

6

Opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisendehulp-posten

Voorzitter: Bergkamp

Opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisendehulp-posten

Aan de orde is het **debat over opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisendehulp-posten**.

De voorzitter:

Aan de orde is het debat over opnamestops en lange wachttijden bij en het sluiten van spoedeisendehulp-posten. Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom, net als de woordvoerders en de mensen op de publieke tribune. Fijn dat u vandaag bij ons bent. Ik wil met de leden afspreken dat zij vier vragen of opmerkingen aan elkaar kunnen richten en zes aan het kabinet, maar ik voeg daaraan toe dat er natuurlijk enige flexibiliteit is van mijn kant, zeker als de interrupties kort en krachtig zijn.

Ik geef het woord aan mevrouw Agema. Zij zal spreken namens de PVV.



Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Wat een opkomst! Dat laat zien dat er daadwerkelijk wat aan de hand is op het gebied van het voorliggende onderwerp. Alleen al in de maand januari van dit jaar waren er 571 opnamestops op spoedeisendehulp-posten in Nederland wegens overbelasting. De minister zegt daarop: een spoedeisendehulp-poststop is een logistiek instrument en kan een hulpmiddel zijn om de zorgvraag op spoedeisendehulp-posten in de regio op piekmomenten te reguleren.

Voorzitter. In die ambulances liggen mensen met een acute zorgvraag, bijvoorbeeld een hartstilstand of een bevalling waarbij complicaties zijn ontstaan, of mensen die een ernstig ongeluk hebben gehad. Als er ergens een opnamestop is, moet een ambulance gaan rondrijden, ronddolen, met deze mensen, in de hoop dat er ergens op een plek verder weg wél een plaatsje is. Het is ongehoord. Die ambulances zijn dan ook niet beschikbaar voor andere spoedoproepen. De andere oplossing van de minister is de volgende. Hij zegt: er zijn nu zo veel ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45 minuten norm; nou, dan laat ik die norm maar los. Dat zegt de minister, in plaats van: "Dit is onze acute zorg. Dit is de kern van de zaak. Als de nood aan de man is, moeten we er met z'n allen op kunnen blijven rekenen dat spoedeisendehulp-posten geopend zijn en dat er geen opnamestops zijn."

Voorzitter. In de afgelopen tien jaar zijn de onderstaande ic-afdelingen gesloten. Het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Vlissingen. Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse. Het Ommelanders Ziekenhuis, locatie Delfzijl. Het Ommelanders Ziekenhuis, locatie Lucas in Winschoten. Het Diaconessenhuis in Leiden. Het Bethesda Ziekenhuis in

Hoogeveen. Het Bernhoven Ziekenhuis in Veghel. Treant Zorggroep in Stads kanaal. Het Spaarne Gasthuis in Hoofddorp. Het Dijklander Ziekenhuis in Purmerend. Ziekenhuisgroep Twente, locatie Hengelo. De Isalakliniek, locatie Weezenlanden. Zuwe Hofpoort Woerden. Het Haven West Ziekenhuis Rotterdam. De Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Den Helder. Het MC Zuiderzee in Lelystad. Het MC Slotervaart in Amsterdam. Het Diaconessenhuis Isala. En het Bronovo in Den Haag. We zien dat er in de afgelopen tien jaar vijf ziekenhuizen zijn gesloten. Er zijn ook negentien intensive cares gesloten; ik noemde het net al. Er zijn ook nog negentien spoedeisendehulp-posten gesloten. Dat lijstje zou ik ook nog kunnen opnoemen. De afbraak van onze ziekenhuiszorg en acute zorg is hemeltergend. Wij hebben op dit moment per 1.000 inwoners 2,9 ziekenhuisbedden. In Duitsland zijn dat er 7,8, in Frankrijk 5,7 en in België 5,5.

Voorzitter. Op dit moment gaan de ziekenhuizen in Sneek en Heerenveen sluiten; er komt er maar één terug. Het ziekenhuis in Zutphen verdwijnt, het LangeLand maakt plaats voor het HagaZiekenhuis en Nieuwegein baalt van het vertrek van het Antonius Ziekenhuis. Eerder zei de minister dat dit een situatie is die als vanzelf plaatsvindt. Hij zei: oh, dat is geen beleid. Maar dat is het wel: het is een direct gevolg van marktwerking. Spoedeisendehulp-posten en intensive cares worden allemaal gezien als duur en zijn derhalve afgebroken. Ze werden afgebroken met het argument dat het hollen of stilstaan zou zijn, maar dat doen wij ook met de ambulancezorg. De ambulancezorg zit niet in de marktwerking. Het is een niet-economische dienst van algemeen belang en wordt gefinancierd vanuit een beschikbaarheidsbijdrage. We weten dat het bij de ambulancediensten steeds vaker hollen is.

De acutezorgketen moet geopend zijn. Er moet in Nederland een netwerk van acute zorg zijn. Daarom zeg ik tegen de minister — dat zeg ik al lang — haal de acute zorg uit de marktwerking en financier deze op basis van een beschikbaarheidsbijdrage, net als de ambulance. Handhaaf de 45 minuten norm. Hoe bereik je dit? In ieder geval door goed te betalen en goede secundaire arbeidsvoorwaarden aan te bieden. Als we financieren op basis van een beschikbaarheidsbijdrage, moet dat ook te regelen zijn. Dan hoeven ziekenhuisbestuurders niet meer met eksterogen naar een goed salaris en goede secundaire arbeidsvoorwaarden te kijken.

Dan is er nog een heel groot probleem: het personeel wordt niet opgeleid. Je kunt wel zeggen dat de kwaliteit in het geding komt en dat we te weinig mensen hebben — we weten dat de arbeidsmarkt overal onder druk staat — maar we hebben op dit moment 674 spoedeisendehulp-partners waar er 1200 nodig zijn. Er zijn maar 40 opleidingsplaatsen. Waarom, vraag ik de minister. Los dit op! Creëer niet deze problemen.

Voorzitter. Dan hebben we nog de agenda 2030. In de begroting VWS van 2021 staat op pagina 14 tot 16 dat 50% van onze zorginstellingen weg moet voor het jaar 2030. Ook in de houtskoolschets acute zorg lezen we dat er minder spoedeisendehulp-posten moeten zijn. Ook in het Integraal Zorgakkoord lezen we dat de ziekenhuizen vanaf 2026 weer op de nullijn worden gezet. Mijn oproep aan deze minister, die nota bene zelf uit de zorg komt, is om deze waanzin te stoppen. Regel onze acute zorg! Zorg ervoor dat de mensen die terecht komen in een ambulance naar de dichtstbijzijnde spoedeisendehulp-post kunnen. Regel dat mensen op een

intensive care terechtkunnen. Regel een goed salaris voor de mensen die dit moeten doen. Regel opleidingsplaatsen. Leid de mensen op die we nodig hebben en haal de acute zorg uit de marktwerking. Dan zijn we misschien klaar voor 2030. 2030 moet een tijd zijn waarin we onze acute zorg weer hebben opgebouwd in plaats van definitief afgebroken.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van der Plas, BBB.



Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Welkom aan de mensen uit onder meer Zutphen en Zoetermeer. Verplegend personeel en zelfs omwonenden zijn hier aanwezig. Vanmorgen kregen wij van deze mensen een boek met 400 verhalen van mensen, waarin staat waarom het zo belangrijk is om de spoedeisendehulpafdelingen in ziekenhuizen te behouden. Ik heb er al een paar gelezen en ze zijn indrukwekkend. De minister heeft het boek ook gekregen. Ik wil iedereen aanraden om dit te lezen.

Voorzitter, inwoners van Nederland en speciaal de zorgverleners, maar ook de zorgvragers. Patiënten moeten in acute situaties kunnen rekenen op de snelle aanwezigheid van zorg. De zorgprofessionals in het hele land staan hier dagelijks voor klaar. Denk aan de medewerkers op de huisartsenposten, de ambulancezorg, de spoedeisendehulpafdelingen van ziekenhuizen en acute verloskunde. De minister schreef vorig jaar al dat de acute zorg slimmer georganiseerd moet worden. Dat is natuurlijk een mooi streven, maar hij schreef ook dat goede acute zorg voor iedereen bereikbaar moet zijn, ongeacht de woonplaats. Daar begint voor mij de schoen al te wringen, want de minister had het ook over het sluiten van posten of het doen samengaan van posten voor spoedeisende hulp met huisartsenposten, waardoor een nieuwe constructie ontstaat die niet gelijk is aan een SEH, een spoedeisendehulppost.

Door posten te sluiten moeten mensen verder reizen voor acute zorg. Wat mij betreft kan dat nooit de bedoeling zijn. Het sluiten van welke afdeling dan ook heeft gewoon gevolgen voor het hele ziekenhuis. Een afdeling verloskunde sluiten, zoals onlangs in Zutphen, zorgt er ook voor dat de afdeling neonatologie, zorg voor vroeggeboren kindjes, gaat sluiten. En wat doet dit voor de hele kinderafdeling? En tot welk niveau is een ziekenhuis nog aantrekkelijk als werkgever? Kun je je ondersteunende afdelingen nog betalen? Alles hangt met elkaar samen en we kunnen het niet steeds per afdeling blijven bekijken en saneren. Dan hou je straks uiteindelijk één groot superziekenhuis over in Nederland en dat ziekenhuis zal vast niet in Emmen, Middeburg of Zutphen staan.

Maar het gaat verder dan alleen het ziekenhuis. Voor het overgrote deel van de acute zorg is het belangrijk én bewezen het beste dat de acute zorg in het directe netwerk rondom de patiënt plaatsvindt en dat de zorgprofessionals in de keten de patiënt en elkaar kennen. Dat voorkomt fouten, kost minder en leidt tot betere zorg voor de patiënt en dus tot gezondere burgers en lagere maatschappelijke

kosten, want het heeft ook invloed op het welzijn van familie en andere direct betrokkenen, zoals mantelzorgers.

Voorzitter. We moeten bouwen aan een regionaal netwerk voor acute zorg. Daarin werken ziekenhuizen in de regio samen met elkaar, maar ook met de huisartsen, de ggz, de wijkverpleging, de verpleeghuiszorg, de ambulancediensten en het sociaal domein. Dit leidt tot een betere beoordeling van de zorgbehoefte en vermindering van de hoeveelheid acutezorgvragen. Dit komt doordat zorgverleners al vroeg problemen signaleren, afstemmen en samen tot een goede beoordeling komen van wat nodig is, zodat zorg op de juiste plek komt.

Steeds meer ouderen in Nederland wonen langer thuis. De minister voor Langdurige Zorg wil dat nog verder uitbreiden. Door op tijd af te stemmen tussen huisarts, wijkverpleging en/of specialist ouderengeneeskunde kunnen veel onverwachte opnames worden voorkomen. Hierdoor zijn minder bezoeken aan de spoedeisende hulp en dus ook minder ziekenhuisopnames nodig. Een oudere die toch naar het ziekenhuis moet, kan dan dankzij afstemming in het netwerk bovendien sneller naar huis, eventueel met thuiszorg. Zo worden de ziekenhuizen niet onnodig bezet, maar zijn ze beschikbaar voor andere patiënten.

Voorzitter. Mijn grootste zorg is dat we debatteren en besluiten nemen over het opknippen van al die onderdelen in de zorg, maar dat we het risico lopen dat we het totale overzicht en de samenhang uit het oog verliezen. Al enkele jaren zien we ziekenhuizen die zelfstandig en zonder overleg op een locatie acute verloskunde sluiten, zoals in Zutphen, Lelystad, Meppel en Hoogeveen. Het aantal locaties daalt de afgelopen jaren fors. Het gevolg: een langere reistijd voor zwangeren en verloskundigen om in het ziekenhuis te komen. In Zutphen worden het sluiten en het afschalen van afdelingen zelfs versneld. Zo gaat de cardiocare-unit dicht en worden hartkatheterisatie en het plaatsen van pacemakers verplaatst naar Apeldoorn.

Vanmorgen werd ons tegenover dit gebouw verteld dat van echte inspraak van het personeel in Zutphen weinig sprake is. In combinatie met de stijgende capaciteitsproblemen neemt de reistijd nog verder toe als een overblijvend ziekenhuis vol ligt. Vaak zijn de effecten op kwaliteit en toegankelijkheid nog niet in kaart gebracht, maar wordt er al wel een besluit genomen. Dat is onzorgvuldig en onwenselijk. Verloskundigen in het ziekenhuis en in de eerstelijnspraktijken ervaren de besluitvorming als niet transparant. Vaak worden ze door het ziekenhuis gewoon voor een voldongen feit gesteld, want de bestuursvoorzitter, dié heeft er verstand van. Vindt de minister dat de werkvloer echt genoeg gehoord is? Worden de omwonenden echt genoeg gehoord? Een ziekenhuis, beste minister, via de voorzitter, is meer dan een gebouw. Het is geen regel in een spreadsheet die je zonder gevolgen kunt deleten.

Eerder werd voorgesteld om patiënten vanuit de SEH, de spoedeisendehulpposten, toch naar het voor hen dichtstbijzijnde ziekenhuis te sturen. Ik vind het onwenselijk dat we in de toekomst met patiënten gaan slepen voor een ziekenhuisbed, dus eerst verder weg naar de spoedeisende hulp en dan weer terug naar de eigen woonplaats. Niemand kan mij wijsmaken dat dat efficiënt en patiëntvriendelijk is. Bovendien doet het een groot beroep op de ambulancezorg, waar ook al een tekort aan is. Uit cijfers van het RIVM van november 2022 blijkt dat er tientallen ambulances nodig

zijn om aan de vraag naar ambulancezorg te voldoen, onder meer omdat het langer duurt om een bestemming te bereiken. Daardoor zijn er ook nog twintig extra standplaat- sen nodig.

We maken vaak de fout dat we achter bureaus oplossingen verzinnen zonder goed te luisteren naar de mensen uit de praktijk. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen stelt bijvoorbeeld voor om spoedpleinen in te richten waar verschillende vormen van acute zorg samen- komen. Acute zorg is meer dan spoedeisende hulp, maar vaak belandt men wel op de spoedeisende hulp, omdat andere vormen van zorg gesloten zijn. Hoe kijkt de minister hiertegen aan?

Voorzitter. Tot slot heb ik nog een vraag. De inspiratie daarvoor kreeg ik van een hele goede opmerking van de heer Dijk buiten. Misschien herhaalt mevrouw Marijnissen die straks nog. Die opmerking was: "Gaat iemand vijf minuten voor sluitingstijd naar een café? Dat doet echt helemaal niemand." Wie gaat er solliciteren bij een zieken- huis dat op het punt staat om afgeschaald of misschien wel gesloten te worden? Niemand!

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is een interruptie van mevrouw Tielen van de VVD.

Mevrouw Tielen (VVD):

Mevrouw Van der Plas gaf aan het begin van haar betoog een hele mooie visie waar ik heel erg achter sta. Ze zei dat er veel meer samengewerkt moet worden in de regio en dat je door tijdig optreden ouderen en mensen met meer- dere aandoeningen tegelijk kunt helpen buiten het zieken- huis om. Wat vindt mevrouw Van der Plas er dan van dat, als je dat heel goed regelt, dit ook kan betekenen dat er in het ziekenhuis minder zorg nodig is en dat het ziekenhuis dan wellicht te klein wordt om het hele aanbod aan zorg te kunnen bieden?

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ik vind dat we veel meer moeten kijken naar de menselijke maat. Juist als ouderen langer thuis blijven wonen en daar ook thuiszorg, huishoudelijk werk en het hele netwerk zit, kunnen ze inderdaad veel thuiszorg krijgen en hoeven ze niet te veel naar het ziekenhuis te komen. Maar als het nodig is, dan is het wel belangrijk dat het ziekenhuis dichtbij is. Dat geldt voor heel veel mensen. In de Randstad is het soms misschien makkelijker om nog snel het openbaar vervoer te nemen — ik zie mevrouw Tielen zeggen dat dat ook wel tegenvalt — maar in de regio's is dat vaak niet zo. Uit onderzoeken blijkt ook dat het belangrijk is dat je echt in je eigen woonplaats bent, met mensen die je eigen taal spre- ken. Deventer hoort bijvoorbeeld tot Salland. Daar wonen ook veel oudere mensen die naar het ziekenhuis komen. Die mensen zijn opgevoed in de Sallandse taal, in het dia- lect. In het ziekenhuis daar werken mensen die dat dialect spreken. Dat geeft mensen gewoon een fijn gevoel. Als je dat allemaal verder uit elkaar gaat halen, geeft dat mensen onrust. Zo kijk ik ernaar. Wij kijken hier naar Excelsheets, spreadsheets en modelberekeningen, maar je moet gewoon kijken naar wat er in een regio echt nodig is.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik herken dat. Ik ben dat voor een heel groot deel ook met mevrouw Van der Plas eens. Alleen, in een ziekenhuis zoals we het gedefinieerd hebben, is al het aanbod. Ik kan me voorstellen dat er andere vormen van huizen zijn waarin zorg verleend wordt, maar die niet per se een algemeen ziekenhuis zijn, waar alles is. Is mevrouw Van der Plas dat met mij eens?

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ik begrijp de vraag niet zo.

Mevrouw Tielen (VVD):

In een ziekenhuis is alles. In een algemeen ziekenhuis is alle zorg voor baby's tot oude mensen, voor alle lichaams- delen enzovoort. Ik herken heel goed wat mevrouw Van der Plas zegt, maar daarmee bepleit ze eigenlijk een ziekenhuis in elke plaats. Dat lijkt me niet meer wenselijk. De vraag is of mevrouw Van der Plas eigenlijk pleit voor een zorghuis waar niet per se alle lichaamsdelen van baby's tot ouderen worden verzorgd.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Nou ja, dat weet ik niet, mevrouw Tielen. Dat weet ik niet. Als er afgeschaald wordt, dan zie je dat dit ook invloed heeft op andere afdelingen. Als de verloskunde dichtgaat, dan heeft dat ook gevolgen voor de neonatologie, voor de zorg voor de vroeggeboren kindjes, en dat zal weer gevolgen hebben voor de kinderafdelingen. Dat zien we ook in de discussie over de kinderhartchirurgie. Dat heeft gevolgen voor een heel ziekenhuis. Hoe meer afdelingen sluiten, hoe meer men gaat zeggen: weet je, er zijn zo veel afdelingen gesloten en het is zo'n klein ziekenhuis geworden dat we het maar gaan sluiten. Dat is natuurlijk de wereld op z'n kop. Want dan zorgen wij, de bestuursvoorzitter of wie dit dan ook beslist, ervoor dat het ziekenhuis kleiner wordt. Tot slot kom ik op wat ik eerder al zei. Niemand gaat sollici- teren bij een ziekenhuis waarvan ze zeggen dat het wordt afgeschaald of misschien wel gesloten. Het is dus gewoon een negatieve spiraal.

De voorzitter:

Helder. Dan geef ik het woord aan de heer Bushoff, PvdA.

□

De heer Bushoff (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Je hoopt in je leven voor jezelf en voor de mensen die je liefhebt nooit een beroep te hoeven doen op de acute zorg. Maar als dat wel nodig is, wil je kunnen rekenen op goede zorg dichtbij. Als je met spoed zorg nodig hebt, telt elke minuut. Juist dat principe staat op dit moment onder grote druk. De afgelopen jaren is 12% van de spoedeisendehulpdiensten in Nederland gesloten. Voor een deel van de mensen is dat gewoon een cijfer, maar voor heel veel mensen schuilen daar hele persoonlijke verhalen achter. Dat zijn niet alleen de persoonlijke verhalen van de mensen hier op de publieke tribune en de verhalen in het boek dat we vanochtend overhandigd hebben gekregen, maar dat is ook het persoonlijke verhaal van een ouder echtpaar en hun inmiddels al volwassen dochter, die ik een tijdje terug in Drenthe sprak. Zij vertelden mij dat zij

zich, omdat ze een broze gezondheid hebben, grote zorgen maken over het in de nacht sluiten van de spoedafdeling van het ziekenhuis dat enigszins bij hen de buurt ligt. Ze maakten zich daarover zelfs zulke grote zorgen dat ze zeiden: misschien moeten we wel verhuizen naar een plek waar de zorg wel dichtbij georganiseerd is.

Voorzitter. Precies dat onderstreept waarom we dus alles op alles moeten zetten om de acutezorgvoorzieningen in de regio wel open te houden. Dat is namelijk niet alleen een kwestie van het redden van levens, maar ook een kwestie van het redden van de leefbaarheid in de regio. Daarom is het wat de Partij van de Arbeid betreft nodig om te stoppen met het uitkleden van streekziekenhuizen. Daarom is het nodig dat er nu aan de noodrem getrokken wordt om die verschralling van zorgvoorzieningen in de regio een halt toe te roepen. Die noodrem geven we ook verder inkleuring. Ik zal daarvoor samen met het CDA een aantal wetswijzigingen voorstellen. Daarnaast vindt de Partij van de Arbeid dat de acute zorg uit de marktwerking gehaald moet worden.

Maar voor ik daarop verder inga, wil ik ook nog wel eventjes benoemd hebben dat de PvdA best kan begrijpen dat op sommige momenten het acutezorglandschap verandert. Natuurlijk kan dat in de toekomst soms zo zijn, misschien omdat dit beter is voor de zorg of omdat het echt een keertje niet anders kan. Maar het is natuurlijk geen natuurverschijnsel dat er nu spoedeisendehulpafdelingen sluiten vanwege een personeelstekort of financiële tekorten. Ik zeg erbij: natuurlijk is er nu een personeelstekort op heel veel plekken en wordt dat aangedragen als reden om spoedeisendehulpafdelingen of ziekenhuizen te sluiten. Maar als de druk op de zorg heel hoog is en er bijvoorbeeld geen spoedeisendehulparts of gekwalificeerde arts op een spoedafdeling is, en de afdeling daarom moet sluiten, dan moeten al die mensen die daar eerder wel naartoe zouden gaan naar een ander ziekenhuis gaan waar misschien ook maar één gekwalificeerde arts is, die het dan misschien wel veel te druk krijgt. Het is dus nog maar vraag of de kwaliteit daar dan inderdaad echt bij gebaat is. Mijn vraag aan de minister is: herkent hij het probleem dat het sluiten van spoedeisendehulpafdelingen en het samenvoegen van ziekenhuizen er niet per definitie voor zorgt dat de kwaliteit verbetert, omdat misschien juist dan de druk op dat ene ziekenhuis te hoog wordt? Is het niet zo dat acute zorg nooit mag sluiten vanwege geldgebrek?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik herken veel van wat de heer Bushoff zegt over de druk op de acute zorg. Maar ik vlieg 'm toch iets anders aan, want na alle werkbezoeken en alles wat we gelezen hebben — dat laatste doet de heer Bushoff volgens mij ook tot in detail — vraag ik me af of het niet zo zou kunnen zijn dat de druk op de spoed juist zo groot is omdat we eigenlijk de hele keten overslaan en alles wat spoed is hier organiseren? Dat laatste vind ik trouwens ook heel schadelijk voor al die mensen die daar dag en nacht met de beste intenties werken. Is de balans niet een beetje scheef?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Het korte antwoord is: ja, dat ben ik met D66 eens. We zien natuurlijk dat bijvoorbeeld doordat ouderen langer thuis moeten wonen, ze soms ook eerder op de spoedeisende hulp terechtkomen omdat ze thuis niet de juiste zorg krijgen

als ze bijvoorbeeld gevallen zijn. Al dat soort voorbeelden dragen er inderdaad aan bij dat de druk op de acute zorg enorm hoog is. Dat klopt, maar dan moet niet het eerste middel zijn: weet je wat, we gaan de acute zorg in de regio schalen. Dat is volgens mij niet de goede reflex. Ten eerste omdat het volgens mij niet altijd de kwaliteit ten goede komt. Ten tweede: als je als jongere weet dat streekziekenhuizen gaan sluiten en spoedeisendehulpafdelingen misschien bij jou in de regio gaan sluiten, waarom zou je er dan gaan werken? Dus dan loopt dat personeelstekort nog meer op. Dus mijn vraag aan de minister is: zouden we niet in plaats van als eerste maatregel grijpen naar het sluiten van streekziekenhuizen en spoedeisendehulpafdelingen, met een plan moeten komen over hoe we meer personeel in het ziekenhuis aan het werk krijgen, zodat die acutezorgvoorzieningen in de regio gewoon open kunnen blijven?

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog. Daar was u volgens mij al mee bezig.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Daar was ik al mee bezig, zeker.

Naast dat we met een plan moeten komen om die acutezorgvoorzieningen te bemensen in plaats van achterover te leunen en te kijken van "we hebben er geen invloed op en wat gebeurt er nu?", denk ik dat het ook nodig is om de acute zorg uit de marktwerking te halen. Volgens mij is de acute zorg zo'n belangrijke basisvoorziening voor ons allemaal, dat die nooit afhankelijk zou mogen zijn van de markt en van de vraag of er nog voldoende geld is. Financiële overwegingen zouden geen reden mogen zijn om spoedzorg wel of niet dichtbij in de buurt te hebben. Dus is het volgens mij nodig om de spoedeisendehulpzorg uit de marktwerking te halen en die te bekostigen via een beschikbaarheidsbijdrage.

Dan kom ik nog even terug op de noodrem waar ik het net al over had, die noodrem om de verschralling van voorzieningen in de regio een halt toe te roepen. Het is volgens mij nu nodig dat we die noodrem inzetten. Die noodrem betekent wat mij betreft deels het uit de marktwerking halen van zorgvoorzieningen, maar betekent ook dat waar het gaat om de mensen in de regio waar bijvoorbeeld een ziekenhuis dreigt te sluiten, waaronder ook lokale bestuurders, we hun inspraak verstevigen. Want vraag het de mensen hier op de publieke tribune, vraag het de mensen in Drenthe, vraag het de mensen in Friesland, ze zijn onvoldoende betrokken bij besluiten over het sluiten van ziekenhuizen en het uitkleden van hun zorg. Daarom zouden zij daar volgens mij meer invloed op moeten hebben en komen de PvdA en het CDA met een voorstel om de wet te wijzigen, zodat hun invloed daarop en de invloed van het lokale bestuur daarop echt versterkt worden.

Voorzitter. Daarnaast is het stellen van regels over de acute zorg en wanneer de acute zorg mag sluiten, op dit moment belegd in een zogenoemde algemene maatregel van bestuur. Die algemene maatregel van bestuur mag de minister gewoon zelf naar eigen inzicht wijzigen. Daar gaan wij als Kamer niet over. Ik denk dat het te belangrijk is om dat alleen aan de minister te laten. Ik denk dat wij daar als Kamer wél over zouden moeten willen gaan. Daarom zullen we ook een voorstel indienen dat aangeeft dat het wijzigen

van regels rondom het sluiten van de acute zorg vanaf nu ook altijd langs de Tweede Kamer zou moeten.

Voorzitter. Dat is wat de PvdA betreft nodig om aan die noodrem te trekken om te voorkomen dat de acutezorgvoorzieningen in de regio sluiten. Het is nodig dat de acute zorg uit de marktwerking wordt gehaald en dat we die gaan bekostigen middels een beschikbaarheidsbijdrage. Het is nodig dat we aan die noodrem trekken en dat we de invloed van inwoners en het lokale bestuur op de keuzes over de acute zorg in hun regio vergroten. Het is nodig dat wijzigingen van de regels voortaan niet alleen via de minister gaan, maar ook via de Kamer. Het doel daarvan is ervoor zorgen dat de acute zorg voor iedereen in heel Nederland toegankelijk blijft, omdat het redden van de acute zorg, zoals ik al zei, niet alleen het redden van levens is, maar ook het redden van de leefbaarheid in de regio.

Dank u wel.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vind dit laatste toch een beetje ingewikkeld. Ik hoor in het pleidooi van de heer Bushoff namelijk vooral "sluit de spoedeisende hulp niet, want dat is een verschralling van het aanbod", terwijl de focus op het niet sluiten van spoedeisende hulpen, wat volgens mij ook helemaal niet de intentie is, het aanbod volgens mij enorm verschaalt. Want spoedeisende hulp vindt op zo veel meer plekken plaats dan alleen op de spoedeisende hulp. Ik ben dus ook een beetje op zoek naar wat meneer Bushoff nou wil met zijn stem over het wel of niet sluiten van spoedeisende hulpen. Want verschaalt hij daarmee niet automatisch ook de keten waar mensen veel beter en vaak veel sneller geholpen kunnen worden?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Volgens mij zie je op dit moment ... Mevrouw Agema gaf een hele lijst; ik noemde het percentage. We kennen allemaal de verhalen die mensen ons verteld hebben over de situatie dat hun streekziekenhuis sluit, dat hun spoedpost sluit, dat de kraamafdeling sluit, dat er een tijdelijke stop komt en dat er een nachtsluiting is. Precies op die verschralling doel ik als ik het heb over de verschralling van ons zorglandschap. Die moet een halt toegeroepen worden. Daarvoor is wat de PvdA betreft nu echt zo'n noodrem nodig.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Bushoff. Dan geef ik het woord aan mevrouw Marijnissen, SP.

□

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

"Mijn man René had een spataderlijke bloeding. Ik kan u vertellen: dan spuit het bloed eruit. We gingen naar de ic in Zutphen, maar die lag vol. Dus werd er gezegd: we gaan niet naar de ic in Zutphen, maar we moeten doorrijden naar Deventer. Dat kreeg hij te horen. De medewerker van de ambulance zei: als we doorrijden naar Deventer, dan zal uw man het niet halen. Toen werd er besloten om toch in Zutphen te gaan behandelen. Acht zakken bloed werden direct toegediend. Uiteindelijk heeft die behandeling ervoor

gezorgd dat mijn man dat op dat moment overleefde. Maar de arts zei daarna: het had werkelijk geen minuut langer moeten duren voor we hier de behandeling konden starten."

Voorzitter. Dit is het verhaal van Melia, die ik vanochtend sprak over het ziekenhuis in Zutphen, die daar zelf is geboren, die daar ruim 30 jaar zelf heeft gewerkt en die het debat vanochtend op de publieke tribune met ons volgt. Er zijn heel veel verhalen zoals het verhaal van Melia. Er zijn veel verhalen die duidelijk maken dat het ontzettend belangrijk is dat de acute zorg dicht bij mensen georganiseerd is. Wat zien we nu? Op steeds meer plekken worden ziekenhuizen, spoedeisendehulpdiensten en andere onderdelen van ziekenhuizen ontmanteld. Dat leidt tot grote problemen.

Er waren natuurlijk al veel grote problemen in de zorg. De verzorgingshuizen zijn gesloten, waardoor ouderen sneller op de eerste hulp belanden. De wachtlijsten in de ggz zijn enorm. Zo kan ik nog wel even doorgaan. Daardoor stapelen de problemen in de zorg zich op en zijn er ook steeds vaker opnamestops in ziekenhuizen. Dat was al zo, maar daar komt nu bovenop dat deze minister zegt: ik ga door met het beleid van het steeds verder verschrallen van de ziekenhuiszorg dicht bij mensen, ik ga door met het sluiten van delen van ziekenhuizen, ik ga door met het sluiten van spoedeisendehulpdiensten en ik ga uiteindelijk door met het sluiten van complete ziekenhuizen.

Voorzitter. Dat is een heel slecht idee om meerdere redenen. Er wordt vaak gezegd: "Er is personeelstekort. We kunnen niemand vinden. Als we het dan openhouden, dan is het eigenlijk schijnveiligheid, want dan gaat u naar de spoedeisende hulp, maar dan is er niemand om goed voor u te zorgen. Dat moeten we toch niet willen? Dan kan het dus beter dicht." Maar dat is precies de wereld op z'n kop. Als dat zo is, dan moeten we investeren in betere zorg en meer zorgverleners. Dan moeten we ze fatsoenlijker gaan waarderen en wat doen aan de werkdruk. Dan moeten we niet de zorg nog verder verschrallen. Dan moeten we het niet nog onaantrekkelijker maken om in de zorg te gaan werken, maar moeten we het aantrekkelijker maken. Want welke verpleegkundige of arts zegt nou: ik ga wel werken in een ziekenhuis waarvan ik niet weet of het over drie jaar nog bestaat? Die zijn nauwelijks te vinden, dus dat is een slecht argument.

Dan de voorzieningen in de regio. Het gaat hier heel vaak over. Ik hoor bijna alle partij er voortaan over dat het zo belangrijk is dat de voorzieningen in de regio op orde blijven. Dat is zo. Ik zou hier vandaag tegen de mensen op de publieke tribune willen zeggen: het is ontzettend goed dat jullie er zijn; dat is belangrijk. Maar tegen de Tweede Kamerleden zou ik willen zeggen: als dat u menens is en u echt die voorzieningen in de regio zo belangrijk vindt, laten we dan vandaag zorgen dat zij niet voor niks zijn gekomen. Want anders zijn die woorden geen knip voor de neus waard.

Voorzitter. Als u of anderen zich niet door de argumenten van de SP laten overtuigen — wellicht laat minister Kuipers zich daar ook niet door overtuigen — laat u zich dan overtuigen door al die onderzoeken die zijn gedaan. Neem het onderzoek van TNO. Die heeft onderzoek gedaan waaruit blijkt dat het sluiten van de spoedeisende hulp in de nacht niet of nauwelijks wat zal doen voor de inzet van het personeel, maar dat je daar echt op kan besparen. Ze zeggen zelfs: het kan — let op — mogelijk tot 0,25 miljoen euro

duurder uitpakken dan wanneer je dat niet doet. Dat zeggen wij niet; dat zegt TNO, een wetenschappelijk instituut.

Denemarken heeft gedaan wat minister Kuipers eigenlijk wil doen: de zorg centraliseren, zoals dat dan heel duur heet. Dat betekent minder ziekenhuizen. Ze zijn van 44 naar 21 ziekenhuizen gegaan. Wat zegt Denemarken? "Het heeft uiteindelijk niet gedaan wat we ervan hadden gehoopt en wat was beloofd."

En dan hebben we recent de sluitingen in Stadskanaal en Hoogeveen gehad. In 2020 werden daar de spoedeisende-hulpdiensten gesloten. Gisteren kwam er een bericht van de gemeente daar. Dat was een waslijst — ik kan het niet anders zeggen — van 2,5 pagina met wat voor ellende dat nu heeft opgeleverd. Zij zeiden: het financiële belang heeft hier gestaan boven het belang van de mensen, de zorg is verschaald, er wordt geleurd met patiënten en er zijn extra ambulanceritten. Ik zei het al: het is 2,5 pagina lang. Het past niet allemaal in mijn zeven minuten. Maar daar kunnen we zien wat de gevolgen zijn, dus laten we daarvan leren en laten we niet doorgaan met het maken van die fouten, zou ik willen zeggen.

En dan nog een ander argument, waarvan ik me kan voorstellen dat dat voor velen hier in de zaal niet direct een herkenbaar argument is. Voor de mensen op de tribune: een gemiddeld Kamerlid verdient ruim €120.000 per jaar. Maar veel mensen in Nederland hebben helemaal geen auto, kunnen dat niet betalen of zijn afhankelijk van het openbaar vervoer. Dat is ontzettend duur in Nederland en juist buiten de grote steden vaak heel slecht, heel belabberd georganiseerd. Dus wat als je dan verder moet reizen om je geliefde te bezoeken, omdat je die tot steun wil zijn omdat diegene in het ziekenhuis ligt? Veel mensen hebben daar zorgen over en liggen daar wakker van. Ik hoor dat hier nauwelijks terug.

Voorzitter. Er is hier in deze Tweede Kamer afgelopen december een motie van de SP aangenomen. Die zei: er mag geen onderdeel van een ziekenhuis meer gesloten worden vooraleer er een onafhankelijk onderzoek is gedaan naar de effecten daarvan, de effecten op het ziekenhuis, de effecten zorgbreed en de effecten op het personeel. Ik vraag aan minister Kuipers specifiek voor het geval van het Gelre ziekenhuis in Zutphen: waar is dat onderzoek? Waar is het onafhankelijke onderzoek dat is gedaan naar de gevolgen van de op handen zijnde verdere sluiting en ontmanteling van de spoedeisende hulp van het Gelre ziekenhuis in Zutphen? Kan hij dat vandaag aan ons laten zien? Als dat niet zo is, en dat vermoed ik, is er hier namelijk een uitspraak die in december door de meerderheid van de Tweede Kamer is gedaan dat we dat niet moeten accepteren. Ik zou ook andere Kamerleden daartoe willen oproepen. Ik wil hen oproepen om dit goed in het achterhoofd te houden.

Voorzitter. Wat de SP betreft moeten er vandaag in ieder geval twee dingen gebeuren. Eén. Er moet een totale stop komen, een acute stop, op het nog verder ontmantelen van onze ziekenhuizen, de complete of de gedeeltelijke sluiting van ziekenhuizen. Daar moeten we gewoon mee stoppen. Twee. Voor de toekomst vinden wij dat de macht en de zeggenschap over onze ziekenhuiszorg moeten liggen bij de mensen die er ook verstand van hebben. Dat zijn niet de Pier Eringa's van deze wereld, dat zijn niet de hoge ziekenhuisbazen, dat zijn zeker niet de zorgverzekeraars, maar dat zijn de mensen, dat zijn de mensen die zorg verlenen,

dat zijn de mensen die zorg nodig hebben, dat zijn de inwoners van een gemeente. En ik zeg u: die hebben nu geen zak te zeggen en dat deugt niet. Ik doe vandaag een oproep aan de minister: grijp in, wees niet de minister die wegkijkt, wees niet de minister die verantwoordelijk is voor het nog verder sluiten van de ziekenhuizen. Minister, red het Gelre, red het LangeLand, red onze ziekenhuizen, red onze zorg.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Marijnissen.

(Applaus op de publieke tribune)

De voorzitter:

Lieve mensen op de publieke tribune, u kent de regels. Het is niet de bedoeling dat u uiting geeft aan uw enthousiasme of het tegenovergestelde. Laten we volhouden om dat niet te doen. Dank u zeer.

Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg van het CDA.



Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter. Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland kwam tot stand door een initiatief van de kerkelijke diaconie en een legaat van mevrouw Paulina van Weel in 1928. Zij zag het belang van een ziekenhuis nabij, want vrouwen die problemen kregen tijdens de bevalling moesten toen nog met een pontje naar Rotterdam. Ook andere ziekenhuizen ontstonden door initiatieven van nonnen, broeders, diacnossen en kerken. Zo heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch zelfs wortels tot in de dertiende eeuw.

De minister zegt vaak: ziekenhuizen zijn private instellingen. Maar ziekenhuizen zijn dus altijd private instellingen geweest. Ze hadden het publieke belang op het oog, ze waren van de samenleving. Het publieke belang is nu verdronken door het eigen instellingsbelang. En dat moet worden gekanteld. Zoals de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen ook stelt: concentratie moet een integrale afweging zijn en niet alleen een keuze op grond van een medisch-inhoudelijk perspectief. SAZ geeft daarnaast aan dat concentratie negatieve effecten heeft in andere domeinen dan het strikte domein dat wordt geconcentreerd. Mevrouw Marijnissen gaf daar ook al een voorbeeld van. 60% van de ziekenhuizen wordt in feite gevuld door de spoedeisende hulp. Als je die gaat sluiten, trek je voor een groot deel al de stekker uit de rest van het ziekenhuis. Spoedeisendehulpdiensten David Baden en Menno Gaakeer uit Goes geven aan dat er een eenzijdige focus is op veronderstelde schaalvoordelen, terwijl onderzoek aantoonde dat er schaalnadelen zijn.

Voorzitter. Op verzoek van het CDA is er in 2020 een advies "Van deelbelangen naar gedeeld belang" gepubliceerd door de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Ook de raad schreef al: "Daarbij is er niet altijd een gedeeld beeld van optimale kwaliteit. Sommigen zien kracht in concentratie en internationale kwaliteitsnormen, maar anderen zien meer in de kracht van de menselijke maat en korte lijnen".

Mevrouw Agema (PVV):

Dat wij hier vandaag een meerderheidsdebat hebben met een spreektijd van maar liefst zeven minuten, is mede te danken aan mevrouw Van den Berg van het CDA. Ik dank haar daarvoor. Waar ik haar ook voor dank, zijn de zorgen die zij heeft over de afbraak van ziekenhuiszorg in de regio's, het verminderen van spoedeisendehulpdiensten, intensive cares, het sluiten van ziekenhuizen. Zij is daar zeer betrokken bij. Mijn vraag is hoelang mevrouw Van den Berg dan nog het beleid steunt dat hiertoe leidt, want het CDA maakt onderdeel uit van de regering.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik kom daar in mijn inbreng op terug. Ik heb enkele beleidsvoorstellen om dat aan te passen. Zoals de heer Bushoff al aangaf, is een van de voorstellen dat wij de wet willen aanpassen zodat er een veel sterkere betrokkenheid en inspraak is van de gemeentes en de inwoners die daar de effecten van gaan hebben.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik zou ook wel willen meedoen aan zo'n initiatiefwet. Maar er wordt ook veel hier gedaan en hier geregeld. Onze hele acutezorgketen valt onder de marktwerking, en door de marktwerking worden intensive cares en spoedeisendehulpdiensten, de hele acute zorg, vanuit een geldbril bekeken, met eksterogen: er kan hier nog wel een beetje vanaf, er kan daar nog wel een beetje vanaf. Daardoor is de boel zo uitgekleeft. Ik heb hierover eerder ook een initiatiefnota geschreven, waarover mevrouw Van den Berg best positief was. Mijn vraag is of zij inmiddels met mij van mening is dat de hele acute zorg uit de marktwerking moet en dat we die, net als de ambulancedienst, moeten financieren als een niet-economische dienst van algemeen belang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dit scheelt me straks weer spreektijd, voorzitter, want ik spring nu even naar pagina x van mijn inbreng. Daar zeg ik: is de minister bereid om op korte termijn de financiering van de acute zorg aan te pakken, en deze te gaan financieren als een brandweerfunctie, dus op basis van beschikbaarheid? Dat is in ieder geval een van de vragen die ik heb aan de minister. Dan begrijpt u wel dat wij daarvan een voorstander zouden zijn.

Mevrouw Agema (PVV):

Dit is echt het beste nieuws dat we hier in jaren hebben gehad. Er is nu een Kamermeerderheid om de acute zorg uit de marktwerking te halen en op basis van beschikbaarheid te financieren. Ik kan niet anders dan mijn dank uitspreken aan mevrouw Van den Berg voor het lef dat zij hierin heeft getoond. Ik hoop dat de minister dit ook zal omarmen in plaats van hierover nog langer de strijd aan te gaan, en dat we met z'n allen ervoor kunnen zorgen dat de acute zorg niet verder afgebroken wordt maar in de benen blijft. Nogmaals, ik ben daar heel erg dankbaar voor.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter. Ik heb het eerder gezegd: nabijheid van zorg is van belang voor de kwaliteit van zorg, want het regionale ziekenhuis heeft het netwerk met de eerste lijn, met de

verpleeghuizen en de thuiszorg en met de gemeenten. Nabijheid is ook van belang voor de leefbaarheid van een regio, want vaak is de zorg de grootste werkgever en komt er een braindrain als zorg verdwijnt, met een impact op de hele regio. Ten derde is nabijheid van belang voor de gemoedsrust, en dus het welzijn, van mensen. Wat doe je als je kind van de trap valt, of de buurvrouw van de trap valt? Bovendien, zoals een directeur van de ambulancedienst mij ook meegeeft: concentreren geeft zorgmijders. Mensen zoeken dan niet tijdig de hulp die ze nodig hebben.

Voorzitter. Zoals bekend, ligt dit onderwerp mij al jaren na aan het hart. In mijn initiatiefnota Zorg in de regio van januari 2019 stelde ik onder andere voor: geef regionale overheden en patiëntenverenigingen een rol bij de organisatie van de zorg. Ik was dan ook verheugd dat bij de inwerkingtreding van de Wet toetreding zorgaanbieders een algemene maatregel van bestuur kwam die zegt dat bij wijzigingen in de acute zorg colleges van B en W van de gemeentes in de omgeving tevoren betrokken moeten worden. Echter, uit het hele land krijgen we berichten dat B en W slechts worden geïnformeerd. Dat is echt iets anders dan erbij betrokken worden. Wethouders krijgen gewoon geen antwoord op inhoudelijke vragen. Ik heb net ook weer van Zorgbelang vanuit Friesland het bericht gekregen over de plannen daar. Het komt gewoon uit de lucht vallen. Er is niemand vooraf bij betrokken.

Voorzitter. Ik heb altijd artikel 25 van de Wet op de ondernemingsraden in het achterhoofd gehad toen ik mijn voorstel deed. Dat is de reden waarom ik met meneer Bushoff de amendementen meeteken voor het beter verankeren van de rol van het gemeentebestuur, en voor een voorhangprocedure voor belangrijke algemene maatregelen van bestuur, zodat wij als Kamer er iets over te zeggen hebben. Is de minister bereid om in het ROAZ, het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, ook verpleegkundigen en verzorgenden, patiënten en burgers via Zorgbelang, en kleinere gemeentes via de P29 een vertegenwoordiging te geven? Want nu overheerst het medische belang en wordt er niet gekeken naar de burgerbelangen en andere belangen.

Voorzitter. In het document Voor heel Nederland van het CDA staan duidelijk de effecten van het leegzuigen van regio's. Dat geldt wat ons betreft dus niet alleen voor Gelre ziekenhuis in Zutphen maar ook voor het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, de ziekenhuizen in Sneek en Heerenveen en het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer. Is de minister bereid om te borgen dat de besluiten over het Gelre ziekenhuis in Zutphen pas eind van het jaar genomen worden? We zijn overal bezig met regiobeelden en regioplannen. Die regioplannen zouden er aan het eind van het jaar moeten zijn. Daarop krijg ik dus graag een antwoord.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Mevrouw Van den Berg heeft het over het Gelre ziekenhuis en dat we moeten wachten op de regioplannen. Ik noemde in mijn bijdrage al de motie die hier in december door de Tweede Kamer is aangenomen. Dat was met steun van de complete oppositie en één coalitiepartij; dat is uw partij, het CDA. Mijn vraag aan haar is: wat vindt u ervan dat we dat onafhankelijk onderzoek, waar die motie toe besloten heeft, niet kennen, als het gaat om het ziekenhuis in Zutphen? Eerst moet er een onafhankelijk onderzoek naar de

effecten zijn, dan pas eventueel verder ontmantelen of sluiten.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ben heel benieuwd naar het antwoord van de minister, want ik heb in ieder geval geen onderzoek gezien. Sterker, ik heb verder helemaal niks gezien, ook niet gehoord. Het kan best zijn dat je sommige dingen misschien niet in de krant wilt publiceren; er kunnen vertrouwelijke cijfers zijn. Ik heb in ieder geval van mijn contacten met Zutphen begrepen dat men geen enkele inhoudelijke reactie heeft gekregen. Dat vind ik dus gewoon niet kunnen. In die zin ben ik zwaar teleurgesteld over de manier waarop nu met die algemene maatregel van bestuur wordt omgegaan.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Dat begrijp ik. Ik denk dat vooral de mensen in Zutphen zeer zwaar teleurgesteld zijn. Die dreigen nu hun ziekenhuis te verliezen. Terwijl wij hier staan te praten, gaat de ontmanteling natuurlijk door. Dat weet u ook. De verloskunde is al weg en de spoedeisende hulp staat nu op het lijstje. Is het CDA het met mij eens dat, als we denken aan die motie die we in meerderheid hebben aangenomen, het vandaag de logische consequentie is om te zeggen: maak daar in Zutphen in ieder geval even pas op de plaats? Stop even met dat nog verder ontmantelen van dat ziekenhuis, vooraleer we dadelijk echt te laat zijn.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat is ook precies de reden waarom ik nu aan de minister vraag: waarom wordt er niet gewacht op dat integrale plan? We zijn in al die regio's bezig om integrale plannen te maken. Waarom moet je dan tussendoor een besluit nemen waar wij ook nog eens een keer, zoals mevrouw Marijnissen terecht aangeeft, geen onderzoek of andere dingen van hebben gezien? Ook de inwoners hebben daar verder niks van gezien.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik was samen met mevrouw Van den Berg en een aantal collega's ook bij de bijeenkomst in Zutphen, waar we ons gezamenlijk hebben verbaasd over de weinige afstemming. Er was al helemaal geen inspraak van de betrokken bestuurders, de bestuurders van de gemeente dus. Ik heb nog eens goed naar die AMvB gekeken, waarin die inspraak geregeld zou moeten worden. Eigenlijk is het al te gek voor woorden, vind ik, dat we bij een publieke dienst betrokkenheid in een AMvB moeten regelen. Dat is één. Twee: ik vind het ook best wel zacht wat daarin staat. Ik wil mevrouw Van den Berg vragen of ze dat met me eens is en of we niet gewoon die AMvB zouden moeten aanscherpen, zodat er ook meer regionale inspraak is.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

In de AMvB staat "betrokken worden". En voor mij is erbij betrokken worden dat je geconsulteerd wordt, en dat is echt wat anders dan geïnformeerd worden. Dus wat mij betreft wordt de AMvB niet toegepast. Daar heb ik al verschillende debatten met de minister over gehad, maar daar worden wij het niet over eens. Daarom dien ik met meneer Bushoff een amendement in, want wij kunnen als Kamer niet

rechtstreeks een algemene maatregel van bestuur veranderen. Maar we kunnen wel zeggen dat we het dan maar direct via de wet gaan regelen. En we gaan ervoor zorgen dat die algemene maatregelen van bestuur in de toekomst eerder langs de Kamer komen.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Volgens mij zitten we op dezelfde lijn dat betrokkenheid niet inhoudt dat we een briefje sturen wat we gaan doen en vervolgens zeggen: succes verder. Dat is natuurlijk niet hoe je mensen ergens bij betreft. Betrokkenheid is luisteren naar argumenten, gemotiveerd antwoord geven, aangeven waarom zaken niet of hopelijk wel kunnen en samen kijken naar een oplossing. Maar dan zit ik even te zoeken naar de oplossingsrichting die mevrouw Van den Berg voorstelt. Dat is dan om er landelijk wat over te zeggen te hebben. Ze geeft eigenlijk aan dat de Tweede Kamer daarin een rol zou moeten hebben. Ik vraag me af of dat dan de weg is, of dat we veel meer zouden moeten bekijken hoe je die regionale betrokkenheid kunt vergroten.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voordat daar verwarring over ontstaat: ik wil niet dat wij in de Kamer gaan besluiten over ziekenhuis of spoedeisende-hulp post a of b. Absoluut niet. Ik zeg altijd dat ik nooit op de stoel van de arts wil zitten. Op die stoel wil ik absoluut ook niet zitten, maar ik wil wel de kaders stellen waardoor dat overleg met de regio veel beter tot stand komt. Ik noemde net de Wet op de ondernemingsraden. Ik heb in mijn vorige leven altijd aan de werkgeverskant gewerkt en daarbij heel veel reorganisaties moeten doen. Je gaf dan altijd inhoudelijke argumenten. Als de ondernemingsraad zei "waarom is dit zo?" of "waarom kan dit zo niet?", dan gaf je een inhoudelijke reactie. Op het moment dat men met een alternatief voorstel kwam in de zin van "kunnen we het niet met hetzelfde geld of dezelfde mensen en middelen op een andere manier doen?", dan ging je daar serieus samen naar kijken. En dat mis ik aan alle kanten. Ik wil hier niet de boodschap afgeven dat de bomen tot aan de hemel groeien en dat de wereld niet kan veranderen. We zullen ook in de zorg met digitalisering et cetera stappen moeten nemen om ook voor de toekomstige generaties die zorg beschikbaar en bereikbaar te houden. Maar ik vind dat die betrokkenheid, dat publieke belang nu helemaal weg is. Het is alleen maar een medisch belang geworden.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik sla een beetje aan op de woorden van mevrouw Van den Berg over dat ze niet wil doen alsof de bomen tot in de hemel groeien, maar dat is exact wat mevrouw Van den Berg nu doet in haar betoog. Ik ken mevrouw Van den Berg heel anders, met oog voor de keten, en ze begon zelf ook al over digitalisering. Ik ben heel erg voor inspraak, maar ik ben ook voor afspraak is afspraak en de regio dat laten doen wat nodig is om acute zorg in de keten te leveren. Met het betoog dat mevrouw Van den Berg net hield en ook de woorden van meneer Bushoff, houdt zij juist wel een betoog dat de bomen tot in de hemel groeien en dat alle spoedeisende hulpen moeten blijven zoals ze nu zijn. Dat gaat volgens mij ten koste van patiënten.

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

Laten we twee dingen even scheiden. Ik heb de minister altijd gesteund dat we de hoogcomplexere acute zorg moeten concentreren. Dat is maximaal 10% van de zorg. Dat geeft de minister ook aan in de beantwoording van de vragen die wij allemaal nog hadden gesteld. Het gaat er ook om hoe wij de koek verdelen in dit land. Daar wil ik inderdaad een gesprek over hebben. Het irriteert mij dat alles naar de grotere ziekenhuizen wordt gezogen, terwijl niet eens wordt gekeken hoe we het op een andere manier met elkaar zouden kunnen organiseren.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog.

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

Voorzitter. Er is nu geen landelijk kader om te komen tot een evenwichtige spreiding van ziekenhuiszorg. De kwaliteit van medische behandeling domineert boven de kwaliteit van zorg zoals de inwoners die ervaren. De premier heeft in zijn brief van 30 maart aangegeven dat het rapport Elke regio telt! uitgangspunt wordt voor beleid. Wil de minister toezeggen dat hij een kader acute zorg gaat maken met criteria, waarbij leefbaarheid en welzijn van mensen ook worden meegenomen? En is de minister bereid — dat heb ik net al met mevrouw Agema gezegd — om de acute zorg als een brandweerfunctie, dus op basis van beschikbaarheid, te financieren?

Voorzitter. In de voorbereiding op dit debat concludeerde ik dat ik mijn motie van juni 2018 met de Partij van de Arbeid opnieuw zou kunnen indienen. Daarin vraag ik een leefbaarheidsanalyse uit te voeren bij het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorg. In het dinsdag verschenen rapport van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving staat onder andere: om bij de toetsing van kwaliteitsstandaarden naast gezondheidswinst ook te kijken naar bredere gevolgen, waaronder toegankelijkheid van zorg en ondersteuning op de middellange termijn. Ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft daar zorgen over. In het artikel gisteren in Zorgvisie waarin staat dat veel grote ziekenhuizen ook niet voldoen aan de normen, wordt dat nog een keer bevestigd. Wat is de huidige stand van zaken?

Tot slot, voorzitter. Vanuit het hele land krijg ik commentaar dat zorgcoördinatie top-down wordt ingericht. Niemand zit daarop te wachten en het staat haaks op mijn breed gesteunde bottom-up motie van oktober jongstleden. Ik krijg daar graag een reactie op. Ik hoor van iedereen dat er een extra laag wordt gemaakt in plaats van dat men kijkt wat nu al de goede samenwerking is in de regio en hoe we daarop kunnen voortbouwen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik het woord aan mevrouw Tielen, VVD.

□

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Voorzitter. Meer dan huisartsen of thuiszorgverpleegkundigen en meer dan apothekers of fysiotherapeuten zijn ziekenhuizen hét symbool van gezondheidszorg. Grote gebouwen waar heel veel mensen in witte en groene jassen werken en waar je beter wordt als je ziek bent: dat is ons beeld. Vaak hebben we daar vanuit onze eigen ervaringen en die van de mensen die ons lief zijn ook heel veel gevoel bij. Spoedzorg is daarvan letterlijk het uithangbord, het visitekaartje van onze gezondheidszorg. Als een ziekenhuis afschaalt of een spoedeisendehulp post sluit, leidt dat dan ook tot veel emoties, omdat het er niet alleen uitziet maar ook voelt alsof alle zorg wegtrekt uit de buurt. En waar moeten we dan naartoe als we zorg nodig hebben? Het is heel terecht dat we daar zorgen over hebben en dat dat niet zomaar kan gebeuren.

Voorzitter. Aan dat symbool, dat beeld, die emoties, kunnen we, moeten we en willen we niet voorbijgaan. Immers, het is voor ons allemaal belangrijk dat we op zorg kunnen rekenen. Waar we ook niet aan voorbij moeten gaan, is het feit dat de meeste zorg buiten het ziekenhuis is. We moeten niet voorbijgaan aan het feit dat het openhouden van ziekenhuizen geen doel op zichzelf is. Overigens is het sluiten van ziekenhuizen net zomin een doel op zich. Datzelfde geldt voor spoedposten. Sterker nog, het beeld dat ziekenhuizen moeten sluiten om te bezuinigen is feitelijk onjuist. Ik hoorde dat een paar mensen al zeggen, maar ook uit wetenschappelijke publicaties weten we dat schaalvergroting niet per se financieel-economische voordelen biedt.

Mijn eerste vraag aan de minister is dan ook: ziet hij de ontwikkelingen waar we het vandaag over hebben als een probleem of als een logische ontwikkeling? En hoe ziet hij de rol van de ziekenhuizen in het zorglandschap dat meegaat met de behoeften van deze tijd? Welke voor- en nadelen zitten daaraan? Wat is de analyse van de minister? En hoe gaat hij zorgen dat al die zorgen die ik net benoemde, ook worden weggenomen?

De heer **Bushoff** (PvdA):

Ik zat er heel even over na te denken, maar ik heb het volgens mij goed gehoord van mevrouw Tielen: het openhouden van ziekenhuizen is net als het sluiten ervan geen doel op zich. Dat verbaast mij toch wel. Want is het niet zo dat het juist wél een doel zou moeten zijn om de ziekenhuizen open te houden, omdat al die mensen in de regio het enorm belangrijk vinden dat zorg wel degelijk dichtbij georganiseerd is?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Een ziekenhuis is geen doel op zichzelf. Een ziekenhuis is een plek, een verzamelplek, waar alle vormen van zorg worden geleverd, of het nou gaat over bevallingen en baby's of mensen in de laatste fase van hun leven en alles daartussenin. Het is de plek waar zorg geleverd wordt voor alle aandoeningen die je aan alle verschillende lichaamsonderdelen kunt hebben. Dát is wat een ziekenhuis is. Als we zorg nodig hebben hoeven we niet per se altijd naar die plek voor die ene aandoening of die ene levensfase. Dus een ziekenhuis is geen doel op zich, maar de heer Bushoff zegt terecht dat we wel zeker moeten weten dat de zorg die

we op bepaalde momenten nodig hebben, beschikbaar is in de buurt en van hoge kwaliteit is.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Volgens mij beschrijft het rapport Elke regio telt!, maar ook de Atlas van Afgehaakt Nederland heel helder wat het met mensen doet als voorzieningen uit hun regio verdwijnen, met name zulke belangrijke voorzieningen als de zorg. Deelt de VVD dan de conclusies van die rapporten dat we dat tegen zouden moeten gaan om de leefbaarheid te redden en het vertrouwen van mensen in de overheid te herstellen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat beeld deel ik. Ik denk alleen dat ziekenhuizen op zichzelf daar niet een alleenstaand onderdeel van zijn — of ziekenhuizen in hun volledigheid. Wat er moet zijn is dat er zorg in de buurt is, dat je huisarts beschikbaar is en dat je buiten kantooruren ook hulp kan krijgen bij bepaalde spoedeisende gezondheidsvragen. Maar dat betekent niet dat in elke middelgrote gemeente een ziekenhuis hoeft te staan, in de volle breedte en de volle diepte, alleen al omdat je daarmee ook niet altijd de kwaliteit kan leveren die wij hier in Nederland mogen verwachten.

De heer **Bushoff** (PvdA):

Tot slot op dit punt. Misschien worden de VVD en de PvdA het niet eens over in hoeverre je ziekenhuizen open moet houden. Maar vind ik de VVD dan wel aan mijn zijde als we zeggen: we moeten er wel voor zorgen dat zorgvoorzieningen zo veel mogelijk in de regio beschikbaar blijven?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, dat ben ik helemaal met meneer Bushoff eens. Alleen, de breedte van zorgvoorzieningen bestaat wel uit een heel palet, en daarom ben ik blij dat er regiobeelden worden gemaakt. Daarom vind ik ook dat het niet alleen aan zorginstellingsbestuurders is om te bepalen waar ze wel of niet welke zorg leveren. Dat heeft echt een meer regionale afstemming nodig, maar dat gaat inderdaad breder dan alleen ziekenhuislocaties.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

De VVD zegt: het sluiten van ziekenhuizen is óók geen doel op zich. Waarom grijpt de VVD nu dan niet in, terwijl een deel van de ziekenhuizen, in Zutphen en Zoetermeer, gesloten dreigt te worden?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Omdat ik, en dat vraag ik ook aan de minister, wel graag zou willen weten wat het probleem is waardoor we nu in de situatie zitten waarin we nu zitten en wat dan de oplossing is. Wat mij betreft is de oplossing niet per se dat we het laten zoals het de afgelopen jaren is geweest.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik kan daar antwoord op geven: het probleem is dat de ziekenhuisbaas, Pier Eringa, eerst in Zoetermeer en nu in Zutphen, zonder enige betrokkenheid — nou ja, niet eens betrokkenheid, laat staan zeggenschap, inspraak van men-

sen, bewoners, patiënten, zorgverleners — besluit: een deel van het ziekenhuis gaat dicht. Dat moet mevrouw Tielen toch ook kwaad maken, lijkt mij?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vind het echt onkies om hier met naam en toenaam iemand de schuld te geven van een heel groot probleem waar heel veel mensen ... Ja, dit vind ik echt vervelend. U bent hier om ... O nee, dat is uw taak, voorzitter.

De **voorzitter**:

Ik zei al tegen de mensen op de tribune: sst!

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Deze meneer kan zich hier niet verantwoorden en verdedigen, en u wijst hem als enige — als enige! — aan als oorzaak van een probleem als dit. Dat vind ik gewoon niet kies. De vraag is: wat is het probleem? Een van de problemen is gewoon dat je de kwaliteit die nodig is ook moet kunnen waarmaken als je zorg aanbiedt in een regio. Je moet zeker weten dat iemand die met een bevalling met complicaties naar het ziekenhuis gaat en denkt dat ze daar goed geholpen wordt, daar dan ook goed geholpen wordt. Daar moet dan geen groot gebrek zijn aan personeel of materiaal.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Gelukkig heeft deze ziekenbaas hier de VVD in huis om hem wel te verdedigen. Dat is fijn. Je kunt zijn uitspraken overigens gewoon in de krant lezen. In de krant zegt hij letterlijk: ik neem hier het besluit, want ik ben de baas van het ziekenhuis. Op de vraag of het zo zou kunnen zijn dat hij tot een ander besluit komt als de inwoners het misschien niet zien zitten, was het antwoord iets in de strekking van: nou, dat kan ik me niet voorstellen. De ziekenhuisbaas dacht namelijk dat hij toch wel kennis van zaken had. Maar dat is precies het punt.

De **voorzitter**:

Ik wil u wel vragen om niet meer op de persoon te spelen. Daar heeft u nu voldoende over gezegd.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Het gaat me ook niet om de persoon. Ik wilde precies dit punt gaan maken.

De **voorzitter**:

Hij kan zich nu niet verdedigen, dus ik wil graag dat u een vraag stelt aan mevrouw Tielen.

Mevrouw **Marijnissen** (SP):

Ik wilde precies dat punt gaan maken. Het gaat ook helemaal niet om de persoon. Het gaat om het systeem dat de VVD gecreëerd heeft en dat ervoor zorgt dat een persoon als zo'n hoge ziekenhuisbaas — de namen zijn inwisselbaar; dat maakt mij niks uit — zo'n besluit kan nemen, zonder inspraak van mensen, zonder patiënten te raadplegen, zonder dat het personeel er wat over te zeggen heeft, zonder dat de gemeenteraad erover kan besluiten. Wat leert het

de VVD als dat leidt tot een steeds verdere ontmanteling van al die ziekenhuizen in de regio?

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik weet niet precies welke vraag mevrouw Marijnissen stelt, want ze houdt een lang betoog over haar positie, waar ik me niet helemaal in herken. Als mevrouw Marijnissen aan mij vraagt wat er volgens de VVD in de regio besloten moet worden en wat breder, dan ga ik een heel eind met haar mee. Als mevrouw Marijnissen mijn betoog verder afwacht, zal ze dat ook horen. Ik denk dat mevrouw Van der Plas het goed verwoordde: een ziekenhuis is inderdaad niet een enig ding. Dat heeft heel veel relaties met huisartsen, wijk-verpleging en andere vormen van zorg, ouderenzorg, de gemeente en de inwoners. Dus jazeker, als mevrouw Marijnissen aan mij vraagt of de VVD het met haar eens is dat er wel wat meer afstemming mag zijn in een regio voordat dit soort besluiten worden genomen, dan zeg ik ja.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik zeg niet "wat meer afstemming met de regio". Eén. Die is er hier niet geweest. Mevrouw Tielen zei: ik begrijp de vraag niet helemaal. Die was redelijk simpel: wat leert de VVD van het geval van Zutphen? Die afstemming is er niet geweest. We moeten hier dan vandaag toch zeggen: wij stoppen daarmee? Is ze het daarmee eens? Twee. Het gaat niet om "een beetje afstemming". Het gaat erom dat, in het systeem dat u gecreëerd heeft, zorgverzekeraars en hoge ziekenhuisbazen aan de touwtjes trekken in plaats van het personeel, de patiënten en de inwoners.

Mevrouw Tielen (VVD):

Mevrouw Marijnissen en ik hebben gewoon een fundamenteel verschil van inzicht over hoe je een zorgstelsel inricht; dat is prima. Ik heb daar gistermiddag uitgebreid met uw collega Dijk over gedebatteerd; dat was heel leuk. De vraag is: moeten we nu aan de noodrem trekken of wat dan ook? Zover ben ik nog niet. Ik wil dus eerst van de minister horen wat hij van de gang van zaken in Zutphen vindt, ook gelet op het toekomstplaatje. Aan de andere kant is er nog heel veel te doen in de regio's.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ik hoor mevrouw Tielen zeggen dat niet alle zorg plaats hoeft te vinden in elk ziekenhuis. Tot op een bepaalde hoogte kan ik daar best wel in meekomen. Je ziet ook dat mensen uit heel Nederland naar het Antonie van Leeuwenhoek reizen voor hooggespecialiseerde oncologiebehandelingen. Dat is planbare zorg. Omdat we weten dat daar de beste kwaliteit is, gaan ook mensen uit Groningen en Limburg daarnaartoe om die behandelingen te krijgen. Dat gaat dus juist om die planbare zorg. Er valt wellicht nog wat te zeggen voor het idee dat we in bepaalde ziekenhuizen planbare zorg zoals de oncologie, de urologie en de md1 weghalen, en dat we dat op een grotere locatie doen. De beweging die we zien is alleen andersom. Het is juist de acute zorg die uit die kleinere centra weggehaald wordt, terwijl poliklinieken met alleen maar planbare zorg overblijven. Maar juist in die acute situaties wil je dichtbij zitten. Je wil dan niet hoeven nadenken of je vanuit Zutphen naar Deventer of Apeldoorn moet; je wil dan gewoon in Zutphen terecht kunnen. Juist aan die behandeling waar je al drie

weken van tevoren van weet — daarbij heb je nog steeds de problemen die mevrouw Marijnissen al noemde, wat betreft het openbaar vervoer en het gegeven dat niet iedereen een auto heeft — valt wellicht nog een mouw te passen. Het is juist die acute situatie waarbij het lokale zo belangrijk is.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen. Graag de interrupties wat korter.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik wilde net tegen mevrouw Pouw-Verweij zeggen dat het fijn is als juist ook planbare zorg in de buurt is, zeker als het gaat om dingen waar je vaker voor terug moet komen. Ik weet niet of ik het helemaal met haar eens ben dat juist die zorg er in grote centra op afstand moet zijn. Ik ben het met mevrouw Pouw-Verweij eens dat zorg, als je een spoedvraag hebt, toegankelijk en in de buurt beschikbaar moet zijn; daar hebben we normen voor. Maar ook daar zien we al verschillen. Hele complexe trauma's hoef je niet overal te kunnen behandelen. De vraag is de volgende; laten we die ook nog aan de minister stellen. Is het feit dat er geen spoedzorg is in Zutphen, in de totale regio, inderdaad een probleem of niet? Het is vervelend als je door moet rijden naar Deventer, maar de afstand tussen Zutphen en Deventer is niet gigantisch.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dit snap ik dus niet zo goed. Ten eerste wil ik graag het punt maken dat ik niet zeg dat het goed is als we de planbare zorg concentreren. Dat is mijn woorden verdraaien. Maar daarnaast zegt mevrouw Tielen dat ze snapt dat dat "niet fijn" is. We hebben het niet over dingen die "niet fijn" of "vervelend" zijn. We hebben het over acute situaties, over hartaanvallen, herseninfarcten en acute bevallingen waarbij het kind dreigt te sterven. Dat is niet "niet fijn". Dat is leven of dood. Daar gaat het over. We zijn de 45 minuten-norm aan het afschaffen. Links en rechts vallen er ziekenhuizen om waar met name de acute faciliteiten afnemen. Ik snap niet hoe mevrouw Tielen dat kan verdedigen of als "niet fijn" of "vervelend" kan typeren.

Mevrouw Tielen (VVD):

De kwaliteit van zorg is cruciaal, maar dat hangt van meer dingen af dan alleen maar de afstand tussen de plek waar het acute probleem zich voordoet en waar dat opgelost kan worden. Er spelen veel meer dingen. Is er voldoende gekwalificeerd personeel? Is dat op dat moment ook aanwezig? Wat is de route van de ambulance? Wat kan er in de ambulance wel en niet gedaan worden? Ik vind dat mevrouw Pouw-Verweij het nu wel makkelijk platslaat, terwijl ik haar niet zo ken. De vraag is de volgende; die stel ik ook aan de minister. Op een bepaalde locatie kan de spoedpost niet, gedurende korte tijd of helemaal niet, beschikbaar zijn. Welk effect heeft dat op de kwaliteit? Waar kunnen mensen dan nog steeds op rekenen als ze acute zorg nodig hebben?

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Tot slot. Ik erken absoluut dat kwaliteit veel breder is dan alleen de tijd, maar tijd is juist bij acute aandoeningen heel

erg belangrijk. Ik zal de minister er straks ook naar vragen, want die weet als geen ander waarom termen zoals "time to needle" en dergelijke geïntroduceerd zijn in de zorg, maar juist in die acute situatie is tijd een hele belangrijke factor. Is mevrouw Tielen dat dan in ieder geval met mij eens?

Mevrouw Tielen (VVD):

Zeker. Het is een belangrijke factor, maar niet de enige. Daarom is mijn vraag: welk probleem is er nu, is daar een oplossing voor en hoe ziet die oplossing er dan uit?

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ik zit met enige verbazing naar deze discussie te luisteren. Mevrouw Pouw-Verweij legt uit waarom je bepaalde vormen van zorg wel kan specialiseren en op bepaalde plekken in het land kan neerzetten omdat zij planbaar zijn en waarom andere vormen van zorg bereikbaar moeten zijn. Dat is ook waar het hier over gaat, want we hebben het hier over de sluiting van een aantal ziekenhuizen die, behalve dat zij belangrijk zijn voor mensen om daar zorg te krijgen, natuurlijk ook een hele belangrijke regionale functie hebben. Ik wil mevrouw Tielen van de VVD vragen of ze het met me eens is dat een ziekenhuis meer is dan alleen een plek waar mensen zorg kunnen krijgen en dat het ook een hele belangrijke functie voor de regio heeft.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja. Volgens mij ben ik daar ook mee begonnen, ook omdat het in een netwerk zit met heel veel andere dingen. Het ziekenhuis is een plek, het symbool weliswaar, van onze zorg, maar die zorg bestaat uit veel meer. Als het goed is, werkt dat allemaal met elkaar samen.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dat dat veel meer is, zegt iedereen. Daarom verbaast de opstelling van de VVD mij. De VVD is deze besluiten bijna op voorhand aan het verdedigen. Ik hoorde mevrouw Tielen zojuist in ieder geval ook zeggen dat bezuinigingen hier niet zo veel mee te maken hebben en dat dat ook blijkt uit literatuur. Als ik dan kijk naar de sluiting of voorgenomen sluiting van een aantal afdelingen, zie ik in al die stukken dat bijvoorbeeld zo'n ziekenhuis of zo'n afdeling in financieel zwaar weer zit. Ik wil mevrouw Tielen dus vragen waarop zij baseert dat dat hier niets mee te maken zou hebben.

Mevrouw Tielen (VVD):

Volgens mij heb ik het iets breder gezegd dan alleen dat het er niets mee te maken heeft. Ik wil ook afstand nemen van de opmerking dat ik nu op voorhand allerlei dingen verdedig. Volgens mij sta ik daar hier niet voor. Zover ben ik ook nog helemaal niet in mijn vraagstelling. Het zal zeker zo zijn dat financiële uitdagingen een rol spelen. Dat geldt evenzeer voor personele uitdagingen. Mijn vraag aan de minister is dus: welke probleem is er hier en welke oorzaak ligt er? Want ik kan heel veel stukken lezen en ik kan heel veel grafieken en tabellen bekijken — dat heb ik allemaal gedaan — maar de vraag is hoe we voorwaarts moeten, ook om te zorgen dat we, kijkend naar de zorg, niet teruggaan in de tijd maar vooruitgaan om de behoefte van deze tijd beter in te vullen met het zorglandschap dat we hebben.

De voorzitter:

De laatste interruptie van mevrouw Westerveld.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Als mevrouw Tielen aangeeft dat zo'n ziekenhuis een hele belangrijke rol heeft in een regio en dat financiën inderdaad niet de belangrijkste, leidende rol moeten spelen, is ze het dan met me eens dat we die doorgeslagen marktwerking uit dat systeem moeten halen, dat we moeten zorgen dat er meer democratische controle is op dit soort besluiten en dat bestuurders niet eenzijdig het besluit kunnen nemen om een ziekenhuis of afdelingen van een ziekenhuis te sluiten zonder dat gemeenteraden en wethouders hier een rol in spelen, waarbij ook de Kamer volledig buitenspel staat?

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik vind dat de actoren die mevrouw Westerveld noemt, een rol moeten spelen. Over het hoe zouden we weleens van mening kunnen verschillen. Ik weet niet in hoeverre die zeggenschap en besluitvorming daarin mee moeten gaan, maar laten we daar het debat ook voor gebruiken, want ik sta er zeker voor open om te kijken hoe we daar meer richting aan kunnen geven.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ik hoorde mevrouw Tielen zeggen: zo ver is het ook weer niet van Zutphen naar Deventer; dat is maar een kleine afstand. Maar daar gaat het juist helemaal niet om. Het gaat er helemaal niet om dat het 20 kilometer is. Het gaat erom dat mensen die naar een spoedeisende hulp moeten ... Ik kan een voorbeeld uit mijn eigen leven geven. Toen mijn man ziek was en mede door chemo maar ook door de alvleesklierkanker heel vaak veel pijn had en zwaar ziek was, zijn wij talloze malen naar de spoedpost geweest, talloze malen, midden in de nacht, 's ochtends vroeg, 's middags. Hoe fijn was het dat ik binnen vijf minuten daar kon zijn en dat hij snel geholpen kon worden en snel op de afdeling werd gelegd? Ik had er niet aan moeten denken dat we een halfuur of drie kwartier hadden moeten rijden met een man die gewoon knetterziek was. Daar ben ik niet de enige in, want ook in dit boek staan deze verhalen, exact dezelfde verhalen. Het gaat dan niet om die 20 kilometer. Maar juist daarvoor, mede daarvoor is het belangrijk, nog los van een heleboel andere redenen, dat mensen in hun eigen buurt een spoedeisende hulp hebben, dat ze hulp dichtbij hebben. De dokters daar kennen je. De huisarts is dichtbij. Erkent mevrouw Tielen dat? Wil ze daar dan ook voor strijden op de manier van de menselijke maat en niet op spreadsheetmanier?

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik geloof niet dat ik in spreadsheettermen praat. Die kwalificatie leg ik naast mij neer. Ik herken heel goed wat mevrouw Van der Plas zegt. Ik denk dat eigenlijk iedereen wel ervaringen heeft die daarop lijken. We hebben het vandaag volgens mij over de volgende vragen. Hoever is te ver? Wat mag je verwachten? Wat krijg je aan zorg en begeleiding? Waar krijg je dat? Weet je waar je dat krijgt? Ik zal straks nog een voorbeeld geven waar ik toch wel relatief positieve verhalen over hoor, namelijk de manier waarop drie ziekenhuizen in Drenthe met elkaar samenwer-

ken, zodat ze niet alle drie altijd open hoeven te zijn. Maar als patiënt weet je wel altijd waar je op welk moment terecht kunt en waar je dus ook de mensen, de professionals met de goede middelen, krijgt om je zorgvraag op dat moment goed of misschien wel beter dan goed beantwoord te krijgen.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Mevrouw Tielen (VVD):

Voorzitter. Er zijn al veel vragen gesteld, vandaag en in de afgelopen weken. Ik wil met nadruk dankjewel zeggen tegen alle experts, alle colleges van B en W, alle ziekenhuisbesturen en iedereen die op papier ervaringen en ideeën heeft gedeeld. Dat kost volgens mij altijd meer tijd dan je denkt. We doen regelmatig werkbezoeken en gesprekken en daarnaast krijgen we hier een mooi overzicht van.

Ik wil in dit debat vier onderwerpen aanhalen met het oog op de zorg van de toekomst. Ten eerste kom ik op de ziekenhuisartsen. Patiënten die ziekenhuiszorg nodig hebben, zijn steeds vaker ouder en steeds vaker ziek van meerdere aandoeningen. Superspecialisten weten heel veel over een klein stukje van die zieke mensen en kunnen daar hele knappe dingen mee doen. Maar juist omdat patiënten vaak én COPD én diabetes én artrose hebben, hebben ze belang bij een generalistische specialist, bij iemand die niet heel veel weet over een klein stukje, maar een beeld over de hele mens heeft. Dat is de ziekenhuisarts. Ik heb in Brabant gezien hoe dat werkt, ook bij spoedopnames. Bij spoedopnames worden patiënten met spoed binnengebracht, maar toch kunnen ze in een regulier ziekenhuis zomaar nog drie dagen wachten voordat ze de juiste dokter aan hun bed hebben. En dat terwijl dit met een ziekenhuisarts binnen een paar uur al beter gefixt is en ze dan op de goede afdeling terechtkomen! Vorig jaar heb ik een motie ingediend over ziekenhuisartsen en medisch generalisten. Die motie is aangenomen. Ik vraag aan de minister wanneer die motie tot uitvoering wordt gebracht.

Mijn tweede onderwerp is slimme zorg. Als je oud en ziek bent, is het ziekenhuis echt niet altijd de beste plek om te zijn. Juist daarom is het zo waardevol en belangrijk dat er ook allerlei vormen van zorg op afstand worden aangeboden. Tijdens de covidperiode hebben we gezien hoe goed dat werkt en hoe tevreden patiënten daarover kunnen zijn. Denk aan telemonitoring. Wij willen dat er veel concreter wordt gewerkt om slimme zorg, de kwaliteit en de toegang tot ziekenhuiszorg te verhogen. Hoe kan de minister dat verder stimuleren? Wat kunnen zorgverzekeraars doen om zulke zorg minder vrijblijvend aan te bieden? Welke financiële prikkels zijn er voorhanden? Worden die voldoende gebruikt? Zijn de afspraken in het IZA voldoende stevig?

Ten derde ga ik in op de betrokken regio's. Daar hebben we het in interrupties net ook al over gehad. Juist omdat ziekenhuizen zo belangrijk zijn in de regio, is het van belang dat het lokale zorgnetwerk — die term kwam al eerder langs, het ROAZ — en ook gemeenten en hun inwoners kunnen meekijken bij en meepraten over belangrijke veranderingen binnen de spoedzorg in hun buurt. Ik wil van de minister weten hoe bijvoorbeeld in het geval van sluiting, waar we het vandaag over hebben, inwoners, burgemeester en

wethouders en ook de voorzitter van de veiligheidsregio meegenomen worden in die besluitvorming. De AMvB, de algemene maatregel van bestuur die ook al eerder langskwam, heeft het over "geïnformeerd en betrokken". Is dat scherp genoeg? De IGJ beschouwt in een aantal gevallen waar we het vandaag over hebben, dat alle plannen volgens de AMvB zijn uitgevoerd, maar uit de informatie en de gesprekken die we met vele mensen hebben gehad, blijkt dat dit lang niet altijd zo wordt ervaren. Is de minister bereid om deze betrokkenheid meer naar voren te laten komen in de besluitvorming? Ik vraag dit ook met het oog op de in het IZA afgesproken regiobeelden. Graag een toelichting.

De heer Drost (ChristenUnie):

Ik ben het eens met de vragen van mevrouw Tielen. Volgens mij had ik ongeveer dezelfde vragen in mijn spreektekst staan. Ik wil toch even naar het voorbeeld van Zutphen gaan. Net kwam in een debat met mevrouw Marijnissen de naam van een ondernemer langs. Ik denk dan: dat had ook een hele andere naam kunnen zijn en dan was hetzelfde gebeurd. Het gaat mij dus niet om de naam, maar ik heb wel ongemak bij de situatie in Zutphen. Ik ben benieuwd wat uw visie is. Het gaat er namelijk om dat dit ziekenhuis in financiële problemen is. Sterker nog, de bank is de baas als ik het mag geloven. Het staat onder curatele of bijzonder beheer. Ik denk dan: hoe eerlijk is dan nog het verhaal dat we met elkaar naar goede zorg zoeken en dat we ook wel begrijpen dat als het beter moet, het soms anders gaat, in het geval van Zutphen, waarvan we gewoon weten dat er financiële problemen zijn? Zijn die financiële problemen dan niet de oorzaak dat er ingegrepen wordt en is dat dan wel eerlijk in de regio? Hoe ziet u dat?

Mevrouw Tielen (VVD):

Dat is een hele grote vraag. Uiteindelijk hoef ik die meneer niet te verdedigen. Ik hoef niemand te verdedigen, behalve mijn eigen fractiestandpunt uiteraard. Het is natuurlijk wel zo dat soms iemand in moet springen als er al jarenlang dingen niet goed gaan. Dat komt in alle takken van sport voor. Ik heb in dit geval gewoon geen inzicht in de cijfers. Ik weet ook niet of dit de beste oplossing is. Misschien is dat het wel helemaal niet. Maar zo diep kan ik daar niet op ingaan en ik vind het ook niet de taak van de Tweede Kamer om dat te doen. Als u zegt "er kan toch niet zomaar in de bestuurskamer van een ziekenhuis in Apeldoorn worden besloten wat er in Zutphen gebeurt", dan ga ik daar best wel een eindje in mee, juist omdat er inderdaad zo veel verwevenheid is tussen een ziekenhuis en de gemeenschap daaromheen.

De heer Drost (ChristenUnie):

Dit is juist de essentie. Ik wil namelijk nog wel geloven dat er soms goede beslissingen worden genomen, ook in bestuurskamers, maar in het voorbeeld van Zutphen heb ik daar gewoon ongemak bij, omdat de financiële problemen daar zo groot waren en ik daardoor niet anders kan denken dan: dit heeft een financiële oorzaak; hier wordt niet meer gekeken naar wat in de regio goed is, maar zijn we vooral bezig met het dichten van een financieel lek.

Mijn vervolgvraag is de volgende. Als er een probleem is, moet je dat oplossen met elkaar; ook dat kan ik me voorstellen. Dat is helder. Dat gebeurt daar dan nu op de manier

van diegene van wie we de naam niet nog een keer noemen. Vindt mevrouw Tielen dan ook dat de regio, vooral Zutphen en omgeving, genoeg betrokken is bij wat daar gebeurt? Want u wilt dat ook, zei u zojuist. Maar gaat het goed genoeg daar?

Mevrouw Tielen (VVD):

Wat ik zeg: de inspectie zegt dat het volgens de regel der afspraken is gegaan. Ik zeg ook letterlijk: zo wordt het niet ervaren door de mensen, dus dan klopt er iets niet in de afstand tussen de manier waarop de regels bedoeld zijn en hoe ze ervaren zijn. Dat kan ik erover zeggen.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog weer.

Mevrouw Tielen (VVD):

Gisteren in het commissiedebat spraken we ook over het samenwerken tussen zorginstellingen. Ik wil in dit debat ook graag het voorbeeld in Drenthe noemen. Ik verwees daar net ook al eventjes naar. Daar werken ziekenhuislocaties samen. Ze stemmen openingstijden van spoedposten af en wisselen personeel uit. Op die manier is spoedzorg altijd in de buurt. Zo'n samenwerking is niet makkelijk en vergt een intensieve aanlooptijd, maar als het eenmaal loopt, levert het grote voordelen op voor toegankelijkheid, kwaliteit, organisatiekracht en goed werkgeverschap. Ik vind dat de minister samen met de zorgverzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen zou moeten komen tot een protocol dat zulke samenwerkingen mogelijk maakt, stimuleert en minder vrijblijvend kan maken. Vindt de minister dat ook? Graag een toelichting.

Voorzitter. De realtime uitwisseling van gegevens over de beschikbare capaciteit in ziekenhuizen en op spoedeisende hulpen schiet vaak tekort. Tijdens de avonddienst die ik mocht meelopen op de spoedeisende hulp in het Diaconessenhuis in Utrecht werd dat duidelijk. Sommige lieten gewoon realtime zien hoe het was en andere niet. In zijn brief over de zorgcoördinatie schrijft de minister daar wel wat over, maar ik wil eigenlijk graag dat het op korte termijn gewoon verplicht is dat ziekenhuizen die capaciteit realtime delen, zodat huisartsen niet eindeloos hoeven rond te bellen en ambulances meteen weten waar ze terecht kunnen.

Voorzitter. In het Chinees bestaat het karakter voor verandering uit twee tekens: één voor crisis en één voor kans. Het is belangrijk dat we veranderingen bij ziekenhuizen samen met de inwoners en de zorgprofessionals in de regio's niet alleen als crisis, maar ook als kans benaderen, een kans op betere zorg van hoge kwaliteit, die past bij de behoeften van deze tijd.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Er is nog een interruptie van mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ben het in ieder geval helemaal eens met mevrouw Tielen met betrekking tot realtime data-uitwisseling. Het is goed om te horen dat ook mevrouw Tielen toch vraagtekens zet

bij de huidige uitwerking van de medezeggenschap van de gemeentes. Maar mijn vraag gaat, net zoals de vraag die ik aan de minister heb gesteld, over de samenstelling van ROAZ, het Regionaal Overleg Acute Zorg. Daar zitten nu alleen maar artsen in. De verpleegkundigen en verzorgenden komen daar helemaal niet in terug en ook het inwonerbelang ontbreekt. Daarom heb ik net aan de minister gevraagd om naast verpleegkundigen en verzorgenden, ook het Zorgbelang namens patiënten en cliënten, en een vertegenwoordiger van de P29 daarin op te nemen. De P29 zijn dus meer plattelandsgemeenten. Ik ben benieuwd wat mevrouw Tielen daarvan vindt.

Mevrouw Tielen (VVD):

Het klinkt als een sympathieke richting, sowieso waar het gaat om de verpleegkundigen en verzorgenden wat mij betreft. Inwoners lijkt mij ook wel een goed idee. Tegelijkertijd wil ik ook niet dat je het grootste zalencentrum in de regio af moet huren om een keer te vergaderen. Ik ga er dus geen sluitend ja of nee op zeggen, maar ik vind wel dat we goed moeten kijken of die ROAZ'en daadwerkelijk kunnen doen wat ze beogen te moeten doen, namelijk het hebben van een belangrijke stem in de manier waarop in de regio zorg is georganiseerd.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het punt is natuurlijk dat de ROAZ'en nu heel erg kijken naar het medisch belang en niet ook naar andere aspecten die inwoners ook belangrijk vinden en die zij als kwaliteit van zorg zien. Voor de goede orde nog het volgende. We hebben tien ROAZ'en en 350 gemeenten. Het is niet mijn oproep dat 35 gemeenten het er op die manier in een ROAZ bij nemen. Ik heb het over een vertegenwoordiger van die P29 in het ROAZ. Dit nog even ter verduidelijking.

De voorzitter:

Dank voor uw bijdrage. Ik geef het woord aan mevrouw Westerveld van GroenLinks.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben opgegroeid op het platteland. Een van de meest levendige herinneringen uit mijn vroege jeugd was dat er een ambulance het erf op kwam rijden en mijn vader mee moest omdat hij een longontsteking had en naar het ziekenhuis in Winterswijk moest, wat best een eind rijden was voor mijn moeder, bijna een halfuur. Dit vertel ik omdat een ziekenhuis natuurlijk meer is dan alleen een plek waar alleen zorg wordt geleverd. Een ziekenhuis heeft een hele belangrijke regionale functie. Het heeft ook een enorme impact als een van je gezinsleden, in dit geval mijn vader, naar het ziekenhuis moet, ook omdat het niet naast de deur ligt. Op het moment dat een ziekenhuis of noodzakelijke afdelingen dreigen te verdwijnen, dan heeft dat een hele grote impact op een gemeente. Dat merkte ik ook toen ik met een aantal collega's van hier een tijdje geleden in Zutphen was. We waren uitgenodigd door de gemeenteraad van Zutphen om samen met hen na te denken over oplossingen.

Tijdens dat gesprek viel het mij op, en niet alleen mij, maar meerdere Kamerleden, dat daar een aantal bestuurders en

een aantal adviseurs zaten die eigenlijk tegen ons, de gemeenteraadsleden en de Kamerleden, zeiden: jullie hebben helemaal geen klap te zeggen over wat wij hier gaan doen met het ziekenhuis. Ik vond dat heel heftig, omdat we daar in het hart van de democratie waren, in een gemeentehuis waar volksvertegenwoordigers de taak hebben om op te komen voor de belangen van de inwoners van hun regio, voor de belangen van de inwoners van Nederland. Daarom vond ik dit zo pijnlijk.

Voorzitter. Mijn eerste vraag aan de minister is hoe dit eenzijdige besluit om afdelingen te sluiten of straks zelfs hele ziekenhuizen te sluiten, eigenlijk in verhouding staat tot artikel 22 van onze Grondwet, waarin heel duidelijk staat dat de overheid maatregelen moet treffen om de volksgezondheid te bevorderen.

Voorzitter. Ik zag als woordvoerder Jeugdzorg in de afgelopen jaren hoe bijvoorbeeld jeugdzorginstellingen konden sluiten omdat bestuurders vonden dat er een andere bestemming moest komen voor het vastgoed. Ik zag het in de afgelopen jaren in de gehandicaptenzorg, waar mensen die gehandicapt zijn en soms hun hele leven en sociale leven hebben opgebouwd in het dorp, te horen krijgen: jullie moeten toch verhuizen, want we vinden dat deze locatie niet rendabel genoeg is. Ik zie datzelfde bij ggz-instellingen, waar mensen soms na jaren wachten eindelijk een behandeling krijgen en dan te horen krijgen: de behandeling is te duur; we gaan toe naar ambulante behandelen, dus je mag weer naar huis. Het verbaast mij dat dit ook zonder democratische inspraak kan gebeuren met afdelingen en zelfs met hele ziekenhuizen. Ik bleek niet de enige te zijn met die verbazing, want ook onze fractievoorzitter van GroenLinks Martine Westerik vroeg zich tijdens die bijeenkomst af hoe dat maatschappelijke belang nou wordt geborgd; wie komt daarvoor op?

Voorzitter. Ik zie hier ook een vast patroon in, want het begint bij de spoedeisende hulp en bij de acute verloskunde, afdelingen die 24 uur per dag bezetting nodig hebben en die wat "duur" zijn om open te houden. "Duur" zeg ik tussen aanhalingstekens. Maar na het verdwijnen van deze afdeling loopt de aanwas van patiënten terug, en voor je het weet is zo'n ziekenhuis niet meer rendabel. Dat is dan weer een mooi excuus om te fuseren of te sluiten.

Voorzitter. Dit is natuurlijk puur marktdenken. Marktwerving heeft van de zorg een sector gemaakt waarin burgers klant zijn in plaats van dat zij mogen meedenken over essentiële zaken zoals een ziekenhuis en publieke voorzieningen. Ook de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving constateert dat burgers en zelfs democratisch gekozen lokale besturen een uiterst beperkte invloed hebben op besluiten over de toekomst van de acute zorg en het openhouden van spoedeisendehulpdiensten. Door het marktdenken is het bedrijfsmatige top-downdenken leidend geworden in de zorg en besluiten zakelijk bestuurders en directeuren eigenhandig over de toekomst van publieke voorzieningen, die met belastinggeld, geld van ons allemaal, worden betaald; daarom zijn het ook publieke voorzieningen.

Voorzitter. GroenLinks zou willen dat collectief eigenaarschap centraal staat, omdat inwoners veel beter dan beroepsbestuurders inzicht kunnen geven in de behoefte, en omdat gemeenteraadsleden veel beter kunnen nadenken over wat er in hun gemeente nodig is. Als zij mee mogen besluiten, dan is er ook meer draagvlak voor de keuzes die

worden gemaakt. Dit draagvlak heeft in Zutphen, maar ook op andere plekken totaal ontbroken. Want in Friesland speelt hetzelfde. Ook daar zijn gemeenteraden volledig overvallen door het voornemen om twee ziekenhuizen te sluiten en ergens anders dan weer een nieuwe te bouwen, weer een plan waardoor personeel en politiek werden overvallen.

Nu wil ik helemaal niet betogen dat er helemaal nooit iets mag veranderen en dat alle zorg overal maar beschikbaar moet zijn. Ik snap best dat dat niet kan, dat er natuurlijk kwaliteitsstandaarden zijn en dat personeelstekorten ook een rol kunnen spelen. Maar op het moment dat er een voorgenomen sluiting is, kunnen we allemaal op onze klompen aanvoelen dat personeel weggaat. Als ik dan naar de AMvB acute zorg kijk, waarin is afgesproken dat gemeenten erbij moeten worden betrokken, dan zie ik dat dat in Zutphen, maar ook in Friesland niet is gebeurd. Dan snap ik ook wel dat de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving constateert dat die democratische inspraak onvoldoende is.

Voorzitter. Mijn vraag aan de minister is hoe hij die democratische inspraak op dit soort besluiten ziet en of hij bereid is om die AMvB aan te scherpen en bestuurders te verplichten om gemeenten een inhoudelijke, gemotiveerde reactie te geven als er bezwaren zijn.

Voorzitter. We hebben het hier ook even over de 45 minutennorm gehad. Ook daar heb ik een aantal vragen over. Want hoe gaat de minister het oplossen als er aandoeningen zijn waarvoor je sneller dan 45 minuten in een ziekenhuis moet zijn, zeker nu op verschillende plekken spoedeisendehulpdiensten in ziekenhuizen gesloten worden? Hoe weegt de minister de leefbaarheid van een regio mee bij het vaststellen van de spreidingsnormen voor de acute zorg? Is hij ook bereid om een beschikbaarheidsbijdrage te geven aan SEH's die voor de leefbaarheid voor de regio essentieel zijn?

Voorzitter, ten slotte — ik maakte dat punt al — lijkt het mij goed als inwoners zelf beter worden betrokken bij dit soort plannen, die zo'n impact hebben op een gemeente. Welke mogelijkheid gaat de minister daarvoor bieden? Een besluit over de organisatie van zorg en de nabijheid van een ziekenhuis is namelijk een besluit over de leefbaarheid. Als je ergens gaat wonen, dan wil je dat er onderwijs is, dat er openbaar vervoer is en dat er goede zorg aanwezig is, zeker ook als je minder geld hebt. Als je afhankelijk bent van het openbaar vervoer, dat ook niet in alle regio's goed geregeld is, dan baart het natuurlijk zorgen als er dit soort besluiten worden genomen waardoor er nog verder gereisd moet worden naar een ziekenhuis. Het viel mij dus op dat er bij de bereikbaarheidsnormen die worden gemaakt, altijd naar een afstand per auto wordt gekeken. Maar ook als je geen auto hebt of afhankelijk bent van het openbaar vervoer, moet goede zorg in de buurt aanwezig zijn.

Voorzitter. Ik rond af. Het is belangrijk dat we zorgen dat goede zorg aanwezig is, want je moet gewoon op zaterdagochtend met je dochter die een sportblessure heeft naar zo'n eerstehulpdienst kunnen, je controleafspraak kunnen plannen, of langs kunnen gaan bij je ernstig zieke kind of bij je vader die met een longontsteking in het ziekenhuis ligt.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Westerveld. Ik geef het woord aan mevrouw Den Haan, Fractie Den Haan.



Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. De acute zorg in ons land piept en kraakt. Ik denk dat het vandaag wel duidelijk is dat er iets moet gebeuren om de acute zorg toegankelijk te houden voor de mensen die die echt nodig hebben.

We worden allemaal ouder, dus we zien ook in de acute zorg een toenemend aantal patiënten. Ook al is het niet de grootste groep die in de acute zorg komt, de groep van ouderen van 75 jaar en ouder met een spoedeisende zorgvraag is met 3% toegenomen. Helaas komen er ook veel te veel ouderen op de spoedeisende hulp omdat ze nergens anders terecht kunnen. Dat aantal zal alleen maar toenemen, want de vergrijzing neemt toe. Er zijn hele mooie plannen van minister Helder rondom het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, maar die zijn nog lang niet gerealiseerd. Doordat de ouderenzorg vastloopt, is dat ook merkbaar in de acute zorg. Als een oudere in de acute zorg terecht komt, is het vaak lastig om weer vervolgzorg te regelen. Er is te weinig capaciteit en er zijn te weinig plekken. We hebben het voor onszelf eigenlijk best ingewikkeld gemaakt. Hoe kunnen we dat allemaal beter op elkaar afstemmen, wil ik aan de minister vragen. Hoe gaan we er de komende tijd voor zorgen dat er goede ondersteuning is voor ouderen tussen acute opnamen in het ziekenhuis en het moment dat zij weer thuis komen?

Voorzitter. GOUD vindt ook dat we ons juist moeten richten op het voorkomen van acute zorg. Maatregelen om een acute zorgvraag te voorkomen zijn vaak effectiever als die dichtbij en ook diep in de wijk worden genomen. Dat is dus in de werkingssfeer van de Wmo. Dat is overigens wel weer lastig, want investeringen vanuit de Wmo worden dan weer in de acute zorg terugverdiend. Die leiden daar dan dus weer tot besparingen. In de praktijk lopen zorgprofessionals hier heel vaak tegenaan. Als geheel levert het de zorg besparing op. Dat is mooi, maar de investering komt dan uit een ander potje. Zolang we dat niet goed regelen, komen we nergens. Er komen mede hierdoor veel ouderen onnodig op de spoedeisende hulp terecht. Welke oplossingen ziet de minister hiervoor?

Ik weet dat er in een aantal regio's gewerkt wordt met pilots met wijkklinieken voor kwetsbare ouderen. Die bieden ook acute zorg aan kwetsbare ouderen aan die voorheen opgenomen moesten worden in het ziekenhuis. Ik lees dat de eerste resultaten positief zijn en dat de minister het concept de komende jaren gaat doorontwikkelen. Wat bedoelt hij daar precies mee? De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving stipt in zijn meest recente rapport aan dat de financiering van dit soort concepten lastig te regelen is. Heeft de minister al een beeld van de manier waarop hij de bekostiging van dit soort initiatieven gaat regelen? Kan er ook haast gemaakt worden met het doorontwikkelen van dit soort wijkklinieken? Die kunnen namelijk ook een rol spelen bij herstelzorg, dus dat zou ook een oplossing zijn voor de doorstroom vanuit het ziekenhuis op weg naar huis.

Voorzitter. GOUD vindt de zorgcoördinatiecentra een hele goede stap. Ook vanuit het veld horen we voornamelijk

positieve reacties. In sommige regio's is er een pilot gedraaid met een zorgcoördinatiecentrum. Dat draait nu succesvol. Er is geld voor uitgetrokken, maar die pilots lopen ten einde en ik begrijp dat er geen overbruggingsfinanciering is geregeld om deze zcc's draaiende te houden. Dat zou toch wel echt heel erg zonde zijn. Ik heb al vaker gewezen op succesvolle pilots die niet kunnen doorgaan vanwege het feit dat er geen vervolgfianciering is. Dat is heel zonde, omdat hier hele waardevolle infrastructuur verloren dreigt te gaan. Ik wil heel graag van de minister horen hoe hij zo'n overbruggingsfinanciering gaat regelen. Ik hoor ook veel zorgen over de implementatie van de zcc's. Het vergt een grote verandering in een sector waar weinig personeel is. Hoe gaat de minister die zorgen van het veld wegnemen?

Voorzitter. Een belangrijk onderdeel van de acute zorg is ook de multitraumazorg. Als iemand door een ongeluk meerdere letsels heeft opgelopen, is het cruciaal dat de patiënt voor zijn of haar overlevingskansen eerst wordt opgevangen en gestabiliseerd in een van de elf traumacentra. Daarvoor is een norm opgesteld. 90% van de gevallen van multitrauma moeten in het traumacentrum behandeld worden. Dat is de 90%-norm, die bij lange na nog niet wordt gehaald. Het Zorginstituut heeft adviezen opgesteld om ervoor te zorgen dat die norm wél wordt gehaald. Een daarvan is de Trauma Triage App. Dat is een app waarmee ambulancemedewerkers kunnen bepalen of iemand multitrauma heeft. Ik begrijp dat die app een hele hoge betrouwbaarheid heeft, namelijk 95%. Dat is flink. Het moet nu door de ambulancezorg gefinancierd worden, maar de ambulancezorg wordt er niet op afgerekend als het gaat om het halen van de norm. Naar ik heb begrepen is er weinig animo om die app te financieren. Ook in het advies van het Zorginstituut zie ik dat die animo, dat draagvlak gecreëerd moet worden bij ambulanceprofessionals en bestuurders om de app toch te gebruiken. Kan de minister er iets aan doen om toch die structurele bekostiging te realiseren?

Van de 80 ziekenhuizen hebben er 24 nog steeds geen klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde beschikbaar, terwijl dit volgens het Kwaliteitskader Spoedzorgketen wel moet. Gezien het feit dat een aantal ouderen met comorbiditeit in de acute zorg toeneemt, lijkt mij dat overigens wel zeer nodig en wenselijk. Dit zijn cijfers van vorig jaar. Zou de minister ook kunnen aangeven hoe het er nu mee staat?

Voorzitter. Ik begon mijn betoog met de opmerking dat de acute zorg onder druk staat. We willen allemaal die acute zorg toegankelijk houden, maar ook betaalbaar. En dat is een hele lastige combinatie. In de Regionale Overleggen Acute Zorgketen, ROAZ's, wordt gewerkt om deze plannen zo goed mogelijk uit te voeren. En ook in het IZA staat dat dit met name moet met zorgprofessionals. Wij zouden het het liefst zien gebeuren met alle andere betrokkenen, maar wij krijgen signalen dat dit onvoldoende gebeurt. Ik vind dat eigenlijk heel zorgelijk. Ik wil de minister dan ook vragen om er echt op toe te zien dat we dit samen gaan doen, want "samen" is hier wel het sleutelwoord.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Er is een nog een interruptie van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik kom even terug op het begin van de inbreng van mevrouw Den Haan, toen zij het over zorgcoördinatie had. Zij zei dat ze daar positieve geluiden over hoorde. Ik heb twee voorbeelden bij de hand van reacties die ik heb ontvangen. De coördinatie op zich is helemaal positief, maar het wordt nu top-down ingericht in plaats van bottom-up. Het is gewoon een blauwdruk, met de sturing vanuit VWS; dat gaat gewoon helemaal niet werken. Dat is de eerste reactie. Een ander zegt: zorgcoördinatie, prima, maar er wordt te weinig naar de vervolgzorg gekeken. Je ziet immers vaak dat er crowding is op de spoedeisende hulp omdat het beddenhuis niet leegstroomt, en het beddenhuis niet kan leegstromen omdat er geen plekken zijn in de verpleeghuizen. Dus graag nog even een reflectie op de zorgcoördinatie.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Voor een deel heeft mevrouw Van den Berg inderdaad gelijk. De instroom is natuurlijk veel beter. De doorstroom en de uitstroom zijn een groot probleem. Je ziet dat de instroom veel beter geregeld kan worden als de ziekenhuizen samenwerken en als er inzicht is in het aantal bedden dat in de regio beschikbaar is voor acute zorg en als dat transparant is. De doorstroom binnen het ziekenhuis en de uitstroom uit het ziekenhuis vormen echter een groot probleem, en ik vind ook dat daarvoor aandacht moet zijn. Als het gaat om ouderen, zouden WijkKlinieken een van de oplossingen kunnen zijn, maar die zijn ook nog in de pilot-fase. Mijn probleem zit er met name in dat we heel veel willen, maar dat een heleboel van wat wij willen, nog niet op elkaar is afgestemd. In het WOZO zitten heel veel goede plannen om bijvoorbeeld uitstroom gerealiseerd te krijgen, maar daar zijn we nog lang niet.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan geef ik het woord aan mevrouw Paulusma, D66.



Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Het onlangs gepubliceerde onderzoek van het RIVM toont aan dat driekwart van onze spoedeisende hulpen niet voldoet aan de kwaliteitseisen. In andere woorden, de kans is groot dat als jij naar de spoedeisende hulp gaat, daar niet kan worden voldaan aan wat wij met elkaar als goede zorg beschouwen. Dat zijn drie op de vier spoedeisendehulpverleners. Hier schrik ik van. Er is dus een grote kans dat je geholpen wordt door iemand op een spoedeisende hulp die de vereiste opleiding niet heeft gevolgd of nog niet heeft afgerond, of die te weinig klinische ervaring heeft. Er zijn zelfs drie ziekenhuizen die aangeven dat hun arts op een spoedeisende hulp niet in staat is om een vitale bedreiging direct te herkennen, een patiënt te reanimeren of de ernst van het klinisch beeld snel en accuraat te bepalen. Dat vind ik echt zorgelijk.

Mevrouw Agema (PVV):

Zou een reden kunnen zijn dat, terwijl er 657 spoedeisendehulpverleners zijn, er eigenlijk 1.200 nodig zijn en er maar 40 opleidingsplaatsen zijn? Twee. Zou ook een reden kunnen zijn, vraag ik mevrouw Paulusma, dat er de afgelopen tien

jaar door de marktwerking met eksterogen naar de acute zorg en ook naar de spoedeisende hulpen is gekeken? Ze werden te duur bevonden, het verhaal "hollen of stilstaan" werd als een probleem gezien en gemaakt. Er werd steeds meer op bezuinigd. Negentien intensive cares en negentien spoedeisendehulpverleners zijn daardoor omgevallen, gesloten. Ik vraag mevrouw Paulusma: zouden de twee dingen die ik hier even aanstip het probleem kunnen zijn?

Mevrouw Paulusma (D66):

Mevrouw Agema en ik voeren wel vaker het debat over dit onderwerp. Dat zou kunnen. Ik kijk daar toch anders naar. Ik denk namelijk — dat speelde net ook al in het interruptie-debatje met de heer Bushoff — dat in de keten de balans volledig zoek is. Ik vind dat heel vervelend voor al die mensen die dag en nacht op een spoedeisende hulp de benen onder hun lijf vandaan rennen. Dat zag ik zelf ook gebeuren in de ziekenhuizen waar ik werkte. Er is heel veel druk op de spoed. Er wordt heel veel van de mensen daar gevraagd; dat gaan we trouwens ook nooit bijbenen. De oorzaak is dat we spoedvragen, die ook elders opgelost en opgevangen kunnen worden, niet goed inrichten, niet goed financieren en er niet voldoende voor opleiden.

De voorzitter:

Laatste vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Hoe kan het nou dat de verpleegkundige Paulusma en de arts Kuipers beiden verantwoordelijk zijn voor het steeds verder afbreken van de zorg, het steeds verder afbreken van de acute zorg, dat zij zich daarbij neerleggen, daarin meegaan? Waarom is het geen optie om die spoedeisende zorg en de intensive cares en de spoedeisendehulpverleners uit de marktwerking te halen en te financieren op basis van de beschikbaarheidsbijdrage? Dan financieren we op basis van de vraag wat we nodig hebben om de boel in de benen te houden, in plaats van op basis van de vraag wat het kost. Daarmee zorgen we dat er wel genoeg personeel wordt opgeleid. Waarom kiest de verpleegkundige mevrouw Paulusma nou voor de afbraak?

Mevrouw Paulusma (D66):

Dat zijn de woorden van mevrouw Agema. Deze verpleegkundige kiest ervoor om te durven kiezen en te benoemen hoe we dingen die niet goed gaan, moeten oplossen. Ik wil ook benoemen hoe we de keten van de spoedzorg beter moeten uitbreiden. Ik heb al vaker gezegd dat ik helemaal niet ben van het sluiten en concentreren van de acute zorg. Ik vind juist dat de keten groter en breder moet. Dat heeft niks met afbreken te maken. Dat heeft juist met verbeteren te maken.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog weer, mevrouw Paulusma. Er is nog een interruptie. Mevrouw Westerveld, dat is ook meteen uw laatste vraag.

Mevrouw Westerveld (GroenLinks):

Ja, prima. Mevrouw Paulusma kiest er heel bewust voor om met dit punt te beginnen. Driekwart van de spoedeisende eerste hulp zou niet op orde zijn als je daar komt. Dan kun je natuurlijk twee dingen doen: we gaan erin investeren en zorgen dat het wel op orde komt — mevrouw Agema noemde niet voor niets het aantal opleidingsplekken — of we staan toe dat er op veel minder plekken in het land dit soort posten komen. Ik zou mevrouw Paulusma willen vragen waarom ze hiermee begint en wat haar oplossing is. Waar gaat dit naartoe?

Mevrouw Paulusma (D66):

Volgens mij is er nog een derde variant, mevrouw Westerveld. Ik kies er bewust voor om zo te beginnen, omdat ik me heel veel zorgen maak over de enorme druk die op al die professionals in de spoedeisendehulpposten ligt. Ik maak me daar heel veel zorgen over. Het lijkt me namelijk vreselijk om onder deze hoogspanning, altijd met druk en altijd met tekorten, te moeten werken. Volgens mevrouw Westerveld zijn er twee smaken: óf je gaat dit opplussen, óf sluiten. Volgens mij is er een derde variant, waarbij we ervoor zorgen dat we hier volgens de juiste kwaliteitsstandaarden en met heel veel plezier aan het werk kunnen, en de keten van de spoedzorg uitbreiden, versterken en daar meer personeel voor werven. Er is dus wat mij betreft een derde variant en daar kies ik voor.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw Paulusma (D66):

Voorzitter. Het is een beetje in navolging van wat mevrouw Westerveld mij net vroeg: ik kies voor zorg die passend is en van goede kwaliteit in de gehele keten.

Daarmee volg ik ook de lijn die Els Borst in een eerder verleden al initieerde. Het gaat om nadenken over de keten, zodat iemand bij een ernstig trauma ook naar een traumacentrum kan gaan. Mevrouw Den Haan begon daar net ook al over. Ik sluit me aan bij haar woorden. Ik wil de inzet van iedereen die op de spoedeisende hulp werkt echt niet tekortdoen. Ik ben er namelijk van overtuigd dat zij alles doen wat er binnen hun macht ligt om de beste zorg te leveren. We hebben alleen van de spoedeisende hulp wel de plek gemaakt waar de spoedeisende hulp alleen maar plaatsvindt. Daardoor wordt de werklust te groot en is de rol van de SEH wat mij betreft ook te groot geworden, terwijl spoedeisende zorg ook kan plaatsvinden bij de huisartsenpost, in de ambulance of thuis, door de wijkverpleegkundige. Niet alles wat op de SEH kan, hoort ook thuis op de spoedeisende hulp of moet op de spoedeisende hulp, juist in het belang van de patiënt.

Ik heb meerdere werkbezoeken afgelegd, juist in de keten van acute zorg. Zo mocht ik een tijdje terug op bezoek bij twee physician assistants. Ik zag daar niet alleen dat een ambulance een ziekenhuis op wielen is, maar ook dat de physician assistants dat eigenlijk in persoon zijn. Ik zal dit uitleggen. Deze hoogopgeleide professionals brengen ziekenhuiszorg achter de voordeur. Dat is ontzettend belangrijk in het geval van acute zorg en ook in de beleving dat als de nood hoog is zorg dichtbij moet zijn, want: snel en in de

eigen omgeving. Thuis worden patiënten gehecht of krijgen ze medicatie toegediend. Dat hoeft dan vervolgens niet meer op de spoedeisende hulp. Dit speelt ook een grote rol als het gaat om de tevredenheid van patiënten, want mensen willen uiteindelijk het liefst thuis blijven.

Voorzitter. Het doel moet wat ons betreft niet zijn dat de patiënt automatisch naar het ziekenhuis gaat. Voor mij gaat acute zorg over veel meer dan alleen een locatie, maar over de hele keten. Ik ben er stellig van overtuigd dat door te draaien aan de knoppen op verschillende plekken, je ieder stapje en ook het laatste stapje van de spoedeisende hulp beter kunt organiseren.

Een van de belangrijkste stappen of knoppen die ik hierin zie, is de ontwikkeling van de zogenaamde zorgcoördinatiecentra: een centrale plek voor alle acute zorgvragen uit de regio, waar samenwerking in de gehele keten plaatsvindt, minder gefragmenteerd en met meer communicatie over bijvoorbeeld iets heel relevants als de actuele capaciteit. Een groot voordeel van deze zorgcoördinatiecentra is dat mensen op het juiste moment de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Dit blijkt ook uit de verschillende pilots. Dit kan ook digitale zorg zijn, of je moet naar een huisartsenpost of je kan misschien zelf wel een nachtje wachten, of de ambulance moet direct komen. Een van de meest opmerkelijke zaken uit de pilot over de zorgcoördinatiecentra is dat bij ruim 40% van de zorgvragen digitale zelftriage ook mogelijk is. Met andere woorden, patiënten werden middels een website op de juiste manier geholpen, waardoor er minder wachttijden zijn en patiënten beter geholpen worden, waardoor er meer tijd, ruimte en werkplezier overblijft, zowel letterlijk als figuurlijk, voor de patiënt met urgente klachten en de professional die dan hierbij moet helpen.

De voorzitter:

Het is heel sympathiek dat u even pauzeert. De heer Bushoff, PvdA.

De heer Bushoff (PvdA):

Ik probeerde het net echt te begrijpen, maar dat ging best lastig. Wat betekent de derde optie die mevrouw Paulusma schetste nou concreet voor het Gelre ziekenhuis in Zutphen, voor het ziekenhuis in Zoetermeer, voor het ziekenhuis in Heerenveen, voor het ziekenhuis in Sneek? En zo kan ik nog wel even doorgaan.

Mevrouw Paulusma (D66):

De derde variant die ik net noemde, betekent voor de patiënt dat die in het geval van acute zorg op veel meer plekken geholpen kan worden dan alleen op de spoedeisende hulp.

De voorzitter:

Laatste vraag, de heer Bushoff.

De heer Bushoff (PvdA):

Dan is de conclusie dus dat al dat soort ziekenhuizen sluiten in de derde optie van D66?

Mevrouw Paulusma (D66):

Nee, dan is de conclusie dat meneer Bushoff vooral wil horen wat hij zelf wil horen. Ik zei het tegen mevrouw Westerveld. Er zijn volgens mevrouw Westerveld twee smaken, ofwel opplussen of sluiten. Ik zei dat ik van beide niet ben; ik ben van de variant in het midden, dus helemaal niet van sluiten. Dat bekt allemaal heel lekker, maar het gaat erom dat in de hele keten professionals maar vooral ook patiënten op de juiste manier geholpen kunnen worden. Dat hoeft niet altijd op een spoedeisende hulp.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was uw laatste vraag. Nu gaan we naar mevrouw Den Haan, Fractie Den Haan.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Ik probeer even te zoeken naar hoe we zo goed mogelijk uitleg kunnen geven over die keten. Ik begrijp heel goed dat het voor mensen hier op de tribune en overigens ook andere mensen een fijn en ook veilig gevoel is dat er een ziekenhuis dichtbij is. Maar dichtbij is niet per definitie altijd beter. Neem bijvoorbeeld multitrauma. We hebben elf traumacentra in Nederland. Ja, dan heb je een wat langere aanrijtijd, maar daar staan dan wel traumateams ter beschikking die je direct kunnen helpen. Je kunt een kortere aanrijtijd hebben en op een SEH terecht komen waar je mensen niet kunt helpen. Ik heb het zelf ervaren, want ik ben ook verpleegkundige. Twee keer zoveel mensen overlijden in een ziekenhuis dat niet multitrauma kan behandelen. Is mevrouw Paulusma het met mij eens dat we veel beter voorlichting moeten geven, dat we het veel beter moeten uitleggen, zo van: wat is dan die keten, waarom doen we dit nou precies? Want we doen het volgens mij allemaal met maar één reden: om de patiënt zo goed mogelijk te helpen.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik ben het helemaal eens met mevrouw Den Haan. Ik denk namelijk dat onbekend onbemind maakt. Ik denk dat een heleboel mensen zich thuis ook zorgen maken. Wellicht is het toeval, maar ik heb in ziekenhuizen in Drenthe gewerkt waar deze opgave gespeeld heeft. Ik woon in Groningen, heb daar ook gewerkt, en snap heel goed dat mensen die op lange afstand wonen zich zorgen maken, maar ik vind dat we die zorgen niet groter moeten maken. Dus zal ik de minister ook vragen om veel beter uit te gaan leggen en te communiceren wat dit betekent. Hij moet uitleggen dat het niet een verschraling is maar juist een verbetering; dat zorg eigenlijk veel dichterbij huis georganiseerd gaat worden dan dat we dat nu doen.

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Dan zou ik het heel fijn vinden als D66 samen met GOUD gaat kijken naar hoe we dat met elkaar kunnen doen, want ik vind het ongelofelijk vervelend dat we mensen ook angstig maken. In sommige gevallen denk ik ook dat de kritiek terecht is en dat we goed moeten kijken naar hoe we mensen zo veel mogelijk erbij betrekken, want dat gebeurt te weinig. Maar ik vind die uitleg ook een probleem. Ik zou het fijn vinden als we samen zouden kunnen kijken hoe we aan de minister kunnen vragen om dat op een goeie manier te doen.

De voorzitter:

Ik zie mevrouw Paulusma knikken.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ja, dat was volgens mij meer een uitnodiging dan een vraag. Daar ga ik graag op in.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Mevrouw Paulusma zei net terecht: ketensamenwerking is enorm belangrijk. Nou, dat ben ik helemaal met haar eens. Maar ze noemde ook zorgcoördinatie. Wij zeggen dat zorgcoördinatie, dus ook voor de afstemming en de triage, enorm belangrijk is, maar dat dat wel bottom-up moet gebeuren. Ik gaf in een eerdere interruptie al aan dat wij in ieder geval uit verschillende delen van het land allerlei opmerkingen krijgen dat het nu van bovenaf wordt opgelegd in een blauwdruk en dat er voorbij wordt gegaan aan alle goede lokale samenwerkingen die er zijn om dat verder uit te bouwen. Daar wil ik graag een reactie op.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank aan mevrouw Van den Berg voor deze vraag. Volgens mij zei u dat ook net in uw betoog. Maar ik vind het ook een beetje ingewikkeld, want ik heb ook de eindrapportage over het programma pilots zorgcoördinatie uitvoerig doorgenomen. Die hebben een aantal jaren gelopen. In verschillende regio's gebeurde dat in verschillende samenstellingen. Randstad en regio hadden echt, zeg maar, verschillende kleuren. Een van de aanbevelingen van al die professionals is juist dat ze graag landelijke regie willen. Ik zou dus heel graag willen aansluiten bij wat er in de regio nodig is. Dat hoort u mij ook in elk betoog zeggen. Maar als er dan partijen zijn die een evaluatie aanleveren aan de minister, juist vanuit de verschillende regio's, met als grote oproep "landelijke regie", dan zou ik toch wel graag willen aansluiten bij wat de zorgpartijen en de veldpartijen zelf hebben aangeleverd, en dan ben ik ook wel benieuwd in welke spagaat de minister zo meteen gaat komen.

De voorzitter:

Laatste vraag, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het zijn juist ook de veldpartijen die mij hierover benaderen en zeggen: dit gaat niet werken. Wat landelijke regie betreft moet ik bijvoorbeeld denken aan het punt dat net voorbijkwam, namelijk een goede uitwisseling van data, wanneer de realtimebeddenscapaciteit dan toch weer niet beschikbaar is. Daar ben ik intussen ook wel klaar mee. Dus daar mag wat mij betreft zeker landelijke regie op zijn. Maar moet je niet juist, wat ik ook eerder heb gezegd, eerder bottom-up in plaats van top-down bouwen? Dus nogmaals, ik hoor dit ook uit het veld, uit het land.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, gaat u verder.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ga verder met de zorgcoördinatiecentra. Ik ben blij met de ambities van de minister voor deze zorgcoördinatiecentra. Ik gun namelijk elke regio deze ontwikkeling. Dus hoe realistisch acht de minister de ambitie om in 2025 een landelijk dekkend netwerk van deze centra te hebben? Welke mogelijke drempels ziet hij hierbij nog? En er wordt in de evaluatie gevraagd om landelijke regie te nemen; in dat verband kijk ik naar mevrouw Van den Berg. Hoe ziet de minister dit? Want voor deze zorgcoördinatiecentra is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat er actuele medische informatie beschikbaar is en er geen sprake is van vertraging in de informatieoverdracht. Ik heb in meerdere debatten aandacht gevraagd voor het belang van gegevensuitwisseling in de acute zorg maar ook van het delen van data, ook als het om medicatie gaat. Ik ben af en toe bang dat de Kamer te huiverig is, terwijl ik juist zie dat het veld en onder andere de Patiëntenfederatie veel meer zouden willen, juist in het belang van de patiënt.

Voorzitter. Wat digitalisering betreft zie ik ook een mooie en interessante ontwikkeling bij het inzetten van, in het Nederlands, "voorspelmodellen" of artificial intelligence, juist in de acute zorg. Deze voorspelmodellen helpen over- en ondertriage te voorkomen. Daarom vraag ik de minister wat er nodig is om deze digitale kansen te versnellen, met inachtneming van de checks-and-balances? Want hoe zorgen we ervoor dat de ambulance straks niet alleen naar Bloemendaal rijdt maar ook naar de Bijlmer, want we hebben als overheid niet altijd goede ervaringen met dit soort digitale systemen. En is de Europese AI Act hier ook van toepassing?

Voorzitter. Als we het hebben over de inzet van professionals in de acutezorgketen, hebben we de neiging om, zoals ik al eerder zei, vooral te kijken naar de spoedeisende hulp als locatie, terwijl we juist ook hele andere professionals nodig hebben in de gehele keten. Dan noem ik weer de physician assistant waar ik op bezoek was of de wijkverpleegkundige die thuis zeer hoogcomplexiteit ziekenhuisverpleegkundige zorg levert. Daarom vraag ik de minister: zijn er voldoende opleidingsplaatsen, juist voor de keten, juist voor de ontwikkelingen die we nodig hebben om ervoor te zorgen dat de spoedeisende hulp niet overbelast raakt? Bieden we voldoende carrièreperspectief?

Voorzitter. Ik sluit af door te benoemen dat ik me heel goed realiseer dat alle veranderingen, en zeker die in de acute zorg, mensen thuis zorgen kunnen geven. Als jezelf of een van je dierbaren iets overkomt, wil je namelijk snel en op de juiste plek geholpen worden. Maar we moeten er ook eerlijk over zijn dat dat momenteel niet altijd de plek om de hoek is, en dat het dat ook niet altijd hoeft te zijn. Daarmee wil ik twee oproepen doen. Eentje is gericht aan de minister. Mevrouw Den Haan gaf al een soort van natuurlijk voorzetje over de communicatie en het meenemen van mensen in deze beweging. Ik herinner de minister ook nog aan mijn amendement over een burgerberaad precies over dit thema. Maar ik zou ook een oproep willen doen aan bestuurders in het veld. Ik zie namelijk veel plekken waar het wél goed gaat en waar bestuurders hun medewerkers en collega's op de juiste manier meenemen als het gaat om samenwerking, locatiefileren en het betrekken van patiënten. Maar ik doe ook een oproep aan bestuurders op plekken waar veel onrust is. Vertel wel het hele verhaal. Spoed hoeft niet altijd naar het ziekenhuis.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Ik geef het woord aan de heer Drost, ChristenUnie.

□

De heer Drost (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Iemand stuurde me de column door van Phaedra Werkhoven in de Stentor van vorige week. Zij woont in Zutphen en beschrijft op indringende wijze hoe een ziekenhuis onderdeel is van een gemeenschap, van de levensverhalen van mensen en wat de impact is van besluiten die het ziekenhuis raken. Het is goed om juist die verhalen vandaag op ons netvlies te hebben. We kennen misschien wel marktwerking in de zorg, maar de zorg is geen markt. Voor de ChristenUnie geldt dat de zorg dichtbij moet zijn, menselijk en nabij. Zo moeten we wat ons betreft ook met elkaar over dit onderwerp spreken vandaag.

Voorzitter. Als je acute zorg nodig hebt, moet je zeker zijn van goede zorg die goed bereikbaar is. Dat geldt net zo goed voor een inwoner van Zutphen als voor een inwoner van Rotterdam. Wat is de acute zorg dan in de toekomst? In het Integraal Zorgakkoord staan mooie ambities: minder concurrentie, meer samenwerking, differentiatie en zorgcoördinatie. Maar dat is helaas niet van vandaag op morgen geregeld. In de tussentijd horen we van de ziekenhuizen dat personeelstekorten en hoge vaste lasten het erg uitdagend maken om goede zorg te bieden. We hebben bijvoorbeeld gesproken met mensen uit Zoetermeer en Zutphen. Zij maken zich zorgen over de kwaliteit van zorg als de spoedeisende hulp verdwijnt.

Voorzitter. Als de acute verloskunde sluit of de spoedeisende hulp niet meer 24/7 open is, heeft dat voor enorm veel mensen gevolgen: voor de patiënt die veel verder moet reizen met eigen vervoer of ov, voor de verpleegkundige die dicht bij huis wil blijven werken en een baan buiten de zorg zoekt, voor de ambulances die verder moeten rijden en ook voor de lokale ondernemer die leverancier is van het ziekenhuis. Wat ik hiermee wil zeggen, is dat veranderingen in het acutezorglandschap niet puur bedrijfsmatige aangelegenheden van het ziekenhuis zijn.

Voorzitter. We proberen in de regelgeving ook de maatschappelijke waarde van de zorg een plek te geven. Denk aan de afstemming in het ROAZ, waar ook gemeenten indirect bij zijn aangehaakt, de afspraak dat eerst duidelijk moet zijn dat andere ziekenhuizen de vraag aankunnen voor een spoedeisende hulp sluit et cetera. Maar in de praktijk blijkt het nogal mager. Bij de ROAZ-plannen is de zorgverzekeraar meestal de leidende partij. Bij een regionaal overleg als er een sluiting dreigt, is de zorgaanbieder dat. Het patiënt- en burgerperspectief wordt erbij betrokken, staat er dan, maar dat laat nog steeds alle ruimte om enkel bedrijfsmatige argumenten leidend te laten zijn. Mijn volgende vraag aan de minister is: is er een geval denkbaar waarin een SEH ondanks bedrijfsmatige argumenten toch openblijft?

De ChristenUniefractie zou in de ROAZ-plannen die vooruitkijken naar de toekomst van de acute zorg per regio de stem van de burger en patiënt in ieder geval graag veel beter

laten horen. Ik hoorde al van collega's dat ze met voorstellen gaan komen op dat punt. Concreet: als de spoedeisende hulp in Zutphen sluit, is Apeldoorn de aangewezen plek om heen te gaan. Op zich kunnen veel mensen zich er waarschijnlijk wel in vinden dat je vooral door een goede arts geholpen wil worden als je zorg nodig hebt; de langere reistijd wordt dan ondergeschikt. Maar het is met het ov van Zutphen of vanuit die omgeving naar het ziekenhuis in Apeldoorn zomaar vijf kwartier. De vraag is: wordt er in dit geval naar zulke praktische bereikbaarheid gekeken? Hoe zwaar weegt dat dan? De minister schrijft dat hij in gesprek is met de ministeries van IenW en BZK over integrale bereikbaarheidsdoelstellingen. Hij verwijst daarbij ook naar Elke regio telt! en naar de brede welvaart. Hoe ziet de minister dit verder voor zich? Gaat het hierbij alleen over de bereikbaarheid per auto, fiets of ov, of gaat de minister het idee van brede welvaart ook breder betrekken bij zijn plannen voor de acute zorg? Welke impact hebben zijn plannen dan voor de brede welvaart van de regio's?

Voorzitter. De financiële situatie van kleinere en middelgrote ziekenhuizen is moeilijker dan die van de grotere ziekenhuizen. De minister erkent dat ook in antwoorden op vragen van collega Dijk. Dit is het geval terwijl grote ziekenhuizen niet per se de beste kwaliteit hoeven te leveren. Mijn vraag aan de minister is de volgende. Laat dit niet zien dat financiering in deze besluiten toch de doorslaggevende factor is? Laat het niet zien dat zorgverzekeraars een door ons ongewenste invloed hebben op dit punt? De minister wil meer samenwerking en minder concurrentie, ook op dit vlak. Hoe zou dat er voor de kleinere ziekenhuizen uit kunnen zien? Wat hebben die ziekenhuizen daar nu aan? Komt er nu al meer ruimte voor meerjarige contracten bijvoorbeeld? Komt er meer ruimte om samen te werken in plaats van te concurreren? Zijn de transformatiemiddelen dan ook snel en veel makkelijker bereikbaar voor de ziekenhuizen?

Voorzitter. Een ziekenhuis is vaak een grote werkgever in een regio. Vooral het verzorgende en ondersteunende personeel zal niet graag elke dag minstens een extra uur willen reizen naar het werk. Ziet de minister het als een risico dat we mensen in de zorg verliezen als we de zorg verder concentreren? De minister zet in op zorgcoördinatie per ROAZ-regio. De vraag is hoe voorkomen wordt dat bestaande vormen van zorgcoördinatie op een ander schaalniveau teniet worden gedaan. Hoe worden de zorgcoördinatiecentra dan bemenst? Wordt de regio hierdoor niet leeggetrokken met bestaande triagisten, die bovendien graag afwisselend werk willen blijven doen? Zorgcoördinatie staat of valt met genoeg plekken in de eerste lijn, genoeg verpleeghuizen en een goede doorstroom daarheen. Hoe wordt dat dan gegarandeerd? Het idee van de minister is om alle meldingen bij de huisartsenpost door te geleiden naar het zorgcoördinatiecentrum, om het daarna weer, na triage, voor een groot deel terug te brengen naar de huisartsenpost. Hiermee lijkt de poortwachtersfunctie van de huisarts te verdwijnen. Dat is onwerkbaar en onwenselijk, hoor ik uit de sector. Moet hier niet beter over worden nagedacht?

Dat was hem, voorzitter. Ik dank u.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Drost. Dan geef ik het woord aan mevrouw Pouw-Verweij van JA21.



Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Lange wachttijden, opnamestops en sluitingen van spoedeisende hulpen: dit land glijdt weg. Basisvoorzieningen worden uitgehold. Mensen die acuut hulp nodig hebben, hebben het nakijken. Mevrouw Agema heeft een prachtige opsomming gegeven van sluitingen en fusies. Ik licht hier graag één voorbeeld uit. Het is al eerder genoemd; volgens mij zitten er veel betrokkenen op de publieke tribune. Laten we samen kijken naar Zutphen. Mijn beschrijving van de stad valt te lezen. De kleinschaligheid is de grootste charme van de stad aan de IJssel. En kleinschalig wordt het daar in de Hanzestad. Het Gelre ziekenhuis raakt de afdeling verloskunde kwijt. Door de spoedeisende hulp gaat een dikke streep. De ambulances rijden voortaan naar Apeldoorn.

Er is, in beleidstermen, gekozen voor een opzet waarbij de acute zorg in Apeldoorn wordt geconcentreerd. Zutphen gaat vooral planbare zorg uitvoeren. Wel blijft er een spoedplein dat 24 uur per dag geopend is. Dat klinkt heel trendy, maar wat dat spoedplein precies gaat inhouden, weet nog niemand. Wat iedereen wel weet, is dat de spoedeisende hulp in de regio een enorme klap krijgt. De raad van bestuur zegt met de rug tegen de muur te zijn gezet door de banken. Gemeentebesturen in het kleinschalige Zutphen en in de nog kleinschaligere buurgemeenten reageren geschokt op deze afbraak van de zorg. Zo gaat de charme van de kleinschaligheid er snel van af.

Het Gelre ziekenhuis werd nog in 2010 glorieus in gebruik genomen. In 2019 scoorde het plek 24 in de top 100 van beste ziekenhuizen. Een columnist, ook aangehaald door de heer Drost, schrijft in de Stentor: "Het was de trots en de belofte van de regio. Het glimmende ziekenhuis, de mooie nieuwe gangen vol ambitie, een trekpleister voor jonge medici. Het mocht allemaal wat kosten." Dan de vraag: hoe verantwoord was dit project, nu hetzelfde moderne Gelre dertien jaar later alweer wordt ontmanteld? Met ziekenhuizen is het net als met de banken en met het onderwijs. Het lijkt alsof het vastgoedprojecten zijn geworden voor een netwerk van bestuurders en interimmanagers, dat is losgezongen van de mensen aan wie ze hun dikke salarissen te danken hebben. Na het doorknippen van de lintjes, werd de sloop ingezet. Hoe meer aandacht voor de gebouwen, hoe minder een hart voor de dienstverlening, het onderwijs en de zorg. Mijn fractiegenoot Derk Jan Eppink komt uit de Achterhoek. Hij schreef in een indringend essay waarom het platteland niet langer zwijgt. Over de verschralling van de voorzieningen en de bureaucratisering van de besluitvorming constateert hij: "Burgers zijn machteloze toeschouwers van dit tafereel en vooral de plattelanders, die toch al geen stem hebben. Ze ondergaan de gevolgen, zoals verschralling van publieke basisvoorzieningen, maar kunnen er niets aan doen." Het is met dat gevoel van onbegrepen onmacht dat mensen op de publieke tribune van de gemeenteraad en hier in de Tweede Kamer zitten, ingezonden brieven schrijven naar de krant en vergeefs een beroep doen op de makers van het beleid. Die beleidsmakers in Den Haag en in de ziekenhuizen spreken in de taal van het Integraal Zorgakkoord en het onderscheid tussen acute zorg en planbare zorg. Ze buigen zich over het vervangen van de 45 minuten norm door een integrale benadering van acute zorg die minder hard is omlijnd. Het zijn technische discussies, maar mensen voelen zich niet gezien en ze voelen zich niet gehoord. Ze zien één ding: dat al die mooie woorden leiden tot het uithollen van de voor-

zieningen, lange wachttijden, opnamestops en het sluiten van spoedeisendehulpdiensten. Dat is wat de mensen zien. Wat ze missen — mevrouw Van der Plas noemde het al — is de menselijke maat.

De reactie van de minister in antwoord op vragen vanuit deze Kamer illustreert de kloof tussen wat mensen ervaren en hoe de politiek denkt. De minister redeneert: het voorgenomen besluit van Gelre ziekenhuizen heeft juist als doel om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg in de regio verder te borgen en om het schaarse personeel zo doelmatig mogelijk in te zetten. Het uitkleden van de zorg in Zutphen en in de regio heeft dus als doel om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg daar beter te maken. Het lastige vraagstuk van te weinig medewerkers en een tekort aan geld wordt opgelost met het sluiten van de spoedeisende hulp, een schoolvoorbeeld van omdenken.

Ik heb hier nu stilgestaan bij één ziekenhuis in één stad in één regio, maar in Stadskanaal en Hoogeveen is dit net zo goed het geval en de inwoners van Sneek en Heerenveen maken zich ook zorgen over de aangekondigde sluiting van twee ziekenhuizen. De ene na de andere regio ziet met lede ogen aan hoe de acute zorg onder druk komt te staan en hoe leefbaarheid wordt uitgehold. De minister verwijst naar het Integraal Zorgakkoord. Een uitgangspunt daarvan is: de zorg dichtbij waar dat kan en verder weg waar dat moet, bijvoorbeeld om te kunnen garanderen dat iedereen die hoogcomplexere zorg nodig heeft, erop kan rekenen dat de zorg van goede kwaliteit is. In gewonemensentaal: je kunt patiënten met gillende sirenes binnen drie kwartier in een ambulance in een lokaal ziekenhuis afleveren, maar in het kleinschalige ziekenhuis kunnen ze geen hoogcomplexere zorg krijgen.

De charme van het besluit is dat laagcomplexere spoedzorg wél 24/7 beschikbaar blijft, maar op wat voor manier? Hoe concreet moeten de acute zorg en ook de verloskundige zorg dan overeind blijven? Op die vraag heeft de minister een antwoord dat uitblinkt in een technische benadering: het ziekenhuis moet een continuïteitsplan opstellen. Via de regio's van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, de ROAZ-regio's, moeten beelden en plannen worden ontwikkeld waaruit blijkt wat de zorgaanvraag en het zorgaanbod zijn en waar de knelpunten liggen. Hierop moet vervolgens worden geacteerd. Daar kunnen de mensen over wie het gaat, geen touw aan vastknopen. Het enige wat ze zeker weten, is dat hun ziekenhuis een veredelde polikliniek wordt zonder spoedeisende hulp.

Op papier is er voldoende aandacht voor draagvlak onder werknemers, gemeenten en patiënten. De minister vindt het van belang dat burgers en andere betrokkenen zich zeker en veilig voelen bij het aanbod van acute zorg in de regio, maar wat houdt die betrokkenheid in? De minister schrijft over "consultatie", "processen", "meenemen", "informerende" en "achterliggende overwegingen". Het komt wat over als de betrokkenheid van een ouder die een kind vertelt waar de reis naartoe gaat, maar de betrokkenen hebben op geen enkele manier enige wezenlijke invloed uit kunnen oefenen. Dat is in dit debat aan de orde gesteld. De veranderingen in het acutezorglandschap worden over de gemeenten en hun inwoners uitgerold.

Voorzitter. Afsluitend heb ik een tastbare vraag aan de minister: garandeert de minister dat de spoedeisende hul-

pen in alle zeven omliggende ziekenhuizen wél overeind blijven nu die in Zutphen verdwijnt?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Pouw-Verweij. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Van der Staaij, SGP.

□

De heer Van der Staaij (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben de laatste spreker in een lange rij en er is een zekere behoefte om van een lunch te gaan genieten. Dit is dus niet het meest dankbare moment om nog een woordje te spreken, maar misschien kan ik in ieder geval beginnen met te zeggen wat ik een interessant moment in dit debat vond. Ik loop ook al wat langer mee. Een hoop dingen zie je dan wel aankomen. Je hoort de verhalen. Ik vond het interruptiedebatje tussen de heer Bushoff en mevrouw Tielen heel interessant. Gevraagd werd: is het openhouden van ziekenhuizen nou een doel of een middel? Is het nou een doel of niet? Ik vond dat in eerste instantie eigenlijk een heel lastige vraag. Want ik dacht: als ik nou "doel" zeg, dan zegt men "zie je wel, het kan natuurlijk nooit een doel in zichzelf zijn; het gaat om de zorg voor de mensen en als de mensen op een andere manier geholpen worden, dan moet dat ziekenhuis gewoon weg." Maar als je alleen zegt dat het een middel is, omdat het om de zorg gaat, dan doe je zo'n ziekenhuis geen recht. Het is namelijk meer dan een stapel stenen en een manier van zorg verlenen. Er zit ook een ziel in zo'n ziekenhuis. Het heeft ook een plek in de samenleving. Dat kun je niet zomaar vatten in een aantal regeltjes en criteria en dan zeggen: nu hebben we het te pakken!

Voor mijn gevoel illustreerde dat eigenlijk de ingewikkeldheid van de dilemma's waar we hier precies mee te maken hebben. Het gaat natuurlijk om effectiviteit en om wat een goede schaalgrootte is uit het oogpunt van kwaliteit. Het is een volstrekt redelijke invalshoek om daar een goed gesprek met elkaar over te hebben, maar aan de andere kant gaat het ook steeds om meer dan dat.

Behalve de vraag naar doel en middel, speelt er nog een tweede vraag. Ik vroeg me af of de politieke partij er eigenlijk nog toe doet als het gaat om wat je van ziekenhuizen vindt. Is er nog een politieke filosofie die een rol speelt? Ik bedacht ook dat de volgende vraag eigenlijk steeds een rol speelt: van wie is een ziekenhuis eigenlijk? Is dat vooral een aangelegenheid van de Staat? Is dat iets van het bedrijfsleven? Of is het iets van de samenleving, van de maatschappij? De SGP kiest vooral voor dat laatste. Natuurlijk heeft de Staat hier een regulerende, normerende en financiële rol in, want anders hadden we dit debat hier niet. Natuurlijk zit dit ook op het domein van de Staat. Daarom hebben we het erover. Ook zakelijke afwegingen spelen natuurlijk een rol bij de aankoop van allerlei producten en bij de wijze waarop dingen betaald moeten worden. Maar ten diepste is een ziekenhuis wel iets van de samenleving. Wat mevrouw Van den Berg aangaf over de herkomst van ziekenhuizen vond ik mooi, namelijk dat ze juist vanuit maatschappelijke initiatieven waren ontstaan. Die hadden vaak hun doorwerking op de kwaliteit van de zorg. Ook de worteling in de omgeving had op een eigen, soms lastig te meten manier invloed op die kwaliteit en de bele-

ving in het ziekenhuis. Ook die maatschappelijke kant zullen we steeds bij de discussies moeten betrekken.

Voorzitter. Nu ga ik gewoon naar mijn tekst, want anders kom ik daar niet aan toe. Bovendien krijg ik anders ruzie met een medewerker die heel veel moois heeft voorbereid. Hoe doe je zo'n debat? Je luistert naar de mensen die hier ook zijn. Je luistert naar wat zij terug horen vanuit de regio op al hun inbrengen. Je wilt ook goed kijken naar de ervaringen in andere landen en naar wat in de wetenschappelijke literatuur naar voren wordt gebracht. Wat zijn nou eigenlijk de echte knelpunten? Dat is toch ook nog steeds een nuttig begin van een debat? Welke oplossingen zien we daarvoor? Als je inzoomt op de acute zorg, dan zie je dat de knelpunten voldoende benoemd zijn. Daar hoef ik nu niet meer uitgebreid bij stil te staan. Ik vond het belangrijk om in de factsheets — wat is een mooi Nederlands woord voor factsheets? — in de feitenoverzichten van de wetenschappers te lezen wat we met elkaar weten over de oorzaken van die problemen. Ze zeiden dat de problemen in de acute zorg voor een belangrijk deel ook de gevolgen zijn van problemen elders in de zorg, zoals een tekort aan verpleeghuisplekken, een tekort aan passende zorgwoningen en een tekort aan huisartsen. Ook de thuiszorg, de verpleging en verzorging, staat onder druk. Je ziet dat daardoor bijvoorbeeld de druk op de spoedeisende hulp weer versterkt wordt. Ik wil een reactie van de minister vragen op de constatering dat de oplossing voor het verminderen van de druk op de acute zorg in belangrijke mate ook elders ligt.

Dan heb ik een vraag over de hele concentratietendens en schaalvergroting: is er voldoende oog voor de nadelen en risico's van de schaalvergroting en concentratie van de reguliere acute zorg? Levert het daadwerkelijk betere kwaliteit van zorg op? Is het daadwerkelijk een oplossing voor de personeelsproblemen? Onderzoek van TNO in opdracht van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen wees bijvoorbeeld uit dat sluiting van de spoedeisende hulp in de nacht nauwelijks personeelswinst oplevert. Ook de ervaringen met concentratie in het Verenigd Koninkrijk en Denemarken, beschreven door de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, zijn al genoemd. In die landen was er sprake van een toename van kosten, een toename van het aantal SEH-bezoeken en was er meer personeel nodig. Kan de minister aangeven hoe hij het besluit over de concentratie van acute zorg wil onderbouwen?

In hoeverre worden in de impactanalyse steeds de bredere effecten van een mogelijk besluit in beeld gebracht, en ook wat het betekent voor de huisartsenzorg en de zorg thuis in een bepaalde regio? Ik vraag dit ook met in het achterhoofd het rapport Elke regio telt! De leefbaarheid van een regio kan serieus worden aangetast door besluiten die in een acutezorgregio worden genomen. Elke inwoner van Nederland heeft recht op toegankelijke en bereikbare zorg.

Voorzitter. Dan heb ik nog een hartenkreet. Het kwam nu wéér naar voren en bij het WOZO-programma, het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen hadden we het er ook al over: de administratieve lastendruk. Die schijnt een totale ramp te zijn als je voor de transformatiegelden in aanmerking wilt komen. Het is heel veel papierwerk. Je moet dure consultants inhuren om een aanvraag in te kunnen dienen. Er is heel veel tijd nodig voor allerlei inhuur van adviezen en ik noemde het papierwerk al. Kortom, hoe kan dat simpeler? Is dat ook echt de ambitie

van de minister? Ik hoor wel dat er bij andere departementen, bijvoorbeeld bij Sociale Zaken rond armoedebestrijding, grotere stappen worden gezet om die lastendruk echt kleiner te maken, dan op het terrein van Volksgezondheid. Graag ook daar een reactie op.

Dan kom ik op de AMvB acute zorg. Ik kijk naar die brief van Zoetermeer, Zutphen, Hoogeveen en Winterswijk — wie is er nog niet genoemd vandaag? — over dat er echt te weinig betrokkenheid is, en dat dit beter kan en beter moet. Ik juich de initiatieven die op dat punt allemaal al zijn aangekondigd, ook vanuit de Kamer, toe. We zullen ons daar graag achter scharen.

Tot slot, voorzitter. We hebben heel wat moties en Kamer vragen over de aanrijtijden van ambulances gezien, maar er is nog weinig verbetering. Een aantal dorpen op de Veluwe bijvoorbeeld scoort al jaren ver onder de 95%-norm die in de ministeriële regeling staat. Welke mogelijkheden heeft de minister om hierin verdere verbetering te bewerkstelligen?

Voorzitter, tot zover mijn bijdrage, toch nog aardig binnen de oorspronkelijke tijd.

Dank u wel.

De voorzitter:

Zeker. Knap gedaan. Dank u wel, meneer Van der Staaij. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de Kamer.

De beraadslaging wordt geschorst.

De voorzitter:

Ik schors de vergadering tot 14.20 uur. Daarna gaan we eerst kort stemmen en dan gaan we verder met dit debat.

De vergadering wordt van 13.40 uur tot 14.22 uur geschorst.