

Vergaderjaar 2022–2023

29 247

Acute zorg

Nr. 365

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 1 december 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 november 2022 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juni 2022 inzake advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake de bekostiging van het LCPS, RCPS en LPZ (Kamerstuk 29 247, nr. 351);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2022 inzake RIVM-rapport «Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2022» en RIVM-rapport «Feiten en cijfers acute zorg» (Kamerstuk 29 247, nr. 361);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 oktober 2022 inzake beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 362).**

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn elf leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Ellemeet, Den Haan, Hijink, Van Houwelingen, Kuiken, Paulusma, Pouw-Verweij, Smals en Tielen,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Ik zeg goedemorgen tegen de mensen die thuis kijken en de mensen op de publieke tribune. Goedemorgen en welkom aan de Minister en zijn ondersteuning en goedemorgen collega's. Ik heb aan mijn linkerhand mevrouw Van den Berg van het CDA, mevrouw Pouw-Verweij van JA21, mevrouw Ellemeet van GroenLinks, meneer Hijink van de SP, mevrouw Tielen van de VVD, mevrouw Kuiken van de PvdA, mevrouw Paulusma van D66, mevrouw Den Haan van de Fractie Den Haan, meneer Van Houwelingen van Forum voor Democratie. Misschien dat er nog meer mensen binnenlopen.

In de vorige commissiedebatten is het ons niet gelukt om aan een tweede termijn toe te komen. Daarom ben ik vandaag weer iets strenger. Zo vraag ik u allen om uw interrupties kort te houden alstublieft, en ik wil voorstellen om het te houden bij acht interrupties in totaal. Dan mag u dus kiezen of u die aan elkaar besteedt of aan de Minister, of dat u ze verdeelt over de collega's en de Minister. Dan hoop ik dat we vandaag ook een tweede termijn kunnen doen.

Om geen tijd te verliezen geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg. Vijf minuten spreektijd per fractie.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben de eerste die zal zeggen dat wij anders moeten gaan werken en soms ook moeilijke beslissingen moeten nemen om de zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden. Niet alleen vanwege het beslag van de zorgkosten op ons inkomen, maar ook wegens gebrek aan zorgprofessionals. Nu werkt al een op de zes mensen in de zorg en daarmee zullen we het moeten doen.

Voorzitter. De voorstellen van de Minister zijn mijns inziens zeer eenzijdig en alleen beredeneerd vanuit een beperkt medisch perspectief. Die voorstellen maken mijns inziens de zorg in de regio zwakker in plaats van sterker. Met de zorg is het als met een Jengatoren: als je te veel blokken weghaalt, dan valt de toren om, met een grote impact op gemeenschappen. Ten eerste mis ik diverse zaken. De Minister schrijft dat e-health, innovaties en digitalisering een positieve bijdrage kunnen leveren. Hij vindt het daarbij van belang dat organisaties zich lerend opstellen en noemt de wetenschapsdagen van de AZN, de ambulancebranchevereniging.

Voorzitter. Hoe gaat de Minister zorgen dat de huidige vrijblijvendheid verdwijnt? Goede zorg anno 2022 is netwerkzorg. Dat benadrukt Amsterdam UMC maar ook alle andere schrijvers van e-mails die ik heb ontvangen. Toch zijn regio-indelingen nog steeds een rommeltje. Het CDA pleit al jaren voor een logischere indeling, een matroesjkamodel. Wat gaat de Minister daaraan doen?

Recentelijk bezocht ik de ambulancedienst Brabant Midden-West-Noord. De inzet van een verpleegkundig specialist is daar zeer succesvol, maar ik lees niets over functiedifferentiatie in het beleidsplan. Graag een reactie.

Voorzitter. De Minister noemt de regioplannen maar één keer. Hij zegt dat deze gaan zorgen voor meer inzicht. Maar hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat deze plannen wat opleveren voor de organisatie van de acute

zorg? Wat gaat de Minister doen als deze plannen van onvoldoende kwaliteit zijn? Hoe wordt er rekening gehouden met lokale bijzonderheden, zoals de toeristenstroom en de kerncentrale bij het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Goes of de complexe infrastructuur bij het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland? Graag een reactie.

Ten tweede mis ik het burgerperspectief. Ik heb eerder aangegeven dat ik het principiële oneens ben met de stelling van de Minister dat nabijheid geen aspect is van de kwaliteit van acute zorg. Ook de Patiëntenfederatie vraagt zich af hoe de Minister borgt dat het patiënten- en burgerperspectief voldoende worden meegenomen in de regioplannen. En hoe worden verpleegkundigen bij de uitwerking betrokken? Dat vraagt ook de V&VN. Graag een reactie.

Ten derde is het medisch perspectief te beperkt. De Minister refereert telkens alleen aan minimale expertise op de spoedeisende hulp. Hij suggereert ook onterecht dat met name de algemene kleinere ziekenhuizen een probleem hebben. Uit de cijfers die we vrijdag van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen kregen, blijkt wat anders. Drie kleinere, één middelgrote en vijf grote ziekenhuizen hebben een probleem. Ik heb het vaker gezegd: er wordt niet gekeken naar de kwaliteit van de uitkomsten van de zorg. Slechts enkele ziekenhuizen nemen deel aan de NEED, de Netherlands Emergency department Evaluation Database. Er wordt alleen gekeken naar een bepaalde opleiding en niet naar de uiteindelijke kwaliteit van de geleverde zorg. Patiënten en zorgverzekeraars tasten in het duister over de kwaliteit. Graag een reactie. Ten vierde. Het TNO-onderzoek in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen laat zien dat sluiting vaak meer kost dan dat het opbrengt, bijvoorbeeld bij Nij Smellinghe. Ze hebben een heel uitgewerkt voorbeeld van het ziekenhuis Nij Smellinghe. En dan heb ik het nog niet eens over het extra benodigde ambulancevervoer, dat er gewoon niet is.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, u heeft een vraag van mevrouw Agema. Nog even tussendoor: u was net nog niet binnen, maar ik heb met de andere leden afgesproken ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat heeft u ook geappt, toch?

De voorzitter:

Ja, maar ik dacht: ik zeg het ook nog even. Maar als u het weet, dan is het prima. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik hoor mevrouw Van den Berg hier opnieuw een verhaal houden over acute zorg dat mij uit het hart gegrepen is, maar dat diametraal staat op het beleid dat de Minister voert en waarmee hij ook echt aan het doordenderen is. Ik heb het al eerder gevraagd. Mevrouw Van den Berg maakt deel uit van de coalitie. Uiteindelijk is de Tweede Kamer de baas. Ministers denken weleens dat ze de baas zijn, maar dat is niet zo. De Minister kan zijn beleid alleen uitvoeren als er een Kamermeerderheid is die dat beleid steunt. Ik wil van mevrouw Van den Berg weten welke schakels omgezet moeten worden door de Minister, want intussendert hij gewoon door. De zorg wordt nog veel verder geconcentreerd dan wenselijk is. Ik noem ook het opheffen van spoedeisendehulpdiensten en de 45 minuten norm. Ik hoor hier geen steun van een van de belangrijkste coalitiepartners.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank voor deze vraag. Ik wil drie dingen aangeven. Ik ben de eerste die zegt dat we anders moeten gaan werken. Dat heeft te maken met minder administratieve lasten, zoals ik al vaker heb gezegd, meer samenwerking en meer innovaties. Maar soms zullen we ook moeilijke beslissingen moeten nemen, met name als we zien dat er een capaciteitsprobleem is qua aantal mensen. Alleen, de Minister suggereert dat het capaciteitsprobleem is opgelost als je de zorg meer concentreert. Ik refereer zo meteen nog aan een onderzoek dat door Denemarken is uitgevoerd, waaruit blijkt dat dat helemaal niet de oplossing voor het probleem is. Ik wil daar graag van de Minister een antwoord op. Maar dat wij anders zullen moeten gaan werken en dat er moeilijke beslissingen genomen zullen moeten worden, wil ik aan alle kanten uitleggen.

Het verder concentreren van hoogcomplexiteit leidt echter wel tot betere kwaliteit. Maar dan praat je over maximaal 5% of 10% van de acute zorg, zoals herseninfarcten, bijzondere hartoperaties en traumazorg. Dus nogmaals: ja, we zullen best dingen moeten veranderen en dat zal niet iedereen even leuk vinden. Soms zullen we moeilijke beslissingen moeten nemen, als het ook echt een bezettingsprobleem is. Maar over het uitgangspunt dat concentratie leidt tot betere zorg, zeg ik: ik heb dat in onderzoeken niet gezien. Ik zit er al vier jaar op te duwen dat wij mee moeten doen aan de kwaliteitsregistratie. Aan de poort worden wel eisen gesteld dat iemand die opleiding moet hebben, maar vervolgens wordt er niet gekeken wat echt het resultaat van de zorg is. Bovendien blijkt dat de opleiding die er is, veel beter georganiseerd is dan we vaak van VWS meekrijgen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, uw tweede vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik krijg eigenlijk geen antwoord op mijn vraag, maar ik snap dat dat antwoord ook heel erg lastig is. Ik heb alle bewondering voor mevrouw Van den Berg dat ze hier namens het CDA openlijk zegt het niet eens te zijn met de Minister. Ze noemde ook het woord «principiële». Ze staat er ook principiële anders in als het gaat om het nog meer concentreren van zorg. We weten allemaal dat je voor een openhartoperatie in een gespecialiseerd ziekenhuis moet zijn. Ik onderschrijf het standpunt van het CDA dat die concentratie er met 10% ook wel uit is. Maar dat is dus niet wat de Minister doet. De Minister zet nu de snelrein aan en duwt en gaat echt een tandje bij zetten op concentratie van zorg, waardoor de streekziekenhuizen zullen omvallen. Ik begrijp dat mevrouw Van den Berg daar principiële anders in staat. Dat steun ik ook. Ik zie dus dat een Kamermeerderheid principiële niet wil dat er wordt doorgestoten op concentratie. Ik zie steun voor de lijn van mevrouw Van den Berg. Ik zei al eerder dat de Minister niet de baas is, maar de Kamer. Wat gaan we nu doen, vraag ik aan het CDA, om de concentratie op een redelijk punt – dat punt is denk ik al aan de orde – te stoppen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik heb in eerdere debatten ook al aangegeven dat er wat mij betreft in eerste instantie eens gekeken gaat worden naar topklinische ziekenhuizen. Ik heb een paar jaar geleden al gezegd dat er veel academische ziekenhuizen zijn die toch ook basiszorg weghalen bij de algemene ziekenhuizen. Daar is intussen ook een monitor op. Wat mij betreft wordt nu eerst gekeken naar de topklinische ziekenhuizen. Ik kan me heel goed voorstellen – je ziet dat ook aan het kaartje – dat als er drie ziekenhuizen binnen een straal van 1, 2 kilometer bij elkaar zitten, die niet alle drie 's nachts open hoeven te zijn ... Maar dat is wat anders ... Ik wacht even op de bel, voorzitter.

De voorzitter:

We wachten even op de bel, die een minuut gaat duren.
Mevrouw Van den Berg heeft een minuut gehad om na te denken over een kort en krachtig antwoord.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Nogmaals: we beginnen wat mij betreft met anders kijken naar de topklinische ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen. De Minister geeft natuurlijk ook heel veel punten aan waar ik het wel mee eens ben, zoals zorgcoördinatie, meer werken in netwerken en ook kijken hoe je de stroom kan aanpassen. Maar ik zeg: de Minister kijkt mijns inziens puur vanuit één medisch perspectief naar de normen, maar ik zou een breder medisch perspectief willen hebben en ook leefbaarheid meegenomen willen hebben in het stellen van de norm.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, derde vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Derde vraag, helaas. Dat gaat snel met die acht toegestane vragen zo, hè? Kijk, met wat mevrouw Van den Berg zegt ben ik het eigenlijk allemaal eens. Maar het gekke is: ik ben van de oppositie en mevrouw Van den Berg is van de coalitie. Mevrouw Van den Berg zei ook heel duidelijk dat ze er principieel anders in staat dan de Minister als het gaat om nog meer concentratie van zorg. Van die verdere concentratie is het omvallen van streekziekenhuizen de consequentie. Mevrouw Van den Berg heeft zich altijd hard gemaakt voor de streekziekenhuizen. Met het beleid van de regering houden ze het niet vol en gaan ze omvallen. We weten ook dat de prognose is dat we in 2030 ongeveer de helft van de instellingen minder zullen hebben. Mijn vraag is eigenlijk: gaan we deze interrupties in elk debat over de acute zorg weer overdoen? Dan gaan we met z'n allen een beetje achteroverhangen in de zin van: ja, er wordt wel beleid gevoerd door de regering, maar dat wordt niet door een Kamermeerderheid ondersteund, want dat deel van het beleid wordt niet door het CDA ondersteund. Of gaan we nu wat boter bij de vis doen en gaan we de Minister met een andere opdracht op pad sturen, namelijk dat de streekziekenhuizen niet gaan omvallen en dat we houden wat we nu hebben geconcentreerd als hooggespecialiseerde zorg omdat dat goed is en we daar de voordelen van inzien? Voor de rest blijven de streekziekenhuizen de komende jaren dan gewoon bestaan, want we gaan gewoon niet kijken naar het afbraakbeleid dat tot gevolg zou hebben dat die de komende tijd allemaal zouden omvallen.

Ik hoor graag van het CDA wat we nu gaan doen. Gaan we dit elk debat overdoen? Gaan we elk debat constateren dat het beleid van verdere concentratie en het omvallen van streekziekenhuizen niet wordt gesteund door het CDA? Gaan we allemaal achteroverzitten en toekijken terwijl dit toch gewoon gebeurt? Ik wil heel graag duidelijk horen van mevrouw Van den Berg wat ze net ook duidelijk zei, namelijk dat ze er principieel anders in staat. Wat is de consequentie van het er principieel anders in staan?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dat betekent dat ... De Minister wil een norm stellen in plaats van die 45 minuten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, ik zit nu al mijn interrupties te verspillen. Het gaat om die concentratie van zorg, ...

De voorzitter:

Heel kort, mevrouw Agema, heel kort.

Mevrouw **Agema** (PVV):

... om die hoogspecialistische zorg en het doorgaan op dat pad. Ik heb het nu drie keer uitgelegd en iedere keer gaat mevrouw Van den Berg het weer hebben over die 45 minuten norm. Ik vind dat niet fair.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, ik geef nu het woord aan mevrouw Van den Berg. Zij gaat over haar eigen antwoorden. Daar kunnen u en ik niks aan doen. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik vind dat wij hier niet op de stoel van de arts of van ziekenhuisbesturen kunnen zitten. Dat zou ik echt een verkeerde rol vinden. Maar ik vind wel dat we de Minister uitgangspunten kunnen meegeven. Ik ben het dus niet eens met de uitgangspunten van de Minister. Daar kunnen wij als Kamer wel wat van vinden, vind ik. Dat kunnen wij meegeven. Ik zeg dus dat je de leefbaarheid van de regio moet meenemen als uitgangspunt, ook bij de inrichting van de acute zorg.

De **voorzitter**:

Volgens mij is dit een aanleiding voor u om in gesprek te gaan. Meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Ik denk dat het klopt: die uitgangspunten deugen niet. Maar ik moet ook altijd denken aan een gesprek dat ik met jonge specialisten had. Die zeiden tegen mij: wij gaan niet werken op een zinkend schip. Daarmee bedoelden zij: wij gaan niet na onze opleiding in een streekziekenhuis werken als wij niet zeker weten of dat ziekenhuis over vijf jaar nog bestaat. «Ik ga niet met mijn hele gezin daar wonen en mij daar settelen als ik permanente onzekerheid heb over dat ziekenhuis en of mijn afdeling straks nog wel bestaat.» Is mevrouw Van den Berg het met de SP eens dat dit ook het moment is om zekerheid te geven aan de ziekenhuizen en de spoedeisende hulpen die we nu hebben? Is zij het ermee eens dat we nu duidelijk moeten maken dat die kaalslag die sommigen voorstellen van 40% tot 50% minder spoedeisende hulpen, niet gaat gebeuren, juist om die capaciteitsproblemen waar zij het over heeft, te voorkomen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ben in ieder geval heel benieuwd naar de reactie van de Minister op dat onderzoek in Denemarken. Dat laat toch andere resultaten zien. Dan denk ik: waarom moeten wij iets doen terwijl een ander land heeft laten zien dat dat niet veel oplevert? Dan zeg ik opnieuw: laten we eerst maar eens kijken naar wat er kan veranderen in die topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen, voordat er als eerste weer wordt gekeken naar de regionale ziekenhuizen. Ik zeg niet dat de hele acute zorg moet blijven zoals die nu is. Dat vind ik irreëel, ook gezien alle technologische ontwikkelingen die er zijn. Maar zoals ik de vorige keer in het debat zei: ga bottom-up denken. Dus denk eerst vanuit die regionale ziekenhuizen en bouw het dan op, in plaats van te denken: ik heb hier een hoge concentratie, en dan ga ik eens kijken wat er overblijft voor de regio. Ik vind dat het denken gewoon omgekeerd moet worden.

De **voorzitter**:

Toch een tweede vraag, meneer Hijink?

De heer **Hijink** (SP):

Ja. Over dat van onderop denken ben ik het erg met mevrouw Van den Berg eens, maar het gaat mij erom dat je aan de mensen die in die ziekenhuizen werken of willen werken, aan de bestuurders van die

ziekenhuizen en aan de ziekenhuizen zelf voor langere tijd bepaalde zekerheden, garanties, moet geven dat niet ieder jaar opnieuw deze Minister of een zorgverzekeraar of iemand anders kan besluiten dat de acute zorg wel kan verdwijnen, wat een domino-effect kan hebben op andere afdelingen. Je moet dat soort zekerheden wel gaan inbouwen, juist omdat je wilt dat medisch specialisten die net van de opleiding komen, durven te kiezen voor zo'n streekziekenhuis. Ik wil niet dat we straks zeggen: we kunnen geen mensen vinden voor die ziekenhuizen. Nee, want waarom kunnen we dat niet? Omdat ze niet willen werken op zo'n zinkend schip. In de ogen van die artsen en verpleegkundigen hebben we te veel zinkende schepen, ziekenhuizen waarvan gedacht wordt: nu bestaan ze nog, maar of dat over vijf jaar nog zo is, is volstrekt onduidelijk.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dat is precies de reden waarom ik die uitgangspunten aangepast wil hebben. Als je die aanpast, dus a, dat er niet zo beperkt medisch wordt gekeken maar ook naar de kwaliteit van de zorg, en b, dat ook de leefbaarheid wordt meegenomen in het stellen van de norm, denk ik dat dit per definitie de regionale ziekenhuizen ondersteunt. Dat is dus wat ik als kader wil meegeven aan de Minister: kom in die zin met een ander plan, in plaats van alleen maar te denken in concentratie van de hele acute zorg.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik begin vaak optimistisch, maar nu ga ik toch zeggen dat ik twee dingen heel jammer vind van het CDA. Volgens mij hebben we dezelfde stukken gelezen. Ik lees niet dat alle zorg geconcentreerd gaat worden. Ik vind het jammer dat het CDA dat wel blijft verkondigen. De Minister stelt volgens mij voor dat hoogcomplexere zorg geconcentreerd gaat worden. Daar zou ik graag wat over willen horen, ook in relatie met wat mevrouw Van den Berg zegt, namelijk dat het CDA vindt dat de uitgangspunten niet juist zijn en dat er vanuit ziekenhuizen gekeken moet worden. Dan hoop ik ook dat mevrouw Van den Berg net als ik de eindrapportage van de pilot zorgcoördinatie gelezen heeft. Daarin hebben professionals juist aangegeven dat we in de keten zorg moeten gaan organiseren. We moeten niet zozeer naar locaties kijken, maar juist om de patiënt heen gaan staan. Is dat niet veel meer bottom-up – of hoe je dat ook zegt – dan beredenerend vanuit de ziekenhuizen en het aanbod dat locatiegebonden zal moeten blijven bestaan?

De **voorzitter**:

In het Nederlands is dat: van onderop.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik zal voortaan van onderop zeggen, voorzitter.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter. Dat woord zal ik voortaan ook gebruiken.

Mevrouw Paulusma zegt terecht dat het gaat over concentratie van hoogcomplexere acute zorg. Alleen, dat is dus maar een heel beperkt percentage. En dat is toch iets wat anders wordt gepresenteerd. Wat mij met name heeft gestoord, is dat er letterlijk in de beleidsagenda van de Minister staat: nabijheid is geen aspect van kwaliteit van acute zorg. Dat heb ik ook al gezegd in het debat over het Integraal Zorgakkoord. Daar ben ik echt als door een wesp door gestoken. Dus vandaar dat ik daarop gefocust ben. Alle steun voor het voornemen om hoogcomplexere zorg, zoals traumazorg en die herseninfarcten, misschien nog meer te concentreren. Want dat blijkt ook uit dat onderzoek in Denemarken: dat dat juist wel tot een betere kwaliteit leidt. Ik denk niet vanuit het ziekenhuis, ik denk

vanuit de leefbaarheid van een regio. Dat is voor mij ook anders. Ik ben het helemaal eens met mevrouw Paulusma dat wij moeten denken in netwerken en in ketenzorg. In die zin moeten ook in de regio dingen wellicht heel anders georganiseerd worden, al is het maar om te voorkomen dat bijvoorbeeld ouderen veel op de spoedeisende hulp komen.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, een tweede vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dan haak ik een beetje aan bij wat mevrouw Agema zei over principes, maar dan toch vanuit een andere invalshoek. Ik heb eerder deze discussie met mevrouw Van den Berg gevoerd. Het CDA is soms nog wat stellig en zegt: het moet passen bij de regio en bij wat daar gebeurt, maar dan moet wel dit en dit blijven bestaan. Als dat dus betekent, ook in de benadering vanuit de regio en datgene wat daar nodig is, dat acute zorg in de keten ook op andere locaties geboden kan worden dan op de spoedeisende hulp in ziekenhuis X, Y of Z, dan is het CDA dus bereid om daar met de Minister in mee te gaan en ervoor te zorgen dat leefbaarheid staat voor toegankelijke en bereikbare zorg voor iedereen? Vind ik het CDA dan aan mijn zijde?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wat mij betreft geeft mevrouw Paulusma hiermee toch wel aan dat gedacht wordt vanuit het medisch perspectief en niet vanuit hoe de burger dat ervaart. Het gaat mij om het volgende. Een kind of een buurvrouw valt van de trap. Dan willen de mensen gewoon in de nabijheid terecht kunnen. Ik ben blij dat de Minister wil kijken naar een brandweerverzorging, ook qua financiering van de spoedeisende hulp. Ook daarvoor krijgt hij alle steun van ons. En het is zo dat je over sommige stukjes van de acute zorg wellicht kunt zeggen dat die beter anders kunnen worden georganiseerd.

Ik noem heel concreet het voorbeeld van het ziekenhuis Adrz in Goes. Daar heeft men te maken met 800 à 900 herseninfarcten per jaar. Er is maar een klein percentage, minder dan 10%, dat die speciale behandeling nodig heeft. Dan is de neiging van het centrum: al die 800 tot 900 mensen moeten maar naar het grote ziekenhuis toe, want dan kunnen wij die eruit halen. Nee, dat is gewoon onzin. Die 800 tot 900 komen gewoon bij het Adrz. Daar stelt men heel snel de diagnose en geeft men aan wat er moet gebeuren. Dat kan men vaak al zien in de ambulance. Dan is het netwerk zo ontzettend snel en de logistiek zo goed geregeld dat men vaak eerder vanuit Goes in het Erasmus is dan vanuit Kratingen in Rotterdam. En zo wil ik dat ernaar gekeken wordt!

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, wilt u nog een vraag stellen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, want ik heb, denk ik, hetzelfde probleem als mevrouw Agema: ik krijg geen antwoord op mijn vraag. Mevrouw Van den Berg verwijt de Minister veel vanuit medisch perspectief te bekijken. Dat kan ik soms ook volgen, maar deze keer juist niet. Ik vind eigenlijk dat het CDA dit heel erg aanvliegt vanuit het medisch perspectief. Al deze pilots met betrekking tot de zorgcoördinatie laten zien dat een heel groot deel van de acute as ook ergens anders kan plaatsvinden dan op een spoedeisende hulp, en dat dat juist tegemoetkomt aan de leefbaarheid en de tevredenheid van patiënten. Ik hoor het CDA alleen een pleidooi houden voor het behoud van streekziekenhuizen. Daarmee gaat het CDA ook mee in het frame alsof

alles dichtgaat. Is dat juist niet heel erg beredeneren vanuit het medisch perspectief, en niet vanuit leefbaarheid?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dan heb ik misschien de uitleg van mevrouw Paulusma niet goed begrepen. Ik heb zelf ook net gesproken over het ervoor zorgen dat mensen zoals ouderen niet eens op de spoedeisende hulp komen, omdat de acute as anders wordt georganiseerd. Natuurlijk wil ik dat ondersteunen. Dat is helemaal niet aan de orde. Daar wil ik graag naar kijken. Maar ik vind dus dat leefbaarheid meegenomen moet worden in de normstelling over de organisatie van de acute zorg.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Mevrouw Van den Berg houdt een mooi betoog over het belang van streekziekenhuizen en nabije zorg. Daar zijn wij het helemaal mee eens. Ik denk dat dat voor de meeste oppositiepartijen geldt. Mijn vraag, ook in aanvulling op die van mevrouw Agema, is om het even wat concreter te maken. De streekziekenhuizen staan onder druk, misschien vooral in Zeeland, waar u vandaan komt. U noemde in uw betoog al het Bethesda Ziekenhuis dat de alarmklok heeft geluid. In Goes verdwijnt misschien ook de spoedeisende hulp. Mijn vraag ligt eigenlijk in het verlengde van de woorden van de heer Hijink van zojuist. Is het CDA bereid om te garanderen dat bijvoorbeeld in Zeeland, waar al zo veel zorg verdwenen is, in ieder geval de spoedeisende hulp, bijvoorbeeld in het Bethesda Ziekenhuis maar ook in Goes, behouden blijft? De 45 minutennorm gaat eraf. We hebben op het kaartje gezien dat dat de ziekenhuizen zijn die dan mogelijk verdwijnen. Kan het CDA garanderen, ook om rust te geven aan de mensen die daar werken, dat dat in ieder geval niet gebeurt, dus dat het CDA ergens een rode lijn trekt? Bent u bereid om dat te doen in Zeeland?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ten eerste even over de topografie: het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis ligt op Dirksland. Dat zijn de Zuid-Hollandse eilanden. Dat is dus niet Zeeland. Maar ik ben daar ook op werkbezoek geweest. Men heeft daar dezelfde problemen, ook qua infrastructuur. Het lijkt mij gewoon compleet ongeloofwaardig als je in hele regio's gewoon geen ziekenhuis meer zou hebben. Dan geldt dat wat mij betreft niet alleen voor Zeeland, maar dan geldt dat ook voor Oost-Groningen. In Stadskanaal is er bijvoorbeeld een ziekenhuis. Er is een ziekenhuis in Winterswijk. Ik denk dat we op heel veel locaties gewoon moeten kijken hoe dingen wellicht ook anders zouden kunnen worden georganiseerd, ook op de acute as. Dat heeft mevrouw Paulusma ook aangegeven. Hoe kun je voorkomen dat oudere mensen op de spoedeisende hulp terechtkomen, waar ze vaak ook niet beter van worden? Dus daarvoor is er alle steun. Maar ik vind dus dat leefbaarheid meegenomen moet worden. Bereikbaarheid van zorg is voor de gemoedsrust van mensen heel belangrijk. Ik vind dus dat dat gewoon meegenomen moet worden in de normstelling. Als blijkt dat dit voor bepaalde onderdelen van de acute zorg onverantwoord is, dan kunnen we daar natuurlijk naar kijken.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Toch nog even een vervolgvraag. Dat ben ik allemaal met u eens, maar we zien dat de spoedeisende hulp op veel plekken verdwijnt. Er zijn al iets van tien spoedeisendehulplocaties verdwenen, in de afgelopen paar jaar alleen al. In Zeeland staat het onder druk. Dat zult u met mij eens zijn. Ik stel dus nogmaals mijn vraag. Bent u bereid om van datgene wat nu over is, te zeggen: dat moeten we, ook om rust te verschaffen, in ieder geval behouden? Dus als daaraan getornd gaat worden, als bijvoorbeeld de spoedeisende hulp in Goes verdwijnt, dan dient het CDA een motie in om

dat te voorkomen? U heeft de sleutel in handen. U krijgt, denk ik, de steun van de oppositie. Trekt u die lijn? Bent u bereid om dat te doen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ga niet over één ziekenhuis wat roepen, maar ik heb net ook al gezegd dat het mij compleet ongeloofwaardig en onvoorstelbaar lijkt dat het ziekenhuis in Goes zou verdwijnen. Maar dat even helemaal terzijde. Dat heb ik ook met het eventueel verdwijnen van andere locaties. Daar heb ik ook een groot probleem mee. Ik vind dat er een integraal plan moet komen. Ik zal zeker geen motie over één ziekenhuis steunen. Ik vind dat de Minister met een integraal plan moet komen waarin staat hoe hij ervoor gaat zorgen dat in al die regio's de leefbaarheid wordt meegenomen en dat die leefbaarheid het uitgangspunt is om dat van onderop op te bouwen, en niet vanuit het centrum van de macht.

De **voorzitter**:

We vallen een beetje in herhaling.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik wil toch iets beter begrijpen wat mevrouw Van den Berg bedoelt met de woorden dat de leefbaarheid moet worden meegenomen in de afweging. In dezelfde zin zegt ze immers dat het belangrijk is dat goede zorg bereikbaar is, maar dat het ook mogelijk moet zijn dat iemand die oud is en die niet per se op de spoedeisende hulp hoeft te komen, gewoon op de plek geholpen wordt waar die persoon op dat moment is. Mevrouw Van den Berg knoopt heel veel sympathiek klinkende dingen aan elkaar, maar ik begrijp niet zo goed wat ze nou van de Minister wil als het gaat om het meenemen van de leefbaarheid en spoedposten.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Het gaat mij erom dat er in de hele opzet niet alleen wordt gedacht dat we iedereen wel ... Dat was toch het plan. We hoorden dat er straks nog 40 ziekenhuizen overblijven. Dan wil ik eerst een reactie van de Minister hebben op Denemarken, waar het aantal acutezorglocaties is gehalveerd en waar dat niet tot betere zorg of wat dan ook heeft geleid. Het kan natuurlijk zijn dat er ergens ook echt een bemensingsprobleem is, dat er wordt gezegd: wij kunnen dit gewoon niet meer veilig doen. Dan heb je een hele andere discussie met elkaar. Ik wijs ook op de aanname dat mensen die ergens werken, dan wel 50 kilometer verderop gaan werken. Dat werkt dus gewoon niet zo. Dat ben je mensen heel vaak gewoon kwijt voor de zorg. Wij vragen hoe de leefbaarheid wordt meegenomen. De ziekenhuizen en de zorg zijn vaak een van de grootste werkgevers in een regio. Dus ook de impact op de sociale infrastructuur is van enorm belang. Ik vind dat de Minister moet kijken naar de kwaliteit van de zorg. Hij moet niet alleen kijken naar de eisen ten aanzien van het diploma dat de poortspecialist heeft, maar hij moet in het algemeen ook kijken naar de kwaliteit van de uitkomsten. Hij gaat mij dus om een breder medisch perspectief. Daarbij moet inderdaad ook de hele regionale verdeling terdege worden meegenomen, zodat we niet straks alleen nog maar een paar grote ziekenhuizen hebben op een paar plekken in dit land.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U heeft nog een minuut voor de rest van uw betoog. Ik zie dat u eerst even de administratie op orde moet brengen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, ik ben dan toch al op pagina 5, voorzitter. Ik heb al gesproken over de Netherlands Emergency department Evaluation Database, oftewel NEED, die de kwaliteit van de spoedeisende hulp registreert.

Ten vierde. Het onderzoek van TNO in opdracht van de Nederlandse Verenigingen van Ziekenhuizen laat zien dat sluiting vaak meer kost dan die opbrengt. Ze hebben het voorbeeld van Nij Smellinghe helemaal uitgewerkt. Ook blijkt dat het extra benodigde ambulancevervoer er gewoon niet is. Ik hoor daarop graag een reactie.

Ik heb in reactie op interrupties ook al aangegeven dat ik graag een reactie wil op het onderzoek naar de acute zorg in Denemarken. Dat heeft als een van de conclusies dat sluiting van kleinere spoedeisendehulplocaties de problemen juist groter maakte. Dat heb ik even uit het Engels vertaald. De Minister wil overal dezelfde normen hanteren, dus van Stadskanaal in Oost-Groningen tot Sluis in West-Zeeuws-Vlaanderen. Dat ben ik met hem eens. Maar laat de nabijheid en de leefbaarheid ook onderdeel zijn van die totale norm en zorg voor een breder medisch perspectief inzake de kwaliteit van de zorg. Dan versterken we de Jengatoren van de zorg en verkleinen we ook gezondheidsverschillen.

Voorzitter. Ik wil ten slotte even laten zien dat we een rapport van Statera hebben gekregen waarin staat dat discriminatie ziek maakt. Daarin wordt aangegeven dat patiënten met een migratieachtergrond door zorgdiscriminatie verslechterde zorg ontvangen.

De voorzitter:

Rondt u af?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Maar ook daar is weer het verkleinen van gezondheidsverschillen het doel. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan is het woord aan mevrouw Pouw-Verweij van JA21.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Deze bijdrage spreek ik mede uit namens mevrouw Van der Plas van BBB. Zij voert dan weer in de zaal hiernaast het woord mede namens mij in het mbo-debat. En zo kunnen wij elkaar een beetje helpen.

Ik begin mijn bijdrage graag met het begin van het leven, met de verloskunde. Elk jaar vinden er ongeveer 150.000 acute bevallingen plaats. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie constateert dat er ook in de regio een sluitende keten van acute verloskundige zorg nodig is. Omdat laagrisicobevallingen van het ene op het andere moment acuut en zelfs levensbedreigend kunnen worden, is het noodzakelijk om de acute verloskunde dicht bij de hoogcomplexere acute zorg te organiseren. Dat maakt 24/7-beschikbaarheid nodig van alle faciliteiten in de nabijheid. Onderkent de Minister de noodzaak van de nabijheid van hoogcomplexere acute zorg en acute verloskunde? Als dat het geval is, wat is dan het mechanisme of het afwegingskader om te waarborgen dat dit verband behouden blijft? Hoe gaat de Minister voorkomen dat acute zorg buiten de nabijheid raakt van hoogcomplexere zorg? Wil en kan de Minister garanderen dat de keten van verloskundige zorg in de regio sluitend is, met 24/7-bereikbaarheid van alle faciliteiten?

Nu begrijp ik goed dat in elke regio de situatie weer anders is. Een nieuwe organisatie van de acute zorg vraagt daarom om een inbreng vanuit de regio's. Daarbij spelen vele belangen. De Patiëntenfederatie Nederland vraagt terecht aandacht voor de kwaliteit van deze plannen. Hoe kan de Minister ervoor zorgdragen dat de regio's kwalitatief goede plannen opleveren voor de organisatie van de acute zorg? Dat zijn ook plannen die een goede bereikbaarheid garanderen. Dat de zorgen over bereikbaarheid meer behelzen dan theoretische zorgen naar aanleiding van de beleidsagenda, toont de brief van Brielle, Westvoornee, Hellevoetsluis en

Goeree-Overflakkee aan. Deze vier gemeenten hebben grote zorgen over het voortbestaan van de acute zorg in hun regio. Ze vragen met klem om de spoedeisende hulp bij het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te behouden. Deze SEH staat namelijk op de tocht door het loslaten van de 45 minuten norm. De dichtstbijzijnde volgende SEH is in Rotterdam, 56 kilometer verderop.

Daar komt nog iets bij. Een SEH is meer dan zomaar een losse voorziening van een ziekenhuis die zonder verdere gevolgen kan worden afgestoten. Als het voortbestaan van de SEH wordt bedreigd, heeft dat direct betekenis voor het ziekenhuis. Het volwaardig functioneren loopt gevaar. De sluiting van de SEH heeft gevolgen voor de efficiëntie en de betaalbaarheid van de spoedoperatiekamers en de ic's. Het leidt tot omzetting door het missen van toeleiding van zorg vanuit de SEH, die in dat geval in Rotterdam zal worden gegeven. Het ziekenhuis zal bovendien een minder uitdagende werkplek worden, met alleen laagcomplexe zorg. Het laat zich raden dat de personeelsproblemen nóg groter worden. De vier gemeenten wijzen er verder op dat de samenhang in de spoedketen verdwijnt. Dat weegt voor JA21 en BBB zwaar. Het verdwijnen van SEH-zorg pakt slecht uit voor de intensieve samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en de acute ggz. In deze keten is SEH-zorg een zeer belangrijke schakel. Voorzitter. Voorne-Putten, Goeree-Overflakkee en Schouwen-Duiveland reiken ons dit voorbeeld aan. Als dit voorbeeld niet was genoemd, hadden we andere regio's kunnen benoemen. Is de Minister het met ons eens dat de brief van deze vier gemeenten exemplarisch is voor de situaties in de regio's, de gebieden buiten de stedelijke gebieden? Wat heeft het de Minister te zeggen dat nog voordat alle partijen hun handtekening hebben gezet onder het Integraal Zorgakkoord, de bodem onder deze beweging al wankelt door deze beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg? Hoe integraal kan zorg immers zijn? Hoe bereikbaar kan acute zorg zijn voor iedereen als acute zorg in de regio al zo bewust onder druk wordt gezet? Voorzitter. De Nederlandse Internisten Vereniging wijst ons erop dat het merendeel van de patiënten op de SEH met een of meer chronische ziektes kampt. Een plotselinge verslechtering van de chronische ziekte kan leiden tot acute klachten. Volgens de internisten is er nog onvoldoende onderzoek gedaan naar deze groep. Ze wijzen erop dat doelmatige en passende zorg voor deze patiënten om continuïteit vraagt in de gehele keten. Zo heeft de vroegtijdige aanwezigheid van een internist die al bekend is met het zorgproces, een positief effect op de kwaliteit van zorg. Maar fragmentatie zal juist een tegengesteld effect hebben. We gaan ervan uit dat de Minister deze zorg deelt. De grote vraag is aansluitend hoe de continuïteit in de zorgketen en hoe daarmee de aansluiting tussen acute zorg en ziekenhuiszorg behouden kunnen blijven. Ik heb nog een drietal vragen. Wat betekent het dat het merendeel van de patiënten op de SEH kampt met chronische ziekte? Is er meer onderzoek nodig naar het soort patiënten dat zich meldt? Het grote aantal patiënten met een chronische ziekte op de SEH accentueert nog eens het belang van een sluitende zorgketen. Als de Minister dat met mij eens is, hoe wil hij dan voorkomen dat de zorg versnipperd? Want als SEH's onder druk staan, staat natuurlijk ook die zorgketen als geheel zwaar onder druk. Is dit gegeven waar de internisten op wijzen een basaal inzicht geweest bij het opstellen van de beleidsagenda of is dit een nieuw inzicht? Omwille van de tijd laat ik hierbij. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Perfect, mevrouw Pouw. Precies vijf minuten. De volgende is mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. De Minister wil het acutezorglandschap veranderen. Met dat acutezorglandschap hebben wij allemaal te maken. Iedereen is weleens op de spoedeisende hulp geweest, voor zichzelf, met zijn kind of met zijn moeder of vader. Als je dat acutezorglandschap wilt veranderen, is het ontzettend belangrijk dat je een duidelijke visie hebt. De visie van de Minister lijkt nog wat gebrekkig. Als die visie al te ontdekken is, dan lijkt het eerder een verkokerde visie. Zoals mevrouw Van den Berg al zei: alleen vanuit een specifiek medisch perspectief. En dat is risicovol. Dat is risicovol voor mensen en dat is risicovol voor de zorg in zijn geheel. Want een patiënt is meer dan zijn of haar tijdskritieke aandoening. Laat ik beginnen met te zeggen wat voor GroenLinks centraal staat. Dat zijn de ontwikkelingen in de samenleving. Dat zou het vertrekpunt moeten zijn. Mensen worden ouder. Mensen worden kwetsbaarder. Er zijn steeds meer mensen met een chronische ziekte. Mensen met een lage sociaal-economische status zijn oververtegenwoordigd op de spoedeisende hulp. Ze zijn vaak ook aangewezen op het openbaar vervoer, want ze hebben lang niet allemaal zelf een auto. Er is een grote groep ouderen die regelmatig bij de huisarts komt, die vaste contacten heeft in het ziekenhuis en met de wijkverpleging, die al onderdeel uitmaken van die hele zorgketen dichtbij. Dat vraagt dus ook om spoedzorg zo dichtbij mogelijk, toegankelijk en goed ingebed in de eerste lijn. Met andere woorden, het gaat om integraliteit. En dan word ik toch een heel klein beetje cynisch als ik bedenk: de Minister heeft net een Integraal Zorgakkoord gesloten, maar de integraliteit lijkt heel ver weg als het gaat om de acute zorg. Dan lijkt de Minister precies de andere kant op te bewegen. Zorg dichtbij moet uiteraard van goede kwaliteit zijn. Dat vraagt om een aantal zaken. Allereerst vraagt het om het voorkomen van spoedzorg waar mogelijk. Het gaat om een investering in de eerste lijn. Het gaat om een investering in het sociaal domein. Ik vraag de Minister dan ook: zou het niet mogelijk zijn om ook dat sociaal domein bereikbaar te laten zijn in de nachten en in het weekend? Graag een reactie. Zorg dichtbij vraagt om een investering in het personeel. Wat doet de Minister om het vak van spoedeisendehulparts en spoedeisendehulpverpleegkundige aantrekkelijker te maken? Zou het aantal opleidingsplekken niet moeten worden uitgebreid? Graag een reactie.

Zorg dichtbij vraagt ook om samenwerking, zoals op sommige plekken al gebeurt, bijvoorbeeld met een spoedplein. Dat is ook iets wat de Minister steunt. Hoe wil hij dat verder faciliteren? Ik zie mooie voorbeelden. Zo willen ze in Amsterdam-Noord starten met het integreren van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. Voor hen is het belangrijk om zekerheid te hebben.

Voorzitter. Ten slotte vraagt die zorg dichtbij om financiële zekerheid voor die spoedafdelingen. Dat is belangrijk voor het hele ziekenhuis, want vaak is er ook sprake van dubbelfuncties. De Minister zegt dat hij onderzoek gaat doen naar een andere vorm van financiering voor de spoedeisendehulpdiensten. Wat is het tijdspad? Die zekerheid is nodig, ook voor mensen die nu in opleiding zijn en een keuze maken waar ze gaan werken.

Voorzitter. In de brief van de Minister valt mij een aantal zaken op. Hij zegt dat hij af wil van de 45 minuten norm, omdat de onderbouwing achterhaald is. Daarbij gaat hij voorbij aan het belang van toegankelijke zorg. Toegankelijkheid en nabijheid zijn onderdeel van kwaliteit. Korte lijnen tussen een huisarts en een ziekenhuis zijn cruciaal voor goede zorg. Het helpt als de artsen in het ziekenhuis al bekend zijn met de medische geschiedenis van de patiënt. Het helpt als er al sprake is van continuïteit van zorg. De Minister zegt letterlijk in zijn brief dat nabijheid geen aspect van kwaliteit van acute zorg is. Hier slaat de Minister echt de plank mis. Driekwart van de patiënten komt zelf naar de spoedeisende hulp. Die gaan niet met een ambulance naar de spoedeisende hulp. Dus dan is nabijheid cruciaal, zeker als je geen auto hebt.

Voorzitter. Verder heeft de Minister het over zorgcoördinatie.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, het voorgaande is voor mevrouw Paulusma aanleiding om een vraag te stellen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik las ook dat driekwart van de patiënten zelf komt. Als die mensen in de gelegenheid zijn om zelf te komen, waarbij zij wellicht ook de moeilijkheden met het ov hebben – want die zie ik ook – zouden die mensen dan eigenlijk niet op een hele andere plek geholpen moeten worden? Hun klacht zit hun immers blijkbaar niet in de weg om zelfstandig naar de spoedeisende hulp te komen. Zouden deze mensen dan niet veel beter op de huisartsenpost, bij de huisarts of door een physician assistant thuis geholpen kunnen worden? Dan hebben we én een probleem opgelost rondom ov en kosten én verminderen we de druk op de acute zorg. Ik ben benieuwd wat mevrouw Ellemeet daarvan vindt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat vind ik een heel terecht punt. Volgens mij moeten we kijken waar we de zorg het beste kunnen bieden. Als dat bijvoorbeeld thuis is, dan is dat thuis. Ik zei al dat het verstandig zou zijn om verder te investeren in de eerste lijn. Een versterking van de eerste lijn kan ook voorkomen dat mensen naar de spoedeisende hulp moeten. Aan de andere kant vind ik het ook een heel mooie ontwikkeling dat er nu spoedpleinen gebouwd worden, waarbij allerlei vormen van spoedzorg dicht bij elkaar zitten. Dan kan meteen gekeken worden of iemand moet worden doorverwezen naar de spoedeisendehulp of dat bijvoorbeeld een POH-ggz, een praktijkondersteuner van de huisarts, de passende persoon is om de zorg te verlenen. Dus wat mij betreft zal er altijd gekeken moeten worden naar welke zorg het beste aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. En als dat niet de zorg is op de spoedeisendehulp, is dat volgens mij alleen maar een goede zaak.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, u heeft nog een dikke minuut.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja. Voorzitter. Ik wil het ook nog hebben over zorgcoördinatie. Dat is een punt dat de Minister maakt. Maar hij gaat eigenlijk voorbij aan een groot aantal nadelen die er ook zijn. Hij benoemt alleen de voordelen. We hebben in het eindrapport van de pilots immers ook kunnen lezen dat die zorgcoördinatie niet per se een positief effect heeft. We weten ook uit het buitenland, uit Engeland en Denemarken, dat zorgcoördinatie kan leiden tot een toename van de acute zorg. Dat sluit eigenlijk aan bij de vraag van mevrouw Paulusma. Volgens mij is dat wat we niet willen. Als we de zorg op een andere manier kunnen organiseren, is dat goed. We willen eigenlijk niet toewerken naar een toename van die acute zorg. Ik vraag de Minister dan ook of het niet verstandig zou zijn dat we ons in eerste instantie richten op een overzicht van de beschikbare capaciteit. Het zou in die coördinatie heel wenselijk zijn dat iedereen die betrokken is in die zorgketen weet waar er plek is – volgens mij is daar consensus over – en dat we wegblijven van het doen van triage op één plek. Daarvan blijkt namelijk ook uit het buitenland dat die eerder leidt tot een toename. Ik zou de triage dus dichtbij willen en een overzicht van de capaciteit zou GroenLinks heel wenselijk vinden.

Voorzitter. Ik rond af. Volgens mij is hier niemand die zegt dat het makkelijk is om dat acutezorglandschap slim en goed te organiseren. We staan voor grote opgaven, maar de weg die de Minister inslaat, lijkt mij kort samengevat niet de juiste.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel mevrouw Ellemeet. De heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Dank u wel, voorzitter. Er zijn hele grote zorgen over de toekomst van de acute zorg in ons land. We zijn – dat hebben meerdere sprekers voor mij al gezegd – bestookt met mailtjes, telefoontjes en brieven over zorgen die bij gemeenten, bestuurders, burgemeesters maar ook bij zorgverleners zelf leven over de plannen die deze Minister heeft met de acute zorg. Ik vind het raar dat, of wij nu met deze Minister in gesprek zijn of met de NZa, zoals recentelijk nog gebeurde, beide ontkennen dat verdergaande concentratie een doel van het beleid is of dat het schrappen van spoedeisendehulpafdelingen een doel van het beleid is. Het wordt aan alle kanten ontkend, maar als je de stukken leest, komt het gewoon rechtstreeks neer op minder spoedeisendehulpposten in de ziekenhuizen die we nu hebben. Dat spelletje moet stoppen. Als je in een brief opschrijft dat de 45 minutennorm er wel aankan, dat er meer geconcentreerd moet worden, dan is de consequentie automatisch minder spoedeisendehulpafdelingen in ons land. Mark Kramer, de opvolger van de heer Kuipers bij het Landelijk Netwerk Acute Zorg, heeft vorige week gewoon gezegd dat er in de toekomst toegewerkt zal worden naar 40 ziekenhuizen waar nog 24 uur per dag spoedeisendehulpzorg geleverd kan worden. Dan kan de Minister en de NZa wel zeggen «het is geen doelstelling van ons beleid», maar waarom zou half Nederland in de stress schieten als dit soort dingen tegelijkertijd gezegd worden? Dat geldt trouwens niet alleen voor Zuid-Holland en Zeeland. We hebben die discussie ook gezien in de Achterhoek, in Noord-Nederland en in Flevoland. Er dreigt een kaalslag en de Minister doet net of er niets aan de hand is.

Voorzitter. Wat gebeurt er als er een spoedeisendehulp post verdwijnt? Dat is vaak het begin van de ontmanteling van een ziekenhuis, zo hebben we al heel vaak gezien. Dan verdwijnt de spoedeisende hulp, gaat vervolgens de ic weg, want te weinig doorstroom naar de ic. Vervolgens is er geen ic meer en kan er dus ook geen acute verloskunde meer plaatsvinden. Voor je het weet, verwordt een vroeger goed werkend ziekenhuis tot veredelde polikliniek. Dat is wat we al heel vaak hebben gezien en dat is ook wat dreigt als dit gaat gebeuren. Mevrouw Pouw wees terecht op de 150.000 bevallingen die ieder jaar plaatsvinden. Voor deze ouders betekent dat dat ze niet meer in een ziekenhuis in de buurt terecht kunnen. Dat willen zij niet. Nabijheid, toegang tot zorg is van heel groot belang, dus wij moeten niet doorgaan op dat pad van schaalvergroting en verdere concentratie. Ik heb die onderzoeken ook gelezen over wat er in Denemarken is gebeurd. Een kleine kwaliteitswinst voor de multitrauma's, dus voor de 5% tot 10% echt complexe vormen van zorg die acuut zijn. Hartstikke mooi, maar dat is wel ten koste gegaan van de 90%, van al die andere mensen die toegang zoeken tot acute zorg. Die kunnen veel minder makkelijk terecht en zitten dus in die zin in grotere problemen. TNO heeft ook een interessant onderzoek gedaan. Daaruit blijkt dat nachtsluitingen helemaal niet per definitie efficiënter en kosteneffectief zijn. Ik vind dat nogal wat. De Minister schermst met voorstellen in de trant van «als je hier de nachtzorg concentreert, dan kan die op andere plekken wel weg». Dat is dus niet zo, want ook in de ziekenhuizen waar de nachtzorg weggaat, blijven er patiënten. Die gaan niet ineens allemaal weg 's nachts. Ook in die ziekenhuizen zal er dus een vorm van acute zorg beschikbaar moeten zijn, inclusief de nodige kennis en materialen om die zorg te kunnen verlenen. De facto betekent dat dus dat je helemaal niet goedkoper uit bent en het slimmer doet, maar misschien zelfs wel duurder, zeker als je ook nog een groeiend aantal ambulanceritten gaat meenemen.

Mijn vraag is eigenlijk deze. Zou de Minister er niet beter aan doen om eerst eens te onderzoeken wat de optimale schaal is om zorg te organiseren? Die onderzoeken hebben we al vaak gezien. Wat is de optimale schaal voor een ziekenhuis? Dat is al jaren bekend: het is tussen 250 en 300 bedden. Veel van onze ziekenhuizen zijn groter. Die onderzoeken tonen ook aan dat er, als je nog groter wordt, meer management en meer overleg komt. Dan is de patiënt minder gekend bij artsen en zorgverleners, en wordt het dus uiteindelijk duurder, terwijl de kwaliteit achteruitgaat. Volgens mij moeten we daarmee beginnen en moeten we de spoedzorg daarop aanpassen. We moeten de zorg dus zo organiseren dat de spoedzorg ook in ziekenhuizen met een kleinere schaal goed georganiseerd wordt.

Voorzitter. Vanuit de NZa, maar ook vanuit de Minister, klinkt soms het verwijt dat in die ziekenhuizen in de nacht te weinig patiënten zouden komen. Daarmee wordt toch een beetje de suggestie gewekt dat hele teams daar de hele nacht zitten te duimendraaien. Dat is natuurlijk niet zo. De Minister weet dat volgens mij donders goed, dus ik vind dat die suggestie niet gewekt mag worden. Veel van die mensen werken op een andere afdeling of ondersteunen afdelingen. Spoedeisendehulpartsen werken ook mee op de ic en vice versa, dus we moeten niet doen alsof er 's nachts in ziekenhuizen helemaal niks gebeurt op deze afdelingen. Ik wil dat beeld echt tegenspreken. Ik zou het goed vinden als de Minister dat ook doet.

Laten we investeren in meer en beter personeel. Ik zag nog even ... Dat is mijn laatste punt, voorzitter. Ik heb nog vijf seconden. Als je nu in een ziekenhuis werkt, bijvoorbeeld als verpleegkundige, dan heb je volgens de cao recht op € 0,08 kilometervergoeding om op je werk te komen. Als jij 30 kilometer moet rijden, je heen en weer moet en je dat vijf dagen in de week doet, dan ben je dus € 100 kwijt aan niet vergoede benzine. Volgens mij moeten we dat soort gesprekken eens hebben. Hoe kan het dat werken in de zorg zo onaantrekkelijk is? Nou, dat komt mede doordat de Minister te weinig doet om mensen te behouden en nieuwe mensen aan te trekken.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dat was iets meer dan die vijf seconden, meneer Hijink. Maar goed, meneer Van Houwelingen heeft nog een vraag.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Prachtig betoog. Ik ben het er helemaal mee eens. Ik heb de volgende vraag voor de heer Hijink. Hij verwijst naar onderzoek van al tien tot twintig jaar oud – ik ken dat onderzoek ook – dat laat zien dat onze ziekenhuizen vanuit efficiencyoverwegingen in feite al veel te groot zijn. En toch gaat het maar door. Het is wat mij betreft eigenlijk het verhaal van vandaag. Ik heb in dat verband een vraag en ik ben heel benieuwd hoe hij daarover denkt. Efficiency is natuurlijk ook voor dit kabinet ontzettend belangrijk. Wat zou nou de reden kunnen zijn dat men toch maar doorgaat op dat pad, terwijl allang is aangetoond dat het een verkeerd pad is? Wat denkt u; wat zit daarachter?

De heer Hijink (SP):

Ik denk dat dat deels nog een erfenis is uit het neoliberale tijdperk sinds de jaren negentig, waarin sprake was van schaalvergroting, niet alleen in de zorg, maar ook in andere sectoren: bij de woningcorporaties, het openbaar vervoer en waar dan ook. Het idee was dat marktdenken en grootschaligheid het beter zouden maken. Het is wat dat betreft een heel Amerikaanse manier van denken: als je maar schaalvoordelen hebt, dan wordt het beter. Alleen zeggen dit soort onderzoeken en economen, ook zorgeconomen, nu: wacht eens even; we krijgen geen schaalvoordelen

maar schaalnadelen. Je krijgt meer bureaucratie en meer overleg. Je krijgt meer controlesystemen, omdat je geen direct contact meer hebt tussen het bestuur en de zorgverleners. Dus uiteindelijk groeit de cementlaag ertussenin die geen zorg verleent maar wel heel veel geld kost. Hoe komt dat? Ik denk omdat ze deels nog in dat systeem geloven. Het is aan de andere kant deels ook het gevolg van de marktwerking die we hebben, waardoor grote zorgaanbieders, grote ziekenhuizen, er meer belang bij hebben om groter te worden dan om kleinere ziekenhuizen ook een deel van de zorg te geven. Er zitten gewoon te veel prikkels in ons systeem om zorg aan te trekken: je moet vooral niet te veel aan anderen gunnen en aan anderen geven, want dan verlies je inkomsten voor het volgende jaar. In die zin zit er ook een prikkel in om te groeien. Ik denk dat dat ook meespeelt.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik ga u deelgenoot maken van een van mijn guilty pleasures. Dat is het televisieprogramma 24 uur in de E.R. De programmamakers bundelen in drie kwartier de lotgevallen van de zorgteams en van patiënten, die – u raadt het al – 24 uur per dag worden binnengebracht op de drukste spoedeisendehulp post in Londen. Het programma toont de kundigheid van de zorgprofessionals en laat zien dat de «trauma calls» meer zijn dan een medisch probleem. Ze gaan over mensen, patiënten en de invloed van spoedzorg op hun leven en dat van hun naasten. Het programma is in Engeland en ook hier een succes. Dat is niet gek, want spoedzorg is een belangrijk uithangbord voor de gehele gezondheidszorg. Dat wordt niet alleen ervaren door ziekenhuizen en spoedartsen, maar door iedereen die weleens spoedzorg nodig heeft gehad of bang is voor een zware sportblessure, een acute aanval of wat dan ook. We willen dat dat op orde is. Het uithangbord dat de spoedzorg is, moet ook laten zien hoe de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg op hoog niveau blijven en aan de eisen van deze tijd blijven voldoen. Dan is er wel wat te doen. Zo voldoet bijvoorbeeld nog niet de helft van de spoedposten aan de geldende kwaliteitsnorm voor de spoedzorgketen en zijn er spoedposten waar tijdens de nachtdiensten misschien twee keer een ambulance met een patiënt binnenrijdt. Dat is in deze tijd niet uit te leggen.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, u heeft een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb daar afgelopen donderdag bij de technische briefing van de Zorgautoriteit een opmerking over gemaakt. Die vraag ga ik nu aan mevrouw Tielen stellen. Ze zegt dat de helft niet voldoet. Dat is dus precies weer die ene norm. We hebben afgelopen vrijdag cijfers gekregen van de NVZ. Het gaat dus over norm 14. Nou blijkt dat drie kleinere, één middelgrote en vijf grote ziekenhuizen daar niet aan voldoen. Dat is echt een ander beeld dan dat de helft daar niet aan zou voldoen. Daar wil ik graag een reactie op.

Mevrouw Tielen (VVD):

De vraag die mevrouw Van den Berg daartussendoor stelt is: kloppen die normen dan eigenlijk wel? Dat is een goede vraag, denk ik. Hoe meet je nou of de kwaliteit van de zorg goed is? Dat is echt heel ingewikkeld. Heel veel slimme mensen hebben daar samen een kwaliteitsnorm op gezet. Als de helft niet voldoet, klopt dan de norm of de kwaliteit niet? Dat is een ingewikkelde vraag. Mijn vraag – maar goed, het zou fijn zijn als ik dan verder kan gaan met mijn betoog – is ook hoe we met die normen

omgaan. Het gaat ook over de 45 minuten norm. Het gaat ook over de kwaliteitsnorm voor de hele keten. Wat gebruiken we daarvoor en hoe meten we of we nou echt de kwaliteit leveren die verwacht mag worden?

De voorzitter:

Uw tweede vraag, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik ga hier even een tweede interruptie aan besteden, want het gaat erom dat het niet waar is dat de helft niet voldoet. Dat was mijn punt net. In totaal voldoen negen ziekenhuizen niet: één middelgrote, drie kleine en vijf grote. Dat is heel wat anders dan dat de helft niet zou voldoen. Afgezien van het feit dat ik blij ben dat de VVD ook wil kijken naar een bredere medische norm dan dit ene puntje, is de bewering van mevrouw Tielen, met inachtneming van de cijfers die we van de NVZ hebben, wat mij betreft gewoon niet correct.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat laat ik dan even, mevrouw Van den Berg. Er zijn namelijk drie onderwerpen.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma vindt dat wel een aanleiding om nog een vraag te stellen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Mevrouw Pouw-Verweij.

De voorzitter:

O sorry, excuus. Ik ben te lang niet in uw midden geweest.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Het is oké, voorzitter. U bent niet de eerste deze week die onze namen veelvuldig door elkaar haalt, dus het is u vergeven. Ik heb even een aanvulling op wat mevrouw Van den Berg vraagt. Ik denk inderdaad dat kwaliteitsnormen heel erg belangrijk zijn, maar we hebben het vandaag veelal over bereikbaarheid, de regio en juist die kleinere centra, waar veel kritiek op is, want de kwaliteit zou daar te laag zijn. Ik wil eigenlijk graag even een reflectie van mevrouw Tielen op de vraag wat daar dan de oplossing voor is. Laten we naar onze hoofdstad kijken. Die zullen we niet «de regio» noemen. Daar hebben we eigenlijk alleen grotere ziekenhuizen. Daar is relatief recent een fusie geweest tussen twee grote academische centra. Juist daar zien we nu een heel groot probleem ontstaan bij de acute en hoogspecialistische zorg. Artsen uit dat ziekenhuis, bijvoorbeeld van de ic's, luiden nu de noodklok. Ze zeggen: luister, we zijn gefuseerd; vervolgens doen we concentratie van de zorg verspreid over twee centra, waardoor we in het ene centrum de cardiothoracale chirurgie hebben, dus de hartchirurgie, en in het andere centrum de longchirurgie, terwijl die twee heel vaak aan elkaar gerelateerd zijn. Ze geven aan dat ze nu twee gemankeerde operatieteams hebben en dat het heel vaak niet duidelijk is wie wat moet gaan doen. In één centrum hebben ze bijvoorbeeld geen orthopedie meer et cetera. Is die concentratie, dat samenvoegen, het toewerken naar grotere centra, dan de oplossing voor het kwaliteitsprobleem? Mijn fractie twijfelt daar heel erg aan. Ik wil daar graag een reflectie op horen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Nee, want concentratie is voor de acute zorg volgens mij geen doel op zichzelf. Ik vind het voorbeeld van mevrouw Pouw heel mooi – overigens was ik nog niet voorbij mijn inleiding – maar ik geloof niet dat onze

meningen zo ver uit elkaar liggen. Daar kunt u wellicht aan het einde van mijn betoog nog op terugkomen.

De **voorzitter**:

Volgens mij kan mevrouw Tielen doorgaan met haar betoog. Ja, dat kan.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Overigens erkent iedereen dat hartproblemen en longproblemen ook fysiek heel dicht bij elkaar zitten.

Ik wil drie onderwerpen bespreken. Ik hoop dat ik genoeg tijd heb, dus ik ga even een beetje snel praten. Eerst over innovatie. De acute zorg heeft veel innovaties toegepast. Ik vind het bijvoorbeeld fantastisch om te zien hoe ANWB-drones bloed en medicijnen vervoeren bij verkeersongelukken. Ambulances zijn eigenlijk van patiëntentaxi's naar mobiele ziekenhuisjes geïnnoveerd. Ze hebben de technologie en innovaties zo gemaakt dat een ziekenhuis soms niet eens meer nodig is. Sowieso zorgen innovaties in de diagnostiek, behandeling en nazorg ervoor dat de spoedzorg er echt niet meer zo uitziet als twintig jaar geleden, en dat we er meer van mogen verwachten. Ik zou van de Minister willen weten welke stimulansen er nu zijn om innovaties onderling uit te wisselen en sneller naar de praktijk te brengen. Bovendien geeft de Minister aan dat innovatieve vormen van acute zorg ook thuis ingezet kunnen worden. Dat is ook nodig, gezien het groeiende aantal ouderen en chronisch zieken. Kan de Minister aangeven waar hij op inzet en hoe hij ervoor zorgt dat ouderen, chronisch zieken, hun mantelzorgers, thuiszorg en wijkverpleging daar een rol in spelen? Graag een toelichting.

Voorzitter. Er is veel te doen over de kwaliteitsnormen voor de spoedzorgketen – dat zag u al – en ook over de veel aangehaalde 45 minutennorm en de consequenties van het sluiten of openhouden van spoedposten. Laat mij helder zijn. Het per se openhouden of het zomaar sluiten van spoedposten is wat de VVD betreft geen doel op zichzelf, vooral niet omdat een groot deel van de acute zorg na de eerste minuten in de ambulance en de uren in de wachtkamer of op de spoedpost doorloopt in vervolgzorg. Dat is ook de reden waarom ziekenhuizen zo veel baat hebben bij een spoedpost, die voor een groot deel van het aantal ligdagen geldt. Dat is ook de reden dat samenwerking tussen ziekenhuizen met huisartsen en wijkverpleging om spoedposten heen van belang is. Een reden dat mensen graag een spoedpost in de buurt hebben, is ook dat ze bij vervolgzorg in de buurt willen zijn. Welke plek heeft vervolgzorg in de evaluatie en de plannen van de Minister als het gaat om spoedzorg? Hoe ziet hij de wensen van patiënten en de rol van andere zorgverleners, zoals anderhalvelijnscentra en geriatrische revalidatiezorg, rondom die spoedzorg? Wie bepaalt eigenlijk welke spoedposten openblijven en welke moeten sluiten? Hoe ziet de Minister de samenwerking tussen ziekenhuizen met één nachtspoedpost in de regio, zoals in Noord-Nederland? Hoe voorkomen we dat in gebieden twee spoedposten heel dicht bij elkaar zijn, terwijl er een halfuur verderop eentje moet sluiten? Ik zou best graag een visie daarop willen horen van de Minister. Er zijn heel veel veronderstellingen, maar ik heb dit allemaal nog niet terug kunnen lezen.

De kwaliteitskaders en -normen zijn of verouderd of moeten doorontwikkeld worden. Hoe wordt dat gedaan en hoe verhoudt zich dat tot het vernieuwen van de 45 minutennorm waar de Minister het over heeft? De ROAZ-plannen, de plannen voor acute zorg in de regio, moeten eind volgend jaar, eind 2023, klaar zijn, maar de 45 minutennorm wordt daarna pas vernieuwd. Hoe past dat bij elkaar? Dat vind ik ingewikkeld. Kan de Minister dat toelichten?

Een groot probleem is de personele inzet. Het is op zijn zachtst gezegd jammer als zorgprofessionals een nacht zitten te wachten – die gaan inderdaad echt geen sokjes breien; die zijn dan echt wel druk bezig – tot

die ene ambulance binnenkomt. Hoe gaat het met flexibele inzet, herschikking? Hoe staat het met de uitvoering van de moties die collega Van den Hil en ik daarover hebben ingediend? Ik hoor daar graag meer over.

Tot slot. Als er één plek is waar de uitwisseling van medische gegevens snel en compleet moet, is dat in de acute zorg. Hoe wordt geborgd dat capaciteitsinformatie goed beschikbaar is voor verwijzers en verzoekers? Hoe zorgen we ervoor dat ambulances onderweg al digitale berichten kunnen versturen naar de spoedeisende hulp en dat de spoedpost deze berichten ook kan ontvangen, lezen en gebruiken? Bij de behandeling van de Wegiz hebben we gepleit voor een opt-outsysteem. Het bleek toen dat die opt-out niet via de Wegiz te regelen was, maar toch heeft de Minister onze wens daarover gehoord. Ik wil graag van hem weten hoe het nu in de praktijk is met de uitwisseling van gegevens in de acute zorg en wat we moeten doen om die opt-out wettelijk te regelen. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Er is nog een vraag van mevrouw Pouw.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik heb braaf even gewacht tot het einde van de bijdrage van mevrouw Tielen. Ik dacht «misschien komt het antwoord nog», maar het is toch niet naar mijn tevredenheid gekomen. Dus sorry, ik interrumppeer toch nog een keer. Ik hoor mevrouw Tielen net zeggen dat concentratie geen doel op zich is. Dat heb ik de Minister ook meermaals horen zeggen. Prima, maar wat ik wel heel duidelijk terug hoor, bij de VVD en bij de Minister, is dat concentratie wel een middel mag of moet zijn, in dit geval, om tot betere kwaliteit van zorg te komen. Dat is dus precies waar ik aan twijfel. Daarom kwam ik ook met het voorgaande voorbeeld. Ik denk niet dat dat in de praktijk zo zal zijn. Ik denk dat we dat in onderzoek zien, maar dus ook in de praktijk in onze hoofdstad. Daar wil ik graag een reflectie op van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vind de hoofdstad nou net een ingewikkeld voorbeeld, omdat het volgens mij juist geldt voor heel veel mensen op al die plekken buiten de hoofdstad. Dat zijn overigens veel meer plekken. Het gaat over kwaliteit en daar hoort toegankelijkheid bij. Daarbij wordt toegankelijkheid wat mij betreft niet in minuten gemeten, maar ook weer in de uitkomst van kwaliteit, om het even ingewikkeld te maken. Soms kan concentratie wel echt beter zijn. Als er heel weinig patiënten binnenkomen op een plek en er heel weinig zorgprofessionals beschikbaar zijn, is die kwaliteit gewoon niet te borgen. Dan moeten we niet zeggen: we hebben daar wel een lokaal staan met een brancard en hopelijk komt er iemand langs. Dat kan gewoon niet. Onze grote probleem is niet geld. Ons grote probleem is kundige mensen die op het juiste moment op de juiste plek de juiste zorg kunnen verlenen. Dat betekent dat we soms op minder plekken die zorg moeten kunnen leveren. Maar waar dat is, dat is een groot vraagstuk, waarbij kwaliteitsnormen de hoofdrol spelen wat mij betreft.

De voorzitter:

Dank u wel. Hebt u nog een derde vraag, mevrouw Pouw?

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik hoor wat mevrouw Tielen zegt, maar tegelijkertijd zie ik ook dat er een mismatch is tussen de opmerkingen die zij maakt over kwaliteit en concentratie of het sluiten van kleinere posten en het onderzoek dat daarnaar gedaan is. In het buitenland blijkt heel duidelijk dat het concentreren van zorg in één spoedeisende hulp kan tot een bepaald aantal

patiënten per jaar. Ik heb even niet paraat welk aantal dat precies is. Ik heb het genoemd in het debat over het Integraal Zorgakkoord. Wij zitten al boven dat aantal patiënten per spoedeisende hulp. Wij hebben dus die concentratie al tot dat punt gedaan. In het buitenland zeggen ze heel duidelijk: als je nog verder concentreert dan dat, gaat het ten koste van de kwaliteit. Iedereen streeft hier naar de hoogst mogelijke kwaliteit. Zoveel lijkt me duidelijk. Laten we het dus zoeken op een ander terrein, want het sluiten van de spoedeisendehulpverlening staat haaks op wat er in het buitenland aangegeven wordt over wat we moeten doen om die kwaliteit te bereiken.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Mevrouw Pouw-Verweij heeft natuurlijk gelijk dat het dom zou zijn om leerervaringen van voorbeelden uit bijvoorbeeld het buitenland naast ons neer te leggen. Mevrouw Pouw-Verweij verwijst echter naar gemiddelden, maar het gaat vooral om de verdeling van spoedposten, spoedeisende plekken, over het land en om de manier waarop die samenwerken met huisartsenposten en andere vormen van zorg. Daar vraag ik ook naar. Ik zou me graag aansluiten bij wat mevrouw Pouw-Verweij zegt. Hoe kunnen we leren van wat er in het buitenland geleerd is? Nogmaals, ik ben het er helemaal mee eens dat we concentratie niet als doel op zichzelf moeten kwalificeren.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken, had u een vraag?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik maak mij een beetje zorgen. Zijn wij niet aan het doorredeneren? Want als je zegt dat twee ambulances op een spoedzorg natuurlijk niet de bedoeling kan zijn, dan ga je er automatisch van uit dat efficiëntie het enige doel is dat je moet behalen, terwijl het maar de vraag is of dat zo is. Dat zeggen we namelijk ook niet over de brandweer en de beschikbaarheid van politieagenten in een wijk. Het heeft ook een ander doel. We zeggen dat ook niet als het gaat over nabijheid en leefbaarheid van een regio. Je kijkt dus naar het totaalaspect. Mijn concrete vraag is de volgende. Snapt mevrouw Tielen dat ik nu denk dat er te veel vanuit efficiëntie wordt gedacht in plaats van uit het bredere kader van leefbaarheid, toegankelijkheid, nabijheid en andere factoren die een rol spelen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De grap is dat ik het woord «efficiëntie» nooit genoemd heb, want zo beleef ik dat ook niet. Ik heb het over twee ambulances, maar dat gaat vooral over het feit dat de kwaliteit afhangt van de kwaliteit van de mensen die er zijn, de juiste professionals op de juiste plek, die hun werk kunnen doen. Soms kan in relatie met andere plekken de beste kwaliteit van zorg geleverd worden. Soms betekent dat dat er weleens een nacht is waarin er maar één ambulance is, maar daar gaat het niet om. Het gaat niet om efficiëntie, maar om kwaliteit en het slim verdelen van die kwaliteit over de plekken waar het nodig is. Daarbij speelt vervolgzorg bijvoorbeeld een belangrijke rol.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Het is goed dat mevrouw Tielen haar eigen woorden nuanceert, want ze begon met: «dat kan niet de bedoeling zijn». Ik heb goed geluisterd. Daarna ging het over sokjes breien. Waarom is dit belangrijk? Waarom hamer ik dus wel op het behoud van die 45 minutenorm? Omdat ik weet hoe het gaat. Zoals mevrouw Tielen zelf ook terecht zegt, hebben we nog geen duidelijke kwaliteitsnormen. Het ontbreekt nog aan een duidelijke visie. Er wordt aan doelredenering gedaan. Er worden voorbeelden uit het

buitenland gebruikt die nu al niet meer actueel zijn. Zaken zoals leefbaarheid en nabijheid spelen eigenlijk geen rol in het kwaliteitsafwegingskader. Ik heb daarbij een concrete vraag. Zou het niet verstandig zijn om, ook als het gaat over de 25 minutennorm, nu een pas op de plaats te maken, omdat al de essentiële elementen die mevrouw Tielen ook in haar bijdrage noemt, niet aanwezig zijn?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik had iets in mijn hoofd om te zeggen in antwoord op iets wat mevrouw Kuiken eerder in haar interruptie zei en daarom ben ik nu eventjes stil. O ja, dat was het! Er zijn wel duidelijke kwaliteitsnormen, maar die zijn verouderd en behoorlijk aan vernieuwing toe. Ik ben het met mevrouw Kuiken eens dat dit het soms wel lastig maakt. Als je een standaard hebt die eigenlijk geen standaard meer is, kun je er ook niets aan afmeten. Volgens mij kunnen wij ons er een heel end in vinden dat de kwaliteit belangrijk is en dat het niet gaat om het puur concentreren. We moeten kijken dat al de mensen die met hart en ziel in de zorg werken en ervoor zorgen dat de acute zorg ook op kwaliteit blijft, op de goede plekken aan het werk zijn. Daar moeten we naar kijken. Het kan niet de bedoeling zijn dat we nu het gevoel hebben dat het niet gehaald kan worden. Het gaat niet alleen om het gevoel, want we zien de personeelstekorten nu ook in de cijfers.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken, dat is uw derde ...

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Over dat laatste, het personeelstekort, ben ik het met mevrouw Tielen eens. Maar mijn vraag aan de Minister zou zijn hoeveel personeelswinst dit dan oplevert. Het is maar de vraag of concentratie dat doet, want ook dat is niet een gegeven. Volgens mij vinden we elkaar heel goed op dit terrein, maar ik zou tegen mevrouw Tielen willen zeggen dat we dan ook een pas op de plaats moeten maken met het nu al afschaffen van die 45 minutennorm, want dat is een doelredenerie, net zoals concentratie een doelredenerie is. We moeten echt vanuit kwaliteit beginnen en kijken hoe we de beste zorg op de juiste momenten kunnen organiseren in plaats van iets in ieder geval al af te schaffen en ergens naartoe te redeneren en daarna te bezien hoe we het gaan organiseren. Dat kan niet. Dat is de omgekeerde volgorde.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik sluit mij aan bij de vraag van mevrouw Kuiken aan de Minister. Wat kunnen we met betrekking tot het probleem van de personeelstekorten verwachten als we opnieuw kijken naar de kwaliteit van de acute zorg? In mijn beleving is de 45 minutennorm nog niet afgeschaft, maar gaan we het komende jaar kijken wat een beter alternatief daarvoor is. Ik hoor graag wat de Minister daarover zegt. Nogmaals, ik houd ervan om slim naar dingen te kijken en ik denk dat er echt wel een beter alternatief te verzinnen is.

De heer **Hijink** (SP):

Ik was een tijdje terug op de spoedeisende hulp van het Erasmusziekenhuis, welbekend bij de Minister. Daar was eigenlijk bijzonder weinig te zien. Waarom? Dat was zo, omdat de mensen die op die spoedeisende hulp werken, gedurende de dag gewoon op een andere plek in het ziekenhuis werken. Als een patiënt met een multitrauma binnenkomt, wordt er op een knop gedrukt. Dan komt iedereen aangerend, plakt een stickertje op de jas en gaat als een gek aan de slag. Mevrouw Tielen heeft het over «al die afdelingen waar maar twee personen per nacht naartoe komen» en zegt dat het allemaal maar geld kost en toestanden. Maar dat

is dus niet zo. Uiteindelijk is het een personeelspunt. Ik heb dat laatst in het gesprek met de NZa ook gezegd. Er wordt een heel circus opgetuigd in verband met concentratie en kwaliteit, maar waar komt het in de kern op neer? Dat is dat we misschien in de toekomst een probleem hebben met personeel. Ik zou de VVD willen vragen waarom we het niet vanaf die kant aanpakken. Laten we, waar er personeelstekorten zijn, gaan investeren in verpleegkundigen en artsen om ervoor te zorgen dat ze daar gewoon het werk kunnen doen. Dat is dus werk dat niet alleen gebeurt op de spoedeisende hulp, maar ook op andere plekken in diezelfde ziekenhuizen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Het nadeel van zulke lange interrupties is dat ik dan ook wel op heel veel dingen wil reageren. Ik vond het mooi dat de heer Hijink zei: die mensen gaan als een gek aan het werk. Het mooie van spoedeisende hulpen vind ik juist, anders dan in de serie E.R. van vroeger, dat het er eigenlijk altijd heel rustig is. Ik vind het toch leuk om dat even te nuanceren, ook voor de mensen thuis.

Meneer Hijink vraagt mij om te investeren in personeel. Volgens mij is er een motie van onze hand om ervoor te zorgen dat er voldoende SEH-artsen zijn. De heer Hijink heeft het over taakdifferentiatie en flexibele combinatie van taken. Volgens mij heb ik daar specifiek vragen over gesteld, dus onze meningen lopen helemaal niet zo ver uit elkaar, oftewel: ik denk dat we het voor een heel groot deel best wel eens zijn.

Nogmaals, ik verwerp alle suggesties die hier worden gedaan. Ik heb de woorden «euro's», «efficiëntie» en «financiën» niet genoemd. Dat is namelijk echt serieus niet het probleem waar wij volgens mij mee te maken hebben. De heer Hijink zegt dat we misschien in de toekomst ooit eens een keer een personeelsprobleem hebben. Nee, meneer Hijink, op dit moment is er zorgbreed, ook in de acute zorg, gewoon al een totaalgebrek aan kundige professionals die op de juiste plekken op de juiste manieren zorg kunnen verlenen. Dat probleem moeten we dan ook nu beetpakken, omdat dat niet vanzelf minder gaat worden.

De **voorzitter**:

Meneer Hijink, een korte interruptie.

De heer **Hijink** (SP):

Nu komen we ergens. De afgelopen tien, twaalf jaar zijn er onder VVD-beleid bezuinigingen geweest waarbij vele tienduizenden mensen de zorg hebben verlaten. Hoe kunnen we mensen behouden voor de zorg? Daar hebben we het over. Ik zeg: laten we investeren in mensen. Ik heb samen met mevrouw Bikker van ChristenUnie destijds een motie ingediend over het tekort in de salarissen, dus om de salariskloof te dichten. Dat was een eerste stapje. Superfijn! Maar dat is natuurlijk niet genoeg. Ik heb het voorbeeld van de kilometervergoeding genoemd. Ook hebben wij hier al heel vaak de parkeertarieven aan de kaak gesteld. Als zorgmedewerkers in een ziekenhuis werken, moeten ze betalen voor het parkeren van hun auto's om daar te kunnen werken. Het is krankzinnig dat dat moet. Als je dat probleem wilt oplossen, investeer dan in de zorg. Maar zeg dan niet met allerlei bij-argumenten over kwaliteit of wat dan ook, dat we waarschijnlijk met minder spoedeisendehulpdiensten toe moeten, als het in de kern gaat over het behouden en aantrekken van nieuw personeel. Dat is het echte probleem, dus dat moeten we zien op te lossen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Af en toe denk ik: meneer Hijink, kom eens met iets nieuws. De heer Hijink zegt weer: de VVD heeft het wegbezuinigd, die is alleen maar bezig met kaalslag. Komend jaar gaat er 106 miljard euro naar de zorg. Er wordt helemaal niet bezuinigd. Het is bovendien geen geldprobleem. Het gaat

gewoon om handjes. Het gaat gewoon om mensen. Er zijn overal personeelstekorten, dus waar wilt u die mensen vandaan halen? Uit het onderwijs, misschien? Of wilt u ze weghalen bij de politie en Defensie? Kom op, meneer Hijink, laten we realistisch naar de problemen kijken. Heel veel mensen verlaten de zorg en niet zozeer omdat ze te weinig verdienen of vanwege de parkeerkosten – waar ik trouwens ook wel een mening over heb – maar omdat ze gewoon geen baas zijn over hun eigen baan, omdat ze werkdruk ervaren door hoog ziekteverzuim van collega's enzovoort, enzovoort. Er zijn veel meer oplossingen dan alleen weer een zak geld ertegenaan te gooien.

De voorzitter:

Ik wil u allen vragen om de interrupties en ook de antwoorden korter te houden, want anders gaat het alle kanten op. Dat vraag ik niet in de laatste plaats omdat we dan netjes binnen de tijd blijven. Mevrouw Kuiken, voor uw termijn.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dank u, voorzitter. In dit debat gaat het over de nabijheid en de kwaliteit van zorg in heel Nederland. Die staan onder druk. Veel regio's maken zich hier terecht zorgen over. Laat ik een voorbeeld noemen. In de afgelopen tien jaar is eerst de nacht- en weekendapotheek gesloten in Hellevoetsluis. Daaropvolgend sloot de huisartsenpost. Het algemeen ziekenhuis Spijkenisse werd gedegradeerd tot Medisch Centrum Spijkenisse. De spoedeisende hulp ging van 24/7 naar van 07.00 uur tot 21.00 uur. De dichtstbijzijnde spoedeisende hulp is nu in Dirksland en staat nu ook onder druk. Straks is daar ook weinig van over. Ook in Zeeuws-Vlaanderen zijn de zorgen over het verdwijnen van de spoedeisende hulp heel groot. Er wordt ook van «een trauma» gesproken, omdat alles zo langzamerhand weggaat of weg is: de kantonrechter, de Belastingdienst, het UWV, de Douane, de marechaussee en de banken en straks geen vaste bussen meer. Dat is een reëel probleem. Zorg is niet los te zien van nabijheid en leefbaarheid in totaliteit.

Daarom verzet ik me ook tegen het vervallen van de 45 minutennorm, want als je geen norm meer hebt, heb je ook geen prikkel om het te regelen en worden andere drijvers straks dominant in de keuzes die je maakt. Dat wil ik niet; dat vind ik niet verstandig. Kwaliteit moet leidend zijn. Ook onderzoek in het buitenland laat zien dat we met het aantal mensen die geholpen worden op de spoedeisende hulp, al boven die normen zitten. In Denemarken, dat het aantal spoedeisende hulpen fors verlaagd heeft, is de kwaliteit op een aantal traumagevallen na niet verbeterd. Grote specialistische ziekenhuizen leveren niet per definitie kwalitatief betere zorg. Laten we dus ook van die ervaringen leren. Daarmee sluit ik mijn ogen niet voor innovatieve ontwikkelingen, zoals beter doorontwikkelde ambulances, de noodzaak van goede traumazorg of e-healthontwikkelingen, waarmee sommige mensen, ook in Zeeland of Zeeuws-Vlaanderen, uitstekende ervaringen hebben. Maar het ene moet het andere niet uitsluiten.

Mijn eerste vraag aan de Minister is welke garanties we met name Zeeland, Zeeuws-Vlaanderen, Groningen en Drenthe op deze manier kunnen bieden. Het gaat immers met name over die gebieden, want we hebben het niet over Amsterdam of Rotterdam. Kan de Minister garanderen dat de 45 minutennorm niet wordt afgeschaft voordat we de verdere discussie met elkaar hebben gevoerd? Dat vind ik immers essentieel.

De voorzitter:

Mevrouw Kuiken, er is een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

De derde vraag nog even, voorzitter. Ik weet dat personeel nu vaak de grootste drijver is in de discussie die we over de zorg voeren, eigenlijk nog meer dan kwaliteit. Wat moet dit nu feitelijk qua personeelsverlichting opleveren, ook omdat er niet een automatische garantie is dat mensen verhuizen op het moment dat zorg vanaf een plek verhuist? Dat zagen we ook in de discussie over de hartcentra in Groningen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Het triggerde mij dat mevrouw Kuiken zei dat Amsterdam en Rotterdam geen probleem hebben. We zien aan de ene kant dat er soms binnen een straal van 2 kilometer wel drie ziekenhuizen zijn, maar ik wil toch iets onder de aandacht van mevrouw Kuiken brengen en ik ben benieuwd naar haar reactie. In de Randstad kunnen er wel degelijk regionale algemene ziekenhuizen zijn, zoals ik ze noem. Ik heb het over het Dijklander Ziekenhuis in Noord-Holland, om maar wat te noemen, en over het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Daar is precies dezelfde discussie, omdat men eigenlijk – zo zeg ik het dan maar – leeggezogen wordt door de grotere ziekenhuizen. Daar krijg ik graag een reactie op.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Zeker. Wij waren een paar weken geleden ook in ziekenhuizen in Rotterdam die ontzettend veel coronazorg op zich hebben genomen en die veel verloskundigzorg leveren. Ook die dreigen onder het juk van grote broer Erasmus onder te sneeuwen. Dat vind ik niet verstandig, maar ik noemde nadrukkelijk de gebieden waar ook mevrouw Van den Berg vandaan komt, omdat zij in onze discussies vaak wat dreigen onder te sneeuwen. Maar daarmee wil ik niet zeggen dat ik geen oog heb voor de rest van het land en voor waar ikzelf woon, in Breda.

De voorzitter:

Gaat u verder. U heeft nog een kleine twee minuten.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Anderen zeiden het ook al: het belang van nabijheid van de zorg hangt niet alleen samen met de acute zorg. Het heeft invloed op de ziekenhuiszorg en de regionale zorg en ook op hoe je de eerstelijnszorg kunt regelen, want ook die staat juist in diezelfde regio's onder druk. Ik noem de beschikbaarheid van een huisarts, de beschikbaarheid van een tandarts, de beschikbaarheid van geriatrische zorg. Die samenhang der dingen, die we allemaal belangrijk vinden, hangt daar dus ook mee samen. Ik noem ook de verloskundige zorg. Ook daarin zit een grens aan wat je kunt, zeker als je te maken hebt met bereikbaarheid, die zeker in Zeeuws-Vlaanderen en in Zeeland ook nog een rol speelt in het bereiken van alternatieven. Laten we dat dus vooral in het oog houden. Bovendien geeft nabijheid ook een gevoel van ertoe doen, van veiligheid. Soms is dat misschien een onterecht, vals sentiment, maar ook dat soort aspecten spelen mee in het mentale en psychische welzijn. Dat hebben onderzoeken in het verleden ook laten zien. Graag een reactie van de Minister op dit punt.

Voorzitter. Kortom, ik vond de inbrengen van mevrouw Van den Berg en ook anderen zeer overtuigend. Daarom pleit ik er ook voor om nu niet die 45 minuten norm af te schaffen, want je hebt nog geen goed alternatief. Bezin je op je visie op de acute zorg en betrek nadrukkelijk ook andere aspecten daarbij die gaan over nabijheid, leefbaarheid en het gevoel van veiligheidsbeleving, omdat dat essentiële aspecten zijn. Laat je ook niet verleiden tot valse vergelijkingen, zoals met Noorwegen. Dat is een totaal ander land met een totaal ander systeem en ook met een hele andere regionale spreiding dan zoals wij die in Nederland hebben. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Kuiken. Bent u aan het eind van uw termijn?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik heb heel veel vergeten, maar dat hoor ik straks dan wel.

De voorzitter:

U krijgt nog een vraag van mevrouw Tielen. Misschien geeft dat nog wat extra tijd.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik reageer op wat mevrouw Kuiken zei over de relatie met de huisartsenzorg, de geriatrische zorg en volgens mij ook de geestelijke gezondheidszorg, die ook in spoedzorg natuurlijk soms echt veel te doen heeft. Wat vindt mevrouw Kuiken van de spoedpleinen en de resultaten daarvan? Ziet zij die als iets wat in bepaalde regio's soms toch als alternatief voor een ziekenhuisspoedpost gebruikt kan worden om die nabijheid te kunnen vervullen?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dat zie je bijvoorbeeld in de discussie met betrekking tot Bergen op Zoom en Roosendaal. Daar kan een spoedplein wellicht een goed alternatief bieden, ook omdat je daarmee volgens mij 34 minuten ... Dat zeg ik uit mijn hoofd, maar ik heb dat vast verkeerd. Maar goed, het kan een oplossing bieden, maar brengt ook weer nadelen met zich mee, want dit betekent dat die hele regionale functie bij wijze van spreken weg kan vallen. Je moet dus niet alleen kijken of een spoedpost iets kan oplossen – want dat kán een spoedpost, ook qua bereikbaarheid en afstand – maar vervolgens ook kijken wat dit oplevert in het ziekenhuis, in je regionale functie, in je gewone dagdagelijkse zorg. Er is hier dus geen zwart-wit antwoord op. Dus ja, spoedpleinen zijn fantastisch, maar wat is het effect voor de rest van de zorg, het ziekenhuis en de aanpalende zorg die je wil leveren? Qua afstand kan het in sommige regio's zeker, maar je moet ook de rest in ogenschouw nemen.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik schors enkele minuten om, zoals ik al eens eerder heb gezegd, even de handen te wassen. We gaan zo snel mogelijk weer verder.

De vergadering wordt van 11.20 uur tot 11.25 uur geschorst.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef graag het woord aan mevrouw Paulusma. O, eerst mevrouw Agema met een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik zou graag een persoonlijk feit willen maken bij de start van de bijdrage van mevrouw Paulusma. Zij zei eerder vanochtend dat collega's die het hebben over het sluiten van instellingen, aan framing doen. Daar voel ik mij persoonlijk door aangesproken. Ik baseer mij op feiten. In de begroting 2021 staat bijvoorbeeld op pagina 16 dat «de juiste zorg op de juiste plek tot 50% minder zorginstellingen leidt». Die pagina is later in de begroting van 2022 ...

De voorzitter:

Mevrouw Agema, uw vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):

... verplaatst naar pagina 335. Dat is het onderliggende doel van de juiste zorg op de juiste plek. Ik vind het verschrikkelijk dat het zo is, maar ik zal hier blijven benoemen dat de regering, gesteund door coalitiepartijen, het aantal instellingen vermindert.

De **voorzitter**:

Als u mij het woord wil geven: een persoonlijk feit gaat over uzelf.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn integriteit wordt hier aangetast, voorzitter.

De **voorzitter**:

Volgens mij heeft mevrouw Paulusma u niet persoonlijk genoemd. Ik heb u het woord gegeven. Helemaal prima, u heeft dat gezegd. Ik wil nu graag mevrouw Paulusma het woord geven. U kunt daar in uw termijn nog verder op ingaan, maar ik wilde nu wel doorgaan met vragen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, ik heb geen behoefte om een vraag te stellen aan mevrouw Paulusma, maar ik word hier wel in mijn integriteit geschaad.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, ik heb niet gehoord dat mevrouw Paulusma u persoonlijk heeft aangesproken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ze had het over collega's die aan framing deden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, ik wil graag door met het debat. Daarom geef ik, als u alstublieft uw microfoon wilt uitzetten ...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, maar nogmaals, voorzitter: ik doe niet aan framing, en dat wil ik hier gezegd hebben. Ik baseer mij op feiten.

De **voorzitter**:

U heeft de mogelijkheid gehad om dat te zeggen, maar we gaan nu verder met het debat. Mevrouw Paulusma krijgt het woord. U mag er in uw termijn nog weer op terugkomen. Mevrouw Paulusma, aan u het woord.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Els Borst was haar tijd vaak ver vooruit, zo ook als het gaat om de acute zorg. Het was namelijk Els Borst die in 1999 al zei, en regelde, dat er traumacentra moesten komen in Nederland, plekken verspreid over het land waar hoogcomplex acute zorg geleverd kon worden, omdat – zo was de gedachte toen – hoogcomplex acute zorg de kwaliteit van concentratie verdient en laagcomplex juist dichtbij en laagdrempelig georganiseerd kon worden.

Voorzitter. Wat mij betreft staat wat Els Borst nastreefde nog steeds. Aan die noodzaak is niets veranderd, maar de urgentie is vele malen groter geworden. Wij voldoen ondanks alle goede intenties namelijk niet meer aan de kwaliteitsstandaarden. Ruim een derde van de acute patiënten komt niet op de juiste plek terecht. Ook kent de acute zorg anno 2022 vele personele uitdagingen en blijkt de samenwerking en coördinatie in de keten ook niet altijd overal even goed. Dat is slecht voor de patiënt maar doet ook wat met het werkplezier. Wij zijn daarom blij met de beleidsagenda van de Minister voor toekomstbestendige acute zorg, en ook met

de steun van bijvoorbeeld de Patiëntenfederatie hiervoor. Want uiteindelijk zijn zij, de patiënten, degenen voor wie dit allemaal beter moet. Voorzitter. Om deze beweging en vooral ook verbetering van de acute-zorgketen in gang te zetten zijn voor D66 een aantal zaken belangrijk. Dan gaat het over zorgcoördinatie en functiedifferentiatie, data-uitwisseling en artificial intelligence, en de kracht van, maar ook zorgen in, de regio. We zien dat acute zorg niet altijd meer locatiegebonden hoeft te zijn. De eindrapportage – ik verwees er net al een aantal keren naar – van het programma pilots zorgcoördinatie laat juist zien dat acute zorg niet meer over alleen de plek gaat waar de hulp geboden kan worden, maar juist ook over de juiste professional die past bij de hulpvraag van dat moment. Die professional kan ook een goede wijkverpleegkundige zijn of een rapid responder.

Wij zien veel kansen in het doorontwikkelen van die zorgcoördinatie in de acute keten. Het rapport doet meerdere aanbevelingen. Ik zou graag van de Minister willen weten wat zijn voornemens zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van de multidisciplinaire triage maar ook als het gaat om functiedifferentiatie. Ik was twee weken geleden namelijk op de ambulancepost in Leiden. Jammer genoeg was er geen melding en kon ik niet mee, en dus bleef ik op de post, maar daar werd ik bijgepraat over de pilot met de inzet van physician assistants in de acute zorg. Dat zijn verpleegkundigen die meer kunnen en meer mogen, niet alleen als het gaat om de diagnostiek maar ook als het gaat om behandeling en medicatietoediening. Hun zogenaamde instuurcijfers zijn hierdoor significant lager dan bij een reguliere ambulance-inzet. Zij hebben niet alleen lagere instuurcijfers maar ontlasten ook de huisartsen én leveren tevredener patiënten op. De zorgen die ik daar echter hoorde, gingen onder andere over de opleidingscapaciteit. Kan de Minister hierop reageren? En dan ook in algemene zin: zijn we flexibel genoeg om ook tussen de verschillende domeinen professionals uit te wisselen en op te leiden, om zorgcoördinatie in de acute zorg echt te laten vliegen?

Ten tweede is het voor D66 belangrijk dat met een betere organisatie van de acute zorg ook de informatievoorziening en -uitwisseling beter geregeld wordt. De Minister gaat mede naar aanleiding van ons verzoek aan de slag met de opt-outregeling in de acute zorg. Dat is vooral heel goed nieuws voor patiënten. Alleen lazen wij recent nog dat ambulances er klaar voor zijn maar veel spoedeisendehulpdiensten nog niet. Dat baart ons zorgen. Is er overal voldoende urgentie om dit mogelijk te maken? En ziet de Minister wellicht ook nog mogelijkheden om überhaupt te versnellen in de opt-outregeling, omdat dit juist diezelfde patiënten zo ten goede komt? Graag een reactie.

Voorzitter. Naast goede uitwisseling is zorgcoördinatie in de acute zorg wat D66 betreft ook gebaat bij het slim inzetten van data, bij het gebruik van algoritmes en artificial intelligence. We lazen met veel belangstelling de brief van Ambulancezorg Nederland over de inzet van kunstmatige intelligentie als het gaat om de spreiding en inzet van ambulances. Op een werkbezoek in Lelystad zag ik ook dat dit heel goed werkt. De Minister heeft eerder ook een brief toegezegd over de inzet van artificial intelligence in de zorg. Ik kijk daar met belangstelling naar uit. Ik zou de Minister vandaag echter nog wel met klem willen meegeven om hier ook inwoners bij te betrekken. Want veranderingen in de acute zorg leveren al heel veel gespreksstof op, maar de inzet van artificial intelligence in de acute zorg wellicht nog veel meer. Ons amendement voor een experiment met een burgerberaad in de acute zorg zou hier een bijdrage aan kunnen leveren. Tot slot, voorzitter. De verbeteringen in de acute zorg en de overgang naar veel meer zorgcoördinatie staan niet los van alle andere actuele ontwikkelingen. Ik noem bijvoorbeeld het IZA. Ik hoor van veel professionals in de zorg terug dat zij ook willen dat er verandering komt. Zij vinden dat er wél gekeken wordt naar de 45 minutennorm, dat deze veel meer passend zou moeten zijn bij de hulpvraag, dat zorgcoördinatie hierbij helpt, dat

samenwerken loont én dat het belangrijk is om de uitdagingen van de regio mee te nemen in de plannen die gemaakt worden. Het maakt voor je veiligheidsgevoel uit of je in Oost-Groningen woont of in Amsterdam naast een spoedeisende hulp. Dit vraagt vooral wat van de communicatie en het betrekken van inwoners. De zorg begint tenslotte al in de ambulance en niet pas op de spoedeisende hulp. Dit weten een heleboel mensen niet. Maar het vraagt ook wat van de voorzieningen die wat ons betreft wél altijd dichtbij moeten zijn: voldoende huisartsen, goed bemenste huisartsenposten en teams met enthousiaste wijkverpleegkundigen. Want zowel toen het ging om de concentratie van de kinderenhartchirurgie als toen het ging om het IZA, hebben wij aandacht gevraagd voor de regio. Dat doen wij nu ook. Kan de Minister een toelichting geven op de samenhang die er is tussen het IZA, de te maken regiobeelden en de ontwikkelingen in de acute zorg?

De voorzitter:

Rond u af, mevrouw Paulusma?

Mevrouw Paulusma (D66):

Nu rond ik echt af. Ik was met hart en ziel wijkverpleegkundige, maar begin door al mijn werkbezoeken in de acute zorg sterk te twijfelen of, als ik ooit weer terug zou gaan naar de zorg, dit niet in de acute zorg zou moeten zijn.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Een vraag van meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Ik krijg altijd een beetje jeuk van termen als «zorgcoördinatie» en zo. Ik heb dan vooral het idee dat er weer meer mensen achter de computer gaan zitten in plaats van zorg gaan verlenen. Is het niet zo dat de druk op de spoedeisende hulp vooral heel groot wordt omdat op andere plekken in de zorg alle vangnetten zijn verdwenen, bijvoorbeeld met het sluiten van de verzorgingshuizen? Als daar iemand valt, dan wordt dat intern opgelost. Maar ja, die moesten dicht. Vervolgens wonen ouderen heel lang thuis, vaak langer dan zijzelf willen. Als zij ten val komen, moeten zij met gillende sirenes naar het ziekenhuis worden gebracht, naar de spoedeisende hulp. Als je wilt dat er minder belasting is voor de spoedeisende hulp, moet je er dan niet mee beginnen elders in de zorg voor te zorgen dat mensen goed kunnen worden opgevangen, in plaats van te beginnen over «zorgcoördinatie»?

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik spreek het woord «zorgcoördinatie» met iets minder aversie uit dan de heer Hijink. Een heel groot deel van de zorgprofessionals die aan de pilots hebben meegedaan, deelt de aversie ook niet, want die zorgcoördinatie laat juist in die verschillende pilot zien dat er in de eerste- en anderhalvelijnszorg dingen beter moeten om die druk op de spoedeisende hulp te verlagen. Want volgens mij zijn wij het allemaal met elkaar eens dat er een heleboel mensen naar de acute zorg gaan die daar wellicht niet naartoe zouden hoeven, met alle ontwrichtende gevolgen van dien. En juist die pilots op het gebied van zorgcoördinatie laten zien dat er heel veel mogelijk is in de eerste- en anderhalvelijnszorg. Dat vind ik ook belangrijk. Wat mij betreft gaan we daar vol op investeren, zodat we er ook voor zorgen dat in die keten de patiënt op de juiste manier door de juiste professional geholpen wordt.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dan zou ik toch graag even willen aansluiten bij de woorden van de heer Hijink. Want volgens mij delen wij de zorgen over de gevolgen van het sluiten van de verzorgingshuizen. Ik snap ook de opmerkingen van mevrouw Paulusma over zorgcoördinatie. Ik sta er ook niet per se negatief tegenover, maar ik vraag me wel af of het, zeker binnen deze casus, niet dweilen met de kraan open is als we zien dat we in een vergrijzend land wonen? Als we zien dat een aantal jaren geleden de zorgvraag op SEH's door ouderen die daar eigenlijk niets te zoeken hebben, ons al honderden miljoenen kostte? Dan gaat het toch alleen maar erger worden? Dan kunnen we komen met zorgcoördinatie en allerlei andere dingen, maar dat is dan toch pleisters plakken voor een veel groter probleem? Moeten we niet gewoon die ouderenzorg weer heel anders vorm gaan geven?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik denk juist, en met mij een heleboel professionals die mee hebben gedaan aan deze pilot, dat niet aan zorgcoördinatie doen dweilen met de kraan open is. Het laat namelijk zien in de samenwerking dat we mensen die kwetsbaar zijn veel beter en veel eerder op een andere plek moeten helpen dan op de spoedeisende hulp. Dus blijven doen wat we deden, is dweilen met de kraan open. Ik ben ervan overtuigd, ook op basis van al deze input, dat zorgcoördinatie er juist voor gaat zorgen dat dat dweilen minder wordt en dat we ook de kwaliteit van zorg verbeteren, juist voor die groepen waar we volgens mij samen zorgen over hebben.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Kuiken had nog een vraag?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Er wordt veel gezegd. Ik ga hem even platslaan. Is mevrouw Paulusma het met mij eens dat het onverstandig is om nu al de 45 minuten norm los te laten als we nog geen andere kaders en duidelijke doelstellingen hebben?

De **voorzitter**:

Kijk, dat is een mooie, korte en krachtige interruptie.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Moet ik dan ook zo antwoorden, voorzitter?

De **voorzitter**:

Heel graag.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ja of nee?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nee, mevrouw Kuiken, u gaat niet over mijn antwoord. De voorzitter gaat over hoelang ik antwoord. Ik ben het niet met mevrouw Kuiken eens. Ik vind het heel onverstandig om de 45 minuten norm vast te houden, omdat die helemaal niet aansluit op de aandoening of de klacht waarmee mensen in een ambulance liggen of ergens naartoe moeten, waardoor we gewoon niet de kwaliteit van zorg leveren die nodig is. Ik vind met mevrouw Kuiken zeker dat we niet alles moeten wegspoelen en dat we ervoor moeten zorgen dat de basisvoorzieningen op orde zijn. Maar ik zou het heel onverstandig vinden om vast te houden aan de 45 minuten norm zonder te kijken naar de aandoening en het type vervoermiddel.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken, hebt u nog zo'n korte en krachtige interruptie?

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Ik constateer dat mevrouw Paulusma ook niet weet hoe die basisvoorziening er precies uit moet zien. We weten nog niet wat doelmatig is en waar de beste behandeling tot stand komt. Ook onderzoeken uit het buitenland laten nu juist zien dat schaalvergroting niet automatisch tot meer kwaliteit heeft geleid. Ik herhaal dus mijn vraag. Is het dan niet verstandig om te zeggen: nee hoor, we gaan nu die 45 minuten norm nog niet loslaten; als we dat überhaupt al zouden willen, dan doen we dat pas op het moment dat we zelf helder hebben wat die kaders en criteria zijn? Voorzitter, ik gebruik dit als extra interruptie, want dan kan ik een iets langere vraag stellen. Dan kunt u die wegstepen. Mijn zorg betreft iets wat je altijd ziet gebeuren in de zorg, namelijk een soort function creep: we vinden dat we iets moeten loslaten, omdat we vinden dat het anders moet, maar we hebben dan nog niet bepaald hoe het anders moet. Dat hebben we ook nog niet geborgd, maar we laten wel datgene los wat we hadden, namelijk die 45 minuten norm. Daarom verzet ik mij daar zo tegen. Als je geen kaders meer hebt en wel het kind met het badwater weggooit, dan weet ik precies hoe het gaat. Want zo gaat het namelijk altijd in het zorglandschap. Doe het niet, zou ik willen zeggen. Is mevrouw Paulusma dat met mij eens, ja of nee?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ging van «bottom up» naar «van onderop». Nou ben ik wel benieuwd wat mevrouw Kuiken van «function creep» maakt, in het Nederlands. Ik ga er maar van uit dat dat betekent dat we het kind met het badwater weggoien.

De **voorzitter**:

Ik stel voor dat u gewoon antwoord geeft, zonder hier een discussie over te beginnen.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Je laat je sluipenderwijs ergens in rommelen. Doe het niet.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter, dit helpt mij wel om te snappen waar mevrouw Kuiken naartoe wil. Het antwoord is nog steeds nee. Ik hoor een aantal partijen steeds zeggen dat dit zou moeten gaan over efficiency, bezuinigingen en doelmatigheid, maar daar gaat het mij helemaal niet om. Wat wij moeten doen in de acutezorgketen is de kwaliteit verbeteren, want die is niet op orde. De 45 minuten norm heeft geen wetenschappelijke basis. Een heleboel patiënten hebben het helemaal niet nodig om binnen 45 minuten ergens te zijn. Een heleboel patiënten hebben dat wel nodig, en zelfs in minder minuten. Ik vind de starheid waarmee we proberen vast te houden – omdat we daar zelf waarschijnlijk ook een heel groot gevoel van comfort van krijgen – aan die 45 minuten heel onverstandig. Dat doet namelijk niets aan de kwaliteitsverbetering in de acute keten.

De **voorzitter**:

Mevrouw Kuiken, u mag nog een vraag stellen, maar dat gaat ten koste van de vragen voor de Minister. Gaat uw gang.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA):

Dit is heel interessant, want dit bepaalt wat de inzet wordt van de Kamer in dit geval. Want die is straks nodig. Het probleem is dat we niet weten hoe we de kwaliteit het beste kunnen borgen. Ik zeg niet dat de 45 minuten norm daarin heilig of zaligmakend is. Maar nu gaan we allerlei andere uitgangspunten formuleren, zoals «concentratie helpt voor kwaliteit», wat nonsens is. «Er zijn personeelstekorten en daarom is er minder regionale zorg nodig.» Nonsens. Ik hang dus niet aan die

45 minuten norm, maar ik hecht wel aan het feit dat dit nu de enige norm is die we hebben om ervoor te zorgen dat we niet allerlei dingen gaan sluiten, voordat we met elkaar hebben vastgesteld wat kwaliteit is. En u draait het om. Ik zou u echt willen oproepen om dat niet te doen, want het is een val waar je in stapt. Je beweegt ergens sluipenderwijs naartoe, zonder dat je precies weet wat je wilt. Landen om ons heen hebben al laten zien dat je dat niet moet willen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Kuiken doet een aannname die ik niet deel. Ik vind dat wij kritisch moeten kijken naar de 45 minuten norm om de kwaliteit van zorg voor patiënten te verbeteren. Dat staat voor mij los van het sluiten van locaties. Volgens mij moet je in de hele discussie over de acute zorgketen juist kijken hoe je professionals en locaties op de beste manier kunt inzetten en hoe een norm qua aanrijtijden, passend bij de aandoening, daar het beste aan bij kan dragen, zodat in the end de patiënt de beste zorg krijgt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mevrouw Paulusma legt nadruk op het verbeteren van de kwaliteit. Dat is natuurlijk belangrijk. Maar ik zou daar iets aan willen toevoegen, namelijk het behouden van de kwaliteit die we hebben. De 45 minuten norm gaat over de aanrijtijd en de ambulances. Maar we weten ook dat het de enige garantie is die we nu hebben om kwetsbare ziekenhuizen, zoals die genoemd worden, in de lucht te houden. De zorg behouden heeft alles te maken met de ziekenhuizen die nu dichtbij spoedeisende hulp bieden. Ik heb mevrouw Paulusma ook horen zeggen dat zij zorg dichtbij ziet als onderdeel van de kwaliteit. Is zij het dan met mij eens dat we die zorg dichtbij moeten behouden?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Volgens mij zijn mevrouw Ellemeet en ik het heel erg met elkaar eens. Alleen, ik vind vasthouden aan die 45 minuten norm om kwetsbare ziekenhuizen op de been te houden in het aanbod, zoals we dat altijd organiseren, onverstandig. Ik denk dat het heel goed is om te kijken in de hele keten hoe aanbieders en zorgaanbieders, zoals ze dat nu vaak ook al doen in hun samenwerking, elkaar kunnen versterken en het een en ander met elkaar kunnen afspreken. Daarom moedig ik de Minister aan om tempo te maken. Waar kan nou op welke plek de beste zorg in de keten worden aangeboden? Dan zijn wij het volgens mij roerend met elkaar eens. Alleen, ik vind het een beetje gek om vast te houden aan de 45 minuten norm omdat anders een ziekenhuis omvalt. Voor mij is de kwaliteit van zorg leidend. Er staat helemaal niet voorop dat dingen dicht moeten. Maar we moeten wel in de keten de bijdrage leveren om dat te doen wat we met elkaar afspreken over kwaliteitsnormen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Laat ik het dan omdraaien. Als de kwaliteit of de 45 minuten norm losgelaten wordt, dan vervalt de mogelijkheid om die zorg in de kwetsbare ziekenhuizen te organiseren. We weten namelijk dat die financieel afhankelijk zijn van die norm. Ik ben het ermee eens om kritisch te kijken naar de criteria voor de 45 minuten norm. Maar het gaat erom dat je het kind niet met het badwater weggooit. Het gaat erom of we het met elkaar eens zijn dat zorg dichtbij georganiseerd moet worden. Het kan zijn dat je hier en daar wat verschuift. Het hoeft niet allemaal te blijven zoals het is. Ik spreek heel veel zorgprofessionals en zorgeconomen die zeggen: de toekomst is zorg dichtbij, ook als je kijkt naar de demografische ontwikkelingen. We mogen gewoon niet het risico lopen dat ze een deel van die zorg dichtbij nu sluiten omdat we voorbarig die 45 minuten norm loslaten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik denk dat het probleem niet is dat er te weinig werk is voor professionals die nu werkzaam zijn op een plek in deze keten. Ik denk dat het probleem is dat we niet altijd – dat geven heel veel mensen in de zorg aan – de juiste professional op de juiste plek inzetten. Dat doet wat met het werkplezier en ook met de organiseerbaarheid van zorg. U krijgt mij niet mee in de gedachte dat de 45 minuten norm moet blijven bestaan zodat deze kwetsbare ziekenhuizen als locatie kunnen blijven bestaan. U krijgt mij wel mee als we kijken naar de norm en de hele keten. Hoe zorgen we er nou voor dat al die professionals, die dag en nacht met heel veel kunde hun werk doen, op de juiste plek kwaliteit kunnen leveren aan patiënten die dat in een acute situatie nodig hebben? Ik maak mij er helemaal geen zorgen over dat werk verdwijnt. Ik maak mij heel veel zorgen over of wij de vraag wel aan kunnen en of wij wel flexibel genoeg zijn om domeinoverstijgend personeel in te zetten. Maar ik laat mij de stelligheid dat de 45 minuten norm moet blijven om locaties op de been te houden ... Ik denk – dat is juist wat er in die pilots heel erg naar voren komt – dat we moeten kijken naar een hulpaanbod dat past bij mensen. Dat hoeft niet altijd op de spoedeisende hulp te zijn. Dat kan ook door een wijkverpleegkundige in te zetten of een physician assistant. Ik laat mij niet dwingen in de 45 minuten norm, dat die daarom moet dit blijven bestaan. Ik vind dat regio's moeten kijken: hoe versterken we elkaar in het aanbod in de acute zorgketen? Ik zeg helemaal niet dat locaties dicht moeten, maar dat de kwaliteit voorop moet staan. Wat hebben we daar dan voor te organiseren?

De voorzitter:

Dank u wel. Nog een vraag, mevrouw Ellemeet? U krijgt wellicht niet een ander antwoord, maar ga uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nee, maar ik wil toch wel een conclusie trekken uit de woorden van mevrouw Paulusma. Over het ideaalplaatje dat zij schetst, zijn we het eens: zorg dichtbij, kijken waar je zorg het beste kunt organiseren. Maar het gevolg van haar opmerking dat zij wel bereid is om die 45 minuten norm los te laten, is dat een deel van die zorg dichtbij gaat verdwijnen. Dat is wat het is. Die kwetsbare ziekenhuizen krijgen die financiering omdat die 45 minuten norm er is. En als we die 45 minuten norm loslaten zonder dat er zekerheid is over de financiering van die kwetsbare ziekenhuizen, verdwijnen er ziekenhuizen. Zo simpel is het.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat is niet zo. Wat er moet gebeuren, is dat wij op regioniveau in de samenwerking in die acute zorg garanderen. Het idee dat ziekenhuizen verdwijnen als je die 45 minuten norm loslaat, is niet waar. Het kan heel goed zijn dat een aantal ziekenhuizen een ander aanbod gaan leveren. Zo was ik in Meppel bij de Isala Klinieken. Daar hebben ze zich helemaal gefocust op hersenbloedingen. Alle mensen uit een bepaald gebied komen daar. Zij doen de triage en op het moment dat het ernstiger is, gaan mensen door naar Zwolle. Ik denk dat we zo moeten kijken naar hoe we de acute zorg organiseren: niet naar of één locatie alles kan doen, maar hoe men elkaar in de keten kan versterken. Dat betekent helemaal niet dat ziekenhuizen dicht moeten. Ik denk dat we de zorg en het aanbod anders moeten organiseren.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Hijink, dan heeft u nog twee vragen voor de Minister straks. Dat weet u. Gaat uw gang.

De heer **Hijink** (SP):

Wat hier gebeurt, is precies wat er de afgelopen tien jaar mis is gegaan. Je schaft iets af zonder dat je weet wat ervoor terug moet komen. De verzorgingshuizen konden wel dicht, want mensen zouden thuis meer worden opgevangen. In de jeugdzorg kon wel een kaalslag plaatsvinden, want gemeenten zouden het wel oplossen. De ggz kon wel plekken schrappen, want het zou in de buurt en thuis wel worden opgelost. Het is allemaal niet gebeurd en nu gebeurt hetzelfde. In het verpleeghuis: «Ah, de personeelsnorm kan wel weg. Geen idee of er een oplossing is, maar die norm kan er wel af.» Dat gebeurt nu ook hier. We schrappen die 45 minutennorm maar. Geen idee hoe we het vervolgens gaan oplossen dat de ziekenhuizen daardoor niet meer de financiering krijgen om die spoedeisende hulp open te houden. We doen de norm alvast weg zonder dat we weten hoe we het alternatief gaan organiseren. Ik ben het erg eens met iedereen die zegt: doe dat nou niet. Als je al wil dat er een andere norm komt, bedenk dan eerst wat beters. Dan valt er altijd over te praten, over een norm die beter medisch onderbouwd is, maar ga geen dingen afschaffen terwijl dat gaat leiden tot een kaalslag in ziekenhuisland. Dit gaat tot een kaalslag leiden onder alle spoedeisendehulpdiensten die nu nog open zijn dankzij die beschikbaarheidsbijdrage, die wegvalt op het moment dat die norm er niet meer is. Dat is toch zo en daar moet je toch voorzichtig mee zijn? Je moet dan toch eerst zorgen dat er een alternatief op orde is?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ga dan toch een soortgelijk antwoord geven als ik gaf aan mevrouw Ellemeet. Ik zou meneer Hijink misschien wel willen uitdagen om wat af te stappen van zijn halsstarrigheid over de beschikbaarheidsbijdrage, maar om veel meer te kijken – dat heb ik de Minister ook gevraagd – naar welke investeringen nou nodig zijn om in regio's die acutezorg goed te organiseren. We moeten afstappen van dat we locaties moeten organiseren en toe naar welk aanbod op welke plek door welke professional we gaan financieren. En als daar meer geld voor nodig is, dan is dat wat het is. Dit gaat helemaal niet over efficiency, doelmatigheid en bezuinigen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg, hebt u ook nog een vraag?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, voorzitter. Ik ga er toch nog een interruptie aan besteden, hoewel ik dan weinig overhoud voor de Minister helaas. Mevrouw Paulusma zegt: we moeten dingen misschien anders organiseren. Ze noemde zelf net de physician assistant. Ik was bij de ambulancedienst in Brabant. Daar hebben ze verpleegkundig specialisten ingezet. Ik ben de eerste om dat te onderschrijven en ik heb ook als eerste gezegd: het gaat er niet om dat dingen allemaal moeten blijven zoals ze zijn en dat we misschien geen moeilijke beslissingen moeten nemen. Maar mevrouw Paulusma zegt dus letterlijk: nou ja, die kwetsbare ziekenhuizen worden nu in de benen gehouden door de 45 minutennorm, die ga ik nu loslaten. Nou, dan zijn ze dus gewoon, zeg ik, kapot. Je gooit dus oude schoenen weg voordat je nieuwe schoenen hebt. We hebben gezegd: we moeten naar een andere financiering toe, naar een brandweerfunctiefinanciering. Dan zeg je gewoon: ik krijg een bijdrage, ongeacht het aantal incidenten. Daarvan zegt de Minister: dat gaan we voorlopig niet doen, want ik wil eerst al die nieuwe normen hebben. Mevrouw Paulusma zegt dus: ik gooi de oude schoenen al weg. De ziekenhuizen vallen dan om, want de Minister wil nog niet naar de nieuwe financiering toe. Hoe gaat mevrouw Paulusma dat uitleggen aan intussen volgens mij enkele tientallen ziekenhuizen?

De voorzitter:

De metafoor van de schoenen was nog niet langsgesproken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

De metafoor van de schoenen leg ik terug bij alle mensen die mij verwijten dat ik vind dat er inhoudelijk naar de 45 minuten norm gekeken zou moeten worden omdat dat de kwaliteit van zorg ten goede komt. Ik zeg niet dat ziekenhuizen dicht moeten. Ik zeg dat er ... Nee, mevrouw Ellemeet, dat is niet het gevolg, want de Minister moet met deze beleidsnotitie in regio's gaan kijken hoe de acute as goed georganiseerd kan worden. Ik maak mij vooral zorgen over hoe we de zorgvraag aankunnen. Ik vind het echt heel jammer dat er continu gezegd wordt: als er wat aan de norm gedaan wordt ... Professionals zeggen ook dat het waanzinnig is dat je met een gecompliceerde bovenbeenbreuk die niet levensbedreigend is binnen 45 minuten op een locatie moet kunnen zijn. Professionals geven ook aan dat het hun in hun werk zou helpen om betere zorg te leveren. Ik vind het dan heel flauw van mevrouw Van den Berg dat zij mij aanwrijft dat ik vind dat kwetsbare ziekenhuizen dicht moeten. Dat vind ik helemaal niet. Ik vind dat kritisch bekeken moet worden hoe alle aanbieders in de keten zorg van de beste kwaliteit kunnen leveren, zodat de mensen in de acute zorg zich geen zorgen hoeven te maken. Excuses, ik sluit af.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg, wilt u nog een keer?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dan houd ik er nog maar drie over voor de Minister. Het is echt een rampenplan vandaag.

Het gaat mij er niet om dat er geen andere normen moeten komen. Ik spreek ook niet over het voorbeeld van mevrouw Paulusma dat je met een complexe breuk per se binnen 45 minuten in een ziekenhuis moet zijn. Nee, dat hoeft waarschijnlijk helemaal niet. Daar gaat het mij dus helemaal niet om. Het gaat mij erom dat je zegt: ik laat die 45 minuten norm los, dus ik gooi mijn oude schoenen weg, terwijl we nog geen overeenstemming hebben over de nieuwe normen. Je zou die normen ook kunnen loslaten, maar al wel naar het nieuwe financieringssysteem kunnen gaan. Dan heb je ook een oplossing gevonden met elkaar. Maar de Minister zegt duidelijk: dat doe ik niet. Wat mevrouw Paulusma wil, is wat mij betreft dus gewoon de nekslag voor heel veel ziekenhuizen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vind dit heel kwalijk. Ik heb net een aantal keer uitgelegd dat de 45 minuten norm, met de vraag die er ligt en alles wat er in de regio's moet gebeuren, helemaal niet het effect heeft op regionale ziekenhuizen waarvan mevrouw Van den Berg denkt dat ze er punten mee kan scoren. Het wordt mij aangewreven dat ik de nekslag geef aan regionale ziekenhuizen. Dat vind ik echt heel kwalijk. Alle regio's hebben te maken met zo veel vraag dat ze het niet eens aankunnen. Ik hoop dus heel erg dat we met elkaar durven te bekijken wat er nodig is om het aanbod te blijven garanderen. Daar hebben we alle professionals voor nodig die we maar kunnen vinden.

De voorzitter:

U mag een persoonlijk feit maken, maar ik wil wel even zeggen dat u tien keer ongeveer dezelfde vraag over de 45 minuten norm heeft gesteld. Dat is uw goed recht, maar het antwoord blijft hetzelfde. Maar gaat uw gang, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wat mevrouw Paulusma mij nu verwijt, vind ik echt niet kunnen. Dat wil ik even gezegd hebben. Ik ben het er niet mee oneens dat de norm wordt aangepast. Het enige punt dat ik heb gemaakt, is dat je nu al een norm loslaat terwijl je nog geen nieuwe norm hebt. Daarover ging mijn vraag.

De **voorzitter**:

Dit is een interpretatie van een persoonlijk feit.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Er wordt mij verweten dat ik de nekslag geef aan regionale ziekenhuizen, maar dat heb ik in mijn hele betoog nergens gezegd. Ik probeer ook steeds heel zorgvuldig aan alle collega's uit te leggen hoe wij daarnaar kijken. Ik vind het dan kwalijk om te zeggen dat wij de nekslag geven.

De **voorzitter**:

Laten we ophouden met elkaar verwijten te maken. Sowieso is dat niet handig voor het debat. Laten we inzoomen op de feiten en de verschillen van mening daarover. Ik doe een oproep aan u allen om daarop te focussen en om elkaar niet persoonlijk aan te vallen, op welke manier dan ook. Mevrouw Agema heeft nog een vraag, ongetwijfeld kort en krachtig.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Er is forse bonje in de coalitie, zoals we zien. Dat kan ik heel goed begrijpen, want we zien dat in de nieuwe berekeningen van het RIVM het aantal gevoelige ziekenhuizen dat een beschikbaarheidsbijdrage moet krijgen vanwege de 45 minuten norm stijgt van 12 naar 29. Er staan dus 29 spoedeisendehulpverleners op de tocht als we de lijn van de Minister, die door mevrouw Paulusma ondersteund wordt, volgen. Daarom begrijp ik de hartenkreet van mevrouw Van den Berg ook zo goed. Begrijpt mevrouw Paulusma dat, op het moment dat je de 45 minuten norm wegdoet en de beschikbaarheidsbijdrage daardoor verdwijnt, 29 spoedeisendehulpverleners dat niet meer kunnen bolwerken en daardoor gesloten worden? Het kind wordt dus met het badwater weggegooid op het moment dat D66 dit blijft steunen, tegen beter weten in.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Begrijpt u dat, mevrouw Paulusma?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ga mijn antwoorden niet herhalen, want het is dezelfde vraag die ik al een aantal keren heb gehad en ik denk dat het goed is om het daarbij te laten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Er is niks mis met voortschrijdend inzicht. Er is niks met bijvoorbeeld een D66 dat zegt: hé, mijn coalitiepartner heeft ook grote twijfels, dus ik ga er nog eens over nadenken. Dus het herhalen van een standpunt? Je kunt gewoon voortschrijden inzicht krijgen. Mevrouw Paulusma kan hier gewoon zeggen: ja, op het moment ...

De **voorzitter**:

Terechte opmerking, mevrouw Agema. Heeft u nog een vraag?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dit is mijn interruptie. Of is het uw interruptie?

De **voorzitter**:

O, nee. Ga uw gang. Sorry. Het was mij niet helder. Ga uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Op het moment dat het eindigen van die beschikbaarheidsbijdrage voor 29 ziekenhuizen en dus het verdwijnen van 29 spoedeisendehulpdiensten door het afschaffen van die 45 minuten norm een feit wordt, kan mevrouw Paulusma toch zeggen: «Daar ga ik ook nog even over nadenken, want ik zie dat er geen meerderheid voor is. Het CDA gaat er niet in mee. Ik ga er ook nog eens over nadenken.» Is mevrouw Paulusma ook bereid om erover na te denken of zij zich die consequentie wel op de hals wil halen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter. Ik ga alsnog niet mijn antwoorden van daarnet herhalen, maar wel een deel. Want ook mevrouw Agema begint weer over die beschikbaarheidsbijdrage. Ik heb juist aan de Minister gevraagd om naar investeringen te kijken die nodig zijn om op regionaal niveau die acute zorgketen goed te organiseren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Den Haan voor haar inbreng.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Voorkomen is beter dan genezen. We hebben het vandaag over de hervormingen in de acute zorg. Ik weet dat de Minister niet ingaat op het voorkomen van acute zorg, maar daar begint het wat mij betreft natuurlijk wel. Want je wil natuurlijk voorkomen dat mensen gebruik moeten maken van die acute zorg. Als je bijvoorbeeld kijkt naar ouderen – dat werd al eerder gezegd – zie je dat die nog veel te veel terechtkomen op de spoedeisende hulp ten gevolge van een val, een val die voorkomen had kunnen worden door het monitoren van medicijngebruik. Medicijngebruik wordt niet gemonitord en medicatiebeoordelingen worden niet uitgevoerd. Je kunt het voorkomen door dat bijvoorbeeld wel te doen, door het aanbieden van goede cursussen met betrekking tot valpreventie en door het aanpakken van ondervoeding bij ouderen en zo kan ik nog wel even doorgaan. Dat wil ik toch wel even gezegd hebben hier.

Ik wil echt ook aan de Minister vragen of hij fors wil inzetten op het voorkomen van acute zorg en of hij daarin samen wil optrekken met de Minister voor Langdurige Zorg en de Staatssecretaris. Een opname kan bijvoorbeeld ook voorkomen worden door goede samenwerking in de keten. ActiZ maakt daar een terecht punt van. Een sterke keten is heel belangrijk en die komt tot stand door samenwerking en niet door middel van concurrentie. Door de mededingingsregels wordt deze samenwerking soms door partijen wel beperkt. Elke zorgpartij moet afzonderlijk afspraken maken met verschillende zorgverzekeraars, waardoor het onmogelijk wordt om continuïteit en leveringszekerheid van zorg te bieden. Een oplossing zou bijvoorbeeld zijn om afspraken te maken met grote zorgverzekeraars in de regio en de kleintjes daarbij te laten volgen. Er zijn regels voor dit volgsbeleid, maar die zijn nogal vrijblijvend. Hoe kijkt de Minister daarnaar?

De Minister gaat ook inzetten op innovatie. Daar ben ik heel blij mee. Hij verwijst naar een concrete uitwerking van arbeidsbesparende innovatie en sociale technologie die wij ergens dit jaar nog kunnen ontvangen van de Minister voor Langdurige Zorg. Dat is mooi, maar ik vind het wel wat summier. Er zijn namelijk talloze pilots die veelbelovend zijn. Ik wil echt aan de Minister vragen hoe hij zijn rol ziet bij het uitrollen van dit soort technologieën, zodat het bijvoorbeeld niet na een succesvolle pilot sneuvelt of versnipperd wordt uitgerold. Dat zou echt jammer zijn. Ik was vorige week bijvoorbeeld bij het UMC Utrecht. Daar lieten ze mij een apparaatje zien waarmee ze mensen op heel belangrijke waarden thuis kunnen controleren. Die mensen hoeven dan dus niet naar het ziekenhuis. Dat mag wel als het nodig is, maar veel mensen vinden het prettig om

thuis te blijven. Zij zien daar bijvoorbeeld een forse vermindering van de werkdruk voor professionals en inderdaad dat de patiënt heel erg tevreden is dat het op deze manier kan. Ik wil eigenlijk aan de Minister vragen of er een passende structurele financiering is om dit soort initiatieven in de lucht te houden.

Er is al heel veel gezegd over de aanrijtijden van ambulances – mijn buurvrouw is daar redelijk gefrustreerd van, dus die mummelt hier wat – en de 45 minuten norm die wordt losgelaten. In acute nood telt natuurlijk elke seconde en ik snap echt ook wel dat door ambulancepersoneel zelf een inschatting gemaakt kan worden als bijvoorbeeld gespecialiseerde hulp verder weg is en dat zij de keuze maken. Maar als je bijvoorbeeld kijkt naar de toenemende vergrijzing, lijkt het mij wel belangrijk om goed te kijken hoe je als je die 45 minuten norm loslaat – ik ben daar nu nog geen voorstander van – dat dan verder goed organiseert in die acute keten.

Er zijn heel veel initiatieven die hierbij zouden kunnen helpen. Ik vraag de Minister of hij dit soort initiatieven erbij betreft. Het zijn geen initiatieven die zeg maar die aanrijtijden of ambulancezorg kunnen vervangen. Er is bijvoorbeeld een heel mooi initiatief van de Hartstichting – dat heet HartslagNu – waarbij burgerhulpverleners worden getraind. Er zijn er 245.000 in Nederland. Als je kijkt naar acute nood: bij een hartstilstand heb je echt acute nood. Er zijn 17.000 mensen die een hartstilstand krijgen buiten het ziekenhuis op jaarbasis. Daarvan gaan er 35 per dag dood. Dat zijn er 12.775 per jaar. Dat is echt heel veel. Hier tellen echt de eerste zes minuten. Deze hulpverleners kunnen er vaak binnen twee minuten zijn. Ik wil toch van de Minister horen of er een plan is om dit soort initiatieven te betrekken bij de toekomstbestendigheid van de acute zorg.

Voorzitter. Eerder heeft de Minister mij toegezegd om te kijken naar het anders organiseren van de acute as. Er ligt nog een motie om te kijken hoe dat gedaan zou moeten worden en hoe anesthesiemedewerkers hier bijvoorbeeld bij betrokken zouden kunnen worden. Ik hoor graag van de Minister hoe het staat met deze motie.

Voorzitter, tot slot. Ik ben heel erg voor het concentreren van hoogcomplexere, gespecialiseerde zorg. Het is echter wel belangrijk dat de zorg niet alleen maar toegankelijk blijft, maar dat die ook fysiek bereikbaar blijft voor iedereen. Dat kan met het slimmer organiseren van de keten. Dat kan ook door het slimmer inzetten van physician assistants.

Ik maak mij wel zorgen over de bereikbaarheid van ziekenhuizen voor ouderen. Onlangs bleek ook uit een analyse van het Planbureau voor de Leefomgeving dat een derde van de ouderen het ziekenhuis niet kan bereiken binnen een halfuur als ze afhankelijk zijn van de fiets of het ov.

De voorzitter:

Kunt u afronden?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ja, voorzitter. Voor een deel van de ouderen geldt dat ze zelfs niet binnen drie kwartier in het ziekenhuis kunnen zijn. Met de toenemende vergrijzing zal dit alleen maar toenemen. Ik vraag de Minister wat hij hieraan gaat doen. Wat gaat hij doen om ervoor te zorgen dat de ziekenhuiszorg voor ouderen fysiek bereikbaar blijft?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan is het woord aan meneer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank u, voorzitter. Terwijl de bevolking blijft groeien, blijft het aantal ziekenhuisorganisaties in ons land dalen. In 1985 waren er nog 159

ziekenhuizen in Nederland. Nu zijn dat er nog maar 70. Dat is meer dan een halvering. Hetzelfde geldt overigens voor het aantal organisaties in de geestelijke gezondheidszorg en het aantal ziekenhuislocaties. Ook die aantallen zijn enorm afgenomen. Het beeld is niet anders voor de spoedeisende hulp. Dat zet ook daar de laatste paar jaar door. Het aantal spoedeisendehulplocaties daalde tussen 2016 en 2021 van 94 naar 82. Het aantal spoedeisendehulplocaties dat 24/7 open is, daalde van 90 naar 80. Kortom, zelfs de acute zorg verdwijnt op steeds meer plekken in ons land, vooral uit de regio. Dit terwijl de vraag naar acute zorg de komende jaren toeneemt. Het RIVM verwacht op basis van demografische ontwikkelingen dat in 2030 in vergelijking met 2019 het beroep op huisartsenposten met 9% zal zijn gestegen, op de ambulancezorg met 17% en dat er 13% meer spoedeisende hulp zal moeten worden verleend. Je zou dus juist een toename van het aantal locaties verwachten waar acute zorg kan worden verleend, maar het omgekeerde is het geval. Hoe kan dit? We hebben het al vaker gezegd: onder nietszeggende, mooie maar holle mantra's als «professionalisering», «samenwerking», «integrale zorg» et cetera wordt de zorg in steeds meer regio's bruut wegbezuinigd, zelfs de acute zorg. Zo wees de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie ons in aanloop naar dit debat erop dat er jaarlijks zo'n 150.000 acute bevallingen zijn, die van het ene moment op het andere levensbedreigend kunnen worden.

Als acute zorg ver weg is, of het ziekenhuis in de regio onder het motto van «specialisering» volledig uitgekleeft is en alleen nog maar laagcomplexe zorg kan verlenen, dan kan dit tot grote problemen leiden. Toch is dat precies het pad dat de Minister lijkt te willen bewandelen: concentratie van acute en complexe zorg op minder en minder locaties in ons land. De regio's verzetten zich hiertegen. Terecht. We hebben bijvoorbeeld veel brieven ontvangen over het voortbestaan van acute zorg in de regio Voorne-Putten en Goeree-Overflakkee. De spoedeisendehulplocatie van het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis – dat werd net ook al genoemd – dreigt te sneuvelen. Als deze spoedeisendehulplocatie sluit, moeten inwoners in Zeeland voor spoedeisende zorg naar Rotterdam. Rotterdam is niet binnen driekwartier te bereiken, zeker als bruggen en tunnels gesloten zijn. Het gevolg is dat ouderen en andere kwetsbare groepen zoals zwangere vrouwen, die wellicht een beroep moeten doen op spoedeisende hulp, zich mogelijk gedwongen zullen voelen om weg te trekken uit Zeeland.

Daarmee komen voorzieningen nog meer onder druk te staan. De sluiting van de spoedeisende hulp zal bijvoorbeeld leiden tot omzetsderving, omdat er minder toeleidende zorg is vanuit de spoedeisende hulp. De betaalbaarheid en efficiëntie van het ziekenhuis komen zo onder druk te staan. Ook wordt het ziekenhuis een minder uitdagende werkplek met alleen laagcomplexe zorg. Overleg tussen specialisten in het ziekenhuis verdwijnt, omdat er simpelweg steeds minder specialismen zijn. De dynamiek verdwijnt. Het sociale weefsel in de regio wordt aangetast. Allemaal gevolgen die misschien niet in een getal uit te drukken zijn, maar daarom niet minder reëel zijn. Een negatieve vicieuze cirkel.

De regionale huisartsenorganisaties scharen zich achter deze zorg, net zoals de ouderenorganisaties. Zij voorzien «een cascade van problematiek in de doorstroom en samenwerking in de ouderenzorg» in de regio. Ik vraag de Minister: hoe kijkt hij hiertegen aan? Is hij bereid zich in te zetten voor het behoud van de spoedeisende hulp in dit ziekenhuis?

Voorzitter, tot slot. Wat de acute zorg betreft is er vorige week een rapport van het RIVM uitgekomen waarin staat dat er volgend jaar tientallen ambulances extra nodig zijn. We zien de laatste paar jaar de vraag naar ambulancezorg enorm toenemen. In 2020 waren er ongeveer 1,3 miljoen ambulanceritten. In 2021 zijn dat er volgens het RIVM meer dan 1,4 miljoen. Op 12 juli 2022 kopt de Volkskrant dat «het aantal ambulanceritten in het eerste kwartaal van dit jaar absurd sterk is toegenomen» en

dat «een sluitende verklaring ontbreekt». Het aantal ritten is met 8% toegenomen in het eerste kwartaal van dit jaar ten opzichte van vorig jaar. Dat is een enorm sterke toename. «Ik kan dat niet verklaren», zegt de voorzitter van Ambulancezorg Nederland, Han Noten. «We staan voor een raadsel», zegt hij ook. Wij maken ons hier grote zorgen over. Heeft de Minister wellicht een verklaring voor de plotseling sterke stijging van de vraag naar ambulanceritten sinds 2021? Het gaat me hier dus om een verklaring van de stijging van de ambulanceritten. Is er bijvoorbeeld ineens meer behoefte aan ambulancezorg vanwege ongelukken, vanwege beroertes of vanwege hartfalen? Daar wordt niets over gezegd in de brief van 1 november. Dat is dus mijn vraag. Indien hij daar geen verklaring voor heeft, is de Minister dan bereid om hier onderzoek naar te laten verrichten?

Dank, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Houwelingen. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Agema voor haar termijn.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Wij bespreken vandaag de visie van de Minister op de acute zorg in Nederland. Daarover kan ik kort zijn: een afbraak kun je geen visie noemen. Al jaren worden we hier doodgegooid met beleidsstukken die maskeren dat het ze te doen is om afbraak. Die beleidsstukken doen alsof alles er beter op wordt. Ze breken de zorg af, omdat ze die te duur vinden. Echter, al een heel aantal jaren is er geen sprake van het oplopende zorgkosten uitgedrukt in het bbp, integendeel. Het CPB is inmiddels ook afgestapt van het hysterische scenario dat de zorg in 2040 31% van het bbp zou uitmaken en heeft het inmiddels over 18% in 2060. In 2010 maakte de zorg nog geen 10% uit van het bbp. De prognose is dat dat in 2027 nog steeds zo zal zijn. Daarbij wordt uit het oog verloren dat betere zorg dikwijls goedkopere zorg is.

In de zorg hoeft met 1,4 miljoen medewerkers ook geen personeelstekort te zijn. In de zorg is de gemiddelde arbeidsduur 24,5 uur per week. Dat is het minste van alle sectoren die we kennen. Zorg ervoor dat medewerkers hun toeslagen niet kwijtraken als ze meer uren gaan werken, zeg ik tegen de Minister. Zorg voor betere salarissen en arbeidsvoorwaarden en halveer de administratielast. Je zult dan nooit een tekort hebben. Ik las zojuist in een bericht van het FNV dat umc's rijk genoeg zijn om 11,3% meer salaris te betalen. Ik vraag de Minister om hier eens wat druk op de ketel te zetten. De zorg hoeft dus niet afgebroken te worden. Er hoeft al helemaal niet gedaan te worden alsof alles er beter op wordt.

Dan de plannen. De concentratie van acute zorg is een stokpaardje van de Minister. Hoogcomplexere spoedzorg is al geconcentreerd en betreft maar zo'n 10% van alle acute zorg. Dat er nog steeds patiënten met een hoogcomplexere zorgvraag in een streekziekenhuis terechtkomen, is een gegeven. Dat zal altijd zo blijven, omdat triage bijzonder ingewikkeld is. Het met de ambulance heen en weer brengen van patiënten tussen streekziekenhuizen en gespecialiseerde ziekenhuizen zorgt daarbij voor extra belasting van de ambulanceverpleegkundigen. Dat wat je aan personeel op de spoedeisendehulpdiensten wint met concentratie, verlies je bij de ambulancedienst. De Minister wil het vooral makkelijker maken voor de zorgverzekeraars, die dan met minder partijen hoeven te onderhandelen. Maar waarom bereikt hij dat dan niet met de NEDAB, de niet-economische dienst van algemeen belang? Haal naast de ambulancezorg ook de spoedeisendehulpdiensten uit de marktwerking.

De sluiting van onrendabele spoedeisendehulpdiensten. Ik wil de Minister vragen wat hij «onrendabel» noemt. Van een brandweerkazerne vinden we het heel vanzelfsprekend dat die 24/7 open is, ook al komt er geen enkele brandmelding binnen. Is drie, vier of vijf patiënten per nacht

onrendabel? Moeten die dan maar naar een ziekenhuis verderop waardoor de werkdruk daar zal oplopen? Waarom niet beter op elkaar afstemmen, rouleren en samenwerken? Is de Minister bereid te laten onderzoeken wat het sluiten van 24 spoedeisendehulpdiensten sinds 2006 vanwege kwaliteit dan heeft opgeleverd voor de kwaliteitsverbetering? Of zou het toch gewoon een smoes zijn en gaan de sluitingen over geld? Ook hierbij vraag ik: waarom geen NEDAB? Je moet uitgaan van wat nodig is. Je moet niet uitgaan van winst.

Het opheffen van de 45 minuten norm. Sinds 2002 geldt er een spreidingsnorm voor spoedeisendehulpdiensten, waardoor 99,7% van de bevolking binnen 45 minuten opgehaald en met een ambulance naar een ziekenhuis gebracht kan worden. Dat is een norm die wij hier in de Kamer hebben afgesproken. Het is een politieke norm, waar geen Minister ooit aan heeft getornd. Dat deze Minister ervanaf wil, heeft maar één reden: geld. Aan die spreidingsnorm hangt namelijk een beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuizen. Als door de sluiting van een spoedeisendehulpdienst meer mensen in de regio niet meer binnen 45 minuten in het ziekenhuis kunnen zijn, is dat een gevoelig ziekenhuis en kan dat een beschikbaarheidsbijdrage krijgen om de post open te houden. Wat blijkt nu uit de laatste monitor van het RIVM? Als gevolg van een herberekening van de rijtijden van de ambulances stijgt het aantal gevoelige ziekenhuizen van 12 in 2021 naar 29 in 2022. In plaats van de portemonnee te trekken voor die ziekenhuizen, besluit de Minister om dan maar de 45 minuten norm op te heffen. Geld gaat hier boven mensenlevens. Verder mis ik in de visie de aandacht voor ouderen met meerdere aandoeningen. Het is niet zozeer het aantal ouderen als wel het aantal ouderen met een complexe aandoening dat is gestegen. Ook het feit dat er sprake is van meer chronische aandoeningen – denk aan kankerpatiënten – maakt de zorg complexer.

Helaas wil deze Minister niet financieren en veranderen. De Minister heeft ons voorstel om de hele acute zorgketen als niet-economische dienst van algemeen belang aan te merken, voorlopig op de lange baan gezet. Dat is zonde. Ik had juist gedacht dat de crisisjaren die achter ons liggen, hebben aangetoond dat het verkeerd is geweest hoezeer er is bespaard op onze zorg en onze acute zorgketen. Er lagen verdorie coronapatiënten in operatiekamers. Tot vier keer toe hadden we een lockdown. Tot vier keer toe werd de reguliere zorg afgeschaald. Er zijn 320.000 gezonde levensjaren verloren gegaan en 305.000 operaties uitgesteld en nog steeds komt er geen verandering van beleid.

Ik had nog een heleboel in mijn bijdrage, maar ik zie dat ik door mijn tijd heen ben, voorzitter.

De voorzitter:

Het spijt me.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik had nog een heleboel mooie citaten van de Minister. Die moet ik dan maar een volgende keer gebruiken.

De voorzitter:

Wilt u afronden?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik ben heel erg somber en teleurgesteld, maar dat moge duidelijk zijn uit mijn bijdrage.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan komen we aan het eind van de eerste termijn van de Kamer. Ik wil graag schorsen tot 12.45 uur. Dan kan de Minister de antwoorden op de vragen voorbereiden. Ik hoor het verzoek

om tot 13.00 uur te schorsen, maar we kunnen echt niet uitlopen na 15.00 uur. Ik wil dus toch vragen om tot 12.45 uur te schorsen. Dan moeten we een halfuurtje lunchen. Dat moet kunnen, beste collega's. Als goed voorzitter heb ik dat natuurlijk allang afgestemd met de Minister. Maakt u zich daar dus maar geen zorgen over.

De vergadering wordt van 12.14 uur tot 12.47 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedemiddag. We zijn aangekomen bij de beantwoording van de vragen door de Minister in eerste termijn. Als de Minister zover is, dan gaat hij vast toelichten in welke blokjes die zal plaatsvinden. Laten we daar maar direct mee beginnen. Ik geef graag het woord aan de Minister.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter, van harte. Het is logisch om na mijn inleidende tekst zo meteen te beginnen met preventie, als ik het desbetreffende antwoord nog krijg. Anders doen we dat aan het eind. Of ik doe het zonder het uitgeschreven antwoord. Het volgende blokje gaat over de 45 minuten norm. Daar is uitgebreid over gesproken. Het lijkt mij daarom gepast om dat tijdig te adresseren. Dan heb ik het nog over de zorgcoördinatie en over de organisatie van zorg. En dan is er nog een blokje overig. Daarin gaat het onder andere over arbeidsmarkt en gegevensuitwisseling. Voorzitter. Vandaag spreken we met elkaar over de uitdaging waar we voor staan bij de acute zorg. Die betreft een groeiende zorgvraag, een toenemende vergrijzing, de tekorten aan zorgpersoneel – de voorbeelden zijn genoemd – en het toenemende aantal mensen met multimorbiditeit, die telkens weer zorg nodig hebben en daarbij van tijd tot tijd ook te maken krijgen met acute zorg. Dat betekent dat acute zorg voor ons allemaal belangrijk is. Dat kan op enig moment voor onszelf zo zijn, maar ook voor onze naasten, voor onze partner, onze kinderen en onze ouderen. We hopen dat die niet nodig is, maar op het moment dat die nodig is, moet die beschikbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit zijn. Op 3 oktober jongstleden heb ik de Kamer de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg toegestuurd, waarin de plannen en concrete acties zijn uitgewerkt om de acute zorg ook in de toekomst geborgd te houden. Daarbij is het uitgangspunt dat elke patiënt in Nederland, elke patiënt, zorg moet hebben die van goede kwaliteit is en toegankelijk is. Waar een patiënt woont of verblijft mag niet uitmaken voor de kwaliteit en de uitkomsten van diens zorg.

Allereerst vraagt dat om een goede organisatie van de acute zorg. Die kan er niet zijn zonder een verdere versterking van samenwerking tussen instellingen, in een keten, in een regio, en met inzet van coördinatie. Dat vraagt ook om het maken van keuzes, want we moeten efficiënt en spaarzaam omgaan met zorgmedewerkers die voldoende kwalificaties en ervaring hebben. En ervaring doe je alleen maar op als je voldoende ingezet wordt en daarmee voldoende patiënten kunt helpen. Gelukkig heeft Nederland een zeer fijnmazig zorgnetwerk, dat we zo goed mogelijk moeten blijven inzetten. Door bijvoorbeeld de huidige en toekomstige mogelijkheden van een ambulance, maar ook door digitale zorg zijn er weer perspectieven om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg op vernieuwde manieren te borgen en te verbeteren.

Er zijn veel vragen gesteld over de 45 minuten norm. Ik kom daar straks nog apart op terug. Ik merk dat daarover, zeker in de media, veel misverstanden en onduidelijkheden bestaan. Ik wil daarom graag uitgebreider stilstaan bij de voorgenomen versterking van een normenkader voor acute zorg, zoals ik die in de beleidsagenda heb aangekondigd. Als ik met de deur in huis mag vallen: in Nederland gaat het op dit moment niet goed met de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg. De vraag naar acute zorg stijgt. De krapte op de arbeidsmarkt neemt toe en er

zijn maar zeer beperkt kwaliteitsnormen, en als die normen er wel zijn, leggen ze op sommige punten de lat laag en worden ze desalniettemin regelmatig onvoldoende nageleefd en behaald.

Het is al voorbijgekomen, voorzitter, maar het RIVM deed in mei van dit jaar bijvoorbeeld een uitvraag in het kader van de Analyse gevoelige ziekenhuizen voor SEH en verloskunde. Daaruit bleek dat 19 van de 80 ziekenhuizen, oftewel 24%, niet voldeed aan een norm minimale expertise op de SEH, zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. In het verleden ben ik in een andere rol bij de totstandkoming van dat kwaliteitskader betrokken geweest en ik kan u vertellen dat er zelfs voor minimumnormen op dit terrein al heel veel gesprekken met allerlei betrokkenen zijn geweest. Dat betekent dat ziekenhuizen op dit moment niet allemaal kunnen waarmaken dat er op de SEH altijd ten minste één basisarts aanwezig is met minimaal één jaar ervaring. Vooral de aanwezigheid gedurende de avond- en nachturen is een probleem.

Het arbeidsmarktprobleem dat hieraan ten grondslag lijkt te liggen, beperkt zich inderdaad niet tot algemene ziekenhuizen, ziekenhuizen in de regio of tot alleen een kleiner ziekenhuis. Mevrouw Van den Berg heeft het al genoemd. Het treft ook grotere ziekenhuizen, ook ziekenhuizen in de Randstad. Een voorbeeld. Onlangs moest de spoedeisende hulp in het VUmc een weekendlang sluiten voor ambulances door een gebrek aan personeel. Daar wil ik iets aan doen. Ik wil goede normen die worden nageleefd en waarmee ik een goede kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg voor alle patiënten kan borgen, normen die de ontwikkeling van de beste zorg voor de patiënt ondersteunen in plaats van normen die deze juist in de weg zitten. Dat klinkt abstract, maar het laat zich het beste uitleggen als «ons samen verdiepen in de patiënten in de acute zorg die deze in welke vorm dan ook nodig hebben», want dat is een zeer gedifferentieerde groep. Daar moeten we dus ook een gedifferentieerd aanbod voor organiseren. Het uitgangspunt moet daarbij altijd zijn dat we proberen om de zorg nabij te organiseren waar dat kan en verder weg waar dat moet.

Voorzitter. Het overgrote deel van patiënten met een spoedeisende zorgvraag heeft een klacht die veelvoorkomend is, regelmatig laagcomplex is en die niet direct levensbedreigend is. Dat doet er niets aan af dat dit soort klachten een grote impact heeft en echt om zorg vraagt. Deze patiënten wil je in principe zo dicht mogelijk in de buurt behandelen. Dat gebeurt nu al. Dat houden we ook zo en daar zetten we nog extra op in. Het is daarbij wel van belang dat je als burger ook buiten kantooruren snel wordt geholpen om de juiste ingang te vinden als je eigen huisarts niet bereikbaar is. Daarom vind ik het belangrijk om in te zetten op regionale zorgcoördinatie voor burgers én voor zorgverleners. Een groot deel van deze patiënten hoeft daarvoor niet eens de deur uit. De pilot zorgcoördinatie in de provincie Utrecht, midden-Nederland, liet bijvoorbeeld zien dat 40% van de mensen die met name naar de huisartsenpost belden met een acute zorgvraag, geholpen had kunnen worden door digitale triage. 40%. Mensen kunnen ook vaak telefonisch geholpen worden, hetzij met een zelfzorgadvies, hetzij door een vervolgens zeer gerichte inzet van bezoek aan huis door een professional. Een ander groot deel van de patiënten met een acute klacht kan dicht bij huis terecht, door een bezoek aan de wijkverpleging, een apotheek of een huisarts. Jaarlijks bezoeken ongeveer 2,9 miljoen mensen binnen kantooruren en 3,7 miljoen mensen buiten kantooruren de huisarts in verband met een spoedzorgvraag. In 85% van de gevallen hoeft de huisarts hierbij niet door te verwijzen naar de SEH en kan de patiënt in de eerste lijn geholpen worden. Ik denk dat het voor ons allen nog een keer illustreert welke ontzettend belangrijke en onmisbare rol onze eerste lijn daarbij vervult. Uiteraard is er ook een groep patiënten met zwaardere acute klachten, waarbij na triage op afstand of door de huisarts op de huisartsenpost geconcludeerd wordt dat de patiënt écht in een ziekenhuis gezien moet

worden. Jaarlijks bezoeken ongeveer 2,2 miljoen mensen een SEH. Meer dan 60% van deze mensen kan direct na dat SEH-bezoek naar huis en ongeveer een derde van de SEH-bezoeken resulteert in een klinische opname. Uw Kamer weet dat dit percentage stijgt met de leeftijd. Het merendeel van deze klachten is dan ook veel voorkomend en laagcomplex – met «laagcomplex» bedoel ik niks ten nadele van de urgentie of de beleving van een patiënt, maar daarmee benoemen we dat – en niet acuut levensbedreigend. Met dit soort klachten kun je nu goed terecht op de dichtstbijzijnde spoedeisende hulp, en dat willen we zo houden. Over het algemeen is hierbij geen ambulance nodig en kan de patiënt, na een doorverwijzing door de huisarts of na een triage op afstand, zelf naar het ziekenhuis in de buurt reizen. Uit de eerdergenoemde pilot in midden-Nederland bleek bijvoorbeeld dat bij bijna de helft van alle zorggerelateerde telefoontjes naar 112 gold dat een patiënt op een andere manier beter geholpen kon worden dan door de inzet van een ambulance en in veel gevallen juist ook dicht bij huis geholpen kon worden. Dat is een bestaand resultaat van een bestaande zorgpilot.

Vervolgens geldt dat niet op iedere SEH alles kan. Bij gesprekken over de nabijheid van acute zorg gaan wij vaak voorbij aan wat de uitkomsten van de zorg voor de patiënt zijn. De Kamer heeft daar terecht ook naar gevraagd. Nu lijkt het er soms op dat het er alleen om gaat dat het ziekenhuis of de SEH een voordeur is waar een patiënt naar binnen kan, terwijl uiteindelijk het allerbelangrijkste is dat de patiënt achter die deur zo goed mogelijk wordt geholpen en met de best mogelijke uitkomst het ziekenhuis weer kan verlaten. Daarom vind ik ten eerste dat normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen een minimumeis zouden moeten zijn voor de kwaliteit van een SEH, zoals dat ook door alle partijen in het zorgveld met elkaar is afgesproken. Daarnaast zal het aanbod van SEH's binnen een regio op elkaar afgestemd moeten worden, zodat niet alleen de laagcomplexere zorg dicht bij huis georganiseerd kan worden, maar ook patiënten met een meer ingewikkelde problematiek op een juiste plaats geholpen kunnen worden. Soms gebeurt dat door een patiënt elders te laten zien en soms gebeurt dat door coördinatie en consultering op afstand.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, wilt u uw vraag nu stellen of aan het einde van blokje?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja hoor, dat mag aan het einde van de inleiding.

De voorzitter:

Dan wachten we even tot het einde van de inleiding. Dank u wel.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Mijn excuus voor mijn wat lange inleiding, maar ik denk dat het een aantal dingen bij elkaar brengt.

Met mijn plannen wil ik dus dat ook voor deze relatief kleine groep patiënten – dat is terecht al benoemd – de zaken goed geregeld worden. Het zou voor deze groep niet uit mogen maken waar zij wonen. De zorg moet altijd goed geregeld zijn. Dat vraagt dus ook om goede afspraken in de acute zorgketen. Het huidige normenkader, met daarin de veelvuldig aangehaalde 45 minutennorm voor de spreiding van SEH's, helpt ons anno 2022 op dit vlak onvoldoende. Dat wordt ook gezegd in adviezen van de Gezondheidsraad, de NZa, het Zorginstituut en Ambulancezorg Nederland. Het is een theoretische spreidingsnorm, met onvoldoende mogelijkheden om alle voor- en nadelen voor een patiënt in een brede acute zorgketen mee te nemen. Ik kom daar straks bij het desbetreffende blokje op terug.

Sommige regio's hebben al nagedacht over de houdbaarheid van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in het licht van de eerdergenoemde problematiek. Mag ik één voorbeeld noemen? Ziekenhuislocaties in Hoogeveen en Emmen, in Drenthe, en in Stadskanaal, net over de grens, in Groningen, hebben samen met de huisartsen, samen met de gemeenten en samen met burgers uitstekend voor een lange termijn nagedacht over een logische verdeling van het acute zorgaanbod. Dat begon al een aantal jaren geleden, al voor covid. Na zorgvuldig overleg heeft men besloten de spoedposten in Hoogeveen en Stadskanaal overdag open te houden voor alle laagcomplexere spoedzorg en de SEH in Emmen, die ook hoogcomplexere zorg kan leveren, 24/7 beschikbaar te houden. Ik ben daar op bezoek geweest en ik was echt onder de indruk van hoe ze dat doen, in gezamenlijkheid, met een adequate zorgcoördinatie, met betrokkenheid van de huisartsen en, fantastisch, met modellen vooruitrekenend. Je ziet dat daar – in slecht Nederlands – een state-of-the-art-SEH 24/7 beschikbaar is, inclusief direct daarnaast een hartkatheterisatiekamer, en dan voor de hele regio. Daarmee is de onderlinge samenwerking verbeterd en de verpleegkundigenexpertise verhoogd. Zorgverleners werken op enig moment op de ene locatie en op een ander moment op de andere. Dat gebeurt niet alleen in de plattelandsgregio's, maar ook in ziekenhuisgroepen. Het voorbeeld van de Amsterdamse regio is al aangehaald.

Daarnaast geldt dat voor hoogcomplexere acute zorg specialistische centra met bepaalde faciliteiten beschikbaar moeten zijn. Die kun je niet op alle plekken bereikbaar binnen 45 minuten en met voldoende kwaliteit organiseren. Dan is het van belang om te kijken naar de mogelijkheden die in de gehele acute zorgketen worden geboden, bijvoorbeeld door de steeds geavanceerdere mogelijkheden in de ambulance en door MMT-teams, waarmee de reistijd naar een ziekenhuis ook wordt verminderd, ook als dat verderop is. In Zeeland is hier slim over nagedacht, bijvoorbeeld bij de organisatie van de zorg voor patiënten met een beroerte. Mevrouw Van den Berg noemde dat al. In het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Goes worden patiënten met een beroerte opgevangen. Ze krijgen daar direct een hersenscan en als dan blijkt dat een directe hersenkatheterisatie een aanzienlijke verbetering kan opleveren van de uitkomsten, dan worden patiënten aansluitend direct vervoerd naar de katheterisatiecentra in Dordrecht en Rotterdam. Kijk je naar de totale doorloop, dan zie je dat de doorloop voor een patiënt in Zeeland, van het moment van klachten en presentatie tot hersenkatheterisatie, uiteindelijk vergelijkbaar is met de doorloop voor een patiënt die in Dordrecht of in Rotterdam zelf woont. En dat is de keten die men dan moet organiseren. Dus juist door slimme samenwerking, aangepast aan regionale omstandigheden en mogelijkheden, kan men zorg verbeteren. Voorzitter, ik ben bijna aan het eind van mijn inleiding. Ik begrijp ontzettend goed dat een ziekenhuis of een SEH niet alleen een zorginhoudelijke rol heeft. Zij doen ertoe voor een gemeente of een regio, want het in de nabijheid hebben van een ziekenhuis of SEH draagt niet alleen bij aan het gevoel van leefbaarheid voor zowel patiënten als hun naasten, maar draagt ook bij aan de werkgelegenheid, die er in en om een ziekenhuis is. Het is al gememoreerd. Bovendien ben ik mij ervan bewust dat er nu SEH's of wellicht zelfs ziekenhuizen zijn die open kunnen blijven doordat zij momenteel een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen die gekoppeld is aan de huidige 45 minuten norm. Een nieuw normenkader zal op basis van kwaliteit moeten worden opgesteld, maar ook met deze factoren rekening houden. En dan mag dat ook niet ten koste gaan van de capaciteit in de acute zorg. Een belangrijk aandachtspunt is het behoud van medewerkers voor zorg in de regio, ook als op termijn zou blijken dat het profiel van een ziekenhuis of een SEH wijzigt. Ik verwijs even naar het voorbeeld van Drenthe, naar wat men daar op eigen initiatief in het verleden al gedaan heeft. Naast de noodzakelijke normen voor kwaliteit

neem ik dan ook deze aspecten heel bewust in overweging bij het bepalen van eventuele aanvullende normen en maatregelen met het oog op toegankelijkheid van acute zorg.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema, u heeft nog drie vragen, dus gaat uw gang.

Mevrouw Agema (PVV):

Wij weten natuurlijk allemaal dat dit de systematiek is van de acute zorgketen, maar we weten ook allemaal dat het in de praktijk totaal anders werkt. We weten ook dat de meeste spoedeisendehulpdiensten opengehouden en bemest worden met artsen in opleiding. Op zich valt dat voor een groot deel nog wel te begrijpen. Ik begrijp dat een gynaecoloog niet de hele nacht gaat zitten wachten op een bevalling die er misschien niet komt. Maar ik vind wel dat wij als samenleving mogen verwachten dat, als het in de thuissituatie verkeerd gaat en een verloskundige een bevallende vrouw wil insturen, er een gynaecoloog is die naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis kan reizen en de bevallende vrouw kan behandelen. Maar dat is niet waar de Minister nu naartoe gaat. Waar de Minister met het stoppen van de beschikbaarheidsbijdrage naartoe gaat, is dat er 29 spoedeisendehulpdiensten minder zijn, dat ambulances langer moeten gaan rijden met een bevallende vrouw in de ambulance, dat de reistijden langer gaan worden. Dat zijn natuurlijk de vragen die hier voorliggen. En die gaan ook over veiligheid. Als een bevalling die nou eenmaal bezig is niet goed verloopt, nemen de risico's toe, en daar hoor ik de Minister niet over. Ik zou hem toch graag horen over de praktijk en de weerbarstigheid van de praktijk en dan niet in het plaatje dat hij zojuist schetste. Zou hij daarop willen ingaan?

Minister Kuipers:

Ja, voorzitter. Dat brengt mij automatisch bij het blokje over de 45 minuten norm. Die stap wil ik dus graag maken. Eerst wil ik toch even refereren aan wat er afgesproken is in het regeerakkoord, want misschien helpt dat ook. In het regeerakkoord staat nadrukkelijk dat planbare en acute zorg toekomstbestendig gemaakt moeten worden. Ik citeer even het regeerakkoord; ik kom bij een antwoord op uw vraag. «Aan de hand van de juiste zorg op de juiste plek vragen wij de Nationale Zorgautoriteit (NZa) regiobeelden op te stellen, (...)». Ik heb dat aangescherpt. Ik vind juist dat de NZa dat samen met de regio's moet doen, of zelfs omgekeerd, en dat daarbij ook een burger en een patiënt betrokken moeten worden. Ik ga nog even door met dat regeerakkoord, waarin ook staat: (...) «, die kunnen leiden tot een herschikking van het zorglandschap waarbij een integraal aanbod en passende zorg over domeinen heen voor iedereen in Nederland ongeacht woonplaats de normen zijn.» Dat brengt mij bij het voorbeeld van mevrouw Agema. Ik kom er straks uitgebreider op terug, maar ik wil eerst even de aanname adresseren dat een alternatief voor de 45 minuten norm, als wij daartoe zouden komen, ertoe zou leiden dat 29 SEH's en 29 ziekenhuizen verdwijnen. Laat ik daar heel duidelijk over zijn: ik denk dat dat aperte onzin is. Als ik alleen al opnoem dat bijvoorbeeld de Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn, de Isala klinieken in Zwolle, Kampen en Meppel, het UMC Groningen et cetera op het lijstje van die 29 ziekenhuizen staan, dan zal heel duidelijk zijn dat deze ziekenhuizen niet gaan verdwijnen, met of zonder een bijdrage – daar kom ik straks nog op terug – en met of zonder verandering van het profiel op een SEH. Hetzelfde geldt voor het Bravis ziekenhuis in Roosendaal, het ziekenhuis in Roermond, het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch en De Noordwest Ziekenhuisgroep. Het zijn allemaal ziekenhuizen die nu op deze lijst staan. Deze gaan dus niet verdwijnen. Maar, terugkomend op de vraag over de beschikbaarheid van een gynaecoloog: ik ben het geheel met mevrouw Agema eens dat, als je in een regio geboortezorg regelt, je in de hele

keten goede afspraken moet hebben – met huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, ziekenhuizen en, voor de zeldzame casus waarin bijvoorbeeld een opname nodig is van een pasgeborene, met een neonatologie-ic – over welke beschikbaarheid waar 24/7 georganiseerd is. Voor een vrouw die thuis bevalt en bijvoorbeeld in een situatie van complicaties terechtkomt, moet er gewoon direct zicht zijn op een plek in een geboortecentrum, inclusief bereikbaarheid en beschikbaarheid van een gynaecoloog en een kinderarts.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, nog een vraag? Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Een enorm lang antwoord. Ik hoop dat ik de gelegenheid krijg om op elk facet van het antwoord van de Minister in te gaan. De Minister begon met het citeren van het regeerakkoord. Ik heb gelukkig helemaal niets te maken met het regeerakkoord. Dus het citeren van het regeerakkoord doet de Minister maar in de richting van mevrouw Van den Berg, die zijn afbraak van de zorg als het gaat om de 45 minutenorm niet steunt, maar in mijn richting in ieder geval niet. Dan kom ik bij de woorden «aperte onzin». Ik zit hier sinds 2006 en sinds 2006 zijn er 24 spoedeisendehulpdiensten verloren gegaan. En iedere keer als ik hier zei «door dit beleid verdwijnt dit» en «door dit beleid verdwijnt dat», zat daar een Minister die zei: «Nee hoor, onzin, onzin, onzin. O, nee hoor, dat doen wij niet. Wij zijn hier niet de zorg aan het afbreken.» En iedere keer aan het einde keer van de rit, gebeurt het toch. In de vijf jaar voor de coronacrisis zijn er 914 intensivereverpleegkundigen minder gekomen. Er was wel al die jaren sprake van forse, forse besparingen, forse bezuinigingen, op de zorg.

De voorzitter:

Wilt u wel tot een vraag komen?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dus op het moment dat je de beschikbaarheidsbijdrage stopt, verwacht ik niet een Minister die zegt «o, dat is onzin», maar een Minister die zegt «mevrouw Agema, daar kan u weleens gelijk in hebben en ik ga ervoor zorgen dat dat niet gebeurt». En op het moment dat ik over een paar weken een motie hierover indien, verwacht ik ook dat de Minister zegt «oordeel Kamer, want we gaan er in ieder geval voor zorgen dat er niet meer spoedeisendehulpdiensten gesloten worden». Ook in het licht van dat tot 2040 de zorgvraag van 75-plussers nog eens verdubbelt.

De voorzitter:

Kunt u tot een vraag komen, alstublieft?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik wil graag van de Minister horen dat hij zijn woorden bevestigt dat het stoppen van de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisendehulpdiensten niet leidt tot het sluiten van spoedeisendehulpdiensten. Die bevestiging wil ik graag eerst.

De voorzitter:

Dank u wel. Minister, kunt u een kort antwoord geven?

Minister **Kuipers:**

Zeker. Allereerst, waar ik op reageerde met «aperte onzin», is de stelling dat het verdwijnen van een beschikbaarheidsbijdrage – even los van of die überhaupt zou verdwijnen – leidt tot het omvallen van 29 ziekenhuizen. Daarvan zeg ik: aperte onzin.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Nee, spoedeisendehulpdiensten.

Minister **Kuipers**:

Ja, met als vervolg ... Ik wil ook nog wel focussen op die spoedeisendehulpdiensten. Ook dat is aperte onzin. Dat is echt aperte onzin. Die gaan niet verdwijnen met de beschikbaarheidsbijdrage, even los van of überhaupt de beschikbaarheidsbijdrage wel gaat verdwijnen. Daar kom ik straks nog apart op terug. Voor het komende jaar wordt die beschikbaarheidsbijdrage gewoon gecontinueerd. Dat is een. Dan het tweede. Mevrouw Agema noemt het voorbeeld van het verminderen van het aantal ic-verpleegkundigen. Ik denk dat dat exact de spijker op zijn kop slaat van waar die samenwerking nu zit. Ambulanceverpleegkundigen zijn meestal mensen die uit de ic- en spoedeisendehulpzorg komen. Die hebben een opleiding gehad tot ic-verpleegkundige. Vaak doen ze dat stapelsgewijs, om zeer moverende en begrijpelijke redenen, waarbij ze een opleiding voor ic-verpleegkundige doen, een opleiding doen tot SEH-verpleegkundige en vervolgens de overstap maken naar ambulanceverpleegkundige, omdat je in je carrière verschillende stappen wilt doen. Op het moment dat wij de ambulancezorg sterk uitbreiden, trekt dat een wissel op personeel dat ook ergens anders actief is. Dat betekent dat je in een keten slim moet kijken. Er zijn al voorbeelden gegeven van wat er gebeurde op het moment dat er ergens iets gesloten werd ten aanzien van de ambulancezorg. Dan moet je goed gezamenlijk kijken wat dat vraagt aan personeel.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, natuurlijk moet je daar goed naar kijken. Maar op het moment dat je die acute zorg meer gaat concentreren, zullen die ambulances vaker ingezet gaan worden om patiënten te verplaatsen van het gespecialiseerde ziekenhuis naar het streekziekenhuis. We verwachten ook dat de ambulancedienst dat zomaar op zich neemt. Dus zogenaamd heb je dan een personeelsbesparing omdat je het gaat concentreren – dat is wat de Minister wil – maar tegelijkertijd neemt de vraag naar ambulances die tussen ziekenhuizen gaan rijden toe. Dus het een heft het ander op. Nogmaals. Een paar weken geleden hadden wij hier een debat over het Integraal Zorgakkoord. Toen zei de Minister in reactie op mijn bijdrage ook: nee, dat Integraal Zorgakkoord gaat er niet toe leiden dat tachtigers straks geen nieuwe heup meer krijgen en het gaat er ook niet toe leiden dat mensen met kanker geen beperkt levensverlengende chemotherapieën meer krijgen. Hij zei in het debat: dat gaat niet gebeuren. Daarna diende ik in het tweeminutendebat twee moties in en toen was het «ontraden». Op het moment dat deze Minister zegt – dat zijn de woorden die hij hier gebruikt – dat het onzin is dat het stoppen van de beschikbaarheidsbijdrage zo direct voor 29 ziekenhuizen leidt tot het omvallen van spoedeisendehulpdienst en ik dat in een motie vevat, verwacht ik «oordeel Kamer». Ik vraag aan de Minister om dat of toe te zeggen of zijn boude woorden terug te trekken.

De **voorzitter**:

Nou, Minister, dat is een heldere vraag.

Minister **Kuipers**:

Die motie zal ik te zijner tijd moeten zien. Op dat moment kan ik er dan wat over zeggen. Het is heel moeilijk om nu een appreciatie te geven van een motie die ik niet gezien heb. Dat lijkt me voor de hand liggend. Verder wil ik van harte ingaan op de 45 minuten norm en op de beschikbaarheidsbijdrage. In 2023 gaan we gewoon door met het beleid zoals het staat. Dat is dus inclusief beschikbaarheidsbijdrage en op dezelfde wijze, met de systematiek die allang bestond, dus ook met de aanwijzing voor meer

ziekenhuizen. Ik denk dat dat alle betrokken partijen voor nu gewoon voldoende comfort geeft, en ons ook de mogelijkheid geeft om vervolgens na te denken of er alternatieven zijn en, zo ja, welke dat dan zijn.

De voorzitter:

Ik geef graag het woord aan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vind het best een forse uitspraak van de Minister. Eigenlijk zegt hij dat we die 45 minuten norm helemaal niet nodig hebben en dat alle spoedeisendehulpdiensten in Nederland er zonder die 45 minuten norm dus ook zouden zijn. Eigenlijk zegt hij dat, omdat ze volgens hem niet om zouden vallen als we die 45 minuten norm niet zouden hebben. Ik vind dat best een forse uitspraak. Ik hoop dat het klopt wat de Minister zegt. Het is niet het beeld dat ik ervan heb, want volgens mij zijn er ziekenhuizen als kwetsbaar aangetekend en moeten die ook financieel gesteund worden om een spoedeisendehulpdienst open te kunnen houden. Even terug naar de inleiding. Mijn vraag gaat over het voorbeeld dat de Minister geeft van de drie ziekenhuizen die in het Noorden zo goed samenwerken met die spoedeisendehulpdiensten. Dat is inderdaad een heel mooi voorbeeld, van Stadskanaal, Heerenveen en Emmen.

Minister Kuipers:

Hoogeveen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Sorry. Dat is een mooi voorbeeld van Stadskanaal, Hoogeveen en Emmen. We hebben het daar ook over gehad bij de presentatie die we kregen van de Zorgautoriteit. Ik vroeg toen ook aan de NZA: goh, wat mooi, waarom gebeurt dit niet op meer plekken? Het antwoord was toen dat dat nu niet kan. In dit geval kan het wel, omdat ze alle drie onder dezelfde groep vallen en dus financieel met elkaar verbonden zijn. Dan kan je ook personeel delen, en twee spoedeisendehulpdiensten overdag openhouden en de andere 's nachts. De Minister zegt dat we het pas over een jaar gaan hebben over de beschikbaarheidsbijdrage. Maar als we deze samenwerking in de regio willen, waarbij we de spoedeisendehulpdiensten openhouden waar mogelijk, bijvoorbeeld overdag, dan zal er iets meer moeten gebeuren voor ziekenhuizen die niet onder één zorggroep vallen. Mijn vraag aan de Minister is dus of er niet meer nodig is dan wat er nu beschikbaar is als hij dit goede voorbeeld wil kunnen toepassen op andere plekken.

Minister Kuipers:

Eerst even ten aanzien van de stelling, zonder elkaar te parafaseren. Het gaat daarin over alle SEH's en garanties. Ik neem nadrukkelijk afstand van «alle SEH's». Er zal vast een differentiatie zijn, maar ik wil dus ook niet op die manier geparafraseerd en gequoteerd worden, want dat gaat een eigen leven leiden.

Ik ga er even op in. We beginnen maar bij dat kopje over die 45 minuten norm. Ik verwijs even naar de beleidsagenda die ik eerder gestuurd heb. Ik schrijf daarin dat ik de 45 minuten norm op termijn – laat ik dat even benoemen – zou willen afschaffen. In plaats daarvan wil ik komen met nieuwe normen en instrumenten om de toegankelijkheid van de acute zorg in heel Nederland te borgen. Laat ik daarbij ook heel nadrukkelijk het volgende benoemen. Ik hoop dat dat comfort geeft. Het voorbeeld van oude normen of oude schoenen weggooien kwam voorbij. Ik wil geen afstand nemen van bestaande normen zonder dat er wat nieuws is. Ik wil ook niet iets nieuws introduceren zonder dat ik de mogelijkheid heb gehad om daar met de Kamer over te spreken. De

bestaande normen dateren uit 2002, het is al wel gememoreerd. U kent de geschiedenis. Ooit kwamen ze voort uit een bouwkader. Ze zijn toen wettelijk vastgelegd. Het was toen de constatering dat 99,6% van de burgers binnen 45 minuten woonde. Er werd gedacht: laten we dat maar vastleggen. In 2002 was dat misschien heel logisch, maar het was niet medisch onderbouwd. Er zijn allerlei partijen die ondertussen adviseren om die 45 minutennorm te herzien. Daar pleiten bijvoorbeeld de verzekeraars, de NZa, de Gezondheidsraad en Ambulancezorg Nederland voor. De reden die zij daarvoor geven, is dat de situatie in de acute zorg echt anders is dan twintig jaar geleden. Destijds was een ambulance er voor vervoer, nu voor zorg; het zijn rijdende zorginstellingen. Zoals mevrouw Ellemeet heel goed weet, begint het met de triage en het inzetten van de behandeling op locatie. Dat vergt ook meer tijd. In die 45 minutennorm was rekening gehouden met 3 minuten triage en 5 minuten inlaadtijd – dat klinkt wat gek – maar heel vaak gaat de ambulance daar nu overheen. Juist bij de meer acute en meer levensbedreigende gevallen heeft men eerst tijd nodig om op locatie te behandelen. Daarbij kunnen ambulancezorgprofessionals ook steeds beter ter plaatse triage doen en diagnosticeren. De huidige inzet en mogelijkheden vragen al heel vaak dat een ambulance met een patiënt met een echt levensbedreigende aandoening niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis rijdt, maar tegen de feitelijke norm in daar voorbijrijdt. Ik heb dat recent in mijn eigen omgeving meegemaakt met iemand die plotseling ernstig ziek werd. Daarbij reageerde de betreffende ambulance zeer adequaat door absoluut de waarschijnlijke hoofddiagnose te onderkennen – een acute levensbedreigende aandoening – de twee topreferente regionale ziekenhuizen voorbij te rijden naar een centrum waar de zorg voor deze patiënt direct beschikbaar was, en al die normen verder aan de kant te zetten. Over dat uitgangspunt heb ik een en ander opgeschreven in de beleidsagenda. Daar verwijs ik dan maar naar, met excuus voor het lange antwoord, voorzitter, maar dat is dan gelijk de inleiding voor deze 45 minutendiscussie. Dit is al heel lang het uitgangspunt, maar ik heb in de beleidsagenda opgeschreven dat nieuwe normen per aandoening een combinatie kunnen bevatten van tijdsindicaties waarbinnen zorg idealiter geleverd wordt, met ook een focus op de doorlooptijd in de hele keten. Kwaliteitseisen kunnen waar relevant gaan over volumenormen. Ze kunnen zeer nadrukkelijk ook gaan over beschikbaarheid van personeel. Ik verwijs naar de vraag van mevrouw Agema van zojuist. Het kan ook gaan om afspraken over de organisatie van zorg om de kwaliteit te borgen. Ik heb daarvoor een tijdlijn geschetst. Ik vraag het Zorginstituut om hier met betrokkenen, inclusief patiëntenorganisaties, naar te kijken en om in de komende twaalf maanden, uiterlijk in het najaar van '23, te komen met een voorstel, waarbij nadrukkelijk wordt gekeken – ook dat staat in de brief – naar een patiëntreis: wat betekent het allereerst vanuit het perspectief van een burger?

Ik denk dat ik daarmee ook het punt van mevrouw Van den Berg adresseer in die zin dat het geen medisch perspectief is, maar dat het moet beginnen vanuit de burger en dat burgers erbij betrokken moeten zijn. Op het moment dat we dat alternatief hebben, komt de discussie over de vraag: is dit goed genoeg om de 45 minutennorm te veranderen en, zo ja, wat betekent dat in termen van beschikbare capaciteit, voor het wel of niet in stand kunnen houden van een spoedeisendehulp en voor de financiering?

Dus dat is echt een heel traject. We gaan absoluut niet iets weggooien zonder dat wij daar een zeer goed, wel doorwrocht en wel besproken alternatief voor hebben. Kan dat ook betekenen dat je er niet uitkomt? Ja, dat zou kunnen. Als partijen er niet uitkomen en zeggen dat de 45 minutennorm nog steeds het beste is wat we hebben, wat mij zeer zou verbazen omdat ik denk dat het veel beter kan, dan blijf je bij wat je hebt.

De voorzitter:

Het antwoord is heel lang, maar daarmee is ook al een gedeelte van de vragen beantwoord. Mevrouw Ellemeet heeft nog een vervolgvraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Laten we even beginnen bij het begin. Wij hebben hier een discussie gehad over de gevolgen van het opheffen van de 45 minuten norm voor spoedeisendehulpdiensten. Daarvan zei ik en met mij een aantal andere collega's dat er dan spoedeisendehulpdiensten gaan sluiten. Dat gaat het gevolg zijn en dat heeft weer gevolgen voor het ziekenhuis. De Minister zegt: dat is aperte onzin. Maar niemand hier heeft gezegd dat alle ziekenhuizen gaan sluiten. Ik wil dat hier wel even genoteerd hebben. Ik heb nooit beweerd dat, als we de 45 minuten norm loslaten, alle spoedeisendehulpdiensten en daarmee ziekenhuizen gaan sluiten. Ik zeg dat dat een risico met zich meebrengt voor bepaalde kwetsbare ziekenhuizen en spoedeisendehulpdiensten. Dat is het gevaar dat ik benoemde. Het goede nieuws is dat de Minister zegt: ik ga helemaal niks veranderen aan die 45 minuten norm totdat er een alternatief is.

Mijn vervolgvraag is: gaat dat alternatief ook betrekking hebben op de nabijheid van zorg? Dan gaat het niet alleen om het gevoel van mensen, maar ook om het feit dat een groot deel van die patiënten chronisch ziek zijn, dat die contacten hebben in een ziekenhuis, en dat het bekend zijn met de medische geschiedenis van een patiënt ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Dus nabijheid van zorg is belangrijk voor het gevoel van mensen, maar het is zeker ook belangrijk voor de kwaliteit van zorg.

Minister Kuipers:

Het antwoord daarop is ja. Ook die nabijheid is een belangrijke factor. Ik wil daarbij wel meenemen wat ik zonet al in de inleiding zei over de resultaten die uit één pilot kwamen. Zoals u weet, hebben we tien pilots over zorgcoördinatie gehad. Die in Midden-Nederland, in de provincie Utrecht, is een prachtig voorbeeld, maar er zijn andere die met net zo veel enthousiasme zijn uitgevoerd. Over de volle breedte zei men: ga hiermee door, breidt het uit en rol het landelijk uit. Daaruit komt naar voren dat er substantiële percentages patiënten zijn die een spoedzorgvraag hebben maar die ook op een andere manier, thuis, geholpen kunnen worden, hetzij digitaal, hetzij telefonisch, hetzij door een bezoek van een professional aan huis. Als ik één voorbeeld mag noemen. In de discussies over die pilots gaven Ambulancezorg Nederland en de ambulances nadrukkelijk aan het als een falen, een onterechte oproep, te beschouwen als zij in het verleden een oproep kregen om de ambulance in te zetten, de zorg vervolgens ter plekke gegeven kon worden en de ambulance zonder de patiënt weer terugreed naar de ambulancegarage. Ambulancezorg Nederland gaf aan, ook in het concept met die zorgcoördinatie, tot de conclusie te zijn gekomen dat ze er tegenwoordig echt anders naar moeten kijken en dat dat misschien juist een succesfactor is. Daarbij moet je ervoor zorgen dat gespecialiseerd personeel, na goede triage, zo nodig ter plekke zorg verleent, de patiënt stabiliseert en de nodige vervolgzorg in gang zet, maar dat de patiënt niet mee hoeft naar een spoedeisendehulp of een huisartsenpost. Dat adresseert, denk ik, ook de vraag van mevrouw Ellemeet of het mogelijk is om meer in te zetten op het ter plekke en dichtbij organiseren van zorg.

De voorzitter:

Toch niet helemaal, zie ik. Houdt u het kort, alstublieft?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben het eens met de Minister dat de onderbouwing van die 45 minuten norm deels achterhaald en gedateerd is. Het gaat mij erom dat

er nu een waarborg, een garantie, komt voor zorg dichtbij waar dat wenselijk is.

Maar mijn vraag gaat terug naar mijn eerste vraag, die de Minister nog niet beantwoord had, wat ik me kan voorstellen gezien alles wat hij wel gezegd heeft. Die ging over de samenwerking tussen de drie ziekenhuizen in het Noorden. Daarvan wordt gezegd dat zij dat kunnen doen omdat zij financieel aan elkaar verbonden zijn. Is er niet nu al meer nodig, bijvoorbeeld een vorm van beschikbaarheidsfinanciering, voor andere ziekenhuizen om zo'n samenwerking op te kunnen zetten?

De voorzitter:

Als u lange vragen stelt, is de kans groter dat het antwoord niet aansluit bij de vraag. Hoe korter de vraag, hoe groter de kans dat het antwoord ook past.

Minister Kuipers:

Voorzitter, dat lag aan mij – excuus – want de vraag was volstrekt helder. Sterker nog, ik schrijf hem hier op maar vervolgens adresseer ik hem niet. Het antwoord is: ja, dat klopt. In die setting in Drenthe was het een groot voordeel dat die drie organisaties één bestuur hebben. Hetzelfde geldt voor het voorbeeld dat al gepasseerd is: het Isala, met locaties in Meppel en Zwolle. Dat is makkelijker. Hetzelfde geldt bij het voorbeeld van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, dat ik net noemde, en verwijzingen van patiënten met een beroerte naar Rotterdam. Bij de verwijzingen naar Dordrecht zit dat overigens wat anders.

Het punt is: als wij zien dat dit succesvol is, als er betere zorg ter plekke wordt geleverd, beginnend vanuit het perspectief van de burger en de patiënt zelf, dan moeten we ons niet laten tegenhouden door de beperking dat dat alleen maar kan als organisaties onder één bestuur vallen. Dan moet dat ook anders kunnen. Dat is nadrukkelijk de reden geweest om in het Integraal Zorgakkoord de «grenzen» van ons stelsel op te zoeken door te zeggen: in de acute zorg, maar ook op andere terreinen zoals geboortezorg en oncologische zorg, moeten we enigszins af van competitie en moet samenwerking de norm zijn, ook als je niet in één organisatie zit. Dit is dus geen aanzet om dan maar te gaan fuseren. Dat is helemaal niet nodig. Het kan ook echt op een andere manier.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, u heeft nog vragen bewaard. Gaat uw gang. Kort.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Precies. Daar ben ik het mee eens. Het is goed om dat mogelijk te maken. De hamvraag is natuurlijk: hoe? Hoe gaat de Minister dat doen? Hij zegt dat hij de verschillende mogelijkheden van beschikbaarheidsfinanciering wil onderzoeken. Ik had hem eerder gevraagd hoeveel tijd hij daarvoor gaat uittrekken. Gaat hij hier, zolang daar geen nieuwe financieringsvorm voor is, heel concrete afspraken over maken met verzekeraars of kijkt hij bijvoorbeeld eerder naar de Zorgautoriteit? Wat gaat er in de tussentijd gebeuren?

Minister Kuipers:

Als ik twee factoren mag noemen, want dit is een ontzettend belangrijke aanvulling. Eén hele belangrijke is regionale zorgcoördinatie. Ik kom daar straks nog apart op terug. Dat is geen panacee voor alles, maar het kan helpen om dat te optimaliseren als er op een lokale plek een zo veel mogelijk realtime adequaat overzicht is van de drukte en de beschikbare capaciteit, niet alleen op een spoedeisendehulp of een huisartsenpost, maar ook in de geboortezorg, op eerstelijnsverpleegbedden of in de vvt-sector. Dat vraagt al om een samenwerking. Dat kan ook heel plat. Als je nog wel uitgaat van competitie en je geen inzicht geeft in je beschik-

baarheidsgegevens bij een acute zorgvraag, dan wordt die vraag allereerst ergens anders naartoe gekanaliseerd. Dus je hebt wel een incentive.

Een tweede die daarbij kan helpen, is de inzet van transformatiegelden, zoals in het IZA is afgesproken. We zeggen allereerst: je moet die regiobeelden opstellen. Ik vind dat de regio's zelf in de lead moeten zijn. De NZa kan dat doen, maar je bent het als regio allereerst aan je eigen stand verplicht om hierin het voortouw te nemen. Als ik de regio's zo hoor, dan willen ze dat ook. Daar kunnen we ook financiering voor beschikbaar stellen. Dat kunnen we ook voor de inrichting van regionale zorgcoördinatiecentra. En we kunnen de ervaringen van de pilots nu gebruiken om dat landelijk te doen.

De voorzitter:

Ik had nog vragen gezien van mevrouw Van den Berg, meneer Hijink, mevrouw Agema, die nog heel graag een laatste vraag wil stellen, en mevrouw Tielen, maar eerst mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het is in ieder geval goed om te horen dat de Minister geen oude schoenen weggooit voordat er nieuwe zijn. Ik vond het wel opvallend dat hij zei: als de beschikbaarheidsbijdrage wegvalt, dan gaan al die 29 ziekenhuizen heus niet omvallen. Hij noemde als voorbeelden Bravis, Noordwest en Isala. Dat zijn nou net allemaal topklinische ziekenhuizen en geen algemene regionale ziekenhuizen, maar dat terzijde. Ik wil even terugkomen op het voorbeeld van de Minister van de Treantziekenhuizen in Hoogeveen, Emmen en Stadskanaal, Drenthe. De Minister zei dat ze daar al ver voor corona over hadden nagedacht en dat ze dat zo met elkaar hebben besloten. Ik herinner hem even aan het debat van 13 juni 2018, zeg ik uit mijn hoofd, waarin we over de Treantziekenhuizen hebben gesproken. Dat was helemaal niet omdat men daarover nadacht. Er was gewoon botte ellende met gebrek, met arbeidsmarktproblematiek. Daar gebeurde precies wat meneer Hijink ook in zijn inbreng schetste: de spoedeisendehulp gaat dicht, de ic vervalt en de verloskonde gaat weg, waarna je nog een dagpoli overhoudt. Ik schrok dus een beetje van het voorbeeld, want dat was nou net niet het voorbeeld waarvan ik denk: zo moeten we het met elkaar gaan doen. De Minister zei ook nog dat je kan samenwerken zonder fusie. Dat ben ik hartstikke met hem eens.

De voorzitter:

Minister, als u hier kort op kunt antwoorden, graag.

Minister Kuipers:

Zeker. Zonder in herhaling te vervallen: ja, ik benoem die topklinische ziekenhuizen met nadruk wanneer mij gevraagd wordt of de SEH's zullen omvallen met het vervallen van de beschikbaarheidsbijdrage, wat ongeveer 0,1% is van de totale financiering van de medisch-specialistische zorg als ik kijk naar de investering. Dan zeg ik: nee, dat gaat niet gebeuren; dat kan ik me niet voorstellen. Dan benoem ik inderdaad eerst even de voorbeelden van de grote ziekenhuizen.

Ten aanzien van de samenwerking die destijds onder hoge druk, bijna in een crisissituatie, tot stand is gekomen zeg ik: dat klopt. Zo zijn er meer voorbeelden waar dit gebeurd is. Ook het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Zeeland heeft in een vergelijkbare situatie gezeten. Dat was precies de situatie waar de heer Hijink terecht naar verwees, waardoor het personeel zei: daar ga ik niet werken, want ik kan daar wel naartoe verhuizen, maar ik weet niet of ik over twee jaar nog een baan heb. Daar is vervolgens een andere situatie ontstaan. Ik denk dat het Admiraal de Ruyterziekenhuis er daardoor aanzienlijk beter voorstaat en het palet aan zorg en de kwaliteit

van zorg echt een positieve stimulans hebben gehad, niet alleen de acute zorg maar ook de electieve zorg.

De heer **Hijink** (SP):

Het lijkt de Minister een beetje te verbazen dat de oppositiepartijen maar ook het CDA en de mensen in het land het gevoel hebben dat met dit beleid wel degelijk wordt ingezet op een verdere schaalvergroting en potentiële sluiting van spoedeisendehulpdiensten. Hij schrijft in zijn brief: «Nabijheid is geen aspect van kwaliteit van acute zorg (...) Het doel van de beschikbaarheidsbijdragen SEH's en afdelingen acute verloskunde is niet om individuele ziekenhuizen in de lucht te houden.» Hij wekt natuurlijk zelf, ook in dit soort brieven, heel erg de indruk dat bepaalde spoedeisendehulpdiensten niet overleefd blijven als die 45 minuten norm komt te vervallen. Maar om aan te sluiten op het punt van daarnet: heeft deze sector niet juist behoefte aan duidelijkheid, rust en zekerheid? Moeten met name die streekziekenhuizen, waarvan iedere keer het bestaansrecht bewezen moet worden, nou niet eens eindelijk weten of ze er over tien jaar nog zijn als volwaardig ziekenhuis en dan gewoon hun werk kunnen doen? Ik denk echt dat die ziekenhuizen dat soort uitspraken nodig hebben om een verdere leegloop van personeel te voorkomen. Is de Minister het daarmee eens?

Minister **Kuipers**:

In brede zin voor heel Nederland garanties afgeven voor tien jaar is in deze setting heel moeilijk. Ten aanzien van de spoedzorg, waar we vandaag over debatteren, geef ik heel nadrukkelijk aan dat we geen bestaande normen weggooien en geen bestaande financiële regelingen aan de kant zetten zonder dat er eerst een zorgvuldig gesprek heeft plaatsgevonden. We trekken het komende jaar uit om te bezien of er alternatieven denkbaar zijn, allereerst vanuit het perspectief van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Of we daar komen is een open discussie. Ik denk dat dat kan, maar laten we eerst even kijken wat dat betekent voor individuele zorginstellingen. De zorginstellingen zijn zelf heel nadrukkelijk in de lead bij die gesprekken, bij het opstellen van een regioplan en bij het maken van afspraken om dit te optimaliseren. Voor een deel is dit nadrukkelijk allereerst aan de zorginstellingen zelf. Ik probeer ze comfort te geven door heel duidelijk te schetsen dat dit een langetermijnperspectief is in regioplannen, in zorgcoördinatie, in financiering et cetera. Wat dat betreft probeer ik ook de onrust bij individuele centra te adresseren. Ik heb met bestuurders gesproken, ook met een aantal burgemeesters en wethouders uit gemeentes waar dergelijke ziekenhuizen zitten. Die gaven aan: kom nou eerst eens met een goed regioplan over de domeinen heen en laten we dan bekijken wat dat precies impliceert. Hoe kun je in samenhang met je hele regio en vanuit het perspectief van een burger zodanige kwalitatief hoogstaande acute en electieve zorg verlenen dat je op de lange termijn goede bestaanszekerheid hebt? Laten we dat gesprek eerst voeren.

Ik weet de letterlijke woorden niet meer, maar mevrouw Van den Berg zei zoiets als: de Minister heeft het voortdurend over de concentratie van ziekenhuizen, zorg en SEH's. Als ik kijk naar de beleidsagenda acute zorg, waar wij het vandaag over hebben, dan staat daarin één keer het woord «concentreren» in de context van concentreren van multitraumazorg in traumacentra, en één keer het woord «concentratie» in de samenvatting bij de beschrijving van aspecten als concentratie en spreiding, die in zo'n regioplan zouden moeten staan. Punt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, laatste vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het blijft bij mij toch allemaal een beetje hangen. We hebben die spreidingsnorm, waar die beschikbaarheidsbijdrage aan is gekoppeld. Dan hebben we die spoedeisendehulpdiensten, die over het land verspreid zijn. Als er nou eentje zou sluiten en dat zou betekenen dat een groot aantal mensen niet meer binnen 45 minuten bij een ziekenhuis zouden komen, dan worden ze een gevoelig ziekenhuis en kunnen ze een beschikbaarheidsbijdrage krijgen om open te blijven. Als ik «aperte onzin» naar mijn hoofd geslingerd krijg, wat voor Kamerlid ben ik dan? Als je die 45 minutenorm opheft en daar die beschikbaarheidsbijdrage aan koppelt, dan valt een aantal van die 29 gevoelige spoedeisendehulpdiensten om. Hoeveel weet ik niet, maar een aantal valt om. Kan de Minister nog eens uitleggen waarom dat in zijn woorden aperte onzin is? Want volgens mij geldt hier toch echt: één en één is twee.

Minister **Kuipers**:

Ik wil dat van harte nog een keer uitleggen, met excuus voor enige dubbeling. Die norm is ondertussen twintig jaar oud. Die kwam destijds voort uit een bouwinzicht: 99,6% van de mensen woont binnen een straal van 45 minuten als we uitgaan van 3 minuten triage, 5 minuten inlaadtijd et cetera. Wat blijkt nou? In die twintig jaar tijd is er ontzettend veel veranderd in de ambulancezorg, in de triage en in de zorg op afstand, en nu blijkt ook dat de acute zorg voor de mensen waar die 45 minutenorm er het meest toe doet, zo is ingericht dat dat niet meer bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebeurt. Allerlei partijen hebben gevraagd om daar nog eens op een andere manier naar te kijken, want nu is er een verkeerde incentive. Nu is er bijna een incentive om patiënten zo dichtbij mogelijk af te leveren, ook als je nadrukkelijk weet dat dat eigenlijk niet de beste plek voor die patiënt is. Dat doen we in een setting waarin we voorzichtig zijn en niet iets weg doen voordat we een goed gesprek hebben gehad over iets nieuws.

Ik kan nu nog niet zeggen waar dat uitkomt, maar ik wil daar wel heel veel partijen bij betrekken. Dat doen we ook in de erkenning dat het overgrote deel van de acute zorg waar men telefonisch contact over opneemt of waar men een huisartsenpost of spoedeisendehulpdienst voor bezoekt, niet die zeer zeldzame, hoogcomplexen, acuut levensbedreigende zorg is. Als je die zaken bij elkaar brengt, kun je dan komen tot een zekere mate van andere afspraken, tot kwaliteitseisen die de spoedzorg, inclusief de ambulancezorg, stimuleren om het juiste te doen voor iedere patiënt? Kun je vervolgens bekijken wat dat betekent voor de beschikbaarheid van spoedzorg in iedere regio? Wie weet betekent dat ook dat we moeten komen tot andere beschikbaarheidsbijdragen of een andere wijze van financiering.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vroeg mij af of de Minister aan het eind van zijn blokje 45 minutenorm was, want daar had ik een vraag over. Maar misschien gaat hij nog dingen zeggen die ik zocht.

De **voorzitter**:

Volgens mij is het blokje 45 minutenorm nog niet helemaal afgerond.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan wacht ik nog even.

De **voorzitter**:

Dan meneer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

In aanvulling op de vraag van mevrouw Agema, het betreft een recente monitor uit 2019 van het RIVM waarin het aantal voor sluiting gevoelige ziekenhuizen oploopt van 12 naar 29. Dat is dus niet heel lang geleden vastgesteld. Dit is recent.

Minister **Kuipers**:

Dat klopt. Mevrouw Agema zegt terecht dat dat rap is gestegen. Dat heeft te maken met dat model. Dat heeft ermee te maken dat hier telkens de cruciale factor reistijd in wordt meegenomen, waarbij niet eens rekening wordt gehouden met een langere triage en behandeltijd op de locatie bij acuut levensbedreigende zorg op locatie. Dat zit 'm primair in de reistijd. Die is in het hele land door drukte en verkeer gemiddeld toegenomen. Dat betekent zelfs dat een van de umc's nu een kritisch ziekenhuis is.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Je zou ook kunnen concluderen dat je juist meer spoedeisende hulpen nodig hebt als de reistijd langer wordt. Maar ik wil nog een andere vraag stellen. Als ik de Minister goed begrijp, dan zegt hij: wees niet zo bezorgd; het afschaffen van die norm leidt niet per se tot sluiting van ziekenhuizen. Maar we hebben de afgelopen decennia gezien dat ziekenhuizen maar ook spoedeisende hulpen continu sloten. Dat aantal is alleen maar afgenomen. Ik hoop dat de Minister dat met mij eens is. Dan komt nu mijn vraag: welke aanwijzingen heeft hij dat die trend wordt stopgezet of misschien wel wordt gekeerd? Ziekenhuizen hebben immers een reden om bezorgd te zijn, want die zien die trend ook. Welke aanwijzing kan de Minister geven die erop duidt dat die trend nu echt wordt stopgezet na al die jaren?

Minister **Kuipers**:

Er is een aantal ziekenhuizen genoemd die nadrukkelijk een unieke positie hebben in een plattelandsregio qua afstand, qua zorgprofiel et cetera. De afstanden zijn daarbij genoemd. Er zijn nog allerlei momenten om daarop te sturen. Maar als deze ziekenhuizen in hun regio met al die andere partners – huisartsen, wijkzorg, verloskundigen, ambulancedienst – tot goede afspraken komen over de acute zorg en ze eerst een regiobeeld opstellen en dan bepalen op welke plek ze welke zorg kunnen leveren, ook gezien het feit dat het overgrote deel van de acute zorg die echt in een ziekenhuis geleverd moet worden, hoogvolume en laagcomplex is – excuus voor de term – dan is mijn verwachting dat die op iedere ziekenhuislocatie in Nederland geleverd kan worden. Er is geen enkele incentive om dat verder te concentreren. Waarom zouden we dat doen? Ik zie de reden niet. Ik zou het ook zeer verbazingwekkend vinden als een ziekenhuis met zo'n voorstel komt.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met de beantwoording van de vragen over de 45 minutennorm, alstublieft.

Minister **Kuipers**:

Ja, ik zal er even doorheen gaan. Een deel is al benoemd – dat sla ik dan over – maar een deel nog niet. Mevrouw Van den Berg had een vraag over het onderzoek naar de hervorming in Denemarken. Daarbij zou de kwaliteit van zorg niet verbeterd zijn. Ik ga de resultaten niet herhalen; het is al benoemd. Laat ik er alleen bij zeggen dat dit ontstaan is over een langere tijd – ik zeg uit mijn hoofd van 2007 tot 2025 – met een reductie van het aantal ziekenhuizen, als ik het betreffende artikel moet citeren, van 44 naar 21. Dat is niet een situatie die wij op dit moment in Nederland, gezien de discussie zonet ook, voor ogen zien, meer dan een halvering van het aantal ziekenhuizen.

Ik geloof dat de heer Hijink de opmerking van de huidige voorzitter van het LNAZ noemde over SEH's in de toekomst. Ik denk dat ik aan de hand van de discussie zonet al heb aangegeven dat ik dat op dit moment niet herken, ook niet de reductie, een meer dan halvering, van het aantal ziekenhuizen. Dat is wat er in Denemarken is gebeurd. Ik denk dat het onderzoek wat dat betreft relevant is, omdat een waarschuwing is: ga niet in het extreme door voor ook dunner bevolkte gebieden om zeer sterk je ziekenhuizen te concentreren, om te beginnen vanwege de spoedzorg. Dan was er ook een vraag van mevrouw Van den Berg over het TNO-onderzoek dat aangeeft dat door sluiting van een SEH de zorg meer gaat kosten. TNO heeft in opdracht van de NVZ een onderzoek gedaan. Ik heb tot nu toe alleen inzicht in de werkwijze die TNO heeft gehanteerd en nog niet in de resultaten anders dan een samenvatting die de NVZ daarover gerapporteerd heeft. Dus als u het mij toestaat, kom ik daar op een later moment op terug want ik kan het nu niet beoordelen.

De voorzitter:

Wanneer, is dan natuurlijk direct de vraag.

Minister Kuipers:

Als we het rapport hebben.

De voorzitter:

Na ommekomst van het rapport. Is dat over een x-aantal weken of zo?

Minister Kuipers:

Ik hoop dat we dat voor het eind van het jaar kunnen doen. Ik ben even afhankelijk van wanneer we het hele rapport krijgen.

De voorzitter:

Volgens mij is de Minister doordrongen van de wens hiertoe. Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Ja. Sorry, voorzitter. Ik moet even kijken wat ik gehad heb. Er was een vraag over het medisch perspectief. Ik denk dat ik die geadresseerd heb. Mevrouw Pouw-Verweij vroeg: onderkent de Minister de noodzaak van de nabijheid van verloskundige acute zorg? Dat raakt ook aan de vraag die mevrouw Agema zonet in de discussie inbracht. Het antwoord is: ja, dat herken ik zeer. Acute verloskunde is een tijdskritische aandoening, zowel voor de moeder als voor het kind. Het is dus een van de onderwerpen die een zorginstituut mee moet nemen in de rapportage over onderbouwde kwaliteitsnormen voor tijdskritische aandoeningen. Dat geldt voor de verloskundige zorg en het geldt ook voor de medisch-specialistische zorg, waaronder de gynaecoloog of obstetricus en de kinderarts, en voor bijzondere situaties ook voor de connectie met een centrum waar zo nodig zelfs een pasgeborene op de ic kan worden opgenomen. Het is heel uitzonderlijk, maar het gebeurt.

Ik denk dat dat voldoende zegt over de 24/7 beschikbaarheid van de acute verloskunde. Ik wil daar aanvullend nog iets bij benoemen, opnieuw even. Het komt regelmatig voorbij. Ik kan ook andere voorbeelden noemen. Ik wil niemand tekortdoen, maar ik kijk even naar pilot zorgcoördinatie in Midden-Nederland, in de provincie Utrecht. Daar is nadrukkelijk ook beschikbare capaciteit in de geboortezorg in meegenomen. We weten dat dat juist in die regio in de afgelopen periode regelmatig een terugkerend probleem was, waarbij zwangere vrouwen op het moment dat hulp nodig was van een verloskundig centrum of een ziekenhuis zelfs naar buiten de provincie verplaatst moesten worden. Ook daar hebben ze dus nu 24/7 actuele inzichten voor opgebouwd in dat zorgcoördinatiecentrum voor

beschikbare verloskamers en -capaciteit, inclusief uiteraard aanwezigheid van gynaecologen en kinderartsen.

Mevrouw Pouw zei ook dat op de SEH veel mensen komen met meerdere chronische ziekten en vroeg hoe de continuïteit van een bekende internist wordt geborgd. Zoals al is genoemd, is het merendeel van de klachten waarvoor patiënten naar een SEH gaan veelvoorkomend en laagcomplex. Die combinatie, die multimodaliteit, kan juist uiteindelijk wel weer leiden tot een zeer complexe zorgvraag waarvoor bekendheid met de patiënt absoluut van meerwaarde is. Dat gebeurt nu op de dichtstbijzijnde spoedeisende hulp. Dat willen we zo houden. Wat daarbij ontzettend belangrijk is – ook dat is zojuist in het debat al genoemd – is het verbeteren van de toegankelijkheid van de gegevens van de betreffende patiënt, of dat nou is over de voorgeschiedenis of over de medicatie. Dus ook dat is iets waar in die regionale zorgcoördinatie aan gewerkt wordt, om die beschikbaarheid te hebben in geval van spoedzorg.

De voorzitter:

Mevrouw Pouw heeft een vraag. We hebben nog een dik uur collega's, dus laten we ons een beetje beperken. Gaat uw gang, natuurlijk. Vanzelfsprekend.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Het is mijn eerste interruptie, aan de Minister dan. Ik had de Minister ook gevraagd hoe hij gaat voorkomen dat acute zorg buiten de nabijheid raakt van hoogcomplexere zorg. Ik heb de Minister net ook gehoord over de ambulancezorg, over dat ambulanceverpleegkundigen steeds hoger opgeleid zijn. Dat snap ik. Daar ben ik het ook helemaal mee eens, maar juist in gevallen van acute verloskunde denk ik dat dat iets minder relevant is. Dan gaat het niet zozeer om de scholing van de mensen, maar ook om de middelen die je aan boord hebt. Denk bijvoorbeeld – sorry, het is een iets langere interruptie voorzitter; schrijf er maar twee op – aan iets waar je je niet goed op voor kunt bereiden. Een fluxus bijvoorbeeld, te veel bloedverlies. Dan kan je heel kundige mensen hebben, maar – ik heb net nog even geappt om het te checken – ze hebben geen bloed aan boord in de ambulance. Als je een heel stuk moet rijden naar een plek waar ook hoogcomplexere zorg geleverd kan worden, dan wordt het een heel risicovolle situatie. Ik zou daar nog graag even een reflectie op krijgen van de Minister.

Minister Kuipers:

Ik neem de medische termen niet over, maar het gaat om plotseling massaal bloedverlies tijdens de bevalling waarbij een zwangere vrouw in shock raakt, waardoor ook het leven van het nog niet geboren kind acuut bedreigd wordt. Dat is de situatie. Dat kan ook gebeuren na de bevalling. In zo'n situatie gaat het om de directe opvang voor stabilisatie van shock en bloedtransfusie. Dat kan in alle beschikbare ziekenhuizen en alle SEH's in heel Nederland. Dat zal zo blijven. Dat betekent dat je afspraken maakt over wanneer welke patiënt waarnaartoe kan in dit soort situaties. Acute shock en levensbedreigende bloeding kan men overal wel opvangen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Is dat dan niet bij uitstek een situatie waarin de 45 minuten norm eigenlijk al veel te ruim is? Toen ik de vraag appte of ze bloed aan boord hadden, kreeg ik meteen de reactie van een ambulancebroeder: dan is een kwartier eigenlijk al veel te veel.

Minister Kuipers:

Dank voor de vraag, maar dat klopt. Ook vanuit dat perspectief voldoet die norm niet. Die norm is in een acuut levensbedreigende situatie soms veel te ruim. In heel veel andere situaties leidt die niet tot de presentatie op de

juiste plek. Als je hier echt goed doorheen gaat, kan dat ook betekenen dat je zegt: zouden ambulances eigenlijk niet ook bloed aan boord moeten hebben? Als iemand een massale bloeding heeft, is 45 minuten heel erg lang. Ja.

De voorzitter:

Gaat u met gezwinde spoed verder met de beantwoording.

Minister Kuipers:

Het is een beetje bij elkaar gekomen bij die 45 minuten norm, maar dat betekent wel dat ik daarmee het grootste blokje gehad heb, voorzitter. De heer Hijink vroeg nog: kan de Minister niet beter onderzoeken wat de optimale schaal is voor ziekenhuizen om de zorg te organiseren? Inderdaad, het gaat bij acute zorg om een gedifferentieerde groep, waar ook een gedifferentieerd aanbod tegenover moet staan. Ik benoemde al de acute zorg die thuis, door de huisarts of door ambulancepersoneel geleverd kan worden. Soms is dat op locatie. Soms moet een patiënt daarna mee. Dat betekent dat de hele keten daarbij wordt betrokken. Omstandigheden in de zorg, vraag, afstand en bevolkingsdichtheid kunnen regionaal verschillen. Dat moet dus ook kunnen leiden tot regionale verschillen in de organisatie van de zorg, inclusief de schaal-grootte van de betreffende ziekenhuizen. Een optimale schaal is dus moeilijk te onderzoeken. Dat hangt echt van de lokale situatie af.

De heer Hijink (SP):

Ik begrijp dat ook wel, maar ik doel eigenlijk een beetje op het feit dat de afgelopen tien jaar verzorgingshuizen zijn gesloten. We weten dat heel veel mensen die op de SEH binnenkomen, ouderen zijn die bijvoorbeeld gevallen zijn of die noodgedwongen 's nachts lang op de grond hebben gelegen omdat ze gevallen zijn. Een deel van die patiënten was nooit op de SEH beland als zij bijvoorbeeld in een verzorgingshuis hadden gewoond. We kunnen dus wel door een rietje naar de spoedeisende hulpen kijken, maar als je daaromheen op allerlei andere manieren de toestroom op de SEH juist vergroot, bijvoorbeeld omdat je ouderen verplicht zo lang mogelijk thuis laat wonen, dan kom je er eigenlijk nooit uit. Je zult ook dat hele perspectief moeten meewegen en moet niet alleen door een rietje naar de SEH's moeten kijken, wat nu wel weer gebeurt.

Minister Kuipers:

Ik ben het daar ontzettend mee eens. In bepaalde discussies, bijvoorbeeld over de 45 minuten norm, kijken we door een rietje naar de spoedeisende hulp. Spoedeisende hulp is een heel breed palet. Het aantal patiënten die jaarlijks gezien worden door een huisarts en van wie de spoedvraag adequaat door de huisarts wordt behandeld, zowel overdag als tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten, is groter dan wat er op een spoedeisende hulp komt. Hetzelfde geldt voor hulpvragen waar een wijkverpleegkundige, een oncologieverpleegkundige of een apotheker bij kan helpen. Ik zou inderdaad heel graag willen kijken naar het integrale palet – dat kan ook zijn een specialist ouderengeneeskunde in een instelling – waarbij al zo veel mogelijk wordt ingezet op het helpen van de patiënt op de plek waar hij of zij is, zo dichtbij mogelijk, en op preventie. Dat raakt aan een vraag van mevrouw Pouw-Verweij. Excuus, dat was een vraag van mevrouw Den Haan. Valpreventie, bijvoorbeeld, adresseert dit bij uitstek.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Mevrouw Kuiken vroeg of ik kan garanderen dat de 45 minuten norm niet wordt afgeschaft voordat we gezamenlijk een

discussie daarover hebben gehad. Ik heb het zojuist al even geadresseerd, maar ik wil het graag herhalen: ja, ik vind dat we die 45 minuten norm niet moeten afschaffen voordat we een goede discussie hebben gevoerd en er goede alternatieven beschikbaar zijn. Dat is ook de inzet, ook qua beschikbaarheidsbijdrage, voor 2023.

De voorzitter:

Volgens mij kreeg u echt een waanzinnige toezegging, maar gaat uw gang.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Ja, maar ik weet wanneer ik door moet pakken. We hebben het nu over 2023. Het kan zijn dat we in 2023 nog niet klaar zijn met die discussie. Ik wil graag de garantie dat het dan niet kerst 2023 automatisch afloopt.

Minister Kuipers:

Ja hoor, die garantie wil ik wel geven, maar uiteraard ervan uitgaande dat er suggesties gedaan worden voor een alternatief als we de discussie voeren. Als dat niet komt, hoeven we de discussie ook niet te voeren. Maar dat zou me verbazen.

De voorzitter:

Afrondend. Laatste.

Mevrouw Kuiken (PvdA):

Dank voor deze toezegging, deze twee heldere toezeggingen. Daar houd ik de Minister ook aan. Die 45 minuten norm hangt wel degelijk aan de beschikbaarheidsbijdrage en is daarom relevant. Tegelijkertijd willen we de discussie met elkaar voeren over hoe we kwalitatief goede zorg met elkaar kunnen realiseren. Dat is dus de uitdaging die we met elkaar aangaan. Dank daarvoor.

Ik moet overigens om 14.30 uur weg. Dat is niet uit desinteresse, maar dan volg ik het dus online verder. Dank u.

De voorzitter:

Gaat u verder, Minister.

Minister Kuipers:

Ik denk dat ik hiermee dit onderwerp voldoende gehad heb. Dan gaan we terug naar het blokje dat ik als eerste wilde doen voordat we hierop kwamen, en dat is preventie.

De voorzitter:

Er is nog een vraag over de 45 uren ... eh minuten norm.

Mevrouw Tielen (VVD):

De voorzitter gaat het morgen over pensioenen hebben, dus die denkt liever in jaren dan in minuten. Dat snap ik wel.

Ik hoorde de Minister zeggen dat tijd bij de nieuwe norm een rol kan spelen, maar ook volume en kwaliteit. De vervolgzorg, waar ik eerder aan refereerde, zal daar een rol in hebben. Maar het mooie van een 45 minuten norm is dat die heel simpel is. Streeft de Minister wel een simpele norm na of krijgen we over een jaartje een heel ingewikkeld algoritme voor de kiezen?

Minister Kuipers:

Ik kan daar niet op vooruitlopen, maar je moet streven naar een simpele norm. Overigens zien we eens te meer dat de 45 minuten norm veel mensen in de buitenwereld een beeld geeft dat niet strookt met de praktijk. Laten we daar ook heel duidelijk over zijn. We hebben daar voorbeelden van

gehad. Ik geloof dat net het voorbeeld voorbijkwam van het voormalige Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse. Ik heb destijds als ROAZ-voorzitter in de regio en in Spijkenisse moeten uitleggen dat patiënten die levensbedreigend acuut ziek waren, niet gezien werden in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Mensen met een acute hartaanval of acute beroerte werden met de ambulance eigenlijk al vervoerd naar Dordrecht of het Maasstad in Rotterdam. Het beeld is wel dat mensen daarmee plotseling in een minder veilige omgeving wonen. We moeten zorgen voor iets wat je goed kunt vertalen, goed kunt uitleggen, maar wat inderdaad ook zo eenduidig mogelijk is.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Refererend aan die ROAZ'en, de plannen van aanpak voor acute zorg in de regio moeten volgend jaar klaar zijn. Die 45 minuten norm is dan nog niet omgevormd tot een nieuwe, eenvoudige, duidelijke norm. Hoe ziet de Minister dat met elkaar in samenhang?

Minister **Kuipers**:

Uiteraard zou je die norm graag voorleggen en zeggen: hou hier rekening mee. Dat kan nog niet. Tegelijkertijd is de uitdaging in veel regio's al zodanig dat het verstandig is om regio's nu al te vragen hoe ze allerlei vormen van acute zorg inrichten en hoe ze garanties inbouwen voor de toegankelijkheid en de kwaliteit. Ik denk dat alleen al die gesprekken kunnen helpen bij de discussie over de 45 minuten norm en eventuele alternatieven. Dat past overigens ook bij het feit dat die tien pilots over zorgcoördinatie hun resultaat hebben opgeleverd. Het antwoord is: zet dat alsjeblieft door en maak dat breder beschikbaar. Ook daar kan men gebruik van maken. Dus het valt een beetje over elkaar heen in de tijd. Het is niet achtereenvolgens; de gegevenssetting vraagt dat we regio's nu vragen om het gesprek te voeren over regiobeelden en regioafspraken.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat begrijp ik goed. Toch vraag ik er even op door, want ik zoek wat houvast. Ik zou het namelijk jammer vinden als die dingen in aparte beleidsbrieven neerslaan enzovoort, en als we een jaar nadat we al over de ROAZ-plannen gedebatteerd hebben, erachter komen dat ze eigenlijk niet kloppen omdat we tot een nieuwe norm zijn gekomen. Ik zoek houvast bij de Minister. Hoe goed ik het ook begrijp, hoe zorgt hij ervoor dat al die dingen samenvallen en elkaar niet in de weg zitten, zodat wij daar als Kamer ook op de juiste manier over mee kunnen denken en soms ook beslissen?

Minister **Kuipers**:

Laten we 'm dan even in de tijd pakken zoals hij naar verwachting naar ons toe komt. Eerst komen de regiobeelden. Hoe staat het er nu voor? Wat is bijvoorbeeld het aantal SEH-sluitingen? Wat is de beschikbare capaciteit van acute verloskundige zorg? Wie presenteert zich waar? Wat heb je al aan pilots en opzet van zorgcoördinatie? Als we dat hebben, kunnen we op basis van die regiobeelden ook een regioplan maken om de acute zorg te versterken. Die staat namelijk echt in iedere zorgregio onder druk, niet alleen op het platteland of in de meer rurale regio's, maar ook in de Randstad. We hebben eerder weleens stilgestaan bij SEH-sluitingen. Als die plannen er zijn, denk ik dat het op een andere manier werkt. Als wij enthousiast zijn over die plannen en regio's daarmee aan de slag gaan, dan kijk je vervolgens of eventuele nieuwe normen daarbij passen en of die deze initiatieven onderbouwen. Ik denk dat dat de ideale route is, want dan onderbouw je het met normen en geef je de juiste incentives om de plannen die er liggen uit te voeren. Ik denk dat dat een goede verbinding kan zijn.

De **voorzitter**:
Nog een vraag?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik heb er nog vier, hè, geloof ik?

De **voorzitter**:
Nou, nee ...

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Drie. Drie. Dat kan ook.

De **voorzitter**:
Nog drie, ja.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Hè hè hè. Ja, en dan zou ik eigenlijk willen dat, op het moment ... Want de Minister zegt: als we enthousiast zijn over die plannen. Maar het kan natuurlijk best zo zijn dat er plannen zijn waar we toch niet zo enthousiast over zijn. Dat komt weleens voor. We moeten volgens mij dus een moment hebben waarop we zeggen: dit grijpen we aan om die nieuwe normen vorm te gaan geven. De Minister noemt nu een aantal grote beelden – dat snap ik – maar we willen naar een simpele, eenvoudige norm die ook straks voor de financiering het verschil gaat maken. Wat kan de Minister toezeggen zodat we houvast krijgen en we niet weglopen in de processen?

Minister **Kuipers**:
Dat wil ik graag toezeggen. Allereerst over plannen waar we misschien niet enthousiast over zijn: dat zou kunnen. Ik begin even vanuit de situatie die er nu is en dat is dat de acute zorg eigenlijk in iedere regio in Nederland op tal van momenten onder druk staat en kwalitatief onvoldoende is. Je kunt naar allerlei aspecten kijken, maar of je nou kijkt naar de bezetting op een spoedeisende hulp, naar een aanrijtijd of naar wel of geen zorgcoördinatie; het kan echt beter, ook met de beschikbare mensen en middelen. Misschien moet je daar dingen in verschuiven. Dat gaan we allemaal zien, maar het kan echt beter. Ik ga ervan uit dat de regio's dat zelf ook onderkennen. Dat hoor ik als we hier in Den Haag met ze praten, maar ook als ik in de regio op bezoek ga. De regio's weten dat beter dan wie ook. Wij kunnen hier in een commissiedebat niet bepalen hoe de acute zorg in regio X het best geregeld kan worden. Dat weten de mensen zelf heel goed, ook met betrokkenheid van burgers. Ik ga er gewoon echt van uit dat regio's met plannen komen waarmee ze die handschoen oppakken. De NZa zal ze daarbij helpen, ik zal ze daarbij helpen en mijn mensen zullen ze daarbij helpen. Dan kan het best zijn dat we uiteindelijk van de plannen zeggen: goh, we vinden dit wel mooi, maar van ons mag je nog wel een stapje ambitieuzer zijn. Maar ik heb er alle vertrouwen in dat daar wel wat komt.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan kunnen we volgens mij naar het blokje preventie. Ik denk dat er al een hoop vragen beantwoord zijn.

Minister **Kuipers**:
Ja, die vragen zijn al beantwoord. Dus ik sla gelijk over ... Toch niet?

De **voorzitter**:
Blijkbaar toch niet. Er staat nog een vraag van mevrouw Ellemeets open.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, het is dus geen interruptie. De vraag ging over het sociaal domein. Je zou dus willen dat ook in het weekend ...

De **voorzitter**:

Ja, die is geadresseerd. Ja, ik hou u dan wel kort als het geen interruptie is! De Minister.

Minister **Kuipers**:

Vindt mevrouw Ellemeet het goed om hem nog even vast te houden? Want ik kom nog bij het blokje organisatie van zorg.

De **voorzitter**:

Gaat u vooral verder.

Minister **Kuipers**:

Dus we vergeten de vraag niet.

Ik kom op het blokje zorgcoördinatie. Dan kom ik eerst bij de vraag van mevrouw Ellemeet. Zij zegt dat zorgcoördinatie ook nadelen heeft. Ze vraagt of het niet verstandig zou zijn om in te richten op de beschikbare capaciteit en weg te blijven bij triage. Allereerst gaat het inderdaad over een breed zicht hebben op beschikbare capaciteit. Maar als je die capaciteit goed wilt inzetten, dan vraagt dat ook om triage. Dan vraagt dat erom om, allereerst opnieuw vanuit het perspectief van een patiënt, de patiënt te helpen, en te kijken op welke plekken en met welke professional of welk team je het meest en het snelst geholpen bent. Telefonische en digitale triage gebeurt nu al op allerlei plekken: uiteraard bij 112, en ook bij een huisartsenpost en bij de ggz. Zorgcoördinatie betekent niet dat dit vervangen wordt; het betekent ook niet dat er nu een landelijke triage op één plek komt. Maar inhoudelijke expertise van elke discipline betrekken en gericht kijken of we dan beschikbare capaciteit ook op de juiste manier inzetten, zijn wat mij betreft wel onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het is niet alleen een overzicht met een dashboard.

Misschien mag ik daarbij één voorbeeld noemen. Onlangs sprak ik met een huisarts die ervaring had met zo'n pilot zorgcoördinatie en zei: «In het verleden zat ik bij een patiënt. Dat kon in een avonddienst zijn. Dan werd er eerst van mij een triage verwacht: wat is hier het probleem en wat heb ik nodig? En dan ging ik ook nog rondbellen om te kijken waar capaciteit beschikbaar was. Nu heb ik één nummer. Daar bel ik mee en die nemen de triage van mij over en zorgen ook dat een patiënt op de plek geholpen wordt.» Het is voor zo'n centrum dus – althans in sommige van die pilots nu en daar heeft men goede ervaringen mee – de combinatie van twee: een burger, een patiënt, kan bellen, maar de zorgprofessional, zoals een huisarts of een wijkverpleegkundige of een ander, kan ook bellen.

Dat raakt aan de vraag van mevrouw Paulusma; het is een mooie brug daarnaartoe. Zij vroeg: wat zijn de plannen van de Minister met betrekking tot multidisciplinaire triage en functiedifferentiatie? Die multidisciplinaire triage is inderdaad een belangrijk onderdeel van de zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie betekent niet dat de triage op één plek wordt gebracht, maar verschillende partijen, waaronder Landelijk Netwerk Acute Zorg, Ambulancezorg Nederland, ActiZ, ZN en InEen, werken aan scenario's voor zorgcoördinatie en besteden daarbij ook veel aandacht aan de inrichting van de multidisciplinaire triage. Ze kijken wat dat betekent voor de samenwerking tussen de betreffende triagisten en ook voor de opleiding die de triagisten dan nodig hebben, waarbij functiedifferentiatie zeker ook een rol kan spelen bij het toekomstbestendig maken van de acute zorg. Ik noemde al het voorbeeld van het eventueel inzetten van specifiek opgeleid personeel, ook na die triage, dat vanuit ambulancezorg een patiënt op de locatie bezoekt, met de opzet en de intentie om een patiënt op de eigen locatie te helpen en dan het verdere vervolgtraject af

te spreken, in plaats van een patiënt mee te nemen in de ambulance naar een huisartsenpost of een spoedpost.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik noemde daar ook een voorbeeld bij: mijn bezoek aan Leiden, waar physician assistants een heel groot deel van de zorgvraag op zich nemen. Dat staat volgens mij een beetje op gespannen voet met wat we in het Capaciteitsorgaan met elkaar hebben afgesproken als het gaat om opleiden en de capaciteit die we beschikbaar hebben. Ik vroeg of we flexibel genoeg zijn om juist in die andere vorm van organiseren in de acute zorg ook voldoende mensen op te leiden voor de verschillende functies.

Minister **Kuipers**:

Ik denk dat dit een heel belangrijk punt raakt. Wat we alleen al in de afgelopen jaren gezien hebben met de FZO-beroepen en het opleiden van specifieke mensen – het gaat niet om de verpleegkundig practitioner, maar het gaat wel om de aanzet daartoe – is dat, terwijl ook het Capaciteitsorgaan zegt dat we aanzienlijk meer mensen moeten opleiden en terwijl de middelen daar ook voor beschikbaar zijn, de instroom telkens achterblijft. Dat is dus echt iets om op in te zetten. Een van de zaken waar we wat dat betreft op inzetten, is een soort basismodule acute zorg. We hebben het daar eerder met de Kamer ook over gehad. Ik weet het niet meer uit mijn hoofd en ik heb het hier niet bij de hand, maar we hebben het eerder gemeld: er is gelukkig wel een vrij fors aantal mensen dat die module nu daadwerkelijk heeft gevolgd. Ik wil graag inzetten op het versterken van dit soort zaken, omdat we precies de mensen die mevrouw Paulusma noemt, veel meer nodig hebben voor die acute zorg. Het levert patiënten en burgers ook echt veel betere zorg op, vaak dichtbij, zonder al die commotie van in een ambulance naar een spoedpost et cetera.

De **voorzitter**:

Gaat u snel verder.

Minister **Kuipers**:

Ik had nog een aanvullende vraag van mevrouw Paulusma: zijn we flexibel genoeg om zorgcoördinatie in de acute zorg echt te laten vliegen? Dat is deze vraag ook, hè? Ja, oké.

Voorzitter. Dan kom ik bij de organisatie van zorg. Ik begin even met de vraag van mevrouw Van den Berg: hoe gaat de Minister zorgen dat de ROAZ-plannen wat opleveren voor de organisatie van de acute zorg? Die ROAZ-plannen zullen beschrijven welke knelpunten in de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg de regio ziet en welke mogelijkheden er bestaan om dit te verbeteren. Daarbij wordt rekening gehouden met regionale verschillen in zorgvraag en zorgaanbod en ook met de vraag hoe slimmer om te gaan met de capaciteiten en mogelijkheden in de regio. Dat vraagt dus om een intensivering van samenwerkingsafspraken. We constateren dat alle partijen er belang bij hebben om dat zo goed mogelijk te regelen, omdat de problemen groot zijn en de problemen van de een de ander nu ook raken. Dit zijn echt domeinoverstijgende issues.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg: hoe borgt de Minister het burgerperspectief in die regioplannen? Ik denk dat ik dat al wel geadresseerd heb, maar dat doen we nadrukkelijk door daar ook patiëntenorganisaties bij te betrekken.

Voorzitter. Mevrouw Van den Berg had nog een vraag. Zij vroeg al een aantal jaren geleden aan de toenmalige Minister om met een eenduidige regio-indeling te komen en vroeg nu: welke stappen zet de huidige Minister? Het klopt geheel dat er binnen zorg en welzijn veel verschillende regio-indelingen bestaan en dat dit anders kan en op den duur ook anders moet. Daarom laat ik in de eerste helft van 2023 onderzoek verrichten naar

verschillende opties om te komen tot verdere congruentie op de lange termijn, en ook naar wat de consequenties daarvan zijn en wat een goede weg daarnaartoe is. U denkt misschien: «verder onderzoek doen»? Maar als het eenvoudig was, dan was het in het verleden al wel opgelost. Zonder nou alle regio's weer langs te gaan: we noemden al de ROAZ-regio voor de acute zorg. Dat is iets wat zich gewoon al lange tijd bewezen heeft en nu meer dan twintig jaar bestaat, maar de intensievecare-regio's en de opleidingsregio's en sommige andere lopen daar niet een-op-een synchroon mee. Dus het is even zorgvuldig kijken hoe we dit kunnen verbeteren zonder dat er bepaalde gebieden figuurlijk tussen wal en schip vallen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik heb dat inderdaad het «matroesjkamodel» genoemd: dat het maar goed in elkaar past. De Minister zegt terecht: ik heb die 25 veiligheidsregio's, 11 ROAZ'en, 30 zorgkantoren en 12 provincies. Ooit zei de vorige Minister: het lijkt wel of iedere afdeling bij VWS haar eigen indeling heeft. Maar ik maak dan nog een ander verschil. Sommige indelingen zijn ook nog afhankelijk van een ander ministerie, maar kan de Minister datgene waar hij zelf over gaat, zeg ik maar, dan niet op korte termijn regelen? Ik heb in 2018 met mevrouw Diertens van D66 al een motie ingediend om dit aan te pakken.

Minister **Kuipers**:

Om wat dat betreft toch maar heel helder te zijn: ik vind dat de ROAZ-regio voor de acute zorg gewoon een belangrijk uitgangspunt is. Daarbij hoort wel de onderkenning dat de ROAZ-regio's, en zeker de grotere ROAZ-regio's, als het gaat over zorg dichtbij en over de combinatie met de wijkzorg en de langdurige zorg, goede aandacht moeten hebben voor subregio's die nou eenmaal bestaan. Kijk naar de regio Zuidwest-Nederland en de subregio Zeeland. We hebben het zojuist gehad over Drenthe. Er is een ROAZ-regio Noord-Nederland, maar op bijvoorbeeld wijkzorgniveau zijn daar verschillende afspraken voor Groningen, Friesland en Drenthe. En terecht. Vanuit ons perspectief is een ROAZ-regio voor de acute zorg een goed uitgangspunt.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Pouw-Verweij. Hoe zorgt de Minister ervoor dat de regio's kwalitatief goede plannen opleveren die ook de bereikbaarheid goed garanderen? Dan verwijs ik even naar het Integraal Zorgakkoord, waarin afgesproken is dat partijen gaan samenwerken om kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te organiseren. Ik heb zojuist al even benoemd dat wat mij betreft voor de acute zorg dan de ROAZ-regio's het eerste organisatieniveau zijn. Die plannen worden opgesteld aan de hand van door de partijen gezamenlijk geformuleerde criteria. Hoe zorg ik nou dat dat goedkomt? Dat is ook met behulp van de NZa en met de hulp van mijn ministerie. Wij moeten gezamenlijk zeggen: dit is wat wij erin verwachten. We moeten ook best practices met elkaar kunnen delen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg heeft toch nog een vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, ik ga er toch nog een laatste interruptie aan besteden. De Minister zegt nu een paar keer achterelkaar: voor de acute zorg is het ROAZ het goede uitgangspunt. Maar net hebben meerdere collega's aangevoerd dat de

kennis over de patiënt enorm belangrijk is, ook lokaal, en dat daarom nabijheid ook van belang is. Wanneer werkt men goed samen? Dat is toch vaak als men elkaar beter leert kennen. De Drentse Zorgtafel heeft dat laten zien en de tafel in Flevoland, maar ook de Zeeuwse Zorg Coalitie. Het is toch een beetje «onbekend maakt onbemind». Als men elkaar kent, gaat het beter. Doordat die regio-indeling op ieder terrein anders is, is er soms een heel vreemde overlap aan de ene kant, maar zijn er aan de andere kant ook veel witte vlekken. Het stelt me dus eigenlijk niet gerust dat de Minister nu gewoon herhaalt dat het ROAZ het goede uitgangspunt is voor de acute zorg, want we willen dat juist met een Integraal Zorgakkoord ook integraal aanvliegen.

Minister Kuipers:

Als ik benoem dat voor de acute zorg in de hele keten een ROAZ-regio een goed uitgangspunt is, zeg ik dat op basis van gemiddelde omvang, bestaande samenwerkingsrelaties en het feit dat men ook in de covidperiode nog intensiever met elkaar heeft samengewerkt, ook over de domeinen heen. Dat betekent niet dat er een hek om een ROAZ-regio heen gaat, want tezamen vormen ze Nederland en er zijn heel veel grensvlakken. Als we het bijvoorbeeld hebben over de regio Drenthe, raakt die heel nadrukkelijk aan bijvoorbeeld de ROAZ-regio van Zwolle en omstreken, Overijssel, en die raakt weer aan de ROAZ-regio Twente. Wij vragen dus nadrukkelijk om voor sommige onderdelen ook nadrukkelijk te kijken naar wat de samenhang is met de aanpalende ROAZ-regio's, naar wat het voor de gebieden betekent. Ik weet dat de discussie op tal van terreinen geldt. Die geldt tussen Brabant en Limburg. Hij geldt tussen Brabant en Zuidwest-Nederland, inclusief Zeeland. En zo kan ik wel doorgaan.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Hier even op doorgaand. Het valt natuurlijk op in dit debat dat we het eigenlijk vooral hebben over de ziekenhuizen, terwijl de Minister in zijn beleidsagenda wel zegt dat het breder is. Acute zorg gaat ook over de vvt, dat is de ouderenzorg. Dit is wel weer een soort flashback van corona. Toen moest ook samengewerkt worden en toen hoorden we echt heel erg veel vanuit ouderenzorgorganisaties: de ziekenhuizen hebben zo de lead en ze hebben ons zo weinig in beeld. Het sluit een beetje aan bij de vraag van mevrouw Van den Berg. Als je echt wil dat het integraal is, zal die hele vvt-sector ook cruciaal worden in die acute zorg. Dit is natuurlijk een Minister met een ziekenhuisachtergrond. Ik vind dat hij te makkelijk ... Het is een kunst om je eigen witte vlekken te kennen en te varen op de expertise die je wel hebt. Ik zou hem willen vragen hoe hij er nou voor zorgt dat juist die hele ouderenzorgsector en de vvt echt heel serieus genomen gaan worden en hun plek krijgen in die regiobeelden en ook in de besluitvorming.

Minister Kuipers:

Het is een volstrekt terecht punt dat dit ontzettend belangrijk is. In mijn inleidende spreektekst benoemde ik al de aantallen mensen die acute zorg nodig hebben, waar deze mensen worden geholpen en waar ze in sommige gevallen misschien beter en dichter bij huis zouden kunnen worden geholpen. Dan is de spoedeisende hulp-ziekenhuiszorg echt maar een minderheidsaandeel van de totale acute zorg die we leveren. Dat staat nadrukkelijk op het netvlies. Dat betekent ook dat in de pilot zorgcoördinatie – met excuses dat ik steeds op dezelfde voorbeelden terugkom – die overzichten er zijn. Er is dan gewoon inzicht in triage, ook voor de ggz-zorg, de wijkzorg, de elv-bedden en de vvt. Dat moet ook. Ik zal daar ook voor zorgen, ook richting de ROAZ-regio's. Maar ik hoef dat niet eens aan te geven, want als men dat niet doet, loopt men vast. Dat kunnen ze niet zonder elkaar. Dat was ook de hele reden om, hoe ambitieus ook,

bewust in te zetten op een integraal zorgakkoord in plaats van te zeggen: nou, laten we dat maar eens apart doen met de ziekenhuizen, apart met de wijkzorg en apart met de huisartsen, want dat is veel makkelijker en dan zijn we veel sneller thuis. Dat gaat geen oplossing zijn. Ik neem de nadrukkelijke waarschuwing om te letten op de eigen witte vlekken, graag mee. Het moet integraal.

De voorzitter:

Gaat u snel verder. We kunnen dan hopelijk nog een tweede termijn doen.

Minister Kuipers:

Ja, ik zal heel snel zijn. Mevrouw Ellemeet vroeg ook nog hoe de Minister samenwerking wil faciliteren in bijvoorbeeld de spoedpleinen. Dat is een ontzettend belangrijk voorbeeld. Spoedpleinen kunnen een goede samenwerking zijn in de acute zorg. Voor transformaties die hiervoor nodig zijn, zijn ook gelden beschikbaar, zoals net al even werd geadresseerd. Ik vind het heel belangrijk dat de goede voorbeelden worden gedeeld. Dat is om te beginnen aan mij en aan de NZa. Lokale en regionale omstandigheden moeten ook optimaal worden geadresseerd bij het opstellen van de plannen. Spoedpleinen zijn dan een heel goed voorbeeld.

Mevrouw Ellemeet vroeg naar het tijdpad voor een onderzoek naar een andere financiering. Ik parkeer die vraag even bij de discussie die ik zojuist heb geadresseerd over het eventueel komen tot andere normen. Wat is dan de impact en wat vraagt dat aan samenwerking, initiatieven, standaarden maar dus ook financiering? Voor 2023 is de toezegging al dat de financiering wordt gecontinueerd voor elk van deze gevoelige SEH's en verloskundeafdelingen.

Dan komen we bij de vraag van mevrouw Ellemeet over de ontwikkeling in de samenwerking «ouder, kwetsbaarder, chronische ziekte, lage SES, spoedzorg dichtbij». Is het mogelijk om het sociale domein hierbij te betrekken? Ik ben het er geheel mee eens – dit is al geadresseerd – dat het in de acute zorg om een zeer gedifferentieerde vraag en aanbod gaat, met grote aantallen personen die een spoedvraag hebben. Dat betekent ook dat geïnvesteerd moet worden in de eerste lijn en in het sociale domein. De verdere versterking van samenwerking tussen instellingen in een keten in een regio is iets waar ik vol op inzet. Dat betekent dus ook: kijken naar domeinoverstijgende samenwerking en het vereenvoudigen daarvan, ook met een focus op de Zvw, de Wlz en het sociale domein, en de ontwikkeling van gezamenlijke betaaltitels.

De voorzitter:

Uw vraag was specifiek.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Die ging over de weekenden en de nachten. Het sociaal domein is dan niet bereikbaar en dat leidt weer tot extra druk op de SEH's.

De voorzitter:

Snapt u de vraag, Minister?

Minister Kuipers:

Ja, ik begrijp de vraag heel goed. Dat wil je zo veel mogelijk voorkomen. Zonder het weg te zetten, vraagt dit allereerst iets van de regio's. Ik wil het graag meenemen en de vraag daar neerleggen. Die continuïteit moet er zijn. Zowel voor huisartsen als voor de medisch-specialistische acute zorg is het nodig om dit zo veel mogelijk te voorkomen.

Dat adresseert, denk ik, ook de vraag van mevrouw Tielen. Zij zei dat het steeds gaat over ziekenhuizen en vroeg welke plek de vervolgzorg straks heeft in de acute zorg. Laat ik het volgende opmerken, waarover we het

tot nu nog niet hebben gehad als het gaat over het opvangen van de acute zorgvraag. Ik heb het al wel even benoemd voor de situatie waarin mensen thuis hulp krijgen, maar hetzelfde geldt natuurlijk als je op een andere plek acute zorg krijgt, dus op de huisartsenpost of de spoedeisende hulp. Het grootste deel van het zorgtraject zit daar vervolgens achter. Ook daar moet je proberen in te zetten op het zo veel mogelijk dichtbij organiseren, lokaal en waar mogelijk ook thuis. Dat is een belangrijk onderdeel, misschien zelfs wel het grootste onderdeel, van het vervolg van de acute zorgvraag.

Dat adresseert ook de vraag wie er bepaalt of spoedposten sluiten of openblijven. Allereerst is er dus de discussie in de regio: hoe zorg je voor optimale continuïteit? Als de uitkomst daarvan is dat dit eventueel vraagt om differentiatie – welke zorg doe je waar; de voorbeelden zijn al genoemd – komt de vraag aan de orde wat dat dan betekent, ook in beschikbare capaciteit.

Mevrouw Paulusma vroeg of de Minister de samenhang kan aangeven tussen het IZA en de regioplannen acute zorg. Dat kan ik absoluut en van harte. Binnen het IZA committeren partijen zich aan een steviger regionale samenwerking op verschillende onderdelen, waarvan de acute zorg er een is. Ik benoemde al de ROAZ-beelden en de ROAZ-plannen. Dat moet echt een inzicht geven in de balans tussen zorgvraag en zorgaanbod, waarbij in een ROAZ vervolgens afspraken worden gemaakt – op onderdelen gebeurt dat in subregio's – over eventuele transformatieopgaven om te blijven zorgen voor toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg.

De voorzitter:

Dit is niet het antwoord dat mevrouw Paulusma wilde hebben.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik snap dat er samenhang is, maar volgens mij hebben wij in eerdere commissiedebatten ook gevraagd wie er nou doorzet als het niet lukt. Volgens mij stelde mevrouw Ellemeet die vraag ook: wat als het nou niet lukt? Ik denk juist dat die samenhang veel vraagt van professionals. We vragen veel van mensen. Dat vraagt om support, maar het vraagt zo af en toe ook om doorzetten. Ik snap wat de Minister net bedoelde in zijn beschrijving van de samenhang, maar mijn vraag was meer wie ervoor zorgt dát het in samenhang gebeurt, zodat we kwaliteit van zorg kunnen garanderen. Dit is eigenlijk in aanvulling op de vraag van mevrouw Ellemeet.

Minister Kuipers:

Excuus dan dat ik de vraag niet goed begreep. Het is heel belangrijk. Het is ook nu al een punt. Tot nu toe worden alle plannen eigenlijk geboren uit een noodzaak, die ook breed wordt onderkend, zoals ik net al zei. Maar: doorzettingsmacht is in de Nederlandse zorg een probleem. Als het nou niet lukt, wat gaat er dan gebeuren? Wat we daar nu voor doen, is toch nadrukkelijk zeggen dat het ROAZ ... We leggen het bijna wat dwingender op: we verwachten van u dat u regiobeelden opstelt, we verwachten dat u met plannen voor de toekomst komt et cetera. We stellen daar ook geld voor beschikbaar. We laten het monitoren door de NZa. Voor de discussie over eventuele vervangende normen zetten we het Zorginstituut sterk in the lead. Als dat uiteindelijk niet leidt tot de goede oplossingen, dan vraagt dat om een discussie die we parallel moeten voeren: wat is er nodig voor een mandaat? Dat kan bijvoorbeeld voor een ROAZ-voorzitter zijn. Wat moeten de mogelijkheden zijn voor een dominante verzekeraar in een regio? In het IZA staat daar al het een en ander over. In het verleden hebben we natuurlijk regelmatig gezien, ook in de acute zorg, dat de ene verzekeraar «ga maar linksaf» zegt, de andere verzekeraar «ga maar rechtsaf» zegt en er uiteindelijk niets gebeurt. Daar kunnen mensen zich ook achter verschuilen. Dat kan anders en daar zijn ook wel afspraken

over gemaakt. Helemaal aan het eind komt het bij een Minister en bij VWS terecht om te zeggen: zo nodig moeten we daarin toch bepaalde stappen kunnen zetten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Een korte vervolgvraag. Ik snap dat het helemaal aan het eind bij de Minister komt, maar dat is een wel heel ruim begrip. Ik vroeg eerder om duidelijke communicatie. Mensen maken zich zorgen om dingen, terecht of onterecht. Ik heb er wel behoefte aan om te weten wat «helemaal aan het eind» betekent en vooral wanneer dat dan is.

Minister **Kuipers**:

Nou, ik heb al een aantal punten aangegeven voor de discussie in 2023. Laat ik er ook nadrukkelijk bij zeggen dat we nu in discussie zijn over de situatie in een specifiek ziekenhuis hier niet zover vandaan. Ik geef daarbij van mijn kant aan, zo nodig in gesprek met burgers maar ook bij het lokale bestuur, dat we onze zorgcapaciteit, inclusief de acutezorgcapaciteit, nodig hebben en dat de acutezorgvraag alleen maar groeit, maar dat de kwaliteit op veel plekken gewoon echt beter moet en niet voldoende is, zonder dat bij een individuele zorgbestuurder of regio neer te leggen. Ik zeg daarbij ook dat als we doorgaan op dezelfde weg, de druk alleen maar groter wordt door meer SEH-sluitingen, langere rijtijden van ambulances et cetera. Dus daarmee probeer je comfort te bieden, ook wel met een tempo, want dat vraagt het gewoon. Ik ben bereid om zo nodig, uiteraard in gesprek met de Kamer, te zeggen welke eventuele doorzettingen je dan nodig hebt of aan iemand anders moet geven. Er is het komende jaar, de komende twaalf maanden, gewoon echt al voortgang nodig.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Den Haan vroeg of er een plan is om initiatieven met burgerparticipatie, zoals HartslagNu, te betrekken bij de toekomstbestendigheid van de acute zorg. Het antwoord is: zeker. Dat sluit ook aan bij de eerdere vragen van de heer Hijink over preventie en vroegdetectie. Deze initiatieven worden ook meegenomen in de landelijke plannen, waarin burgerhulpverlening zeker wordt gestimuleerd.

Ik kom bij het kopje overig, te beginnen bij de arbeidsmarkt. Mevrouw Ellemeet vroeg wat de Minister doet om het vak voor artsen en verpleegkundigen aantrekkelijk te maken. Mijn collega, de Minister voor Langdurige Zorg en Sport, heeft recent het programmaplan Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn toegestuurd. Met dat programma wil het kabinet, samen met alle relevante partijen, erop inzetten om het werken in de zorg aantrekkelijk te maken en te houden. Dat vraagt onder andere om waardering, een goede werkomgeving en tijd voor persoonlijke ontwikkeling. Het is belangrijk dat zorgprofessionals daar zelf inspraak in hebben. Ten aanzien van de acute zorg hebben we zojuist al even stilgestaan bij onder andere de opleiding verpleegkundige acute zorg. Dit is een van de modules waarmee we er ten minste voor kunnen zorgen dat we voldoende professionals hebben die ook een zeker carrièreperspectief hebben. Zij krijgen veel meer in één setting een modulaire opleiding die hun de mogelijkheid biedt om, hetzij parallel hetzij in verschillende fases van hun carrière, op verschillende plekken in de acute zorg te werken in plaats van dat we mensen telkens weer vragen om met begeleiding dingen te doen, omdat ze eerst op een SEH werken, dan op een ic, dan op een ambulance en later misschien op nog weer een andere plek. Dat kan veel slimmer en ook veel prettiger voor de desbetreffende mensen.

Mevrouw Ellemeet vroeg wat de Minister doet voor de uitbreiding van het aantal opleidingsplekken voor SEH-artsen. Recentelijk heb ik naar aanleiding van debatten al toegezegd dat ik zal zorgen voor de maximale instroom op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan. Als je naar het totale aantal kijkt, zie je dat het aantal artsen de afgelopen tien jaar, dus tussen 2012 en 2022, is gestegen van 250 naar ongeveer 650. Een aanzienlijk aantal mensen is nog in opleiding. Omdat het een relatief jonge medische beroepsgroep is, verwacht ik dat die opleidingsaantallen de komende drie jaar zullen leiden tot een aanzienlijke verdere stijging van het aantal SEH-artsen, nog los van wat er instroomt in de opleiding. Binnen het totaal van medische vervolgoopleidingen is het een van de sneller groeiende groepen. Ik snap de roep om het nog sneller te doen, maar we moeten ons realiseren dat als je het heel snel doet, je op een later moment een soort varkensgolf creëert. Dat klinkt een beetje oneerbiedig, maar dan heb je tegelijkertijd heel veel mensen van dezelfde leeftijd die later weer tezamen vertrekken.

De voorzitter:

Een varkenscyclus.

Minister Kuipers:

Ja, een varkenscyclus of een SEH-cyclus.

Mevrouw Tielen vroeg hoe het gaat met de flexibele inzet en het herschikken van taken. Taakherschikking is in het algemeen een belangrijk instrument om in te spelen op een veranderende en stijgende zorgvraag. We hebben al benoemd dat dit in de praktijk lang niet altijd goed van de grond komt. Dat kan ook komen door bijvoorbeeld twijfel tussen beroepsgroepen over competenties. We hebben dat onlangs een tijd gezien bij een nieuwe opleiding. Voor sommigen is dat nu gelukkig opgelost. Heel lang hadden we mensen die wel opgeleid waren met een bachelor medische hulpverlening en toch niet op een ambulance, een ok of een andere plek terecht kwamen. Dat moeten we veel sneller oplossen, want we hebben gewoon iedereen nodig. De competenties van deze mensen bleken uitstekend te zijn en zij waren zeer goed inzetbaar in bijvoorbeeld de ambulancezorg. Nogmaals, het is belangrijk om te benadrukken dat er bijvoorbeeld vanuit een BIG wat dat betreft geen belemmeringen zijn. Niet iedereen hoeft bevoegd te zijn en er mag ook gewerkt worden vanuit een opdrachtconstructie. Mevrouw Tielen weet dat. Dus vermeende belemmeringen zijn niet altijd reële belemmeringen. De vraag van mevrouw Paulusma over physician assistants hebben we al geadresseerd.

Dan komen we bij het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en de doorontwikkelingen. Partijen, verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel, werken aan uitbreiding en doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Zorginstituut en LNAZ ondersteunen daarbij. Daarbij gaat het onder andere over de verbinding met de acute psychiatrie, de wijkverpleging, de langdurige zorg en bijvoorbeeld ook de – daar hebben we het nog niet over gehad – farmaceutische spoedzorg.

Mevrouw Tielen vroeg: hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat alle SEH's klaar zijn om de gegevens vanuit de ambulance te ontvangen? Door een programma, Met spoed beschikbaar, ondersteunen de SEH's de implementatie van die gegevensuitwisseling met de ambulance. Dan gaat het ook over gesprekken met ICT-leveranciers om te zorgen dat die uitwisseling ook technisch gereed is. Voor veel ziekenhuizen, een merendeel van de ziekenhuizen, is die uitwisseling technisch al gereed, maar voor de overige ziekenhuizen wordt samen met leveranciers naar een oplossing op zo kort mogelijke termijn gezocht.

Mevrouw Tielen vroeg ook hoe het nu in de praktijk werkt met de gegevensuitwisseling in de acute zorg. Tussen huisartsen, hap, ambulance en SEH verloopt die uitwisseling nog wisselend. Met het wetsvoorstel

Aanpassing voorwaarden gegevensuitwisseling acute zorg wil ik het mogelijk maken dat voor de acute zorg noodzakelijke gegevens via opt-out beschikbaar worden gesteld. Ik streef er daarbij overeenkomstig een onlangs aangenomen motie van mevrouw Van den Hil en mevrouw Tielen naar om dat wetsvoorstel uiterlijk voorjaar 2023 in te dienen. Mevrouw Tielen vroeg aanvullend welke stimulansen er in de acute zorg zijn om innovaties onderling uit te wisselen en in de werkpraktijk te brengen. Die stimulansen en goede voorbeelden zijn er volop. Ik ben het geheel met de impliciete onderliggende vraag eens: iets wat heel goed blijkt, wordt ergens anders soms niet overgenomen omdat het daar niet uitgevonden is. Ook daar zet ik op in. Als ik één voorbeeld mag noemen: het is de nadrukkelijke inzet richting alle regio's dat men zich bijvoorbeeld in de covidzorg, maar dat is veel breder inzetbaar, inzet op de monitoring van patiënten thuis. Dat kwam eerst maar heel langzaam van de grond, maar wordt nu breed geïmplementeerd. Dat is op dit moment minder relevant voor covid, maar heel relevant voor patiënten met chronisch hartfalen, chronisch longlijden en tal van andere aandoeningen. De heer Van Houwelingen vroeg of de Minister een verklaring heeft voor de sterke stijging van het aantal ambulanceritten en of ik bereid ben om daar onderzoek naar te doen. Ik heb in de brief van 1 november inderdaad de resultaten van de analyse van die stijging door AZN met u gedeeld. AZN gaf aan dat er grote regionale verschillen zijn, zowel in de toename van het aantal ritten als in de oorzaken. Daarbij gaat het over bevolkingsgroei, vergrijzing, verandering van zorgvraag, tekorten aan zorgpersoneel in de hele sector, en ook de bereikbaarheid van zorgpartners die onder druk staan. Dan gaat het met name over stops van haps en SEH's als belangrijkste factoren.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank voor het antwoord. Ik heb die brief uiteraard gelezen. Ons gaat het om die zeer sterke stijging: 8% per jaar, sinds 2021; vorig jaar en dit jaar weer. Er staat in die brief niks over de aanleidingen voor de ambulanceritten. Je kunt in een ambulance belanden omdat je bijvoorbeeld een ongeluk hebt gehad of een beroerte of een hartfalen. Mijn vraag gaat natuurlijk niet zozeer over dat er andere oorzaken zijn. De vraag is gericht op wat nou de reden was dat mensen vaker ambulances hebben opgebeld. Dat moet te onderzoeken zijn, want er is vast een registratiesysteem, mag ik aannemen, waarom mensen de ambulance bellen, om welke ziekte het dan gaat. Die cijfers zouden we graag willen krijgen. Volgens mij is zo'n onderzoek eenvoudig te doen. Het is geen Deloitteonderzoek. Dit zou echt in een halfuurtje moeten kunnen.

Minister **Kuipers**:

In de eerdere brief staan gewoon ... Ik noemde net een hele lijst op. Als je puur naar de voorbeelden kijkt, en we kunnen uitgebreider zijn, dan zie je dat van heel specifieke ziektebeelden, zoals een acute hartaanval of een beroerte et cetera, de aantallen groeien. Dat heeft met de vergrijzing te maken. Die aantallen zijn exact bekend; dus die aantallen kennen we. Wat we wel zien, bijvoorbeeld aan die verschillende zorgcoördinatiepilots – dat heeft ook te maken met een «mondige burger» – is dat er meer aanspraak wordt gemaakt op spoedzorg en ook op 112, zonder dat dat per se een spoed- en een ambulancerit is. Dat is dus een situatie zonder dat nou de hele set van redenen is genoemd. De aantallen échte acutezorgvragen, die levensbedreigend zijn, kennen we exact, en de rest kennen we niet exact.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dat is geen antwoord op mijn vraag. Het is ook voor mij totaal geen geloofwaardig antwoord. Nogmaals, iedereen is verbaasd. Het RIVM zegt dat er volgend jaar tientallen extra ambulances nodig zijn. De voorzitter van Ambulancezorg Nederland zegt – ik citeer: «Ik kan het niet verklaren;

we staan voor een raadsel». De Volkskrant noemt de sterke stijging «absurd». Sinds begin 2021 zien we een hele sterke stijging. Dan kan je niet afdoen met te zeggen: de bevolking is gegroeid. Dat weet ik ook wel, maar de bevolking is niet met 8% per jaar gegroeid. Wat ik in die brief lees, is voor mij totaal niet geloofwaardig. Het moet toch heel simpel te doen zijn. Ik vraag hier niet veel. Ik vraag hier om de onderliggende data met de redenen waarom mensen een ambulance gebeld hebben. Dat onderzoek moet in een halfuurtje te leveren zijn. We vragen iets heel kleins.

Minister Kuipers:

Nee, ik ben bang dat dat niet in een halfuurtje te regelen is.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dan wat langer.

Minister Kuipers:

Nou, dat vraagt dan opnieuw ... We hebben het hier, terecht, heel vaak over registratie en registratielast. Dat vergt een heel intensief onderzoek. We kennen het verloop van de echte levensbedreigende aandoeningen. Een meldkamer doet een triage maar weet niet wat het vervolg is; die weet niet wat de uiteindelijke diagnose op de huisartsenpost is. Daar zit gewoon een firewall, een scherm tussen. Dus wat daar uiteindelijk uit komt, is niet gekoppeld. Het vergt dan dus een zeer intensief onderzoek om te kijken wat daar exact uit komt. Wat we wel weten is het volgende. Ik benoemde in mijn spreektekst al wat de inzet van zorgcoördinatie aan mogelijkheden biedt om ook 112-spoedvragen om te zetten naar iets anders dan een direct uitrukken van een ambulance. Dan blijkt het om aanzienlijke delen te gaan. Dat heeft dus ook gewoon te maken met het feit dat burgers op allerlei momenten eigenlijk niet goed weten waar ze met een acute vraag terecht kunnen, anders dan door 112 te bellen. Dat kan ook op een andere manier.

De voorzitter:

Meneer Van Houwelingen, dit is uw laatste vraag.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ja, dat weet ik. Dit is gewoon niet te bevatten. Ik kan het nauwelijks geloven. We spreken hier met de Minister van Volksgezondheid. Er is een enorme sterke stijging van de vraag naar ambulances sinds begin 2021. Sinds begin 2021 stijgt die met bijna 10% per jaar. Mensen maken zich daar zorgen over. Een goede vriend van mij in Middelburg ziet continu ambulances op en af gaan. Als Minister van Volksgezondheid zou ik dan graag willen weten waarom dat zo is. Waarom bellen mensen ineens zo massaal ambulances? En u zegt: dat is lastig te onderzoeken. Desnoods doe je kwalitatief onderzoek, en ga je mensen die op ambulancediensten werken vragen hoe dat komt. Ik kan niet geloven dat er niks bekend is over de redenen waarom mensen een ambulance bellen. Dat is totaal ongeloofwaardig.

Minister Kuipers:

Deze kwalificatie laat ik graag aan de heer Van Houwelingen zelf. Ik heb de precieze getallen over de ambulancezorg hier nu niet paraat, maar ik kan ze in de tweede termijn even opnoemen. Het is verstandig om wat dit betreft naar een veel langer frame te kijken, bij wijze van spreken naar meerdere jaren, tijdens covid maar ook voor covid. De ontwikkeling, die een toename van de acute zorg laat zien, is al heel lang aan de gang en zal ook niet stoppen. Dat is des te meer een reden om echt na te denken over een andere inrichting, over het mensen op een andere manier helpen. De concrete vraag van de heer Van Houwelingen is of ik alsjeblieft voor 2021

kan aanleveren wat de redenen voor het bellen met 112 of een huisartsenpost waren en of ik kan vertellen wat daar uiteindelijk uitgekomen is. Het antwoord is: dat kan ik niet aanleveren; dat zijn gescheiden databases. Ik kan wel aangeven hoeveel mensen in 2021 gediagnosticeerd zijn met een acute hartaanval of hoeveel mensen met een beroerte, maar ik kan u niet exact aangeven welke percentages en welke aantallen 112-meldingen bij welke zorgvraag horen, en wat daar uiteindelijk uitgekomen is. Dat gaat niet. Overigens maak ik daar de opmerking bij dat het weliswaar goed is om naar 2021 en die 8% te kijken, maar dat het ook verstandig is om dat in een meerjarig perspectief te plaatsen. De stijging is al heel lang aan de gang.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Toch even in aanvulling daarop. Ik denk dat de heer Van Houwelingen doelt op een zorg die bij een bepaald deel van de Nederlandse bevolking speelt. Mocht het nou zo zijn ... Ik zeg niet dat het zo is ... Er zijn mensen die met de angst zitten dat er sinds de vaccinatiecampagne een sterke stijging van bepaalde aandoeningen is. Er wordt meteen gelachen, maar ik denk dat dit wel belangrijk is, juist ter geruststelling van mensen. Ik merk dat een aantal mensen hier in de zaal zich daar totaal geen zorgen over maakt. Dan is het misschien goed dat de Minister daar gewoon eens duidelijk antwoord op geeft. Mocht het zo zijn dat er sinds begin 2021 een grote stijging is geweest in het aantal hartaanvallen – u zegt zelf dat daar cijfers over zijn – is dat dan iets waar de Kamer over op de hoogte gesteld zou worden?

Minister **Kuipers**:

Het aantal geboortes, het aantal hartaanvallen, het aantal CVA's, en veel breder het aantal kankerdiagnoses et cetera wordt geregistreerd. Corrigeert u mij als het niet zo is, maar ik interpreteer de vraag van de heer Van Houwelingen als volgt: kan ik precieze getallen aanleveren die verklaren waarom er in 2021 voor 1,4 miljoen mensen een ambulancerit is ingezet? Dat kan ik niet. Die gegevens heb ik niet en die krijg ik ook niet.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dat is niet mijn vraag. Wat volgens mij hieronder ligt is dat het op social media soms lijkt alsof mensen met bosjes omvallen vlak nadat ze een prik hebben gekregen. Volgens mij leg ik meneer Van Houwelingen de vraag in de mond of dat op waarheid berust. Mijn aanname is – maar ik krijg graag een bevestiging van de Minister – dat als de Minister cijfers zou ontvangen over een zorgelijke stijging van bijvoorbeeld het aantal hartaanvallen onder de Nederlandse populatie, hij ons als Kamer daarover zou informeren.

Minister **Kuipers**:

Als dat zo zou zijn, dan zou ik dat uiteraard doen, als die gegevens ook bij mij in het vizier komen. Voor nu heb ik ze niet. Ik kan ook de link niet maken met de ambulance-inzet. Ik heb hier de cijfers over de aantallen inzetten. In 2017 waren dat er 1,31 miljoen. In 2018 werden dat er 1,32 miljoen, en in 2019 werd het 1,35 miljoen. In 2020 daalde het naar afgerond 1,3 miljoen en het jaar daarna is het 1,408 miljoen. Dat is ten opzichte van 2019 een stijging van 60.000. Omdat er een dip was in 2020, is het een forse stijging. Ten opzichte van de reeks 2017, 2018 en 2019 is het een continuering. De outlier is 2020; toen was het veel lager.

De **voorzitter**:

De Minister leest nu een tabel voor. Meneer Van Houwelingen, kort en afsluitend.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ja, ik zal het kort houden. Ik ken deze cijfers. Het is dus dit jaar en vorig jaar met 8% gestegen ten opzichte van het vorige jaar. Mijn vraag is heel simpel. Mensen bellen de ambulance; daar is een reden voor. Kan u bijvoorbeeld die 1,3 miljoen uitsplitsen? Niet exact, precies, maar voor een aantal jaren? U mag kiezen: het mag ook over vijf jaar, tien jaar, de hele periode. Ik vind het allemaal best, maar kunt u het rubriceren in de zin van: dit was een beroerte, dit waren ongevallen, dit was hartfalen? Kunt u die cijfers gewoon uitsplitsen naar de reden waarom mensen een ambulance bellen? Alles wordt geregistreerd in dit land, dus ik kan nauwelijks geloven dat dat niet kan.

Minister **Kuipers**:

Ik probeer hem zo te beantwoorden dat Het antwoord is: nee, dat kan ik niet. U kunt wel heel verbaasd kijken, maar ik kan dat niet. Want mensen bellen naar het spoednummer, een hap, een 112-post. Daar vindt een triage plaats. Ik kan een voorbeeld geven. Mensen bellen en zeggen: ik heb acute hoofdpijn. Daar kunnen heel veel verschillende dingen achter zitten. Aan de hand van de triage wordt besloten wat daarbij de meest geëigende plaats van presentatie en inzet van zorg is. Wat daar dan vervolgens uitkomt, bij de huisarts, op de spoedpost et cetera, wordt niet gekoppeld aan en teruggekoppeld met die triage. Daar is ook geen zicht op. Dus ik kan niet zeggen: zoveel patiënten hebben gebeld voor x en zoveel voor y.

De **voorzitter**:

Dat is het antwoord waar u het mee moet doen. We zijn aan het eind van de beantwoording in eerste termijn gekomen. Als u heel snel bent, kunnen we nog een tweede termijn doen. Maar dan moet u het heel snel doen. Eerste spreker in tweede termijn is mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister voor de toezegging om in ieder geval geen oude schoenen – lees: normen – weg te gooien voordat er nieuwe zijn. Ook dank voor de toezegging dat er een aparte reactie komt op het onderzoek van TNO, uitgevoerd in opdracht van de ziekenhuizen, waaruit eigenlijk blijkt dat sluiting meer kost dan dat het opbrengt. Ik dank de Minister er ook voor dat hij erkent dat het Deense onderzoek relevant is.

Ik zie toch nog wat problemen in de «regiomatroesjka» en in de manier waarop de nabijheid van zorg meegenomen gaat worden in de normen. Dus daar wil ik toch graag een tweeminutendebat over aanvragen. Dan zijn er nog twee vragen van mij die ik nog heb staan. De Patiëntenfederatie wordt ook betrokken bij de regioplannen, maar ik had ook gevraagd wat de positie is van de verpleegkundigen en de verzorgenden. Er is even kort gesproken over doorzettingsmacht. De Minister heeft gezegd dat de organisaties zich lerend moeten opstellen met betrekking tot innovaties. Hoe gaat hij ervoor zorgen dat die vrijblijvendheid er afgaat?

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Pouw.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Voorzitter. Dank voor de toezegging over de 45 minuten norm. Ik heb er nog wel een aanvullende vraag over, want ik overweeg een motie over dat onderwerp, hoewel ik natuurlijk veel liever een toezegging heb van de Minister. Ik zou nog wel heel graag zien dat welke variant in opvolging daarvan ook wordt verzonnen en welke kwaliteitskaders daarin ook geschetst worden, we wel heel erg duidelijk voor ogen houden dat juist de

toegankelijkheid en tijdigheid van zorg een belangrijke factor moet zijn van dat kwaliteitskader. Ik ben persoonlijk toch echt wel van mening dat juist bij spoedeisende zorg, je tijdigheid niet los kan zien van kwaliteit, omdat die met elkaar vervlochten moeten zijn.

Nog twee hele korte aanvullende vragen. We hebben het in de eerste termijn gehad over de vermenging van de eerste lijn en de «anderhalfste» lijn, om het maar even zo te noemen. Bij het IZA-debat hebben mevrouw Van den Berg en ik een motie ingediend over het aangaan van het gesprek en het tegemoetkomen aan de wens van de huisartsen. Ik vroeg mij af of de Minister al gesproken heeft met de huisartsenorganisaties en of hij daar al iets over kan zeggen. En omdat er veel vragen gesteld zijn over ouderenzorg en over hoe chronische zorg tot acute problemen kan leiden, heb ik nog de vraag of er ook voldoende samenwerking is met Minister Helder, bijvoorbeeld over de verpleeghuiszorg en de ouderenzorg.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter, dank. Dank aan de Minister voor zijn antwoorden. Ik vind de debatten met de Minister altijd zinvol. Dat is namelijk ook weleens anders geweest, in de zin van «je doet weer een rondje waarna je weer eindigt waar je was begonnen», maar dat heb ik hier niet bij. Dus ik ben echt blij met de duidelijke toezegging: ik ga niks veranderen aan die 45 minuten tot er wat anders is.

Het andere waar ik echt blij mee ben is het volgende. In dit debat hebben we wel een amendement op de beleidsagenda gemaakt, namelijk waar het erom gaat dat nabijheid van zorg niet onderdeel zou zijn van kwaliteit van zorg. De Minister zegt dat hij ook bij zo'n nieuwe norm gaat kijken naar nabijheid. Nogmaals, voor mij gaat het daarbij niet alleen over gevoel maar ook over de toegevoegde waarde voor de kwaliteit om te werken met een bekende patiënt en een bekende huisarts, om maar iets te noemen.

Dan wat betreft de inzet van de transformatiegelden voor de samenwerking tussen ziekenhuizen. Het is inderdaad goed dat daar nu sprake van is. Het is natuurlijk geen structureel geld, dus ik hoop dat de Minister de vinger aan de pols houdt en dat het ook «vertrouwd» wordt, om het zo maar te zeggen, door zorgstellingen om met deze transformatiegelden zo'n samenwerking zoals we die in het Noorden zien, van de grond te krijgen. Ik houd hem eraan dat hij goed in de gaten blijft houden dat de vvt een volwaardige positie heeft in de plannen rond de acute zorg. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister voor de antwoorden. Het is goed dat er nu duidelijk wordt uitgesproken dat zolang er nog geen andere normen zijn, we ook niet opnieuw de discussie hebben over het sluiten van spoedeisendehulpverlening. Maar zeker van een veilige toekomst voor onze ziekenhuizen ben ik eigenlijk nog lang niet. Ik zit inmiddels al zo'n zeven jaar op deze plek en ook in de periode daarvoor was er een permanente discussie over het voortbestaan van ziekenhuizen in met name de regio. Of het nou Zeeland, de Achterhoek, Limburg, Noord-Holland of Flevoland is, het is een permanente strijd om aan te moeten tonen dat je er als ziekenhuis mag zijn en dat je ook een volwaardig ziekenhuis mag zijn. Ik denk dat dat juist een van de redenen is dat deze ziekenhuizen steeds meer moeite hebben met het vinden van personeel en het ook moeilijk is om de juiste artsen naar die ziekenhuizen te krijgen.

Je moet daarom dus meer zekerheid inbouwen, ook op de langere termijn, dat deze ziekenhuizen hun voortbestaan verdienen. Dus ik wil de Minister vragen om daarop te reageren. Ik haak ook graag aan bij het verzoek om een tweeminutendebat teneinde hierover moties in te dienen. Ik denk namelijk echt dat die zekerheid nodig is, ook voor de langere termijn, omdat het schadelijk is voor de zorg dat we hier permanent discussies moeten voeren over welke afdelingen en welke ziekenhuizen waar wel of niet moeten verdwijnen. Dat moet echt stoppen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor zijn antwoorden. Ik heb het gevoel dat een aantal misverstanden de wereld uit zijn. Die leefde overigens niet bij mij, maar wel bij een aantal anderen. Dat is op zichzelf al een nuttige uitkomst van het debat.

Ik voorzie dat wij het komende jaar nog wel van gedachten gaan wisselen over kwaliteitsnormen en het zoeken naar hoe in de regio de spoedzorg als uithangbord fungeert voor alles wat daarna aan vervolgzorg komt. We zullen het vast niet altijd met elkaar eens zijn, maar volgens mij heeft iedereen wel hetzelfde doel voor ogen. Tenminste, dat zet ik in mijn hoofd. Ik had nog één vergeten vraag. Die ging over innovaties thuis. De Minister had in zijn brief iets geschreven over hoe innovatieve vormen van acute zorg thuis een rol kunnen moeten hebben in de spoedzorg van de toekomst. Ik was vooral nieuwsgierig naar hoe hij zorgt dat de beroepsgroepen daarmee aan de slag kunnen. Hoe ziet hij dat?

Dank u wel?

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank, voorzitter. Ook dank aan de Minister en zijn staf. Ik had nog twee openstaande vragen. De eerste ging over de communicatie en het betrekken van burgers. Het geeft veel onrust als mensen het idee hebben dat ze wat anders lezen dan dat er staat. In de brief die wij al hadden gekregen voor dit debat, schreef de Minister bijvoorbeeld: deze beschikbaarheidsbijdragen zullen in deze specifieke vorm op termijn komen te vervallen, maar niet voordat er zicht is op vervangende maatregelen. Dat had ons allen wellicht in deze discussie gescheeld.

Ik had nog een vraag gesteld over de opt-outregeling en de strubbelingen tussen de ambulances en de spoedeisende hulp. Kan er überhaupt niet een versnelling op die opt-outregeling?

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Van Houwelingen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank. Het laatste onderdeel van dit debat is voor mij natuurlijk verbijssterend. We hebben te maken met een sterke stijging van het aantal aanvragen van ambulances sinds begin 2021. Ik kan niet geloven dat daarover geen data zijn en dat niet onderzocht kan worden waarom mensen ambulances bellen. Wij gaan daar zeker een motie over indienen. Als die data er echt niet zijn, dan kan er alsnog onderzoek gedaan worden, namelijk kwalitatief onderzoek. Ik kan mij niet voorstellen dat die data er niet zijn. De Minister kan een onderzoeksopdracht geven om vragen te stellen aan mensen die op ambulances werken. Vraag hen: wat is er de afgelopen twee jaar gebeurd? Als ik de Minister van Volksgezondheid zou zijn met al die zorgen, die oversterfte en alles wat er speelt, zou ik dat wel

uitzoeken. Dan komt er misschien wel uit dat er andere oorzaken zijn. Nou, dan kunt u mensen geruststellen. Maar u zegt: ik kan er niks over zeggen, ik wil er niks over weten en ik wil er geen onderzoek naar doen. Zo krijg je dus argwaan. Zo krijg je argwaan. Het is op zich een uitgestoken hand van mijn kant, maar die wordt niet aangenomen. Ik zal een motie indienen en ik hoop dat de Minister er wat mee doet.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. In de periode dat ik volksvertegenwoordiger mocht zijn in dit huis, zijn er 24 spoedeisendehulpdiensten gesloten, maar er was geen bewindspersoon die ooit zei: ik ga dat beleid voeren en met mijn beleid ga ik al die spoedeisendehulpdiensten sluiten. Die beschikbaarheidsbijdrage is in het leven geroepen om als een spoedeisendehulpdienst open te houden. Dan gaat die norm weg en gaat die beschikbaarheidsbijdrage weg. In mijn simpele één plus één is twee gaan dan ook spoedeisendehulpdiensten weg. Als ik dan van de Minister te horen krijg dat dat aperte onzin is, dan vind ik dat wel iets te scherp op de snede. Alles mag tegen mij gezegd worden, maar ik vond deze echt een beetje uit de bocht vliegen, want ik heb het goed onderbouwd. Ik heb mijn spulletjes allemaal bij me. Ik snap dat de Minister ook niet graag degene wordt die uiteindelijk nog een heleboel spoedeisendehulpdiensten gaat sluiten, maar dat kan wel het gevolg zijn van de beslissingen die hij de komende weken neemt. We zullen meer horen over wat hij gaat doen ter vervanging van die 45 minuten norm. Maar het kan wel een consequentie zijn van het beleid dat hij gaat voeren. Dat wilde ik gezegd hebben.

Ik had ook nog een vraag gesteld aan de Minister over die concentratie van de spoedzorg. Dat geeft veel extra ambulancebewegingen. Patiënten komen binnen bij een streekziekenhuis. Het streekziekenhuis heeft onvoldoende beschikbaarheid van mensen, middelen of vaardigheden. De patiënt wordt dan doorgestuurd naar een gespecialiseerd ziekenhuis met de ambulance. Die komt dan na een aantal dagen weer terug in het streekziekenhuis om daar verder aan te sterken. Dat zijn allemaal extra bewegingen van ambulances door concentratie. Ik zou daar graag van de Minister nog een reactie op willen. Ziet hij in dat zijn concentratie van spoedzorg ook leidt tot extra ambulance-inzet?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Ik kijk naar rechts of het de Minister lukt om in drie minuten alle antwoorden te geven, of in twee minuten; dat mag ook.

Minister Kuipers:

Twee? Ik zal mijn best doen. Ik moet even in mijn papieren kijken.

De voorzitter:

Collega's, als er aan het eind nog steeds een vraag is, kom ik weer bij u, maar ik laat de Minister eerst alles helemaal afronden.

Minister Kuipers:

Ik laat datgene wat ik zelf heb opgeschreven en datgene wat ik hier krijg, even parallel lopen. Allereerst is er de vraag van mevrouw Van den Berg of V&VN ook is betrokken bij de regioplannen. Het antwoord is ja. Ze zitten nadrukkelijk in de discussie en ze zitten aan tafel bij het Integraal Zorgakkoord. Ze worden er dus nadrukkelijk bij betrokken.

Mevrouw Van den Berg had ook een vraag over vrijblijvendheid. Ik heb het woord «vrijblijvendheid» opgeschreven, maar helpt u mij nog even bij de specifieke vraag.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dat was mijn eerste vraag. De Minister heeft geschreven dat e-healthinnovaties ook een positieve bijdrage kunnen leveren en dat hij vindt dat de organisaties zich lerend moeten opstellen. Mijn vraag is hoe je die vrijblijvendheid dan gaat weghalen.

Minister **Kuipers**:

Dank. Soms zijn mijn aantekeningen zo cryptisch dat ik het zelf ook niet meer weet. Dit raakt aan het punt dat ik zojuist al noemde. Als organisaties of regio's op welke wijze dan ook, bijvoorbeeld via de inzet van e-health en digitale modules, kunnen laten zien dat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verbetert, moeten anderen dat, daar waar dat relevant is, nadrukkelijk overnemen. Ik heb daar al een voorbeeld van gegeven uit de covidzorg. Dat wil ik ook in de acute zorg breder doen. We hebben lang gezien dat implementaties landelijk soms gewoon te traag worden uitgevoerd en dat iedere keer opnieuw het wiel wordt uitgevonden. Dat is frustrerend voor patiënten en soms ook voor zorgmedewerkers die ermee aan de slag willen. Soms is het ook frustrerend voor leveranciers, die zeggen dat zij allang hebben bewezen dat het werkt en vragen of het anders kan.

Mevrouw Pouw vroeg naar toegankelijkheid en tijdigheid als belangrijke factoren. Zij vroeg of ik daar een toezegging over kan doen. Het antwoord is ja. Ik vind het allebei belangrijk. Het zijn belangrijke factoren in de kwaliteit van zorg en overigens ook in de beleving.

Mevrouw Pouw vroeg ook of ik de huisartsen ondertussen gesproken heb. Ook het antwoord op die vraag is ja. Dat wil zeggen dat ik ondertussen met een ronde door het hele land bezig ben om in alle LHV-regio's te spreken met een vertegenwoordiging van huisartsen. Dat loopt. Ik heb nog niet iedere regio gehad, maar al wel de nodige. Die gesprekken lopen dus. Ik herken daarin heel erg de zorgen die er zijn. Wij zitten al heel lang in een situatie van meer zorgvraag. Gaat dan nu, ook met zo'n IZA, wel gebeuren wat we eigenlijk willen wat er gebeurt? Laat ik daarbij het volgende benoemen. Heel veel zaken zijn in gang gezet, dus huisartsen worden telkens nadrukkelijk uitgenodigd om aan de discussies deel te nemen, ook al hebben ze misschien niet getekend voor het IZA. Alleen dan lukt het ook goed. Dat geldt ook voor de nabije toekomst. Ik hoop natuurlijk dat ze het de komende periode of later wel tekenen, maar ook als ze dat niet doen, heb je op een bepaalde manier commitment nodig en dat kan in verschillende vormen.

De **voorzitter**:

Het antwoord was ja, dus gaat u vooral snel verder.

Minister **Kuipers**:

Minister Helder en andere zorg en samenwerking: zeker. Dat raakt niet alleen aan de vraag van mevrouw Pouw, maar ook aan de vraag van mevrouw Ellemeet. Het slaat ook weer terug op de blinde vlek en de oproep om op te letten. Ik heb dit zojuist ook al geadresseerd. Ik zal dit nadrukkelijk doen.

Mevrouw Ellemeet vroeg ook naar de inzet van de transformatiegelden. Ja, die is tijdelijk, maar we moeten nadrukkelijk zien of het voldoende is om de transformatie daadwerkelijk vorm te geven en ook te bestendigen. We hebben er niets aan als we inzetten op iets, waarna de tijdelijke gelden verdwijnen en het niet voldoende wordt ingebed in structurele financiering zodat het allemaal weer terugvalt. We zullen daar nadrukkelijk aandacht voor hebben.

De heer Hijink vroeg of we ziekenhuizen de zekerheid kunnen geven dat ze hun positie verdienen. Betekent dat dan ook dat we de komende periode de discussie kunnen stoppen over welke ziekenhuizen gaan verdwijnen? Ik wil dat zeer graag. Dat betekent niet dat ziekenhuizen in de acute situatie niet onder druk kunnen komen te staan. Op dit moment hebben we zo'n gesprek met een ziekenhuis hier in de regio. Het lijkt erop dat daar een oplossing voor is gekomen. Dat kan in de komende periode, net als in het verleden, opnieuw optreden, maar ik gaf al aan dat we alle capaciteit nodig hebben. Van ziekenhuizen vraag je dan wel dat ze dat gesprek ook voeren binnen een regio: hoe kunnen wij er met onze inzet voor zorgen dat de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid van zorg in de regio wordt verbeterd? Dat betekent ook een wat andere inzet dan in competitie gaan met elkaar. Samenwerken is een nieuwe norm. Dat is nu gewoon nodig. Mevrouw Tielen vroeg naar innovaties thuis en het meenemen van de beroepsgroepen daarin. Dat raakt een beetje aan de discussie met mevrouw Van den Berg. Ik deel dat helemaal. Er zijn tal van prachtige ontwikkelingen waarmee bijvoorbeeld patiënten met chronische ziekten op een andere manier gemonitord kunnen worden en ook veel meer in the lead kunnen zijn om op basis van parameters zelf te acteren. Het gaat dan om chronische hart- en vaataandoeningen, chronische longaandoeningen, diabetes et cetera. We willen er graag voor zorgen dat dat doorgezet wordt.

Mevrouw Paulusma vroeg naar communicatie en het betrekken van burgers. Dat is inderdaad een belangrijk onderdeel. We zien een deel van deze discussie nu ook bij het wel of niet verdwijnen van een spoedpost of een SEH. Dat is aan mij, maar bijvoorbeeld ook aan ROAZ'en en zorgbestuurders. Ik denk dat daar wel degelijk een heel andere rol kan worden gepakt. Zorgbestuurders van een instelling zelf, of dat nou een ziekenhuis is of een vvt, kunnen ook zeggen: wat ik nu in handen heb en wat mij gevraagd wordt om met mijn ROAZ te doen, moet de komende periode voldoende comfort bieden aan mijn lokale bestuur en aan mijn burgers. Dit is dus ook een oproep aan regionale bestuurders in de zorg: ga in gesprek met je lokale pers en met je burgers om dit uit te stralen. Ik zal zeker kijken waar de opt-out in de acute zorg kan worden versneld. Ik heb daar zojuist al iets over gezegd.

De heer Van Houwelingen gaf aan dat hij met een motie komt. Ik ga die zien. Ten aanzien van oversterfte en onderzoek ben ik bezig en zet ik alles in om ervoor te zorgen dat de relevante data zo snel mogelijk beschikbaar komen, daar waar dat tot nu toe nog niet is gebeurd. Ik hoop daar op korte termijn meer over te kunnen zeggen.

Mevrouw Agema hield een pleidooi over de concentratie en wat dat betekent voor ambulancebewegingen. Ik realiseer me heel goed dat het om extra bewegingen vraagt als patiënten vanuit bijvoorbeeld een streekziekenhuis alsnog door moeten naar een regionaal centrum. Andersom kan het maken van goede afspraken in een regio over de juiste vorm van triage en over de juiste zorg direct op de juiste plek, de stijging van de ambulancezorg voor een deel tegengaan. Ik heb zojuist aan de hand van casuïstiek één voorbeeld genoemd van een ambulance en een acute patiënt. Wat die ambulance had kunnen doen, is eerst naar het dichtstbijzijnde algemene ziekenhuis gaan, vervolgens naar het tweede iets verderop en dan naar het derde, met drie ritten. Hier hebben ze ervoor gekozen om linea recta door te rijden naar een ziekenhuis dat weliswaar verder weg ligt, maar waar de patiënt wel na één rit op de juiste plek is. Dat is goed voor de patiënt, maar ook voor het zo snel mogelijk weer beschikbaar zijn van de ambulance in die regio. Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee komen we aan het eind van dit debat over de acute zorg. Ik heb twee toezeggingen genoteerd. De toezeggingen die geen

schriftelijke terugkoppeling hebben en/of geen concrete datum hebben, lees ik niet op, maar het zijn natuurlijk wel toezeggingen. Een voorbeeld is de hele discussie over de 45 minutennorm. Dit even als disclaimer voor de mensen thuis en mijn collega's.

- Na ommekomst van het TNO-onderzoek naar de effecten van gedeeltelijke sluiting van de kleinere spoedeisendehulpdiensten zal de Minister van VWS hier schriftelijk op reageren, naar verwachting voor het eind van het jaar. Dit is naar aanleiding van een vraag van mevrouw Van den Berg.
- Uiterlijk in het voorjaar van 2023 stuurt de Minister van VWS de Kamer het wetsvoorstel dat een opt-out regelt voor het beschikbaar stellen en verstrekken van gegevens bij acute zorg. Dit is naar aanleiding van een vraag van mevrouw Tielen.

Er wordt gevraagd naar een matroesjka-brief, maar die toezegging heb ik niet opgeschreven. Het spijt me, mevrouw Van den Berg, maar dat moet u op een andere manier vastklikken als u dat wilt.

We komen aan het einde van het debat. Hartelijk dank aan de Minister en de ondersteuning, hartelijk dank aan de mensen die tegenover mij zitten en de mensen die thuis toevallig kijken en hartelijk dank aan mijn collega's.

Mijn laatste zin is dat er een tweeminutendebat is aangevraagd met mevrouw Van den Berg als eerste spreker, dat binnenkort gepland zal worden.

Sluiting 15.06 uur.