

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
4376925-1096595-PZO

**Bijlagen**  
1

**Datum document**  
02 april 2026

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres met  
vermelding van de datum en het  
kenmerk van deze brief.*

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Datum 13 mei 2026  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zendt het kabinet u de antwoorden op de vragen van het lid Van Brenk (50PLUS) over het artikel 'OM vervolgt nauwelijks zorginstellingen na onnatuurlijke dood cliënten' (2026Z06935).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans



Antwoorden op Kamervragen van het lid Van Brenk (50PLUS) over het artikel 'OM vervolgt nauwelijks zorginstellingen na onnatuurlijke dood cliënten' (2026Z06935, ingezonden 2 april 2026).

#### **Vraag 1**

Hoe oordeelt u over de stelling dat het Openbaar Ministerie (OM) zorginstellingen veel vaker zou moeten vervolgen voor grove nalatigheid? 1)

#### **Antwoord 1**

Het OM beslist conform het opportuniteitsbeginsel zelf over het instellen van vervolging en het voorleggen van een zaak aan de rechter. Het is dan ook niet aan het kabinet om een oordeel te geven over vervolgingsbeslissingen van het OM.

#### **Vraag 2**

Hoe verklaart u dat het OM dertig zaken onderzocht, maar dat sinds 2009 slechts vier zorginstellingen voor de rechter zijn gekomen voor zaken met een dodelijke afloop?

#### **Antwoord 2**

Het kabinet heeft de door u genoemde cijfers gezien in het onderzoek van Pointer. De specifieke zaken is het kabinet echter niet bekend en het kabinet kan hoe dan ook niet op individuele casussen ingaan. In algemene zin kan worden opgemerkt dat strafrechtelijke onderzoeken naar medische zaken vaak complex zijn. Zo heeft het OM bij de aanvang van een medische zaak regelmatig gebrekkige en onvolledige informatie over de feitelijke toedracht. Soms zijn zorginstellingen niet bereid informatie te verschaffen en doen zij een beroep op het medisch beroepsgeheim. Ook ingewikkeld in medische zaken is het strafrechtelijk bewijzen van delictsbestanddelen als causaliteit, opzet of schuld (grove nalatigheid).

#### **Vraag 3**

Hoe oordeelt u over de stelling dat het voor iedereen gemakkelijk is om een zorgbedrijf op te richten, maar dat het ook gemakkelijk lijkt om weg te komen met fouten en slechte zorgverlening?

#### **Antwoord 3**

Alle instellingen die zorg verlenen op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz) moeten beschikken over een toelatingsvergunning op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Bij de vergunningverlening wordt onder meer getoetst of het aannemelijk is dat een zorgaanbieder de zorg zodanig heeft georganiseerd dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. De zorgverlening zelf geschiedt onder meer op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de Wkkgz. De IGJ kan maatregelen treffen als blijkt dat de zorg van onvoldoende niveau is. In het uiterste geval kan de vergunning op grond van de Wtza worden ingetrokken.

In het kader van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) wordt onder andere gewerkt aan maatregelen die het toetsen en indien nodig kunnen weren van (her)startende aanbieders verbeteren. Zo wordt met de toezichthouders samengewerkt aan een maatregel om meer fysieke controles uit te voeren bij startende zorgaanbieders. Daarnaast worden de mogelijkheden tot uitbreiding de doelgroep van de

vergunningplicht op grond van Wtza verkend. Daarbij wordt ook gekeken naar verdieping van de vergunningseisen.

#### **Vraag 4**

Hoe oordeelt u over de stelling dat gebrekkige regelgeving een rol speelt in het niet rondkrijgen van de bewijslast? En welke mogelijkheden ziet u om dit te verbeteren?

#### **Antwoord 4**

Veel regelgeving op het gebied van zorg is gebaseerd op open normen. Zo worden bijvoorbeeld doelen geformuleerd, en geen gedetailleerde regels. Dit beperkt de administratieve last voor personeel in de zorg en geeft hen het vertrouwen naar eigen expertise in complexe omstandigheden het beste te handelen. Om een strafrechtelijk verwijt te formuleren moet een duidelijke schending van een wettelijke norm bestaan. Bij open normen is dit soms moeilijk aan te tonen. Dat wil op zichzelf echter niet zeggen dat de regels gebrekkig zijn.

#### **Vraag 5**

Waarom zijn er geen kwaliteitseisen voor zorgverleners die via de Wet langdurige zorg (Wlz) zorg bieden, zoals de rechtbank concludeert?

#### **Antwoord 5**

Wlz-zorg valt ook onder zorg in de zin van Wkkgz en zo worden via de Wkkgz kwaliteitseisen aan het handelen van Wlz zorgaanbieders en zorgverleners gesteld. Op grond van de Wkkgz moet een zorgaanbieder goede zorg aanbieden. Goede zorg is zorg die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Zorgaanbieders en zorgverleners moeten, om goede zorg aan te bieden, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit het geheel van normen en regels, medisch wetenschappelijke inzichten en ervaringen die invulling geven aan de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden. Daarnaast moeten zorgaanbieders de zorg op zodanige wijze organiseren dat een en ander redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. Daar hoort ook bij dat een zorgaanbieder zorgt voor geschikt en voldoende personeel om goede zorg te kunnen verlenen.

#### **Vraag 6**

Ziet u mogelijkheden om, zoals in het artikel gesuggereerd wordt, voorwaardelijke opzet ten laste te gaan leggen?

#### **Antwoord 6**

Het OM legt strafbare feiten ten laste waar een zorginstelling in zijn ogen schuld aan heeft. Of sprake is van opzet, al dan niet in voorwaardelijke zin, is onderdeel van deze beoordeling door het OM. Het is niet aan het kabinet om hierin te treden.

#### **Vraag 7**

In hoeverre overweegt u om de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de bevoegdheid te geven om zorgbedrijven te sluiten als er sprake is van zorgverwaarlozing?

#### **Antwoord 7**

De IGJ beschikt reeds over wettelijke bevoegdheden om in te grijpen, wanneer sprake is van tekortschietende zorgkwaliteit of onveilige situaties. Deze bevoegdheden lopen uiteen van het geven van aanwijzingen en bevelen tot het opleggen van lasten onder dwangsom of bestuursdwang. In ernstige gevallen kan dit ook leiden tot het stilleggen van (delen van) zorgverlening of het beëindigen daarvan.

Daarnaast beschikt de inspectie over verschillende informele en formele interventiemogelijkheden. In het interventiebeleid van de IGJ is uitgewerkt welke handhavinginstrumenten de inspectie kan inzetten, waaronder het opleggen van een aanwijzing met cliëntenstop of cliëntenoverdracht wanneer sprake is van ernstige en voortdurende cliëntveiligheidsrisico's. De inzet van deze bevoegdheden is altijd afhankelijk van de ernst van de situatie en de mate waarin de veiligheid en kwaliteit van zorg in het geding zijn. De inspectie heeft bij het toepassen van interventies oog voor de proportionaliteit en subsidiariteit ervan.

### **Vraag 8**

In hoeverre overweegt u om ervoor te zorgen dat ook andere hulpverleners zoals woonzorgbegeleiders onder tuchtrecht te laten vallen?

### **Antwoord 8**

Het kabinet wil in zijn algemeenheid vooropstellen dat patiënten erop moeten kunnen vertrouwen dat zij kwalitatief goede zorg krijgen volgens de stand van de wetenschap en de praktijk.

De Wet BIG kent twee regimes om beroepen te reguleren. Er is een zogenaamd «zwaar» regime op grond van artikel 3 Wet BIG en een «licht» regime op grond van artikel 34 Wet BIG. Beroepen in het lichte regime kennen een beschermde opleidingstitel. Het zware regime ziet op beschermde beroepstitels. Beroepsbeoefenaren die een beschermde beroepstitel willen voeren, moeten zich in het BIG-register inschrijven. Het tuchtrecht is op hen van toepassing. Het tuchtrecht in de wet BIG heeft als doel het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Uitgangspunt van de Wet BIG is het zogenoemde «nee, tenzij principe». Niet alle beroepen en handelingen in de zorg hoeven wettelijk te worden gereguleerd. De Wet BIG biedt nu al veel flexibiliteit en ruimte om voorbehouden handelingen te laten verrichten door niet BIG-geregistreerde zorgmedewerkers.<sup>1</sup> Hierover is samen met diverse veldpartijen voorlichting ontwikkeld. Het gaat om de mogelijkheden van de opdrachtverlening via de Wet BIG.<sup>2</sup> Dit zorgt voor meer flexibiliteit op de arbeidsmarkten draagt bij aan het beter benutten van ieders talent.

Voor zorgverleners die niet in het BIG-register zijn ingeschreven, omdat zij daar vanwege opleiding nog niet voor in aanmerking komen of omdat zij een ander beroep uitoefenen, zijn andere waarborgen aanwezig en is het tuchtrecht niet aangewezen. Alle zorgaanbieders die zorg verlenen op grond van de Zvw of Wlz vallen bijvoorbeeld onder de Wkkgz. Op grond van de Wkkgz moet een zorgaanbieder de zorg zodanig organiseren dat dit redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. Dit omvat, onder andere, een vergewisplicht die stelt dat zorgaanbieders de geschiktheid van personeel dat zij aannemen of inhuren moeten controleren, bijvoorbeeld via referenties of een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG). Daarnaast kan een zorgaanbieder, in het kader

---

<sup>1</sup> Artikelen 35 en 38 van de Wet BIG.

<sup>2</sup> Zie: [Infographic opdrachtregeling Wet BIG - algemeen](#)

van de vergewisplicht, navraag doen bij de IGJ. De IGJ maakt ten aanzien van een zorgverlener een aantekening indien uit een rapport naar aanleiding van een verplichte melding bij de IGJ blijkt dat de zorgverlener mogelijk een ernstige bedreiging betekent voor de patiëntveiligheid.

Daarom overweegt het kabinet niet om andere hulpverleners zoals woonzorgbegeleiders onder het tuchtrecht te laten vallen.

### **Vraag 9**

Hoe oordeelt u over de stelling dat de IGJ veel meer, bijvoorbeeld onaangekondigd, moet handhaven - aangezien in het artikel wordt gesteld dat het via het strafrecht lastig is aan te tonen dat er bijvoorbeeld slechte zorg is geleverd?

### **Antwoord 9**

De IGJ kan handhaving inzetten bij acute en voortdurende cliëntrisico's (zie ook antwoord bij vraag 7) conform het interventiebeleid.

De IGJ brengt aangekondigde en onaangekondigde bezoeken. Wanneer de bevindingen uit haar onderzoek daar aanleiding toe geven, kan de inspectie handhavend optreden. Leidend daarbij zijn de mate van vertrouwen in de verbeterkracht en de ernst van het risico voor cliënten. Bij de inzet van interventies en handhaving heeft de inspectie oog voor de proportionaliteit en subsidiariteit ervan. Er is geen sprake van onaangekondigd handhaven. Wel kan de inspectie wanneer sprake is van acute ernstige risico's direct handhavende maatregelen inzetten, zoals een bevel. Daar gaat altijd een zorgvuldig proces aan vooraf.

Het is echter ook goed om te vermelden dat werken in de zorg mensenwerk is en dat incidenten in de zorg, ook met een dodelijke afloop, niet volledig uit te sluiten zijn of altijd wijzen op een zorgtekort. Het kabinet realiseert zich dat een incident, met het overlijden van een client als gevolg, een grote impact heeft op alle betrokkenen (cliënten/ patiënten, naasten, zorgverleners) en het is van belang dat er nazorg plaatsvindt. Daarnaast vindt het kabinet het belangrijk dat zorgorganisaties leren van incidenten, zelf onderzoek doen en verbeteringen treffen om herhaling van incidenten in de toekomst te voorkomen. Aandacht hiervoor en opvolging van verbetermaatregelen is ook nadrukkelijk onderdeel van hoe de IGJ toezicht houdt.

### **Vraag 10**

Hoe oordeelt u over het bericht dat niet-natuurlijke overlijdens door artsen onvoldoende worden opgemerkt en geregistreerd?

### **Antwoord 10**

Als iemand is overleden, moet volgens de Wet op de lijkbezorging (Wlb) de behandelend arts of de gemeentelijk lijkschouwer (forensisch arts) het lichaam zo spoedig mogelijk na het overlijden schouwen. Een behandelend arts kan alleen een verklaring van (natuurlijk) overlijden afgeven wanneer hij overtuigd is van een natuurlijke dood. Als de behandelend arts niet de overtuiging heeft dat er sprake is van een natuurlijk overlijden, kan hij geen verklaring van overlijden afgeven en moet hij direct contact opnemen met de gemeentelijk lijkschouwer. Die voert dan de lijkschouw uit. Als er sprake is van een patiënt die is overleden door een onvoorziene of onverwachte gebeurtenis in de zorg, dan is er sprake van een calamiteit. Een calamiteit moet op grond van de Wkkgz direct worden gemeld bij de IGJ.

In de Richtlijn Lijkschouw voor behandelend artsen (2016)<sup>3</sup> en de Handreiking (Niet-)natuurlijke dood (2016)<sup>4</sup> is nader omschreven wat een behandelend arts moet doen bij een lijkschouw. De handreiking gaat ook specifiek in op overlijdens in de zorgsetting.

Als een behandelend arts ook maar de geringste twijfel heeft over de vraag of er sprake is van een natuurlijk overlijden, dient de arts contact op te nemen met de gemeentelijk lijkschouwer. Het kabinet heeft geen aanwijzingen dat er sprake is van een systeemprobleem dat ervoor zorgt dat niet-natuurlijke overlijdens door artsen onvoldoende worden opgemerkt en geregistreerd.

### **Vraag 11**

Waarom worden huisartsen en verpleeghuisartsen niet voor lijkschouw en niet-natuurlijke doden opgeleid, terwijl lijkschouw al veelal door hen gedaan wordt?

### **Antwoord 11**

Zie ook antwoord bij vraag 10: in principe kan en mag iedere arts een lijkschouw doen en is deze in staat onderscheid te maken tussen een casus waarin zij/hij overtuigd is van een natuurlijke dood en een casus waarbij die overtuiging niet bestaat.

Al in de geneeskunde opleiding worden artsen opgeleid om lijkschouw uit te kunnen voeren en een niet-natuurlijke overlijden vast te kunnen stellen. In zowel de huisartsenopleiding als in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is er uitvoerig aandacht voor de begeleiding van patiënten en hun naasten tot en met het overlijden. De lijkschouwing is omschreven als een van de verplichte vaardigheden van de huisarts<sup>5</sup> en de specialist ouderengeneeskunde<sup>6</sup>.

### **Vraag 12**

Hoe kan het dat er geen eenduidigheid is over de definities van een natuurlijke en onnatuurlijke dood?

### **Antwoord 12**

De begrippen natuurlijk en niet-natuurlijk overlijden zijn niet nader gedefinieerd in de Wlb. Momenteel wordt gewerkt met definities die in de literatuur zijn ontwikkeld. In zowel de eerder genoemde richtlijn als de handreiking staat een definitie van natuurlijk overlijden en van niet-natuurlijk overlijden.

Natuurlijk overlijden is gedefinieerd als overlijden door spontane ziekte, inclusief een complicatie van een volgens de geldende professionele standaarden, richtlijnen en vereiste zorgvuldigheid, uitgevoerde medische behandeling. Niet-natuurlijk overlijden is overlijden als direct of indirect gevolg van een ongeval, geweld of een andere van buiten komende oorzaak, schuld of opzet van een ander, of zelfmoord.

Hoewel deze definities voor een groot deel houvast bieden aan (forensisch) artsen, zal er ook sprake blijven van een grijs gebied. Een voorbeeld is een overlijden van een oudere

---

<sup>3</sup> Zie: [Richtlijn Lijkschouw voor behandelend artsen \(2016\)](#)

<sup>4</sup> Zie: [Handreiking \(Niet-\)natuurlijke dood \(2016\)](#)

<sup>5</sup> Zie: [Lijkschouw | NHG-Richtlijnen](#)

<sup>6</sup> Zie: [Lijkschouw \(schouwen\) voor behandelend artsen | Verenso](#)

met dementie als gevolg van een val. Dit wordt in beginsel aangemerkt als niet-natuurlijk overlijden (ongeval). In sommige gevallen wordt dit echter ook aangemerkt als natuurlijk overlijden, bijvoorbeeld als een valpartij onduidelijk of onbekend is, of als er veel tijd verstreken is tussen het incident en het moment van overlijden.

Het CBS publiceert gegevens over alle doodsoorzaken van overledenen in Nederland. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) codeert de onderliggende doodsoorzaak conform de regels van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Dit is een door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vastgestelde internationaal afgestemde classificatie die de basis is voor de codering en statistische weergave (uitsplitsing) van de doodsoorzaken. Door de aard van de classificatie is de afbakening van niet-natuurlijk overlijden mogelijk niet altijd exact gelijk aan de juridische definitie die in de verschillende landen wordt gehanteerd.

### **Vraag 13**

Waarom houdt de IGJ geen landelijke cijfers bij van niet-natuurlijke doden?

### **Antwoord 13**

Indien naar het oordeel van de behandelend arts of gemeentelijk lijkschouwer sprake is van een niet-natuurlijk overlijden, maakt de gemeentelijk lijkschouwer hiervan melding bij de officier van justitie. Het OM kan hiervan melding maken bij de IGJ. Een zorgaanbieder is daarnaast verplicht om melding te doen van een calamiteit bij de IGJ, ook wanneer dit in combinatie is met een niet-natuurlijk overlijden.

In de eerder genoemde Handreiking (Niet-)natuurlijke dood wordt toegelicht wat artsen en zorgaanbieders bij een niet-natuurlijk overlijden moeten doen en wordt ook de relatie met het doen van een calamiteitenmelding uitgelegd en hoe de IGJ hier opvolging aan geeft. Het kan echter ook voorkomen dat het niet-natuurlijk overlijden geen verband heeft met de geleverde zorg en daardoor niet gemeld wordt bij de IGJ of dat pas op een later moment geconstateerd wordt dat er sprake is van een niet-natuurlijk overlijden en de calamiteit al gemeld is bij de IGJ. De IGJ heeft dus geen totaaloverzicht van het aantal niet-natuurlijke overlijdens (in een zorgsetting).

### **Vraag 14**

Gaat u ervoor zorgen dat er een overzicht komt, aangezien GGD's die het calamiteitentoezicht uitvoeren voor gemeenten ook geen overzicht hebben?

### **Antwoord 14**

Het kabinet vindt het belangrijk dat partijen als de GGD en de IGJ over de informatie beschikken die zij nodig hebben. Het is daarom van belang en bovendien verplicht dat zorgaanbieders alle calamiteiten melden, zowel als er sprake is van een niet-natuurlijk overlijden als wanneer er sprake is van een natuurlijk overlijden. In beide gevallen kan de kwaliteit van de geleverde zorg tekort zijn geschoten en aanleiding zijn om onderzoek te doen. Indien kwaliteit van zorg in het geding is kan de IGJ onderzoek doen en zo nodig ingrijpen.

### **Vraag 15**

In hoeverre zou het CBS een rol kunnen spelen in het verzamelen en analyseren van deze cijfers?

**Antwoord 15**

Het CBS publiceert gegevens over alle doodsoorzaken van overledenen in Nederland. Wanneer een persoon in Nederland overlijdt, vult de arts die de schouw uitvoert de doodsoorzaakverklaring in (ook wel bekend als het B-formulier). Dit formulier wordt verzonden naar het CBS. Deze procedure is vastgelegd in artikel 12a van de Wet op de lijkbezorging. De B-formulieren worden verwerkt en gecodeerd conform de richtlijnen van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Zoals in antwoord op vraag 12 is aangegeven, wordt bij de publicatie van de doodsoorzakenstatistiek een uitsplitsing gemaakt naar de verschillende natuurlijke en niet-natuurlijke doodsoorzaken.

De wettelijke taak van het CBS is het doen van statistisch onderzoek en het publiceren van de resultaten daarvan. De informatie die het CBS daarvoor ontvangt, mag ook uitsluitend voor statistische doeleinden worden gebruikt en niet voor administratieve of opsporingsdoeleinden. Daarnaast is het publiceren van statistische gegevens die te herleiden zijn tot een individuele persoon of instelling niet toegestaan.

**Vraag 16**

Hoe oordeelt u over de stelling dat het IGJ en het OM beter zouden moeten samenwerken?

**Antwoord 16**

De samenwerking tussen de IGJ en het OM is van belang voor een zorgvuldige omgang met signalen over mogelijke misstanden in de zorg. Beide organisaties hebben daarbij een eigen wettelijke rol en verantwoordelijkheid. De IGJ als toezichthouder op de kwaliteit en veiligheid van zorg en het OM bij de beoordeling van strafrechtelijke vervolging.

Het kabinet vindt het van belang dat signalen over mogelijke misstanden, waaronder onnatuurlijke overlijdens, tijdig en adequaat worden gedeeld tussen betrokken partijen. Daarom bestaan er al samenwerkingsafspraken tussen de IGJ en het OM over informatie-uitwisseling en opschaling wanneer daar aanleiding toe is. De IGJ en het OM werken waar nodig samen op het gebied van de volksgezondheid en hebben daartoe een samenwerkingsprotocol vastgesteld, dat in januari 2022 in de Staatscourant is gepubliceerd. Dit Samenwerkingsprotocol IGJ-OM (Staatscourant 2022)<sup>7</sup> bevat afspraken over samenwerking, coördinatie, handhaving en de uitwisseling van informatie en voorziet in de afstemming tussen beide partijen.

1) Pointer, 28 maart 2026, 'OM vervolgt nauwelijks zorginstellingen na onnatuurlijke dood cliënten'  
(OM vervolgt nauwelijks zorginstellingen na onnatuurlijke dood cliënten | Pointer | KRO-NCRV

---

<sup>7</sup> Zie: [Samenwerkingsprotocol IGJ-OM](#)