborgd is. Alleen noodzakelijke zorg strookt ook niet met het streven van dit kabinet inzake zwangerschap en geboorte. De zorg voor deze mevrouw moet net zo goed zijn als die van bijvoorbeeld de vrouw van onze geachte commissievoorzitter, temeer daar uit onderzoek van de VU gebleken is dat de kans op complicaties tijdens de zwangerschap bij asielzoekers vierenhalf keer groter is dan bij andere vrouwen die in Nederland wonen.

Ik doe een beroep op het kabinet en de coalitiepartijen om het sociaal grondrecht van goede zorg te erkennen en te waarborgen in maatregelen op de korte termijn, en structurele verbeteringen op de iets langere termijn.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de minister voor het rapport van de Inspectie voor de volksgezondheid over het tragische overlijden van een Somalische vrouw in het azc Leersum. Het rapport is helder, maar roept in de conclusies wel vragen op. Hoe is het in vredesnaam mogelijk dat een locatiemanager een terreinverbod geeft aan een huisarts, waardoor de basiszorg niet geleverd kan worden? Het COA ontzegt de bewoners hiermee de toegang tot de basiszorg. Hoe kan dat? Verder stelt de inspectie dat er geen directe relatie kan worden gelegd tussen de calamiteit en de slechte wijze waarop de zorg was geregeld. Deze conclusie lijkt mij nogal tegenstrijdig.

De inspectie komt tot een aantal maatregelen. Zo moet er onverwijld voor worden gezorgd dat de problemen tussen de huisarts, de leiding van het centrum en de praktijkondersteuners worden opgelost. Er moet onverwijld een protocol worden opgesteld. Het Gezondheidscentrum asielzoekers, de praktijkondersteuners en de huisarts moeten onverwijld

zorgen voor een werkwijze die leidt tot wel verantwoorde zorg. Het rapport van de inspectie is van 12 januari, dus twee maanden geleden. Ik ga er dan ook vanuit dat de aanbevelingen en de maatregelen inmiddels zijn uitgevoerd. Kan de minister dat bevestigen?

Verder hebben wij contacten gehad met een lokale fractie van de ChristenUnie in de Utrechtse Heuvelrug, waar Leersum onder valt. Zij maken zich grote zorgen over de sfeer op het azc. Bewoners spreken in vertrouwen met bijvoorbeeld vertegenwoordigers van kerken en andere organisaties buiten het azc over dingen die niet goed gaan, maar durven de kritiek niet in het openbaar te vertellen. Herkent de minister dit beeld? Kan hij aangeven wat hij hieraan gaat doen? We hebben het eerder gehad over een vertrouwenspersoon op azc's.

Naar aanleiding van de uitzending van ZEMBLA over de advisering door het BMA heeft de commissie op advies van de ChristenUnie een aantal vragen aan de minister gesteld. Ik dank hem voor de antwoorden, en ik begrijp het helemaal als hij stelt dat de Nederlandse overheid het gat tussen onze kwaliteit en standaarden in de gezondheidszorg hier en elders niet goed kan dichten via het vreemdelingenbeleid. Het feit dat mensen in een land met slechtere gezondheidszorg dan de onze ziek worden, is geen reden om ze toe te staan hierheen te komen. Maar dat was de centrale vraag niet die ik aan de minister heb willen stellen. Het gaat nu om de vraag of de minister bij een asielzoeker die in Nederland afhankelijk is geworden van de medische zorg bij wijze van spreken een dialyseapparaat mag ontkoppelen om hem terug te sturen.

De minister zegt dat hij de totale beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in het ontvangende land of het land van herkomst niet goed kan toetsen. Hij kan alleen kijken of de zorg aanwezig is. Maar we moeten toch iets verder kunnen kijken of de aanwezige zorg ook toegankelijk is? Wat betekent dan in de ogen van de minister het begrip «beschikbaarheid»? Dat betekent toch dat op het moment dat zo'n asielzoeker teruggestuurd wordt, hij feitelijk kan beschikken over die zorg? We moeten het dus breder bekijken: de zorg moet niet alleen ergens in een ziekenhuis beschikbaar zijn, maar moet ook toegankelijk zijn. Dat heeft onder andere te maken met de financiële mogelijkheden.

Kan de minister nader ingaan op de tegenstrijdige signalen die ik krijg over de betrouwbaarheid van de adviezen van SOS Internationaal en de vertrouwensartsen? Zijn deze nu anoniem of niet? Is de informatie verifieerbaar en hoe kan het dat een simpel telefoontje naar een medisch specialist in het land van herkomst tegenstrijdige informatie kan opleveren? Graag helderheid op dit punt.

Ten slotte de strafbaarstelling van illegaliteit en medische zorg. Van de GGD Hollands Midden ontvingen wij een afschrift van zijn brief aan de minister. De GGD stelt terecht dat uit humanitair en maatschappelijk oogpunt de zorg ook voor illegalen bereikbaar en beschikbaar moet blijven. Dat stel ik voorop. De ChristenUnie ziet de meerwaarde van het strafbaar stellen van illegaliteit absoluut niet. De nadelen zien we wel, en dat heeft de GGD ook goed geschetst in de brieven.

Allereerst de medeplichtigheid die de zorgverleners zou kunnen worden opgelegd. Kan de minister hier klip-en-klaar zeggen dat de medici die hulp blijven bieden aan asielzoekers niet medeplichtig worden, als het kabinet al de weg opgaat van de strafbaarstelling van illegalen? Kunnen we daarover vandaag duidelijkheid krijgen?

Ik kom toe aan de gevolgen voor de volksgezondheid van de asielzoeker zelf. Daarover hoor ik graag de mening van de minister. De illegalen zouden niet zolang moeten wachten, uit vrees om te worden opgepakt of te worden gearresteerd. Dat kan alleen maar tot een verslechtering van hun gezondheidssituatie leiden, met name als het gaat om bijvoorbeeld infectieziekten. De GGD pleit dan ook voor een onderzoek naar de mogelijke consequenties voor de illegalen en de volksgezondheid als die strafbaarstelling wordt ingesteld. Kan de minister dat toezeggen, om te

overzien wat de gevolgen zijn van het strafbaar stellen van illegalen met betrekking tot de gezondheidszorg van die illegalen? Graag hoor ik of de minister daartoe bereid is.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik spreek hier namens de SP, maar ook als oud-huisarts. Dat verklaart toch ook de grote emotionaliteit die ik ervaar bij dit thema. Als je het dossier over de tragische dood van Zahara Bare Mohamed leest, dan bekruipt mij een groot gevoel van schaamte. Schaamte voor de gebrekkige zorg die werd geboden, met een fatale afloop. Schaamte voor de zorg die wij als beschaafd land hebben geboden aan een asielzoekster. Want wat daar gebeurd is, beschouw ik als beestengeneeskunde. Ik vraag me af wat er gebeurd zou zijn als daar een Nederlandse vrouw had gelegen. Was ze ook zo behandeld? Nee, dat zou niet gebeurd zijn. Nu zijn we acht maanden verder, en de inspectie heeft de zaak onderzocht. De minister neemt de conclusies van het rapport over. De betrokken zorgverleners hebben in de nacht gehandeld op de wijze die op dat moment van hen verwacht mocht worden, gegeven de normen voor verantwoorde zorg. Het staat er echt, een conclusie die ik wederom met schaamte en verbazing lees. Ik waag het te betwijfelen dat hier verantwoorde zorg is geleverd. Als je het verslag van de inspectie leest, is naar mijn idee duidelijk dat het systeem gefaald heeft. Met dat rapport is echt iets vreemds aan de hand. Er wordt geconstateerd dat er van alles mis was: een slechte taakverdeling tussen de praktijkondersteuner en de huisarts, medische gegevens, een te late ambulance, maar een oorzakelijk verband tussen het overlijden en de gebrekkige zorg kan niet worden geconstateerd. Het rapport is scherp in zijn analyse, maar de conclusies zijn zwak en onverklaarbaar. Het lijkt me evident dat er bij een zwangere vrouw met koorts en een verlaagde bloeddruk alle reden is om medisch te handelen. Een zwangere vrouw in medische nood en in shock niet behandelen is toch verwijtbaar? Ik kan het niet anders zien. Waarom is deze zaak niet aanhangig gemaakt bij het tuchtcollege? Daar is namelijk alle reden toe. Is de zaak nog in behandeling bij het OM? Hoe staat het daarmee? Het is echt belangrijk dat bij deze zaak de onderste steen en de volledige waarheid boven komen. Dat mag niet worden toegedekt, zoals het kabinet en de inspectie doen.

Wat gaat het kabinet ondernemen om dat volledig boven tafel te krijgen? Het is noodzakelijk, ook gezien het feit in het rapport dat de POH-verpleegkundige en de dokter elkaar tegenspreken. Het is onmiskenbaar: één van beiden liegt. Dat blijkt uit de feiten, en uit het relaas van Argos. Dat moet gewoon worden uitgezocht. Hoe is de situatie met de achtergebleven gezinsleden? Hebben zij inmiddels een verblijfsvergunning? Dat is het minste wat wij voor hen kunnen doen. Welke les kunnen wij trekken uit deze casus? De SP was altijd al een groot tegenstander van de nieuwe constructie. Was het wel zo verstandig om de medische zorg om financiële motieven uit te besteden aan een commerciële partij? Die vraag dient nadrukkelijk te worden gesteld. We gaan het systeem evalueren, maar als je het nu ziet, is het landelijk georganiseerd, het loopt over enorm veel schijven, en ondanks de individuele betrokkenheid van elk schijfje is het totale resultaat gewoon niet goed. Naar mijn idee moet het systeem op de helling, en moeten wij terug naar de GGD. De GGD moet het gaan organiseren, en het moet worden weggehaald bij de reguliere huisartsen, die daar niet voor zijn geëquipeerd. Het gaat om mensen in een bijzondere situatie, ontwortelde mensen met taalproblemen, die echt een soort tropengeneeskunde behoeven. Daarvoor heb je gewoon gespecialiseerde mensen nodig die per centrum die zorg regelen en organiseren. Ik wil dat het kabinet die optie serieus onderzoekt, om te kijken of dat een oplossing kan bieden voor de toekomst.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben het helemaal eens met collega Van Gerven, dat het nu niet goed gaat. Maar teruggaan naar de oude situatie is ook

niet de oplossing. We hebben eerdere debatten gehad, ook naar aanleiding van de oude situatie met de medische opvang asielzoekers (MOA), en ook toen is er een kind overleden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat aan de oude situatie het nodige te verbeteren was. Maar ik wil eigenlijk door naar de nieuwe situatie. Ik denk dat de zorg voor die groep mensen per azc moet worden georganiseerd, en wel geregionaliseerd. Ik denk dat dat bij uitstek een taak is voor GGD-artsen, in samenwerking met verpleegkundigen. Dat is geen taak waar de gemiddelde huisarts toe in staat is, ook al doet hij zijn best. Ik wil dit serieus onderzocht zien. Ik ken de voorgeschiedenis, toen ook alles niet koek en ei was, maar ik ben er erg voor dat het teruggaat naar de GGD, omdat die ook de openbare gezondheidszorg biedt. Dat moet eigenlijk terug in één hand.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik denk dat de kern van het probleem hem juist erin zit – of het nu een verpleegkundige van de GGD of een praktijkondersteuner is – dat zij niet degenen zouden moeten zijn die een diagnose maken. De asielzoekers zouden direct toegang moeten hebben tot de huisarts. Dat was bij de MOA een probleem, en nu ook weer.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik ben dat eens met mevrouw Arib. De praktijkverpleegkundigen moeten er niet tussen zitten als de asielzoeker een dokter wil zien. Dat moet gewoon kunnen. Maar mijn punt is dat het het beste kan worden georganiseerd op lokale schaal. Bekendheid is ontzettend belangrijk voor goede zorg, en dat is het probleem. We hebben allemaal die uitzending van Argos beluisterd, en dan merk je dat die mensen achter de telefoon allemaal hun best doen. Maar het gaat over zoveel schijven en het duurt zo lang, dat is gewoon niet goed. Het duurt bij wijze van spreken een half uur om een afspraak te maken, en dat is niet goed, dat moet anders.

Het BMA komt steeds terug. De artsen die daar werken staan voor een enorm dilemma. Ze hebben allemaal de artseneed afgelegd en daarin staat kernachtig samengevat dat het belang van de patiënt leidend is. Dat staat op gespannen voet met het uitzettingsbeleid dat wordt gehanteerd. Over de beschikbaarheid van de zorg in het land waar ze naartoe moeten, zegt het kabinet dat, als er ook maar ergens een plek is waar die zorg er is, ook al is het theoretisch, dat oké is. Maar ik denk dat dat niet oké is. Er moet een toets komen dat ook de beschikbaarheid van de zorg in het land van herkomst er op enigerlei wijze is. Als daar niet meer ruimte komt, moeten we maar een uitspraak van de Kamer vragen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ook mijn fractie vindt het overlijden van de zwangere Somalische vrouw bijzonder tragisch, maar wij zien het ook als een incident. Hoewel het een drama voor alle betrokkenen is, sluiten wij ons wel aan bij de mening van de minister dat de zorg voor asielzoekers in principe wel goed is geregeld in Nederland. Tekortkomingen die de inspectie heeft geconstateerd behoeven verbetering, maar zijn niet in direct verband te brengen met het incident. De inmiddels genomen en nog te nemen maatregelen om deze tekortkomingen op te lossen lijken ons afdoende om ervoor te zorgen dat de spoedeisende medische noodzakelijke hulp toegankelijk is voor asielzoekers. In tegenstelling tot wat hiervoor is gezegd: de IGZ heeft niet alleen aanbevelingen gedaan, ze worden ook geïmplementeerd in alle azc's. Het is dus niet zo dat de boel stilstaat.

Het is overigens wel goed dat de IGZ naar alle azc's kijkt, want we moeten voorkomen dat dit nog eens gebeurt. Controle op de implementatie van de aanbevelingen van de IGZ lijkt ons een goede zaak. Wel willen wij de nadruk leggen op de woorden spoedeisend en noodzakelijk die ik eerder gebruikte. Zoals we al eerder in een motie hebben aangegeven: alle zorg

die geen spoed heeft, hoeft wat ons betreft niet te worden geleverd, zolang de asielzoekers de asielstatus nog niet hebben verkregen. Wij vinden dit verantwoord, omdat we tevens pleiten voor een eenvoudiger en snellere asielprocedure.

De heer **Van Gerven** (SP): U hebt ook het inspectierapport gelezen. In zijn analyse is het rapport heel scherp: er is van alles misgegaan. Vindt u dat de kwestie van het overlijden van die mevrouw niet aan het tuchtcollege en aan het OM zou moeten worden voorgelegd?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dan heb ik een wedervraag voor u: wie gaan we melden bij het tuchtcollege? Dat is in deze kwestie natuurlijk het probleem. Er is een groot communicatieprobleem. Wat is waar? Zijn de bloeddrukwaarden wel of niet doorgegeven, was er wel of geen sprake van overleg? Dat soort dingen is niet duidelijk. Als wij dit bij het tuchtcollege of het OM willen neerleggen, stelt u dus blijkbaar voor om de hele cirkel van mensen die betrokken waren, ofwel bij het tuchtcollege ofwel bij het OM te melden.

De heer **Van Gerven** (SP): De PVV ontwijkt de vraag en meet met twee maten. Als een Nederlandse vrouw op zo'n manier zou zijn behandeld en zou zijn overleden, zou uw fractie, met de SP en de andere fracties, in de hoogste boom zitten om die medische misser aan te kaarten en te zeggen dat de onderste steen boven moet komen. De inspectie heeft een aantal tekortkomingen geconstateerd bij de verpleegkundigen, bij de huisartsen en bij het systeem. Dat moet worden uitgezocht. De inspectie kan het tuchtcollege vragen om die zaak te behandelen, en kan er ook bij het OM op aandringen dat die zaak wordt behandeld. Vindt u niet dat de onderste steen in dit geval boven moet komen?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ook wij vinden dat medische missers onderzocht moeten worden, en dat heeft de inspectie in dit geval ook gedaan. Ik heb er een beetje moeite mee dat de indruk wordt gewekt dat, als het om een asielzoeker gaat, het erger is wat er gebeurt. Als het een Nederlandse vrouw was geweest, wordt gezegd, hadden we dat allemaal van de daken staan schreeuwen. Dat denk ik niet. Als de IGZ onderzoek doet, conclusies trekt en aanbevelingen doet en ervoor kiest om dat niet bij de tuchtrechter neer te leggen, waarom zouden wij als politiek daarin dan geen vertrouwen kunnen hebben?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De PVV herhaalt in haar betoog dat de kwaliteit van de zorg voor asielzoekers minder hoog hoeft te zijn dan anderen in Nederland verblijvenden. Dat is niet verwonderlijk, maar wel triest. Ik wil even ingaan op uw punt dat er voor asielzoekers spoedeisende en noodzakelijke hulp voorhanden moet zijn. Deze minister maakt er heel terecht een punt van dat zorg zo laag mogelijk moet zijn, dus dat je zo goedkoop mogelijke zorg moet hebben om te voorkomen dat mensen later een beroep doen op duurdere zorg. Zou dat punt niet net zo goed van toepassing moeten zijn op asielzoekers?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik maak ernstig bezwaar tegen de opmerking die u net maakt, want dat heb ik niet gezegd.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): U hebt wel eerder een motie van die strekking ingediend.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Wij hebben een motie ingediend om alleen nog spoedeisende en levensbedreigende zorg te leveren. Maar ik heb hier net niet in mijn betoog gezegd dat de zorg voor asielzoekers minder moet zijn dan voor de overige bewoners in Nederland. Ik heb hier alleen gezegd

dat de indruk wordt gewekt dat, als het om asielzoekers gaat, we juist meer moeten doen. Daar maak ik bezwaar tegen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De PVV geeft aan dat de zorg moet worden beperkt tot alleen spoedeisende zorg, en dat staat gelijk aan minder zorg. Bedenk daarbij bovendien dat het hier gaat om mensen die de taal niet goed spreken, vaak geïsoleerd wonen en niet weten hoe het in de Nederlandse maatschappij werkt, dan zou toch eigenlijk de conclusie moeten zijn dat we, om dezelfde kwaliteit te hebben, een grotere inspanningsverplichting van de overheid zouden mogen verwachten?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dit voorstel doen wij in combinatie met de voorstellen om de asielprocedures aanzienlijk in te korten. Als dat gebeurt, is spoedeisende zorg voldoende. Waar wij inderdaad wel bezwaar tegen maken, is dat de bejaarde mevrouw wel een eigen bijdrage voor de ergotherapie moet betalen, en dat diezelfde regels niet gelden voor asielzoekers. Wij maken dus al een uitzondering voor de zorg ten gunste van de asielzoekers, en daartegen hebben wij wel bezwaar. Als we het hebben over gelijke monniken, gelijke kappen, dan werkt dat twee kanten op.

Ik kom toe aan de werkwijze van het BMA, ten aanzien van de terugkeer van zieke asielzoekers. Mijn fractie heeft geen kritiek op het functioneren van het BMA, en is van mening dat de onafhankelijkheid voldoende gewaarborgd is. Het BMA staat onder toezicht van de IGZ, en de inspectie twijfelt niet aan de onafhankelijkheid van de artsen, noch aan hun zorgvuldigheid. Het BMA dient in het geval van ziekte te onderzoeken of behandeling in het land van herkomst mogelijk is. Wij zijn het met de minister eens dat dit het enig juiste criterium is waarnaar het BMA moet kijken. Of de behandeling kostbaar is of op andere wijze moeilijk toegankelijk is, is voor ons niet relevant, en ook niet in strijd met de normen voor verantwoord medisch handelen. De mate van toegankelijkheid geldt immers voor alle landgenoten in het land van herkomst. Waarom zouden we daar een uitzondering voor maken? De heer Voordewind kwam met het voorbeeld van dialyse. Ook wij vinden dat je iemand niet van de dialyse kunt loskoppelen en naar een land kan sturen waar die zorg niet voorhanden is. We gaan niet iemand uitzetten als dat de dood ten gevolge heeft, dat mag duidelijk zijn. Maar als de zorg in het land van herkomst voorhanden is, moet er gewoon terugkeer kunnen plaatsvinden.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Stel dat er ergens in een privékliniek in het land van herkomst nog een nierdialyse zou staan, maar de kosten daarvan zijn heel erg hoog en er zit ongeveer 1 000 kilometer tussen de woonplaats en die privékliniek, vindt u dan dat die vrouw alsnog hier van de dialyse afgehaald zou moeten worden en teruggestuurd zou moeten worden naar het land van herkomst?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Nee, ik vind dat de maatstaf moet zijn dat dialyse normaal voorhanden is in dat land, en niet alleen in een privé-kliniek, want dan is het niet goed bereikbaar en toegankelijk voor iedereen.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): In tegenstelling tot het kabinet zegt de PVV nu dus dat niet alleen moet worden gekeken naar de beschikbaarheid, maar ook naar de toegankelijkheid van de zorg. Dan zijn we een stap verder, en daar ben ik erg blij mee. Als wij straks met een soortgelijke motie komen, hoop ik op de steun van de PVV.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik denk dat we wel moeten onderscheiden wat er in de reguliere zorg zit. U noemde het voorbeeld van de privé-kliniek. Wij hebben hier in Nederland ook privéklinieken, die niet voor

iedereen toegankelijk zijn. Dat onderscheid moet worden gemaakt. Ik heb het over de toegankelijke zorg in de reguliere zorg in het land van herkomst.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): We moeten niet alleen kijken naar de beschikbaarheid, maar ook naar de toegankelijkheid van de zorg in het land van herkomst. Dat is alweer een stap verder dan de minister, die zegt: daar ga ik niet over, ik kijk of de betreffende behandeling beschikbaar is in het land, los van de toegankelijkheid ervan. Dan zijn we wel een stap verder, en dan hoop ik dat we dit ook bij de minister los zullen krijgen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik ga ervan uit dat er gewoon wordt gekeken naar de reguliere zorg in het land van herkomst. Dat lijkt me niet meer dan normaal. Het probleem, als we daaraan andere standaards gaan koppelen, is dat straks iedereen voor medische behandeling naar Nederland komt. Voor ons wordt de zorg duur en schaars en daarom leggen wij de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de zorg bij het land van herkomst.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Een verdrietig verhaal van het overlijden van een 42-jarige asielzoekster. Achteraf blijkt haar overlijden, zo stelt de inspectie, het gevolg van haar medische omstandigheden, maar dat neemt niet weg dat sprake is geweest van zoveel miscommunicatie en moeizame verhoudingen dat hier grote risico's zijn gelopen. De inspectie heeft dat onderzocht en heeft specifieke aanbevelingen gedaan voor de azc's. Ze heeft ook gezegd dat er een protocol moet worden opgesteld, in samenwerking met de huisarts en de POH, en de mandatering van de POH, en er moet natuurlijk volgens het protocol worden gewerkt. Maar het gaat er niet zozeer om dat er een protocol wordt nageleefd, maar of mensen van vlees en bloed, dus de dokter en de praktijkondersteuner, zich hun verantwoordelijkheid realiseren, en gewoon goed samenwerken zoals dat altijd gebruikelijk is. We zien meer in de zorg dat het bij gebrekkige communicatie gewoon misgaat. Hoe zit het daarmee? Welke maatregelen zijn er inmiddels genomen? Ik noem een goede triage op de huisartsenpost, een volledige toegankelijkheid van het asielzoekersterrein enzovoorts.

In bredere zin: toegankelijkheid in de zorg is een langlopend probleem. Daarover zijn al diverse debatten gevoerd. We hebben het MOA ertussenuit gehaald, omdat dat niet goed liep. Maar hoe zit het nu met dat landelijke meldpunt? Is dat handig om mee te werken? Ik begrijp dat er nog een onderzoek plaatsvindt, maar ik wil nu weten of we het hier over een incident hebben, of ligt het echt breder? Kan de minister daarover al iets zeggen, vooruitlopend op dat onderzoek? Is naar aanleiding van dit incident al goed gekeken hoe het op de andere azc's zit?

Het CDA is voor een streng, maar rechtvaardig asielbeleid. Wij zijn ook voor een heel zorgvuldige procedure, als sprake is van een onvrijwillige terugkeer van een asielzoeker naar het land van herkomst. Het beoordelen van een mogelijke medische noodsituatie hoort daarbij. Wij hebben daarvoor procedures, en we hebben professionals die bepalen of dat het geval is. Die professionals geven een medisch oordeel, en het uiteindelijke besluit ligt bij de IND. Zo hoort het ook.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Er blijkt buiten kantooruren geen arts als achterwacht beschikbaar te zijn voor medewerkers van de praktijklijn. Dat is zo sinds 2009. VluchtelingenWerk Nederland doet nu de aanbeveling dat er wel te allen tijde een huisarts aanwezig is voor advisering. Hoe staat het CDA daarin?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Mensen in een azc moeten net als iedere Nederlander die 's nachts iets krijgt en naar een huisartsenpost belt, op

een goede manier triage krijgen. Ik vraag de minister of dat nu zo geregeld is. Dat is niet anders dan wanneer ik 's nachts iets krijg. Dan ben ik ook afhankelijk van een goede triage in de huisartsenpost. Daar hebben we ook wel eens onze zorgen over. Is dat nu voor het azc Leersum goed geregeld, en ook voor de andere asielzoekerscentra? De aanbeveling van VluchtelingenWerk Nederland begrijp ik wel, maar volgens mij is dat een normaal patroon in Nederland.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ook u bent dus van mening dat er te allen tijde een huisarts aanwezig moet zijn, ter ondersteuning van de praktijklijn.

Mevrouw **Smilde** (CDA): In onze huisartsenzorg is het zo geregeld dat buiten kantooruren met een huisartsenpost wordt gebeld, waar we een POH aan de telefoon krijgen die triageert en kijkt welke zorg nodig is. Dat moet voor een azc niet anders zijn. Maar volgens mij geeft de minister dat ook aan in de brief. Die vraag stel ik dus. Is hier sprake geweest van een incident en is dat inmiddels geregeld? Maar een praktijkondersteuner kan natuurlijk nooit een arts vervangen.

De minister geeft duidelijk aan dat sprake moet zijn van een feitelijke toegang. Dit is volgens hem in overeenstemming met de jurisprudentie van het Hof voor de rechten van de mens. Steun daarvoor. Hebben de medisch adviseurs voldoende kennis, en hebben ze toegang daartoe, voor de vaak complexe ziektes waarover ze een oordeel moeten geven? De indirecte druk op de medisch adviseurs om complexe vragen met ja of nee te beantwoorden is volgens de minister niet het geval. De inspectie heeft hierover geen aanbevelingen gedaan. Hoe gaat dat in de praktijk? Ik kan me namelijk voorstellen dat een medisch adviseur over een grote waarschijnlijkheid spreekt, omdat hij ook niet in de toekomst kan kijken. Wat is dan de gang van zaken? Hoe wordt dat goed afgestemd, zodat de medisch adviseur een goed oordeel kan geven, en de IND daarover een rechtvaardig besluit kan nemen?

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): U zegt dat de minister ervoor is dat op de feitelijke beschikbaarheid wordt getoetst, maar ik zie dat niet terug in de beantwoording van de commissievragen. De minister is wel verantwoordelijk voor de toetsing op de beschikbaarheid, maar niet op de feitelijke toegankelijkheid.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dan heb ik mij verkeerd uitgedrukt. De minister maakt onderscheid tussen de toets op de vraag of de medische behandeling beschikbaar is, en de feitelijke toegankelijkheid. Wij steunen de lijn van de minister, met de toets van de benodigde medische behandeling en de beschikbaarheid.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik was heel kort blij, maar nu niet meer. Ik had gewenst dat dat het standpunt van het CDA zou zijn. Wat gebeurt er met de patiënt die aan de nierdialyse zit, waarvan de minister zegt: mevrouw kan terug naar het land van herkomst, want daar is ergens een nierdialyse geconstateerd? In Afrika worden overigens veel klinieken door privé-instanties gefinancierd. Moet bij deze vrouw niet worden getoetst of de zorg voor haar ook beschikbaar is?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Volgens mij is dat precies wat er gebeurt: een toets of de benodigde medische behandeling beschikbaar is.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Sorry, toegankelijk is.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Op uw eerste vraag heb ik gezegd dat wij akkoord gaan met de toets naar beschikbare zorg. Natuurlijk moet iemand

die gedialyseerd wordt die zorg ook krijgen, maar als die zorg beschikbaar is in het land waarnaar hij of zij teruggaat, is dat voor ons voldoende.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Als die zorg niet toegankelijk is?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Als-danvragen vind ik altijd moeilijk. Wij gaan ervan uit dat, als wordt getoetst op de beschikbaarheid van de benodigde medische behandeling, wij daarop moeten vertrouwen. Zo simpel is het.

De heer **Van Gerven** (SP): Er ontspint zich hier een merkwaardige tegenstelling. Ik constateer dat de PVV zegt: de dialysepatiënt die teruggaat moet ook in het land van herkomst worden gedialyseerd. Punt. Anders gaat die patiënt dood. Onderschrijft het CDA dat standpunt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat heb ik net aangegeven. Er is een toets of de benodigde medische behandeling, in casu de dialyse, beschikbaar is in het land van herkomst. Als die toets positief uitvalt, is het dus ja.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat om het resultaat. De vraag is: er is een dialyseapparaat beschikbaar in het land van herkomst, maar kan die patiënt daar ook gebruik van maken? Zit dat in het reguliere pakket van dat land? Moet die patiënt dat zelf betalen? Kan die patiënt ernaartoe? Vindt het CDA dat aan die voorwaarden moet worden voldaan, alvorens die patiënt kan worden teruggestuurd?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Wij gaan ervan uit dat, als de toets op toegankelijkheid van benodigde medische zorg in het land van herkomst positief is, mensen teruggestuurd kunnen worden. Ik kan het niet anders zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het CDA ontwijkt een echt antwoord. Het beschikbaar zijn is namelijk iets anders dan het toegankelijk zijn en ervan gebruik kunnen maken. Patiënten moeten gebruik kunnen maken van die voorzieningen. Als arts van het BMA kun je toch niet, uitgaande van de eed die is gezworen, mensen terugsturen zonder dat je je ervan vergewist hebt dat de patiënt de benodigde zorg krijgt bij terugsturen? Dat moet u toch met de SP eens zijn?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Als de toets of benodigde medische zorg beschikbaar is positief is, dan is die medische zorg beschikbaar. Ik ontwijk het geven van een antwoord niet, ik geef gewoon antwoord.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Op 27 juni 2010 overlijdt een kwetsbare vrouw. Kwetsbaar, want zwanger en ziek, maar ook kwetsbaar omdat ze de Nederlandse taal niet beheerst en afhankelijk is van beslissingen van anderen aan wie ze is toevertrouwd. De huisarts, de waarnemend huisarts, de praktijkondersteuner van de huisarts, het gezondheidscentrum voor asielzoekers, de huisartsenpost, het COA en het azc. Helaas wordt dat vertrouwen beschaamd: zij gaat dood. We weten dat deze vrouw is overleden door een ernstige infectie, en een ontsteking van de hartspier, en we weten inmiddels ook dat deze vrouw op cruciale momenten tijdens haar ziek zijn aan haar lot is overgelaten. De minister concludeert dat er geen sprake is geweest van verminderde toegankelijkheid van de zorg. Ik trek na het lezen van het rapport van de IGZ een andere conclusie. In het rapport wordt gesteld dat de huisarts de vrouw vaker had moeten zien en beoordelen. De huisarts heeft de contacten van de POH'er met de patiënte niet gecontroleerd, besproken of gefiatteerd. De waarnemend huisarts had geen inzage in het medisch dossier. Het GCA had geen protocol voor samenwerking tussen huisartsen en POH'ers waardoor onduidelijkheid bestond over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het GCA had actiever moeten optreden om de samen-

werking te verbeteren. De locatiemanager van het COA had geen terreinverbod voor de huisarts moeten instellen en verlengen. Is dit verantwoorde toegankelijke zorg? Ik noem het ernstige verwaarlozing, menselijk falen met de dood tot gevolg.

Ik zou heel graag van de minister willen weten wat er eigenlijk goed ging. De IGZ constateert ernstige tekortkomingen in de periode voorafgaand aan het incident in de nacht. De minister noemt alleen dat incident, maar de zorg voor asielzoekers in het algemeen vindt ze goed geregeld. Maar wat ging er dan goed in deze situatie, ook voorafgaand aan die nacht? Is de minister het met mij eens dat het buitengewoon merkwaardig is – dat vind ik nog zacht uitgedrukt – dat er helemaal geen sprake is van tuchtrechtelijke vervolging? Ik wil ook graag van de minister horen wat de maatregelen, aanbevolen door de IGZ en genomen door de minister voor Immigratie en Asiel, tot nu toe hebben opgeleverd.

De D66-fractie vindt verder dat de direct toegankelijke zorg voor asielzoekers in gemeenten zelf moet worden geregeld, tussen huisartsen en het COA. Het landelijk nummer – we hebben dat terug kunnen horen in de uitzending van Argos – betekent een extra schijf ertussen en dus bouw je een extra risico in wat betreft het verlies aan informatie of een verkeerde uitwisseling van informatie, met alle gevolgen van dien. Is de minister bereid om voor de zomer met een nieuw voorstel te komen voor medische zorg aan asielzoekers en gaat zij in gesprek met gemeenten om de toegang tot die zorg te vereenvoudigen en in gemeenten te regelen? Zieke of chronisch zieke uitgeprocedeerde asielzoekers kunnen, als zij teruggaan naar het land van herkomst, niet altijd rekenen op dezelfde medische voorzieningen als in Nederland. Dat begrijpen wij ook. Er zijn in Nederland medicijnen binnen handbereik waar men in Sudan alleen maar van kan dromen. Het Bureau Medische Advisering beoordeelt of een uitgeprocedeerde asielzoeker gezond genoeg is om te reizen. De minister voor Immigratie en Asiel stelt dat het BMA niet de feitelijke toegankelijkheid tot medische zorg in het land van herkomst toetst en dat hierin niets verandert. Daarover is al uitgebreid van gedachten gewisseld. De D66-fractie vindt dat bizar, omdat je in feite mensen aan hun lot overlaat. De toegankelijkheid beoordelen is heel belangrijk.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw Dijkstra pleit ervoor dat gemeenten samen met artsen tot afspraken over zorg komen. Hoe verhoudt dit zich tot het verzekerde pakket dat asielzoekers, maar wij allemaal, hebben? Wij pleiten voor toegankelijkheid van zorg, maar tegelijkertijd wil mevrouw Dijkstra dit aan de gemeenten overlaten. Hoe ziet zij dat in de praktijk? Kan dat eigenlijk wel met een volksverzekering?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Asielzoekers en het COA hebben in dezen een aparte positie. Het is heel goed om deze zorg op gemeentelijk niveau te regelen. Gemeenten kunnen dat doen in samenwerking met de GGD. In het landelijk systeem is ook sprake van geen verzekerde zorg voor asielzoekers. Dus moet je dat op een ander niveau regelen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb nog geen concreet beeld hoe dit eruit moet zien. Betekent dit dat gemeenten moeten gaan over wat asielzoekers wel en niet als verzekerd recht hebben en of zij een budget moeten krijgen? We zijn overigens al van het ene naar het andere systeem overgestapt. Ik ben bereid om naar een beter systeem te kijken, maar is dit een verbetering, of schuiven wij het probleem af op gemeenten en andere organisaties?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Afschuiven op gemeenten is het laatste wat wij willen. Het kan ook uit gemeenten zelf komen als zij een asielzoekerscentrum hebben. Zij merken dat bepaalde gebeurtenissen, zoals die met deze vrouw, kunnen worden voorkomen als de zorg veel directer wordt

geregeld. De precieze uitwerking heb ik niet voorhanden, maar wij willen dit uiteraard niet bij gemeenten over de schutting gooien. Het verzoek komt daar overigens ook vandaan. Daarom lijkt het mij heel belangrijk om die kwestie daar neer te leggen. Wij moeten nog kijken naar de verdere uitwerking.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Een van de zaken die gemeenten als een oplossing zien is om in elk asielzoekerscentrum een verpleegkundige en een huisarts neer te zetten. Is De D66-fractie daar voorstander van?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Je hoeft niet per se in elk asielzoekerscentrum een huisarts te hebben. De bereikbaarheid van de huisarts is wel belangrijk. Dat geldt voor elke Nederlander. Als je hulp van een huisarts nodig hebt, dan moet je die kunnen krijgen. Die hulp moet direct toegankelijk zijn. Met een landelijk telefoonnummer heb je een half uur nodig om uit te leggen wat er aan de hand is. De communicatie verloopt daardoor lastig. Je moet direct toegang tot een huisarts hebben. Dat wil niet zeggen dat in elk asielzoekerscentrum een huisarts aanwezig moet zijn.

Uitgeprocedeerde asielzoekers die illegaal in Nederland verblijven, zijn straks strafbaar. Op het moment dat ze medische zorg nodig hebben, plaatsen ze hulpverleners voor een groot dilemma, want die worden geacht hulp te bieden als dat noodzakelijk is. Zij worden echter eventueel beschouwd als medeplichtig aan een strafbaar feit. Hoe komt de minister deze hulpverleners tegemoet?

Dan nog een ander ongewenst effect van het strafbaar stellen van illegaliteit. Als een uitgeprocedeerde asielzoeker ziek wordt, dan zal hij zo lang mogelijk wachten met het zoeken van medische zorg, uit vrees voor aangifte en straf, maar als de persoon in kwestie een infectieziekte heeft, dan vormt hij een groot gevaar voor de volksgezondheid. Is de minister bereid om onderzoek te doen naar de mogelijke effecten van strafbaarstelling op de gezondheid van de individuele asielzoeker enerzijds en de volksgezondheid in haar geheel anderzijds?

Mevrouw **Van Nieuwenhuizen** (VVD): Voorzitter. Het is altijd een beetje lastig om als laatste in de rij te spreken, want dan is bijna alles al aan de orde geweest, maar ik wil het VVD-standpunt over de aan de orde zijnde onderwerpen toch nog even naar voren brengen. Waarom spreken wij hier vandaag speciaal over gezondheidszorg voor asielzoekers? Dat is natuurlijk omdat het een kwetsbare groep betreft. Het zit hem in de onbekendheid met ons systeem, de soms lastige bereikbaarheid en vooral de taalproblemen.

Ik begin met het eerste, de toegankelijkheid. Ik spits het toe op de bereikbaarheid via de telefoon die al meerdere keren aan de orde is geweest. Wat ons betreft moet, zoals dat geldt voor iedere Nederlander, op de momenten dat het nodig is de huisarts advies kunnen geven. Dat betekent niet dat die ter plekke aanwezig moet zijn. De bereikbaarheid is ongelooflijk belangrijk. We hebben er in het verleden voor gekozen om zorg zoveel mogelijk regulier te geven, bij de huisarts dus, maar niet alle huisartsenpraktijken waren hierop toegerust. Daarom wordt er soms voor gekozen om dat in asielzoekerscentra te regelen. In die zin ondersteun ik die keuze. Het gaat ons vooral om de pragmatische kant van de zaak. Ik sluit verder aan bij het betoog van mevrouw Smilde op dit punt. Waar door mensen wordt gewerkt, worden namelijk fouten gemaakt. De menselijke tragedie die op 27 juni in Leersum heeft plaatsgevonden, was misschien niet te voorkomen, ook niet als alles dicht was geprotocolleerd, hoe zeer ik het belang van de protocollen ook ondersteun. Als sprake is van een terreinverbod voor een huisarts, buiten spoedeisende hulp om, dan is er iets grondig mis in de menselijke verhoudingen. Er mag professionaliteit worden verwacht die dit soort zaken uitsluit. Dit zijn

dingen die je niet met een protocol kunt dichttimmeren. Het gezond verstand moet dan de boventoon voeren. Dat benadruk ik, want welk protocol en welke regels we ook opschrijven, als mensen daar op een rare manier mee omgaan, dan kunnen wij dit soort incidenten niet voorkomen, terwijl wij dat wel allemaal willen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Van Nieuwenhuizen stelt dat de beschikbaarheid van een huisarts in een azc ook een kwestie van gezond verstand is. Ik begrijp dat, maar wat voor de een gezond verstand is, is dat voor een ander niet. Daar komen misverstanden uit voort. Ik wil dus een concrete oplossing horen.

Mevrouw **Van Nieuwenhuizen** (VVD): Overal in de zorg doen zich misverstanden voor. Er proberen wel meer mensen een huisarts te bereiken, maar dat gaat ook niet altijd even gemakkelijk. Er zijn wel meer mensen ontevreden over de bereikbaarheid van hun huisarts. Ik zal maar niet over mijn eigen huisarts beginnen. Het gaat altijd om de menselijke verhoudingen. Dat heb ik met mijn opmerkingen willen aangeven. Het is goed dat er protocollen zijn, maar wij moeten ons daar niet blind op staren. Al volgen wij alle protocollen, dat wil niet zeggen dat zich geen probleem meer kan voordoen. Huisartsen hebben een eed afgelegd, dus ze moeten hun verantwoordelijkheid waarmaken. Dat geldt echter niet alleen voor artsen, maar ook voor degenen die bij callcenters zitten en ook voor beveiligers en het management van een COA dat nooit zo'n rare maatregel had mogen nemen als een toegangsverbod voor een huisarts. Dat heb ik met mijn opmerkingen willen aangeven. Mensen moeten dat soort beslissingen dus niet nemen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Van Nieuwenhuizen verwijst, net als mevrouw Smilde, naar de algemene situatie, maar als huisartsen asielzoekers in hun praktijk hebben, krijgen zij daarvoor extra ondersteuning van de praktijkondersteuner. Volgens mij krijgen de artsen er ook een hoger tarief voor. Dan mag je toch verwachten dat ze extra hard werken voor asielzoekers die in een moeilijker situatie zitten? Met andere woorden, je mag toch van huisartsen wat meer verwachten?

Mevrouw **Van Nieuwenhuizen** (VVD): Je mag van huisartsen verwachten dat ze asielzoekers de zorg geven waar ze recht op hebben. Omdat dit meer moeite vraagt, wordt extra ondersteuning geboden, maar daar moet dan wel gebruik van worden gemaakt. Daarmee kom ik op het volgende belangrijke onderscheid waardoor de situatie bij asielzoekers ingewikkelder is, namelijk de taal. Daarvoor is de beschikbaarheid van een tolk ontzettend belangrijk. Daar wordt in de huidige regeling in voorzien. Ik heb begrepen dat sinds een aantal maanden alle gecontracteerde huisartsen zijn aangesloten op het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Dat is een heel belangrijke basisvoorwaarde voor het komen tot een goede diagnose. Huisartsen zitten vaak in maatschappen met andere huisartsen. Wanneer gecontracteerde huisartsen in het weekend worden vervangen door andere huisartsen uit hun praktijkverband, dan is het niet altijd duidelijk dat zij diensten van tolken kunnen inroepen. Ik doe een dringend beroep op de minister om ervoor te zorgen dat niet alleen gecontracteerde huisartsen, maar ook de achterwacht voor weekenddiensten hierover worden benaderd. Huisartsen met wie een contract is afgesloten, moeten hun verantwoordelijkheid nemen. Collega's die zij inzetten om hen te vervangen, moeten dezelfde zorg aan asielzoekers geven.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Van Nieuwenhuizen kan zich voorstellen dat huisartsen spreekuur op de centra houden, vanwege specifieke omstandigheden. Diverse fracties vragen zich af of het niet

verstandig is om die verantwoordelijkheid bij de GGD te leggen, of het lokaal of regionaal te organiseren. Wat vindt de VVD-fractie daarvan?

Mevrouw **Van Nieuwenhuizen** (VVD): Ik zie daar geen meerwaarde in. Volgens mij kan de zorg op deze manier prima worden verleend. De VVD-fractie kiest voor een pragmatische benadering. In sommige gevallen kan het beter zijn de zorg op het azc zelf te geven wanneer de gecontracteerde huisartsen geen praktijk hebben die daarop is ingericht. Andere huisartsenpraktijken zijn wel prima in staat om asielzoekers te ontvangen. Wij ondersteunen een pragmatisch beleid in dezen. Het heeft volgens mij geen meerwaarde om gemeenten en andere organisaties erbij te betrekken.

Ik kom dan bij de BMA-artsen en de toegankelijkheid versus de beschikbaarheid. Wij steunen de lijn van de minister. Ik teken daarbij aan dat wij ervan uitgaan dat BMA-artsen niet de geschikte personen zijn voor het geven van een oordeel over andere dan medische zaken. De medische zaken hebben betrekking op beschikbaarheid, maar aspecten die te maken hebben met de toegankelijkheid horen onderdeel te zijn van een brede afweging door de IND. De IND moet bezien of het überhaupt verantwoord is om mensen terug te sturen. Het gaat niet aan dat mensen onder verantwoordelijkheid van dit kabinet een wisse dood tegemoet gaan. Ik steun de lijn van de minister dat het niet aan BMA-artsen is een oordeel uit te spreken over al die andere aspecten die te maken hebben met veilige terugkeer.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**: Het woord is aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik deel mee dat ik erop koers om de eerste termijn uiterlijk om 12.00 uur afgerond te hebben. Als iedereen meewerkt, moeten wij dat redden.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik doe mijn best.

De aanleiding voor het onderzoek van de inspectie dat vandaag onderwerp van debat is, is uitermate tragisch. Het is vreselijk dat vorig jaar juni mevrouw Zahara Bare Mohamed in het asielzoekerscentrum Leersum is overleden. Ik wil mede namens collega Leers opnieuw mijn medeleven uitspreken en de nabestaanden sterkte wensen bij het verwerken van deze tragische gebeurtenis en dit verlies.

Toegankelijke en verantwoorde zorg is voor iedereen in Nederland belangrijk. Dat geldt ook voor asielzoekers. Wij hebben dan ook een gedegen zorgsysteem opgezet dat in principe borg staat voor een adequate zorgverlening aan asielzoekers. Dat zorgmodel, is conform de wens van de Kamer, vergelijkbaar met de reguliere gezondheidszorg in Nederland. Daarmee moet het ook aan dezelfde wettelijke eisen en voorwaarden voldoen. De Inspectie voor de gezondheidszorg ziet daarop toe.

Hoe hebben wij het geregeld? Vanaf 1 januari 2009 is de zorg voor asielzoekers zoveel mogelijk op dezelfde wijze georganiseerd als voor Nederlandse ingezetenen. Afhankelijk van de omvang van de locaties in het algemeen wordt er elke dag spreekuur gehouden. Dat gebeurt door de praktijkondersteuner van de huisarts. Het is een inloopsprekuur. Aansluitend is er de mogelijkheid om een afspraak met de praktijkondersteuner en of de huisarts te maken in het asielzoekerscentrum, of op de praktijk van de huisarts. Per locatie is er één huisarts of in enkele gevallen meer, als ze in deeltijd werken, huisartsen beschikbaar, met de normale achtervangvoorzieningen. Ik zeg er direct bij dat voor die achtervangvoorzieningen de verantwoordelijkheden dezelfde zijn als voor de huisarts. Net als in de rest van Nederland kan de HAP ook buiten de normale tijden worden benaderd, en kan de praktijklijn worden gebeld. Mede naar

aanleiding van het gebeuren is er bij de HAP-praktijklijn van 's ochtend 8.00 uur tot 's avonds 23.00 uur ook een huisarts aanwezig. Deze huisarts kan via de praktijklijn zorg zoeken of de HAP bellen. Dit is een belangrijke voorziening, omdat de praktijklijn zelfstandig een tolk kan inschakelen. Dat is in dit soort gevallen cruciaal. Overigens doet de inspectie onderzoek naar deze structuur. Het resultaat daarvan krijgen wij in september. Het lijkt mij verstandig dat, als de inspectie een onderzoek optuigt naar een nieuwe vorm van zorg waartoe de Kamer in 2009 heeft besloten, wij de uitkomsten ervan afwachten. Wij zullen die vervolgens zo snel mogelijk naar de Kamer sturen. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek zullen wij bezien of er iets moet veranderen en zo ja, wat er moet veranderen. Ondanks dit systeem en los van hoe het is geregeld, kan zich helaas in ieder zorgsysteem een tragisch incident voordoen. Dat is vreselijk, maar wij spreken in de commissie voor volksgezondheid helaas met enige regelmaat over tragische incidenten die zich in de reguliere zorg in een dorp of stad in Nederland voordoen. Ik vind het heel erg belangrijk om dat te benadrukken. Een systeem kan nog zo goed zijn, maar zorg is en blijft mensenwerk. Dat zeg ik met mevrouw Smilde. Er gaan nu eenmaal dingen fout. Als dat gebeurt, moet dat goed worden uitgezocht. Wij hebben de inspectie gevraagd om dat te doen. De inspectie heeft dat gedaan en is met een conclusie gekomen. De suggestie dat de inspectie in dit geval minder goed onderzoek zou doen, werp ik heel ver van mij. De inspectie doet integer en grondig onderzoek. Ik weet ook hoe het onderzoek is opgezet. Intern is aan alle betrokken organisaties, de HAP, het Gezondheidscentrum Asielzoekers en het COA, de opdracht gegeven om eerst zelf onderzoek te doen. De inspectie heeft vervolgens iedereen gesproken en daarna een eigen grondig onderzoek gedaan. Ik kan uit het onderzoek niet afleiden dat de inspectie zich er met een jantje-van-leiden van heeft afgemaakt. Het is belangrijk om te weten wat er is gebeurd en waarom zaken zijn misgelopen. Ik ben blij met het rapport van de inspectie waarin is ontleed wat er is gebeurd tijdens en voorafgaand aan die treurige nacht van 26 op 27 juni van vorig jaar. Het rapport van de inspectie toont aan en onderstreept hoe belangrijk goede communicatie en afstemming tussen zorgverleners is. Daar heeft het, met name in de tijd voorafgaand aan het incident, aan ontbroken. De tekortkomingen die de inspectie constateert, zijn grotendeels daarop terug te voeren. Ik noem de onduidelijke taakverdeling tussen huisarts en praktijkondersteuning, de beschikbaarheid van medische gegevens tijdens de waarneming en de verstoorde relatie tussen huisarts en azc.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister stelt dat de inspectie haar werk goed heeft gedaan. Ik concludeer uit het inspectierapport dat de analyse scherp is. Er is veel misgegaan, maar ik vind ook dat de inspectie niet doorpakt. Als ik het goed begrijp, dan wordt de zaak niet voorgelegd aan het tuchtcollege en wordt het OM ook niet ingeschakeld, op basis van het rapport. Dat verbaast mij zeer. Ik spits het nu even toe. Op 24 juni constateert de praktijkondersteuner van de huisarts een aantal zaken. Dan wordt er naar de huisarts gegaan, maar de huisarts stelt later dat hem dat niet is gemeld. Dat is niet opgehelderd. Volgens mij is de onderste steen nog niet boven op dat punt, maar het heeft verstrekkende gevolgen gehad, omdat juist het eerste contact – dat is mijn conclusie – uiteindelijk tot een fatale afloop heeft geleid. Vindt de minister ook niet dat dit moet worden uitgezocht en dat de onderste steen wat dit betreft boven moet komen?

Minister **Schippers**: Ik kom daar straks op terug, want er zijn door verschillende leden vragen over gesteld. Er is gevraagd waarom er geen tuchtrechtprocedure wordt opgestart en hoe het met het OM zit. De heer Van Gerven trekt nu al de conclusie dat er geen onderzoek meer plaats-

vindt, maar dat weet ik nog niet. Ik trek namelijk een heel andere conclusie. Ik wil de vragen dus even aflopen.

Ik kom eerst bij de vraag wat er naar aanleiding van het onderzoek is gebeurd. Er zijn maatregelen door de inspectie geformuleerd die zich met name richten op een verbetering van de communicatie en de afstemming tussen zorgverleners. Mijn collega Leers heeft het COA opdracht gegeven deze maatregelen daadwerkelijk in de praktijk uit te voeren, niet alleen in Leersum, maar ook in andere onderzoekscentra, als daar aanleiding voor is. Minister Leers gaat daar ook nog op in.

Ik vind het belangrijk om te weten of de tragische gebeurtenis in Leersum een incident was of dat er structurele aanpassingen nodig zijn in de medische zorg voor asielzoekers. Daar kan ik nog geen antwoord op geven. Zoals de Kamer weet, voert de inspectie een thematisch onderzoek uit naar de toegankelijkheid van, de toegang tot en de toeleiding naar medische zorg voor asielzoekers. De resultaten daarvan verwacht ik in september. Het lijkt mij heel verstandig om die af te wachten.

Mevrouw Arib stelt dat alles wat mis kon gaan, lijkt te zijn misgegaan. Zij vraagt waarom er niemand verantwoordelijk is gesteld. Ik kom dan ook bij de interruptie van de heer Van Gerven. Voor de individuele zorgverlening is de huisarts die dan praktijk heeft, verantwoordelijk. Het COA en het Gezondheidscentrum Asielzoekers zijn verantwoordelijk voor het systeem van de medische zorg aan asielzoekers en voor de uitvoering ervan. De maatregelen om herhaling te voorkomen, zijn op deze twee groepen gericht.

Hoe kan het dat de inspectie in harde bewoordingen spreekt over de huisarts en de andere zorgverleners, maar vervolgens geen maatregelen tegen hen laat nemen? Er is wel overwogen om tuchtrechtelijke stappen te ondernemen tegen de betrokken BIG-geregistreerden, maar er was onvoldoende grond voor. Er waren twee belangrijke redenen om geen tuchtklacht in te dienen. Die heeft de inspectie aan mij gemeld. De eerste was dat de huisarts op het moment dat de calamiteit zich voordeed met vakantie was. Zijn vervanger heeft de kwestie opgepakt. De huisarts heeft dus, ondanks de nare voorgeschiedenis waar wij allen vraagtekens bij plaatsen, bij het incident zelf geen rol gespeeld. De tweede reden is dat de inspectie hem weliswaar verwijt dat de huisartsenzorg in het centrum niet goed was geregeld, maar een zeker zo grote verantwoordelijkheid lag bij het Gezondheidscentrum Asielzoekers en in iets mindere mate bij het COA, omdat de huisarts een terreinverbod was opgelegd. Met andere woorden, er waren simpelweg onvoldoende gronden voor het overgaan tot tuchtklachtrecht, temeer daar er ook anderszins geen negatieve signalen over de huisarts bekend waren. Overigens is de huisarts inmiddels gestopt met asielzoekerzorg.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb begrepen dat de arts niet zelf is gestopt, maar dat de samenwerking met hem is opgezegd. Dat gebeurt niet zo maar.

Minister **Schippers**: Aan de inspectie is meegedeeld dat de huisarts is gestopt, maar het is niet helemaal vrijwillig gegaan. In september gaat hij met pensioen. De arts is al gestopt met het verlenen van zorg op het azc.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik vraag het, omdat de minister stelt dat de arts niet zoveel valt aan te rekenen en dat er verder geen klachten over hem zijn geweest. Ik heb echter een ander geluid gehoord.

Minister **Schippers**: Wij moeten wat dit betreft twee zaken onderscheiden. Er zijn structurele problemen en wat dat betreft is de arts wel degelijk iets aan te rekenen. Er waren fricties, er was gedoe, maar dat is niet alleen de huisarts aan te rekenen. Ook het azc dat de arts een terreinverbod heeft opgelegd, is iets aan te rekenen. Feit is echter dat het

tragische incident zich heeft afgespeeld op een moment dat de arts op vakantie was. Hij was dus niet bij het incident betrokken. Het is van tweeën een: ofwel de structurele problemen zijn zo groot dat je een zaak voor de tuchtrechter hebt, ofwel iemand is met het incident in de betreffende nacht zo slecht omgegaan dat hij om die reden kan worden aangepakt. De huisarts was in die nacht echter niet aanwezig. Je kunt je wel afvragen waarom de inspectie geen tuchtmaatregelen heeft genomen tegen de dienstdoende arts op die avond...

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wil niet te lang bij de huisarts blijven hangen. Het gaat echter om een kwetsbare groep. Je zou verwachten dat daar goede huisartsen werken, ook omdat ze een dubbel tarief krijgen. Ik heb daar overigens nog steeds grote bezwaren tegen. Ik vind het merkwaardig dat zo iemand daar al die tijd heeft gewerkt en nu rustig met pensioen kan gaan, terwijl de zorg kwalitatief niet goed was en er niet is ingegrepen. Het verbaast mij dat dit al die tijd mogelijk is geweest.

Minister **Schippers**: Ik ben het daarmee eens, maar volgens mij is sprake van een gedeelde verwijtbaarheid. Dat de situatie zo gammel was op het azc kun je ook het COA verwijten, want het COA heeft de huisarts een verbod gegeven. Je kunt de huisarts verwijten dat hij zich blijkbaar niet anders heeft opgesteld, maar dat zijn twee losse zaken. Er was enerzijds een probleem tussen de huisarts en het COA. Anderzijds was er sprake van een tragisch incident, maar daar was de huisarts niet bij. De dienstdoende arts was wel aanwezig op de avond dat mevrouw is overleden. De inspectie heeft dit onderzocht en geconcludeerd dat er geen sprake was van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg.

Ik wijs er overigens op dat ik als minister niet zelf onderzoek naar dit soort kwesties doe. Daar heb ik de inspectie voor. Ik draag de inspectie op om onderzoek te doen. De inspectie doet dat onderzoek en komt bij mij met de conclusies. Ik kan dan aangeven dat ik het zelf beter weet, maar dat lijkt mij niet voor de hand te liggen. De inspectie heeft onderzoek gedaan en is tot bepaalde conclusies gekomen op grond van de opgedane kennis tijdens het onderzoek.

De heer Voordewind stelde een vraag over de toelichting op de conclusie dat er geen relatie is met de slechte zorg, voorafgaand aan het incident. Vaak stapelen dingen zich op. In dit geval gaat het om twee zaken die zich naast elkaar hebben afgespeeld.

Mevrouw Voortman vraagt of er voor asielzoekers geen grotere inspanningsverplichtingen nodig zijn. Ik heb zojuist aangegeven hoe de zorg momenteel is georganiseerd. Daaruit kan mevrouw Voortman afleiden dat wij extra zorg verlenen aan asielzoekers, omdat zij in een speciale positie verkeren. Ze hebben geen vrije bewegingsruimte. Ze hebben vaak taalproblemen. Daarom laten wij speciale praktijkondersteuners en huisartsen op locatie inloopspreekuur houden. Ook kan er van de tolkenfaciliteit gebruik worden gemaakt. Wij hebben via de praktijklijn ook achtervang gerealiseerd, want er is van 8.00 uur 's ochtends tot 23.00 uur 's avonds een huisarts aanwezig.

De POH's zijn geen gewone verpleegkundigen. Ze zijn speciaal getraind in het omgaan met de aparte kenmerken en zorgvragen van deze groep. We hebben dus wel degelijk extra dingen voor deze groep geregeld.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Op papier is het inderdaad zo geregeld. De praktijkondersteuning zou meerwaarde moeten hebben, maar in de praktijk stellen POH's zelf diagnoses. Zij schatten zelf in wat er aan de hand is. Zij verwijzen ook, maar dat mag wettelijk niet. Je mag overleggen, maar je mag niet dezelfde handelingen verrichten als een huisarts. Daar loopt het elke keer weer op mis, ook in dit geval.

Minister **Schippers**: Een POH mag niet meer doen dan wettelijk is toegestaan en zoals wij dat hebben geregeld. Of dat goed gaat, wordt nu uitgezocht door de inspectie. Je kunt het op papier heel goed in elkaar steken – dat is gebeurd – maar de inspectie bekijkt momenteel of het in de praktijk gebeurt zoals het op papier is geregeld. Als de inspectie dadelijk concludeert wat mevrouw Arib concludeert, dan gaan wij overleggen over hoe wij die situatie gaan veranderen. Laten wij daar echter niet op vooruitlopen, want ik weet niet wat er uit het onderzoek komt. Als ik overigens zelf een HAP bel, dan moet ik dat ook via de telefoniste doen. Uit eigen ervaring weet ik dat dit ook niet altijd even gemakkelijk is. Je moet soms behoorlijk praten om dat voor elkaar te krijgen. Daarom hebben wij de tolkdienst ingezet. Ik schets hoe wij het op papier hebben geregeld, maar er wordt nu in de praktijk gekeken of het werkt zoals wij het willen. Als de inspectie met haar rapport komt, dan kunnen wij bezien of dit aan onze wensen voldoet.

Mevrouw Voortman vraagt of huisartsen ervoor moeten zorgen dat zorg goed beschikbaar is. Dat is zo, maar ze doen dat samen met zorgverzekeraar Menzis. Zij hebben een contract met het COA. Zo is de zorg ingekocht en geregeld.

Is het normaal dat een huisarts de toegang tot het centrum wordt ontzegd? Het is vanzelfsprekend onwenselijk dat een huisarts enkel in noodgevallen toegang heeft tot een asielzoekerscentrum. Het is dus niet normaal dat een huisarts die toegang is ontzegd. De minister voor Immigratie en Asiel heeft het COA de opdracht gegeven om de toegang van huisartsen tot een azc te allen tijde zeker te stellen.

Mevrouw Smilde vraagt of zorgverleners zelf hun verantwoordelijkheid moeten nemen als het gaat om samenwerking. Ook dat spreekt eigenlijk vanzelf. Wij kunnen nog zulke mooie systemen op papier maken, uiteindelijk hebben de professionals zelf ook een verantwoordelijkheid. Die moeten ze oppakken. Wij kunnen het nog zo mooi schetsen, maar het blijft mensenwerk en daarbij horen verantwoordelijkheden. Het is niet vrijblijvend.

Mevrouw Smilde en mevrouw Dijkstra vragen naar de stand van zaken met betrekking tot de genomen maatregelen. Het Gezondheidscentrum Asielzoekers heeft de inspectie hierover schriftelijk geïnformeerd. Ook het COA is hierbij betrokken. De problemen in Leersum zijn grotendeels opgelost. Er is een andere huisarts gecontracteerd die zelf spreekuur houdt op het azc. Het overleg tussen de huisarts en de praktijkondersteuner van de huisarts is gestructureerd. Na gesprekken in Leersum heeft de inspectie geconcludeerd dat de huisartsenzorg nu verantwoord wordt ingevuld. Ook met betrekking tot de algemene maatregelen zijn er stappen gezet. Ik zei al dat op de praktijklijn van 8.00 uur tot 23.00 uur een huisarts aanwezig is. De bestaande richtlijnen over samenwerking tussen de huisarts en de POH worden geactualiseerd en deze zomer afgerond. Het bijbehorende opleidings- en scholingsplan is in voorbereiding. De beschikbaarheid van huisartsen bij de praktijklijn is uitgebreid. Er komen projecten om de richtlijnen voor de registratie van gegevens aan te scherpen. Er wordt een HIS gestart. Het Gezondheidscentrum Asielzoekers heeft een Veilig Incidenten Melden Protocol ontwikkeld. Zorgverleners worden proactief gewezen op de mogelijkheid om tolken te gebruiken. Er is ook een overleg gestart om de HAP aan te laten sluiten bij het HIS. Toch blijft het allemaal mensenwerk. Dus iedere professional, iedere schakel draagt zijn eigen verantwoordelijkheid om de zorg goed te laten lopen. Heeft het locatieverbod geleid tot een verminderde toegankelijkheid van de zorg? Het meningsverschil tussen de locatiemanager en de huisarts heeft niet geleid tot een verminderde toegankelijkheid van zorg, omdat de huisarts in geval van nood altijd toegang had. Je kunt wel vraagtekens plaatsen bij hoe lang men dit heeft laten duren. Je kunt een keer een knallende ruzie hebben, maar het is wel zaak om die snel op te lossen. We hebben de huisartsenzorg nu zo geregeld – dat geldt ook voor de reguliere

zorg – dat er via verschillende lijnen contact kan worden gezocht met de huisarts. Je kunt via de praktijklijn zelf ook een afspraak maken met de huisarts.

Mevrouw Dijkstra vraagt, omdat er eigenlijk een landelijk systeem is opgezet, of het niet beter is om dat lokaal te doen. Eigenlijk hebben we al een lokaal uitgevoerd systeem, ondanks dat het een landelijk systeem is. Niet alles gaat namelijk via dat landelijke telefoonnummer. De POH en de huisarts werken op locatie. Je kunt ook gewoon naar hun praktijk, want die is rechtstreeks toegankelijk en ook de HAP is rechtstreeks toegankelijk. Eigenlijk hebben we het al heel lokaal geregeld, maar er zit een landelijke kennis en infrastructuur achter. Dat is de praktijklijn, waardoor je om het zaakje heen kunt en via een tolk contact kunt opnemen.

Mevrouw Dijkstra heeft gevraagd wat er goed ging in deze situatie. Ik heb daar wel een opsomming van. Als het resultaat echter tragisch is, zijn er te veel fouten gemaakt, ook al kun je 100 dingen opnoemen die goed zijn gegaan. Dat kunnen we met zijn allen constateren.

Mevrouw Van Nieuwenhuizen vroeg of een vervanger van een huisarts die in deeltijd werkt of geen dienst heeft, de weg weet te vinden. Een vervanger neemt gewoon de verantwoordelijkheid voor de praktijk over. Die lijnen zijn, als het goed is, in de hele praktijk bekend. De POH werkt in dezelfde praktijk. Je neemt de verantwoordelijkheid en de verplichtingen over van de huisarts die je waarneemt.

Minister Leers: Voorzitter. Ik wil eerst even opmerken dat ik de eer heb minister te mogen zijn voor Immigratie en Asiel in plaats van Integratie en Asiel. Integratie is hierbij een belangrijk onderdeel, maar dat doet mijn collega Donner. Laat ik ermee beginnen mij aan te sluiten bij de antwoorden van mijn collega, minister van VWS, mevrouw Schippers. De hele affaire, die ik natuurlijk alleen op papier heb gezien, heeft ook mij zeer geschokt. Ik vind het een tragische gebeurtenis. Ik wil nog een keer – mevrouw Schippers heeft het ook al een keer gezegd – mijn medeleven uitspreken naar de familie. Ik wens hen veel sterkte toe. We hebben overigens goed contact onderhouden met de familie. De echtgenoot heeft inmiddels een verblijfsstatus gekregen, die hij en zijn vrouw overigens al hadden op het moment dat de zaak aan de orde was. Mevrouw was alleen nareiziger en heeft zich door de omstandigheden helaas niet meer kunnen voegen bij het gezin.

Ik denk dat het rapport van de inspectie de vinger op de zere plek legt en dat er terecht tekortkomingen zijn gesignaleerd. Minister Schippers heeft op de meeste punten al een reactie gegeven. Daar sluit ik me graag bij aan. Misschien nog een enkel woord over het belangrijke punt dat mijn verantwoordelijkheid betreft, namelijk de verstoorde relatie tussen de huisarts en het azc. Er is al opgemerkt dat de locatiemanager vanwege onvrede en allerlei onverkwikkelijke zaken de huisarts de toegang had geweigerd, behoudens dan in noodgevallen. Ik ben het volstrekt met de leden eens dat dit niet kan, al was er ik-weet-niet-wat gebeurd. Medische voorzieningen moeten altijd toegankelijk zijn. Een huisarts moet altijd toegang kunnen krijgen tot zijn patiënten. Ik ben het volstrekt met de leden eens dat een dergelijk gebieds- of toegangsverbod absurd is en dat dit niet had gemogen. Ik wil overigens nog eens onderstrepen dat in de bewuste nacht de betreffende huisarts er niet bij betrokken was of althans geen dienst had, omdat hij op vakantie was. Daar gaat het incident dus niet over, maar het is wel een tekortkoming waar terecht de vinger bij wordt gelegd. Ik heb dan ook meteen, nadat ik er kennis van had genomen, duidelijk gemaakt dat dit wat mij betreft niet kan. Er is een protocol afgesproken en ik heb het COA de opdracht gegeven om samen met het Gezondheidscentrum Asielzoekers en Menzis de door de inspectie aanbevolen maatregelen uit te voeren. Ik wil klip-en-klaar stellen dat een huisarts altijd toegang zal moeten hebben tot het asielzoekerscentrum. Dat komt ook in het protocol te staan. Als er onvrede is, moet dat gemeld

worden aan de directeur van het COA. Er moet dan maar een oplossing worden gezocht met de zorgverzekeraar Menzis. Daarnaast heb ik, ook om de Kamer gerust te stellen, gevraagd hoe het zit in andere centra. Is daar ook sprake van onvrede of is er iets aan de hand waartegen maatregelen genomen moeten worden? Verder wil ik er nog op wijzen dat ik het onderzoek van de inspectie dat gaat plaatsvinden, verder afwacht. Het is misschien goed als ik nog kort iets zeg over de vraag hoe de medische zorg voor asielzoekers geregeld is. Minister Schippers heeft hier ook al over gesproken. Hoe komt het dat LOGO-gemeenten en andere instanties, zoals VluchtelingenWerk Nederland, kritisch zijn en daar opmerkingen over hebben? Laat ik meer in het algemeen zeggen dat het systeem volgens mij goed is. Het nieuwe stelsel van 1 januari 2009 functioneert naar behoren. Volgens mij is de toegankelijkheid goed verzorgd. Minister Schippers heeft dat heel duidelijk gemaakt. Het is misschien een misverstand dat het vooral schort aan de praktijklijn omdat daar bijvoorbeeld geen huisarts of een bevoegd arts bij zou zijn. Volgens mij heeft een asielzoeker meerdere mogelijkheden voor een rechtstreekse toegang tot medische verzorging. Het moet voor een asielzoeker gaan zoals het voor iedere Nederlander gaat. Ik denk dat het heel belangrijk is om dat nog eens aan te geven.

Ik heb dus met enige verbazing kennisgenomen van de brief van VluchtelingenWerk Nederland en ook van de reactie gisteravond van de LOGO-gemeenten. Ik herken deze reactie niet. Ik wil er met hen best over praten, maar er zijn bij ons geen signalen binnengekomen dat het fout zou zitten of dat er iets structureel mis zou zijn. De voorganger van minister Schippers heeft hen overigens in het algemeen overleg van 9 september 2010 actief uitgenodigd. Tijdens dat algemeen overleg is hun door de heer Klink gevraagd signalen kenbaar te maken als zij die hadden. Ik heb die signalen niet gekregen. Sterker nog, asielzoekers zijn zeer tevreden over de medische voorzieningen. Ze geven daar hoge punten voor in gesprekken en evaluaties. Ik wil niet overhaast overstappen op welk model dan ook. Dat lijkt me eerlijk gezegd niet zo zinvol. Laten we het rapport van de IGZ afwachten en dan bekijken of er iets moet veranderen. Nogmaals, ik zie op dit moment geen aanleiding om het hele model te veranderen. Ons is op geen enkele manier duidelijk geworden dat de gemeenten de medewerking zouden willen beëindigen, omdat dit niet klopt. Dat is niet aan de orde. Ik heb hiermee de belangrijkste punten ten aanzien van de tragische gebeurtenis behandeld. Ik kan nog allerlei details geven, maar dat is alleen een herhaling van wat minister Schippers al heeft gezegd.

Ik zou door willen gaan naar het tweede belangrijke punt, namelijk het Bureau Medische Advisering en de problematiek die door de leden in dat kader aan de orde is gesteld. Ik herinner de leden eraan dat ik hier eind februari tijdens het vragenuurtje het nodige over heb gezegd in reactie op vragen van mevrouw Wiegman. Misschien is het helder om het volgende uiteen te zetten. Het Bureau Medische Advisering, BMA, heeft een medisch adviserende taak en het is niet de medische behandelaar. Ik denk dat dit misverstand misschien bestaat. Het BMA heeft geen uitvoerende taak met betrekking tot bijvoorbeeld de overdracht. Dat doet de DT&V. Het BMA is specifiek bezig met het verkrijgen van aanvullende informatie en het opbouwen van expertise, zodat de IND zijn beslissingen op een zorgvuldige manier kan nemen. Het gaat dan niet om het verkrijgen van kennis die de behandelend arts zou missen om tot een beoordeling te komen. Die hoort thuis in de relatie tussen de arts en de patiënt, een vertrouwensrelatie. De arts behoort voor de patiënt op te komen. Het BMA kijkt veel meer in technische en medische zin naar de voorzieningen en naar de vraag of terugkeer verantwoord is. Dan gaat het om de discussie rond de beschikbaarheid en de toegankelijkheid. Hoewel er wel eens discussie over is, is het BMA dus een onafhankelijke instelling. De medische adviseurs van het BMA zijn onafhankelijk. Ze zijn weliswaar

onderdeel van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en krijgen om een structuur aan te brengen standaard vragenlijsten van de IND, maar het BMA is onafhankelijk. Het loopt niet aan een lijntje van de IND, maar kan en moet wel medische omstandigheden meewegen in de verblijfsprocedure. Daarom moet het ook informatie hebben over de aard van de medische klachten en die heeft het ook. Het zijn immers ook artsen. We moeten voorkomen dat de positie van het BMA en van de behandelend arts samenvalt. Je moet zorgen dat daar een strikt onderscheid tussen wordt gemaakt. Een behandelend arts dient in de eerste plaats de belangen van de patiënt. Hij mag zelfs volgens de wettelijke regelgeving niet doen wat de BMA-arts doet. Dat is uitgesloten. Dat onderscheid moet goed gemaakt worden. Conform de KNMG-richtlijnen mag de behandelend arts geen medische verklaringen afleggen over bijvoorbeeld de reisvaardigheid of de behandel mogelijkheden in het land van herkomst. Dat is een adviestaak die uitdrukkelijk in handen is gelegd van de medische adviseur, oftewel de BMA-arts.

Dan kom ik tot het belangrijke dilemma dat ook mij beroert, namelijk aan de ene kant de beschikbaarheid en aan de andere kant de toegankelijkheid van voorzieningen. De feitelijke toegang tot medische zorg voor een individu is altijd afhankelijk van meerdere factoren. Dat zijn niet alleen medische factoren. De leden kunnen dan denken aan financiële, geografische en infrastructurele omstandigheden en veiligheidsaspecten. De feitelijke toegang is geen medische vraag en valt dus buiten het medische deskundigheidsgebied van de BMA-arts. Laat ik de leden aan de hand van een voorbeeld proberen duidelijk te maken hoe lastig dat dilemma ligt. Regelmatig wordt door of namens een vreemdeling aangegeven dat een specifiek medische behandeling weliswaar beschikbaar, maar niet toegankelijk is in het land van herkomst. Meestal is dat het dilemma waar ze voor staan. Ik ben ervan overtuigd dat het niet realistisch is de IND te laten toetsen of een behandeling vanwege de kosten wel toegankelijk is. Dat zou namelijk niet alleen een oordeel vergen van de BMA-arts over de draagkracht van een asielzoeker, maar ook zou een inzicht nodig zijn in allerlei vragen die nog veel belangrijker zijn. Zou hij de behandeling met steun van de familie of van vrienden wel kunnen krijgen? De BMA-arts zou zich daarmee ook een oordeel aanmatigen over de verdeling van medische voorzieningen in een land en de toegankelijkheid voor inwoners in het algemeen. De Kamerleden zouden zich eens voor moeten stellen dat zij over één specifieke asielzoeker die terug moet gaan, een oordeel zouden moeten vormen of hij niet alleen in de beschikbare voorziening terecht kan, maar of deze ook voor hem toegankelijk is, gelet op de prijs en op zijn persoonlijke situatie. Stel dat de conclusie is dat dit niet het geval is. Zou de Nederlandse Staat dan moeten oordelen dat er een taak ligt om dit voor hem te compenseren? Zo ja, zou dezelfde zorg dan niet ook aan alle andere bewoners van dat gebied gegeven moeten worden? Zouden we dan niet gaan discrimineren tussen diegene die vanuit ons land wordt teruggestuurd en alle mensen die daar wonen? Dit is bijna onmogelijk en ook onhaalbaar. Het zou niet leiden tot een rechtvaardige beslissing. Mijn bezwaar hiertegen is dat het onvermijdelijk een grote mate van willekeur met zich mee zou brengen. Ik ben daar dus niet voor. Wij kunnen vanuit Nederland niet toetsen of de aanwezige medische behandeling voor de vreemdelingen in kwestie ook toegankelijk zal zijn op het moment dat men naar het land terugkeert. Natuurlijk toetsen we wel of degene die terug moet gaan voldoende waarborgen heeft dat hij daar kan komen en of hij de medische behandeling er een tijd lang kan krijgen. Meestal wordt voorzien in voldoende medicijnen en er wordt gekeken of de reis ernaartoe voldoende gewaarborgd is. Al die aspecten worden meegewogen. De IND kijkt ook naar de algemene karakteristieken van een land. Mevrouw Van Nieuwenhuizen vroeg hiernaar. Is er een oorlog gaande of zijn er zodanige problemen dat het niet gewaarborgd is dat we iemand moeten of kunnen terugsturen? Hoezeer ik ook het dilemma van de Kamer

begrijp, denk ik dat we er eerlijk over moeten zijn dat we het niet kunnen waarmaken om het criterium van de toegankelijkheid aan dat van de bereikbaarheid toe te voegen. Dat krijgen we nooit voor elkaar, want dan komen we op een heel lastig hellend vlak terecht.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik merk dat de minister heel veel woorden nodig heeft om te zeggen dat hij bij zijn standpunt blijft.

Minister **Leers**: Ik probeer de Kamer mijn oprechte overtuiging duidelijk te maken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het is wat de minister eerder in zijn schriftelijke antwoorden heeft gezegd.

Minister **Leers**: Dan ben ik in ieder geval consistent.

De **voorzitter**: Wilt u de vraag van mevrouw Arib afwachten?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Er is al eerder over dit onderwerp gesproken, niet alleen met dit kabinet, maar ook met het vorige. Ik zou de minister willen wijzen op het rapport dat is uitgebracht door de commissie-Klazinga, waarin over dit dilemma heel goed is nagedacht. Hierin werd gesteld dat men bij de beoordeling van daadwerkelijke behandelmogelijkheden in landen van herkomst en de feitelijke toegankelijkheid daarvan af moet gaan op informatie van meerdere bronnen, waaronder de Wereldgezondheidsorganisatie, de Verenigde Naties en medische hulporganisaties ter plekke. Dat hoeft de IND niet alleen te doen. Dan heeft de minister voldoende inzicht of iemand wel of niet uitgewezen kan worden. Daar hoeft de minister niet zo ingewikkeld over te doen. Ook hoeft hij dan niet te zeggen dat het te willekeurig zou zijn. Dit zijn zeer onafhankelijke en betrouwbare bronnen, maar de minister maakt er geen gebruik van.

Minister **Leers**: Laat ik dan niet ingewikkeld doen en rechtstreeks zeggen: mijn voorganger mevrouw Albayrak, de partijgenoot van mevrouw Arib, had precies dezelfde opvatting. Ook zij vond dat dit onderscheid naar aanleiding van de commissie-Klazinga niet te maken was. Kortom, ik ben ook consistent met de lijn van mijn voorganger.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ook, want de PvdA-fractie heeft nog steeds hetzelfde standpunt.

Minister **Leers**: Dan blijven we daarover van mening verschillen.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): We moeten niet alleen terugkijken naar hoe we het vroeger hebben gedaan. We hebben inderdaad de commissie-Klazinga gehad. Mevrouw Arib vraagt of de minister bereid is wat breder te kijken naar andere bronnen. Dat lijken me objectieerbare criteria. Ik merk dat de minister zoekt en kijkt hoe de dilemma's overwonnen moeten worden. Hij zegt wel te kijken naar de oorlogssituatie in een land en naar de vraag of er te reizen valt. De minister geeft aan dat veiligheid wordt meegenomen. Dat zou één van de drie toetsingscriteria – veiligheid, afstand en financiën – zijn. Ik merk dat de minister bereid is een aantal aspecten mee te nemen. We zitten dus een semantische discussie te voeren. Dat moeten we vooral niet doen. De Kamer vraagt collectief in de Kamervragen via de commissie of de minister bereid is iets breder te kijken dan alleen maar de beschikbaarheid en de toetsing iets breder te maken. Mevrouw Arib geeft een aantal voorbeelden van bronnen waaruit hij zou kunnen putten.

Minister **Leers**: Ik snap het dilemma waar we allemaal mee zitten. Ik denk echter ook dat we eerlijk moeten zijn en geen verwachtingen moeten wekken voor een bijna onoplosbare zaak. Dat is de reden dat ik, misschien met veel woorden, duidelijk heb willen maken wat de situatie is. Natuurlijk kijken we naar de situatie in het land zelf. We doen dit ook zeker in die gevallen waarin asielzoekers de vraag aan ons stellen om hier opgenomen te worden, asiel en een status te krijgen. Dan wordt de situatie zoals die is meegewogen. Nogmaals, dat blijven we doen. Het gat vullen tussen onze kwaliteiten en standaarden en die van elders, is niet te realiseren.

In reactie op de heer Voordewind merk ik op dat wij informatie krijgen van International SOS. Dat is een wereldwijd opererende organisatie. Ook krijgen we informatie van vertrouwensartsen. Die informatie komt in het advies en is ook beschikbaar in het advies ten behoeve van de betreffende persoon.

Ik heb begrepen dat er vragen zijn over het toezicht. Het toezicht is zorgvuldig. Ik heb tot nu toe niet de indruk dat het BMA veel klachten heeft gekregen over de feitelijke informatie over de medische situatie. Voor een asielzoeker is het wel of niet krijgen van de status een belangrijk gegeven. Als men die niet krijgt, is men teleurgesteld en gaat men over het algemeen in beroep. Dat beroep dient. Ons zijn tot nu toe echter nauwelijks specifieke zaken gebleken die in het kader van het tuchtrecht verwijtbaar zouden zijn aan de BMA-artsen. Dat is dus niet aan de orde. Dan kom ik op de discussie over de illegaliteit. Dat is een belangrijk onderwerp waarover we tegen de zomer uitgebreid met elkaar zullen praten. Het is mijn voornemen om de Kamer een brief te sturen met de visie van de regering op illegaliteit, conform de afspraken in het regeerakkoord, ter voorbereiding op het wetsvoorstel voor de strafbaarstelling. Daarin zal ik natuurlijk ook de aspecten betrekken die de leden hebben aangevoerd. Ik wijs op de Kameruitspraak van de heer Knops, waarvan ik heb gezegd dat ik die overneem. Daarin wordt de regering gevraagd de betrokkenheid van organisaties, waaronder medische, niet strafbaar te stellen als medeplichtig aan een misdrijf. Daar zal ik naar kijken. Ik heb toegezegd dat ik me daarmee kan verenigen. Dat is een essentieel en belangrijk aspect in de beoordeling en de uitwerking van de strafbaarstelling van illegaliteit. Ik kom daar later dus uitgebreid op terug. Daarom wil ik nu liever niet hapsnap over allerlei details spreken. Laat me dat in z'n totaliteit aan de Kamer voorleggen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Dank aan de bewindspersonen voor hun antwoorden op een aantal vragen. Ik heb nog een paar opmerkingen en vragen over. De inspectie is nu bezig met onderzoek naar de zorg in de praktijk voor asielzoekers. Dat rapport zou eind september komen. In eerste termijn heb ik gevraagd om een voortgangsrapportage. Het gaat er namelijk ook om dat de aanbevelingen naar aanleiding van het overlijden van Zahara nu worden geïmplementeerd. Ik zou die toezegging graag krijgen.

Ik heb ook gevraagd naar de reactie van de minister op de oproep die gemeenten vandaag hebben gedaan voor betere zorg voor asielzoekers. Daarin doen zij een aantal voorstellen.

Ook krijg ik graag een reactie op het voorstel voor de invoering van de Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling in asielzoekerscentra.

Verder wil ik terugkomen op de opmerking van de minister voor Immigratie en Asiel over het strafbaar stellen van illegaliteit. Hij verwijst naar een brief die nog moet komen. Ik wil toch een beroep op de minister doen om duidelijkheid te verschaffen. Met minister Opstelten hebben we net een debat gehad over mensenhandel. Daar gelden dezelfde vragen. Slachtoffers van mensenhandel zijn ook illegaal. Hij had wel het lef om te zeggen: dat wil ik niet en dat gaat niet gebeuren. Ik zou graag van de

minister horen dat mensen die illegaal zijn en ernstig ziek zijn, recht op zorg hebben. De artsen die illegalen helpen, ook vanuit het belang van de volksgezondheid, zouden niet strafbaar gesteld moeten worden. Dat moet de minister niet in de lucht laten hangen. Graag krijgen we hier duidelijkheid over.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik heb in mijn bijdrage om een reactie gevraagd op de aanbevelingen van VluchtelingenWerk Nederland om ter ondersteuning van de praktijklijn te allen tijde een huisarts als achterwacht beschikbaar te stellen. Die heb ik volgens mij nog niet gekregen.

Het is belangrijk dat er een grondig onderzoek naar het stelsel komt. Minister Schippers gaf aan dat resultaten in september naar de Kamer komen. In antwoord op mijn vragen is eerder gesproken over «voor de zomer». Ik vind het erg jammer dat dit nu vertraagd is. Ik wil dat in dat onderzoek ook nadrukkelijk de vraag wordt meegenomen of we nu op de goede weg zijn door de zorg door één commerciële partij te laten organiseren.

Ik heb minister Leers gevraagd naar de aanbevelingen uit het IGZ-rapport over de BMA-advisering uit 2006. Daar heb ik geen reactie op gehad. Ik heb ook vragen gesteld over de zwangere vrouw die van Leersum naar Ter Apel of Vlagtwedde zou zijn gebracht. Ik wil horen dat die mevrouw precies dezelfde zorg krijgt als andere vrouwen, bijvoorbeeld de vrouw van de voorzitter.

Minister Schippers gaf aan dat zij soms ook behoorlijk moet praten om een huisarts te kunnen zien. En dat is precies het punt. Zij kán behoorlijk praten. Zij is assertief en ze spreekt goed Nederlands. Bij asielzoekers is dat niet altijd het geval. Daarom hanteren we dat dubbele tarief. Bij twijfel moet iemand soms door een huisarts gezien worden; liever een keer te veel dan te weinig. Ik ben blij met de toezegging van minister Leers dat de huisarts altijd toegang moet hebben tot een asielzoekerscentrum.

Ik blijf het schokkend vinden dat de PVV-fractie uitgaat van een verschillend recht op zorg, voor asielzoekers en mensen die geen asielzoeker zijn. In het vorige overleg zaten hier de ministers Klink en Hirsch Ballin. Zij namen hier toen krachtig afstand van. Ik wil horen dat deze ministers dat ook doen en als zij dat niet doen, zal ik daarover een oordeel aan de Kamer vragen.

De **voorzitter**: Ik zal in de Kamer nooit meer iets zeggen over de toekomstige familieomstandigheden van de familie Mulder, want die hoor ik nu al twee keer terug.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. In het inspectierapport wordt geconcludeerd dat de registratie van de bloeddruk en de polsfrequentie niet duidelijk was. De praktijkondersteuner zegt het te hebben gemeld en de waarnemend arts zegt niets te weten, want anders had hij meteen actie ondernomen. Ik vind dat een belangrijke constatering in het inspectierapport en die blijft, ook in dit debat, te veel in de lucht hangen. Is de minister bereid dat verder uit te zoeken? We hebben het over tuchtrecht en over de consequenties. Iedereen is een beetje schuldig, maar niemand is echt schuldig. Ik vind dit ook ten opzichte van de nabestaanden onbestaanbaar. We nemen wel een aantal maatregelen, maar schuiven de schuld naar elkaar. We moeten hier opheldering over krijgen. De praktijkondersteuner had ook verdere actie kunnen ondernemen toen de waarnemend arts dat niet deed. Graag krijg ik daar nog een reactie op.

In vind dat de minister weinig tot niet beweegt inzake het BMA. Ik heb het voorbeeld van de nierdialyse genoemd. Trekken we de stekker uit een patiënt als we weten dat er ergens in een land een apparaat staat, maar ons niet durven afvragen of dat toegankelijk is? Ik overweeg om hierover

een VAO aan te vragen. Ik hoor ook geluiden dat we de toegankelijkheid moeten toetsen, vooral als het gaat om levensbedreigende situaties. Misschien moeten we als Kamer bekijken of we de minister meer in beweging kunnen krijgen.

De minister zegt zich te kunnen vinden in de motie-Knops. Met die uitspraak ben ik heel blij. Dat betekent dat hij vindt dat de medici in ieder geval niet aansprakelijk gesteld kunnen worden als hij illegaliteit strafbaar stelt. Dat geldt dan trouwens ook voor onderwijzers et cetera. Die uitspraak heeft de minister vandaag duidelijk gedaan. De medici hoeven dus verder ook niet bang te zijn.

Rest nog het onderzoek naar de consequenties van de strafbaarstelling voor de gezondheid van illegalen, waar de GGD om heeft gevraagd. Is de minister bereid daarnaar te kijken en dat aspect mee te nemen in de brief die hij de Kamer stuurt?

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De SP-fractie is teleurgesteld in de antwoorden van het kabinet. Er worden geen lessen uit deze zaak getrokken en ook komt de onderste steen niet boven. Ik wijs op de praktijkondersteuner die in conflict is met de waarnemend arts. Het is niet duidelijk wie van de twee liegt. Ik vind dat dit moet worden uitgezocht. De minister kan niet volstaan met het antwoord dat het systeem de schuldige is. In het kader van de Wet BIG gaat het om individuele artsen en hulpverleners die aangesproken moeten worden op hun professionaliteit. Ik vind dat dit verder moet worden uitgezocht. Laat het door het tuchtcollege beoordelen. Ik wil ook graag weten of het OM nog wordt ingeschakeld, want daar heb ik nog geen antwoord op gekregen. Dan kom ik op het BMA en de discussie over de toegankelijkheid van zorg. Ik wijs op artikel 3 van het EVRM. Daarin staat dat een vreemdeling niet uitgewezen mag worden als er een noodsituatie dreigt, bijvoorbeeld bij ernstige gezondheidsschade. Als je dat als uitgangspunt neemt – en dat doen wij – moet je ook kijken naar de toegankelijkheid van voorzieningen in het land van herkomst. Ook daar krijg ik graag een reactie op. Is het kabinet bereid om serieus de GGD-optie te onderzoeken als alternatief voor het huidige systeem? Ik doel dan op de regionale opzet.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor hun antwoorden. In tegenstelling tot de opmerkingen van mevrouw Voortman denk ik dat we kunnen concluderen dat de zorg voor asielzoekers juist een stapje verder gaat dan de reguliere zorg omdat er een extra inspanning wordt geleverd. Haar beschuldigingen aan mijn adres werp ik dan ook verre van mij.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): De PVV-fractie bepleit dat asielzoekers alleen in aanmerking komen voor spoedeisende hulp. Dat is niet alleen principieel onjuist, het is ook veel duurder dan het op tijd verlenen van zorg. Het is gewoon erg onverstandig en ik wil dat de ministers daar afstand van nemen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb geen vraag gehoord. Volgens mij hebben artsen en verpleegkundigen die BIG-geregistreerd zijn gewoon een behandelplicht, dus ook voor illegalen. Dat kan dus nooit een probleem zijn. Volgens mij moet een dokter een patiënt behandelen, of die nu illegaal is of niet. Ik ben blij met de consistente antwoorden van minister Leers.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Dank voor de beantwoording. Mijn eerste vraag richt ik aan de minister van VWS. Zij weet nog niet zeker of het een incident was en wil eerst de resultaten van onderzoek afwachten.

Ik neem echter aan dat we niet tot september wachten om iets aan die gebrekkige communicatie te doen en dat daar in alle azc's naar gekeken wordt.

Dan heb ik nog iets voor de minister voor Immigratie en Asiel. Ik heb nog geen antwoord gekregen op twee van mijn vragen. Hebben de medische adviseurs voldoende kennis van de vaak complexe medische vragen waarvoor zij staan? Klopt het dat er sprake is van indirecte druk? Hoe gaan zij daarmee om? De minister heeft hierover wel iets gezegd in zijn antwoorden, maar daar wil ik graag nog een toelichting op.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Dank aan de ministers voor hun antwoorden. De minister heeft gezegd dat in september het resultaat komt van het huidige stelsel. Ik heb bepleit het meer lokaal te regelen. Een landelijk meldpunt werpt een extra drempel op voor lokale hulpverleners en het COA. Daarmee vergroot je het risico op incidenten. Ik pleit ervoor om taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op lokaal niveau te verbeteren. Nu is het niet goed geregeld. Dat kan met een landelijke richtlijn, maar dat hoeft wat mij betreft niet te betekenen dat de medische zorg voor asielzoekers meer gaat kosten. Ik zou graag zien dat de minister in overleg treedt met de VNG om te kijken naar alternatieven voor het landelijk meldpunt. Ik krijg daar graag een reactie op en eventueel dien ik er een motie over in.

Mevrouw **Van Nieuwenhuizen** (VVD): Voorzitter. Dank aan de beide bewindslieden voor de beantwoording van de vragen. Wat betreft de strafbaarstelling van illegaliteit heeft het me toch gestoord dat daar onduidelijkheid over blijft bestaan. Bij de begrotingsbehandeling heeft de VVD-fractie duidelijk aangegeven dat er een aantal uitzonderingen is. Die hebben betrekking op rechtshulp, medisch noodzakelijke hulp, noodhulp en onderwijs aan kinderen. Die dingen vallen er altijd buiten. Ik vind het jammer dat daar onduidelijkheid over bestaat.

Dan kom ik op het BMA. Net als bij de ambtsberichten over de veiligheid moeten we hier vertrouwen op de onafhankelijkheid van artsen. Zij hebben hun eigen professionele verantwoordelijkheid om zorgvuldig hun adviezen uit te brengen. De Kamer kan niet anders dan daarop vertrouwen.

Bij de telefonische praktijklijn kunnen tolken ingeschakeld worden.

Minister Schippers zei dat zorgverleners proactief benaderd worden om van die mogelijkheid gebruik te maken. Zij worden daarvan in kennis gesteld. Daar ben ik blij mee, maar het systeem is zo sterk als de zwakste schakel. Naar ons idee zit de zwakste schakel niet bij de mensen die er dagelijks mee werken, maar bij degenen die er incidenteel mee in aanraking komen. Dat zijn de waarnemers van die artsen die de contracten hebben afgesloten. Wil de minister er nog eens extra de aandacht op vestigen via het GCA en Menzis? Het moet extra duidelijk gemaakt worden dat het de verantwoordelijkheid is van de gecontracteerde huisartsen dat hun vervangers op de hoogte zijn van de mogelijkheid tolken te gebruiken. Zij moeten weten hoe dat werkt.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Arib vroeg of er een voortgangsrapportage kan komen van die aanbevelingen. Die aanbevelingen worden nu al ingevoerd en een aantal is al in de praktijk doorgevoerd. Ik heb er net ook een aantal genoemd. Sommige zijn nog in ontwikkeling en worden zo snel mogelijk ingevoerd. Ik wil me focussen op die invoering. Tegelijkertijd loopt er parallel een onderzoek van de inspectie. Ik wil in september besluiten hoe we verder moeten gaan. Dat is ook mijn reactie op de vragen over de GGD. Als een onderzoek loopt, wil ik eerst afwachten wat daaruit komt. Op basis van die uitkomsten kunnen we besluiten of het goed loopt, of wij het voldoende vinden en of we er verbandjes bij moeten leggen. Natuurlijk houdt de inspectie, die zelf die

aanbevelingen heeft gedaan, in de gaten of die toegepast worden. Dat heeft zij zeer recent, ik meen op 7 maart, nog gedaan en daarvan is de laatste stand van zaken gerapporteerd.

Op de meldcode kom ik schriftelijk terug omdat ik wat dat betreft niet de deskundige ben.

Mevrouw Voortman vroeg of er te allen tijde een huisarts moet zijn als achterwacht. Die is er: de HAP. Voor heel Nederland zijn daar de huisartsen als achterwacht, alleen hebben we voor deze specifieke groep extra zorg geregeld door de praktijklijn en extra spreekuren op locatie. Als er midden in de nacht iets is, zullen deze mensen, al dan niet met behulp van een tolk, bij de HAP terechtkomen.

De inspectie gaat onderzoeken of we op de goede weg zitten. Daar moeten we op wachten. We moeten openstaan voor de resultaten waarmee de inspectie komt.

Asielzoekers zijn inderdaad niet altijd zo assertief als wij. Ook niet iedere Nederlander is assertief trouwens. We hebben daar rekening mee gehouden in de organisatie. Juist daarom hebben we POH's, tolken, de praktijklijn en zorg op locatie. Mensen die net het land binnenkomen en de taal niet spreken, zitten met een natuurlijk probleem. Daarom hebben we voorzieningen getroffen die we in de reguliere zorg niet hebben.

De heer Voordewind zei dat bij hem een onopgehelderd punt blijft hangen. Helaas zien we dat vaker bij het doen van onderzoek naar gevallen in de gezondheidszorg waarbij iets mis is gegaan. Sommige dingen zijn niet na te trekken. Dat is precies wat de inspectie hier heeft geconstateerd. Het is niet te achterhalen wat zich hier werkelijk heeft afgespeeld of, met andere woorden, wat de waarheid is. Als dat grondig is gebeurd, helpt het niet om het nog een keer te moeten constateren. Het OM is wel bezig deze zaak te onderzoeken op strafbaarheid. Dat hele traject wordt gevolgd. Iedereen heeft zijn eigen verantwoordelijkheid, maar het OM bekijkt de zaak gezamenlijk en onderzoekt of er strafbare zaken aan de orde zijn.

Op de GGD-optie die de heer Van Gerven ter sprake bracht, ben ik al ingegaan. Ik wil daarvoor de uitkomsten van het inspectieonderzoek afwachten. Datzelfde wil ik zeggen in antwoord op de vraag van mevrouw Smilde. We hebben tussendoor geen signalen van vergelijkbare incidenten gekregen. De aanbevelingen worden doorgevoerd en die hebben natuurlijk veel te maken met communicatie. Uiteindelijk ligt de oorzaak grotendeels in slechte of slordige communicatie. Dat is een uitermate belangrijk aandachtspunt voor de inspectie.

In reactie op mevrouw Dijkstra val ik een beetje in herhaling. Ik denk dat we het nu al lokaal hebben georganiseerd. Het landelijk meldpunt is iets extra's wat we eroverheen hebben gelegd. Via de praktijklijn kan voorkomen worden dat er hiaten vallen en dingen kwijtraken, zeker gezien het feit dat asielzoekers soms van de ene naar de andere kant van het land verhuizen. Het is extra. De zorg zelf is lokaal georganiseerd, daar hoeven ze niet voor naar Wageningen.

Dan kom ik op de vraag van mevrouw Van Nieuwenhuizen. De huisartsen kennen de nummers van de praktijklijn en de tolken. De POH werkt overigens bij dezelfde huisarts en in dezelfde praktijk. Die weet dat ook. In de praktijk moet dat bekend zijn. Als het de Kamer geruststelt, wil ik Menzis best vragen of zij willen nagaan of dit in de praktijk goed geregeld is. Er zitten overigens mensen van Menzis op de publieke tribune, dus ze luisteren nu al mee.

Mevrouw **Van Nieuwenhuizen** (VVD): Het gaat mij erom dat we de vervangers bereiken. De huisartsen en de POH's weten het natuurlijk wel. Het gaat om de weekend- en vakantiediensten en dergelijke.

Minister **Schippers**: Dat wordt overgedragen. Dit soort zaken wordt daarbij ook overgedragen. De huisarts weet immers dat hij in een

asielzoekerscentrum waarneemt. Ik kan me voorstellen dat in de praktijk de nummers van de praktijklijn aan de muur hangen. Ik zal dit, zoals ik heb toegezegd, nog eens bij Menzis nagaan.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mijn vraag over de oproep die vandaag door een stuk of 80 gemeenten is gedaan, is blijven liggen. Ik weet niet of die vraag het best kan worden beantwoord door minister Schippers of minister Leers. Ik wil graag weten wat de reactie van het kabinet daarop is.

De **voorzitter**: Dat lijkt me een vraag voor de minister voor Immigratie en Asiel. Hij krijgt nu sowieso het woord voor zijn termijn.

Minister **Leers**: Voorzitter. Dank voor de aanvullende vragen. Ik zal proberen die staccato af te lopen. Mevrouw Arib vroeg duidelijkheid over de strafbaarstelling van illegaliteit. Zij wil een waarborg dat mensen die illegaal en ziek zijn zorgvuldig worden behandeld. Laat ik daar duidelijk over zijn. Mensen die illegaal en ziek zijn, kunnen ook nu al aanspraak maken op medische zorg. Net als kinderen die recht hebben op onderwijs, is dat een uitzondering op de koppelingswet. Wat mij betreft betrekken we dat straks bij de strafbaarstelling van illegaliteit. Er is terecht aangegeven dat ook bij de begrotingsbehandeling al duidelijk een aantal uitzonderingen is geformuleerd. Ik zal die er allemaal bij betrekken in de brief. Mevrouw Voortman sprak over de aanbevelingen uit het rapport uit 2006. Ik verwarde het even met een ander rapport, maar mevrouw Voortman doelt op een reactie van de inspectie op het BMA. Over dat rapport is door de toenmalige minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie per brief van 2 oktober 2006 per geadviseerde maatregel van de inspectie gemotiveerd aangegeven welk gevolg daaraan wordt gegeven. Als mevrouw Voortman daar behoefte aan heeft, wil ik die brief nog wel een keer toesturen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Graag. Ik heb overigens nog geen antwoord gekregen op mijn vraag over de zwangere vrouw die naar Vlagtwedde is gebracht.

Minister **Leers**: Excuses, dat antwoord ligt hier wel klaar voor u. Mevrouw Voortman vroeg of de zwangere vrouw precies dezelfde zorg krijgt als bijvoorbeeld de zwangere vrouw van de voorzitter.

De **voorzitter**: Ik heb ooit een keer een bekentenis gedaan in deze commissie en iedereen heeft dat blijkbaar onthouden. Daar wordt ik nu elke keer aan herinnerd.

Minister **Leers**: Het lijkt me vanzelfsprekend dat zij de medisch noodzakelijke zorg krijgt zoals die voor iedereen beschikbaar is. Als er dringend noodzakelijke medische hulp nodig is, krijgt zij die. Het is precies zoals minister Schippers aangaf. We hebben de zorg voor asielzoeker geregeld volgens het Nederlandse model. Daarin moet dus geen onderscheid gemaakt worden. Als de Kamer daar anders over denkt, wacht ik de Kameruitspraak daarover graag af. Dan zien we dat debat met belangstelling tegemoet.

De heer Voordewind noemde de problematiek rond de nierdialyse. Hij noemde het als een praktisch voorbeeld. De reisvoorwaarde betekent dat er in ieder geval sprake moet zijn van een fysieke, feitelijke overdracht die een continuering van de zorg waarborgt. Als een nierpatiënt naar een ander land wordt overgedragen moet, zeker voor de reis en de overdracht door de DT&V, gewaarborgd zijn dat er een continuering van zorg is. Dat lijkt me helder. Er moet geen medische noodzaak ontstaan binnen bijvoorbeeld drie maanden. Ik heb al eerder gezegd, bijvoorbeeld in het vragenuur, dat we niet tot het einde van iemands leven kunnen garan-

deren dat die medische voorziening beschikbaar blijft. Dat is onmogelijk. Dat je iemand die teruggaat in ieder geval voorziet van zodanige medicatie dat diegene daar een aantal maanden terecht kan, lijkt me vanzelfsprekend. Zo gebeurt het ook in de praktijk.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Het zit 'm toch in het verschil tussen beschikbaarheid en toegankelijkheid. Een nierpatiënt kan zonder dialyse binnen twee of drie weken overlijden. Die patiënt verkeert dus in levensbedreigende omstandigheden. Dat zou een afweging moeten zijn bij het uiteindelijk terugsturen van mensen.

Minister **Leers**: Dan krijgen we opnieuw dezelfde discussie. Bij de reisvoorwaarden wordt bekeken of iemand die reis kan maken. Daar hoort die afweging over de nierdialyse bij. Vervolgens wordt bekeken of in het land van herkomst dergelijke apparatuur en voorzieningen beschikbaar zijn. Over de toegankelijkheid hebben we het al uitgebreid gehad. Wij kunnen die niet blijven garanderen. Dat is het verschil.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil doorgaan op het punt waar de minister stopt. Als die patiënt niet gedialyseerd wordt in het land van herkomst gaat hij dood. Artikel 3 van het EVRM zegt dat een arts daaraan geen medewerking mag verlenen. Het gaat dus om medische noodsituaties. Vindt het kabinet dat de toegankelijkheid, het gebruik van een dialyseapparaat in het land van herkomst, gecheckt en geborgd moet zijn?

Minister **Leers**: Het enige antwoord dat ik daarop kan geven, is dat het Europees Hof nu al checkt of wat wij doen verantwoord is. In alle gevallen waarin we mensen terugsturen naar het land van herkomst kijkt het Europees Hof mee. Als er bezwaarlijke situaties zijn waarin wij onverantwoorde beslissingen nemen, zouden we van het Hof al heel wat interim measures om de oren geslagen hebben gekregen, maar dat is niet gebeurd. Wij maken onze beoordelingen en afwegingen binnen de grenzen van het Hof.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat klopt wel, maar daar heeft een patiënt die uitgewezen wordt niets aan. Dan is hij inmiddels overleden. Wat is het standpunt van het kabinet in dezen?

Minister **Leers**: De heer Van Gerven verwees zelf naar dat artikel. Daar voldoen we aan. Dat is dus niet het punt. Ik heb eerder al gezegd dat wij niet het gebrek aan beschikbaarheid van medische voorzieningen in alle landen van herkomst in de wereld compenseren tot een niveau zoals in Nederland. Dat is niet mogelijk. Dus zitten we hier met dat dilemma. Ik heb gezegd dat ik begrijp dat de heer Van Gerven daar vervelende gevoelens bij heeft, maar ik ga niet de verwachting wekken dat ik dat wel even ga oplossen. Dat kan ik niet oplossen. Daarmee moet de Kamer het doen. Ik heb uitgelegd dat de beschikbaarheid een belangrijk punt in de afweging is. De toegankelijkheid kan ik niet garanderen, althans niet in zodanige omvang dat het tot in lengte van dagen aanwezig is. Op de strafbaarstelling ben ik ingegaan. Over de motie-Knops en de opmerkingen van mevrouw Van Nieuwenhuizen kom ik in de brief nog te spreken.

Mevrouw Smilde vroeg of medische adviseurs voldoende kennis in huis hebben en of zij druk ervaren. In het rapport van de inspectie staat inderdaad dat de BMA-adviseurs indirecte druk ervaren. Zoals in dat rapport te lezen is, wordt van de medische adviseurs verwacht dat zij ook bij complexe beelden of bij moeilijk objectiveerbare diagnoses de adviesaanvragen goed onderbouwen. Als de IND op basis van het BMA-advies geen beslissing kan nemen of als het advies onduidelijk is, worden aanvullende vragen gesteld aan het BMA. Bovendien kan men

altijd nog naar specialisten gaan. Er is natuurlijk enige druk, en die ervaren zij als zodanig, maar er wordt wel het uiterste gedaan om de adviezen zo goed en volledig mogelijk te laten zijn. Hebben zij voldoende kennis? Het onderzoek door het BMA naar de gezondheidstoestand en de behandeling van een vreemdeling vindt plaats op basis van informatie van de behandelend arts. Die is leidend voor wat betreft de fysieke omstandigheden van de patiënt. In het algemeen wordt de informatie van de behandelend arts over feitelijke klachten in de behandeling overgenomen. Dat is voor de BMA-arts een gegeven. De minimumeis voor het zijn van medisch adviseur bij het BMA is basisarts. De meeste adviseurs hebben verschillende specialisaties en ervaring. Ik heb net uitgelegd dat als zij onvoldoende kennis hebben van een specifiek medisch probleem zij altijd kunnen terugvallen op expertise van specialisten in het desbetreffende vakgebied.

Mevrouw Dijkstra vroeg naar het waarborgen van de toegankelijkheid in de azc's. Zij vroeg hoe het zit met de opmerkingen van de LOGO-gemeenten en van VluchtelingenWerk Nederland en wat ik daarmee ga doen. Wat ons betreft is de toegankelijkheid gewaarborgd. We wachten het rapport van de inspectie af. Bij haar onderzoek speelt toegankelijkheid een belangrijke rol. Ik heb geen enkele aanleiding om op dit moment te zeggen dat het huidige systeem onvoldoende is en dat we terug moeten naar het oude systeem. Dat was tenslotte ook niet voor iedereen bevredigend. Het systeem is wat ons betreft voldoende. Als uit het inspectierapport iets anders blijkt, zullen we daarover uiteraard met de Kamer in overleg treden.

Mevrouw Van Nieuwenhuizen ging in op de onafhankelijkheid van de BMA-artsen. Die heb ik zelf ook nadrukkelijk onderstreept. Die is vereist. Er moet een duidelijk verschil zijn tussen de behandelend geneesheer en de BMA-arts. De BMA-arts heeft een andere rol en dat moet vooral zo blijven.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De gemeenten hebben een duidelijke oproep gedaan aan het kabinet dat de zorg voor asielzoekers anders en beter geregeld zou moeten worden. Daar hebben zij ideeën over. Wat vindt de minister daarvan?

Minister **Leers**: Ik ben dat nog eens nagegaan, maar daarvan is mij niets bekend. We hebben vanmorgen nog telefonisch contact gehad met de VNG. Daar is ook niets bekend. Er is één wethouder die een oproep heeft gedaan. Ik bestrijd het idee dat dit de gemeenten zijn. Mijn voorgangers hebben bovendien voortdurend met een uitgestoken hand gevraagd om concrete opmerkingen, maar die hebben ze niet ontvangen. Ik wil overigens best graag met de gemeenten praten, maar laten we het wel in de goede volgorde doen. Laten we eerst de resultaten van het onderzoek afwachten. Daarin speelt de toegankelijkheid een rol. Laten we de actuele en praktische problemen meteen oppakken. Laten we daarna kijken of er reden is het systeem bij te stellen. We moeten echter niet op de suggestie ingaan dat er grote misstanden zijn rond de medische voorzieningen voor asielzoekers, want die zijn er niet. Dat is een verkeerde gedachte en dat wordt door de praktijk ook niet bevestigd. Het incident waarover we spreken is natuurlijk verschrikkelijk en naar aanleiding daarvan hebben we ook maatregelen genomen, maar van dit incident moeten we geen structuur maken. Dan zouden we niet goed bezig zijn.

De **voorzitter**: Ik dank de ministers. Ik heb de indruk dat mevrouw Voortman een VAO wil aanvragen. Misschien kan zij kort duiden wat zij gaat doen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Over een aantal zaken moet ik nog nadenken, maar ik wil in ieder geval een duidelijke uitspraak over het recht op zorg. Daarvoor mogen geen verschillen tussen mensen bestaan.

De **voorzitter**: Mevrouw Arib?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het is niet gebruikelijk dat je hier gaat uitleggen en verantwoorden wat je in het VAO gaat zeggen.

De **voorzitter**: Ik bedoel het ook gewoon vrijwillig. Ik vroeg om een duiding. Dat geldt ook voor de heer Voordewind. Als hij iets wil zeggen, mag dat.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik zal een motie indienen over de toetsing van de beschikbaarheid van medische zorg.

De **voorzitter**: Ik dank alle aanwezigen en sluit de vergadering.