

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

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
- II. Reactie van de minister

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Algemeen

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

De kernvragen in deze zaak zijn volgens deze leden:

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

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

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

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

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

Op die manier ontstaat het gegeven dat mensen die onder dwang zijn opgenomen minder rechten hebben, en tegelijk niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Het principe van wederkerigheid -het afnemen van rechten schept een verplichting tot goede zorg – is totaal buiten beeld geraakt. Dit voorbeeld staat niet op zichzelf, helaas is dit een voorbeeld in een lange reeks «incidenten». Het roer moet om, structureel, in het belang van ernstig psychisch zieke mensen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bij een IC-afdeling wordt een wachtlijst niet geaccepteerd, waarom dan wel bij een KIB?

Zorg door GGZ-instelling en ziekenhuis

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

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

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

Onderzoek door GGZ-instelling

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

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

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

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

Rol IGZ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tuchtrecht

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

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

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

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

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

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

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

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

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

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

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

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

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

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

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

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

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

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