

## Korthals

hebben zich overigens altijd gekeerd tegen onorthodoxe methoden. Er moet dus op z'n minst gesproken worden van een verschillende benadering. Aanneming van de motie-Rietkerk heb ik indertijd ontraden omdat daarin onder andere stond dat het onaanvaardbaar is dat er wordt heengezonden. Ik kon die formulering niet voor mijn rekening nemen. Verder vroeg de heer Rietkerk om voor 1 januari met een plan van aanpak te komen. Kennelijk had hij al door dat hier sprake was van een ernstige situatie. Ik zei toen dat ik dit een groot probleem vind dat ik afzonderlijk probeer op te lossen, maar merkwaardig genoeg liep de heer Rietkerk niet onmiddellijk naar de interruptiemicrofoon om te vragen wat ik daarmee bedoelde. Het zal duidelijk zijn dat ik niet gecharmeerd ben van de motie-Balkenende c.s. De heer Balkenende is kennelijk al vanaf den beginne van plan geweest om een dergelijke motie in te dienen. De heer Rietkerk had eigenlijk de Kamer van reces moeten terugroepen, iets wat hij bij voortdurend heeft geroepen.

De heer **Balkenende** (CDA): Ik vind de verdediging van de minister op dit punt niet erg sterk. Hij heeft gelijk dat onze motie over het plan van aanpak van 12 december verschillend kan worden benaderd. Het verschil van opvatting over het plan van aanpak kan ook vandaag weer worden gesignaleerd en daar is niets mis mee. Waar de gehele oppositie wél eensgezind over is, is dat het beleid heeft gefaald en dat de minister steken heeft laten vallen als het gaat om de informatievoorziening. Dat is wat de motie zegt, niet meer en niet minder. Ik stel vast dat de minister de steun heeft van zijn fractie en daarmee wens ik hem geluk. Wel heb ik geconstateerd dat de heren Dittrich en Van Oven inhoudelijk gezien weinig afstand nemen van de strekking van mijn motie. Om politieke redenen steunen zij de motie niet; zij willen dat de minister in staat wordt gesteld, het plan van aanpak uit te voeren. Ik heb echter een scherp onderscheid gemaakt tussen het plan van aanpak en zijn betekenis voor de toekomst aan de ene kant en het hebben van een oordeel over hetgeen zich de afgelopen maanden heeft afgespeeld anderzijds. Wat dat laatste betreft constateer ik dat twee regeringspartijen de minister zeer kritisch

bejegenen. Het is de vraag hoe de minister vanuit dat perspectief aankijkt tegen deze motie.

Minister **Korthals**: Ik ben hier heel duidelijk over geweest. Iedereen mag kritische geluiden over de ontstane situatie laten horen. Het debat van vandaag heeft mij gelegenheid geboden om uit te leggen wat ik precies gedaan heb. Iedere fractie heeft vervolgens haar eigen afweging gemaakt. Ik meende even dat mevrouw Halsema de PvdA- en de D66-fractie verweet politieke motieven te hanteren, maar ik ga ervan uit dat dat zij zich daaraan niet schuldig wil maken met het oog op de komende verkiezingen. In die afweging hebben zowel de fractie van de Partij van de Arbeid als die van D66 aangegeven dat zij vertrouwen hebben in deze minister.

De beraadslaging wordt gesloten.



De **voorzitter**: In het Reglement van orde staat dat over een motie van wantrouwen of een motie van afkeuring onverwijld moet worden gestemd. Mijn voorstel is om over tien minuten over de ingediende moties te stemmen.

De heer **Van Oven** (PvdA): Voorzitter. Het indienen van een motie van wantrouwen is een gebeurtenis die niet elke dag plaatsvindt in de Tweede Kamer. Als woordvoerder van de PvdA-fractie heb ik behoefte aan gelegenheid om mijn fractie daarover voor te lichten. Ik stel voor om ten minste een half uur te schorsen.

De **voorzitter**: Ik kijk naar de overige leden en naar de rest van de agenda. Voor vanavond staat nog een ander spoeddebat gepland over de IC-bedden.

De heer **Niederer** (VVD): Voorzitter. Gelet op het de uitvoerigheid van het vandaag gevoerde debat lijkt uw voorstel mij acceptabel. Mijn fractie is er een voorstander van om na ommekomst van tien minuten te stemmen over de ingediende moties.

De heer **Dittrich** (D66): Mevrouw de voorzitter. De fractie van D66 is bereid om over een kwartier te stemmen.

De **voorzitter**: Kan de heer Van Oven leven met dit tussenvoorstel?

De heer **Van Oven** (PvdA): Binnen die tijd moeten wij tot zaken kunnen komen binnen de Partij van de Arbeid.

De **voorzitter**: In dat geval stel ik voor, u allen over een kwartier terug te zien in deze zaal.

Aldus wordt besloten.

De vergadering wordt van 18.52 uur tot 19.10 uur geschorst.

---

Aan de orde zijn de **stemmingen over twee moties**, ingediend bij het debat over **drugsmokkel Schiphol**, te weten:

- de motie-Balkenende c.s. over afkeuring van het beleid van de minister van Justitie (28192, nr. 4);
- de motie-Dittrich c.s. over de noodsituatie op Schiphol (28192, nr. 5).

(Zie vergadering van heden.)

In stemming komt de motie-Balkenende c.s. (28192, nr. 4).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van GroenLinks, de SP, de ChristenUnie, de SGP en het CDA voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

In stemming komt de motie-Dittrich c.s. (28192, nr. 5).

De **voorzitter**: Ik constateer dat de aanwezige leden van de fracties van GroenLinks, de SP en D66 voor deze motie hebben gestemd en die van de overige fracties ertegen, zodat zij is verworpen.

De vergadering wordt van 19.13 uur tot 20.45 uur geschorst.

---

Aan de orde is het debat over **tekorten aan IC-bedden**.



Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik blijf het maar gewoon zeggen: er overlijden in ons land mensen onnodig omdat wij de zorg niet op orde hebben. Ik bracht in het reces

## Kant

een bezoek aan de afdeling intensive care in Zwolle. Daar werd mij gemeld dat er in het afgelopen jaar veertien mensen overleden waren die op de wachtlijst stonden voor een hartoperatie of behandeling. De oorzaak was voornamelijk het gebrek aan capaciteit op de IC, waardoor operaties uitgesteld moesten worden.

Een chirurg vertelde mij hoe hard het kan zijn als je de behandeling van je eigen patiënt, waarvan je op je spreekuur constateert dat hij een verstopping heeft en een dotterbehandeling moet ondergaan, wat eigenlijk het best nog die dag kan gebeuren, moet uitstellen. Zo iemand komt op een wachtlijst. Een aantal weken later zie je je eigen patiënt met de ambulance binnengebracht worden, half dood, en die overlijdt onder je handen. Men moet zich eens voorstellen wat er op zo'n moment heen gaat door een arts, die erop gericht is om mensenlevens te redden en weet dat het ook best had gekund.

De hoofdinspecteur voor de volksgezondheid, de heer Kingma, pleitte onlangs voor goede medische indicaties en sprak daarbij over zogenaamde langliggers in de intensive care. In antwoord op schriftelijke vragen heeft de minister dit pleidooi gesteund. Zij schreef daarbij dat dit iets anders is dan selectie. Ik vraag mij dan af: hoezo? Volgens mij is het van tweeën één. Ofwel is er volgens de minister nu blijkbaar sprake van onnodig medisch handelen. Hoe komt zij daar bij en waar doelt zij op? Ofwel het is wel degelijk een oproep om selectief te worden en meer keuzes te maken. Daar lijkt het helaas toch iets meer op. Ik wil daar vandaag graag opheldering over hebben.

Wat bedoelt de minister in haar antwoorden bijvoorbeeld met "bij electieve operaties moet rekening gehouden worden met de capaciteit"? Wat bedoelt zij met "zware ingrepen moeten zorgvuldig worden geïndiceerd"? Ik wil het vandaag namens mijn fractie heel helder stellen. Selectie van patiënten vanwege capaciteitstekorten is voor mijn fractie onacceptabel. Als het over dit onderwerp gaat zou ik bijna zeggen: over mijn lijk.

Onmogelijke en ongewenste keuzes moeten artsen overigens al dagelijks maken, op basis van medische urgentie, met dank aan de politiek. Een chirurg zei het tegen mij

zo: de politiek heeft niet het lef de keuze te maken te stoppen met de budgettering en schuift de moeilijke, onmogelijke en soms onmenselijke keuzes, waarbij het kan gaan om leven of dood, op ons af. Ook inspecteur Kingma gaf heel duidelijk aan dat budgettering in de zorg impliceert dat dit soort keuzes moeten worden gemaakt. Graag krijg ik een reactie van de minister op die stelling van de inspecteur.

Dan de oplossing. Ik vind dat de minister nog steeds niet komt met oplossingen die adequaat genoeg zijn. Wij durven bijvoorbeeld nog steeds niet serieus iets te doen aan de salarissen van IC-verpleegkundigen. Waarom is er niet gewoon voldoende geld voor voldoende capaciteit? Het is niet zo moeilijk. De minister geeft in haar antwoord aan dat de wachtlijst-gelden dan maar hiervoor gebruikt zouden moeten kunnen worden, maar dan moet wel aangetoond kunnen worden dat er een relatie is met het wegwerken van de wachtlijsten. Laten wij gewoon eens stoppen met het stellen van voorwaarden voor het geld. Laten wij gewoon voldoende geld beschikbaar stellen voor voldoende capaciteit. Dat lijkt mij gewoon de beste oplossing. De financiering van intensive-carebedden is niet adequaat. Is het niet vreemd dat een ziekenhuis voor een intensive-carebed eenzelfde bedrag krijgt als voor elke andere ligdag in het ziekenhuis? Een intensive-careafdeling is daardoor per definitie een verliesgevende afdeling van een ziekenhuis.

Waarom brengen wij, nu de problemen al zo lang bestaan en er blijkbaar geen adequate oplossingen zijn, de intensive care niet onder de Wet bijzondere medische verrichtingen? Volgens mij is centrale aansturing nu echt op haar plaats.

Dan kom ik tot de kinder-intensive care. In duizenden gevallen per jaar is er geen intensive-carebed voor een doodziek kind. Ook hier is sprake van onnodige overlijdens; dat valt niet te ontkennen. De heer De Groot, voorzitter van de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde, zei: wij hebben het over doodzieke kinderen; die hebben een overlevingskans van 50%. Dat er kinderen sterven door deze omstandigheden, daar kun je wel van uitgaan.

In mei van het vorige jaar beloofde de minister meer geld en

meer bedden. Dat is niet gebeurd. Ik vraag de minister hoe dit kan. Zij hoeft echt niet te wachten op het inspectierapport, dat er nu ligt, om iets te ondernemen. De problemen waren al jaren duidelijk. De minister had gewoon direct actie moeten ondernemen en heeft dit niet gedaan.

Wat betekent de toezegging, die zij nu heeft gedaan, van die 23 bedden? Komt het geld er nu echt? Wanneer, waar en hoe komt dat dan beschikbaar? Wij moeten niet weer gaan steggelen hoe wij het gaan uitvoeren. Hoe zit het met de enkele honderden intensive-careverpleegkundigen die volgens de minister nu in opleiding zouden zijn? Voor de kinder-IC zijn het er slechts acht, naar ik heb begrepen. Dat is een groot verschil. Hoe zit het met het geld voor het speciale vervoer? Dat is al heel lang toegezegd. De sector wacht en wacht en wacht op de enkele miljoenen die nodig zijn om het speciale vervoer te verbeteren. Waarom moet men zo lang daarop wachten als het om zulke levensbedreigende situaties gaat?

Er is in deze Kamer een motie aangenomen waarin ook stond dat de kinder-IC onder de Wet bijzondere medische verrichtingen zou moeten gaan vallen. Volgens mij is dat nog niet gebeurd. Ik weet nog niet eens of de minister dat van plan is. Ik krijg graag een reactie daarop.

De **voorzitter**: Mevrouw Kant, mijn complimenten voor de wijze waarop u zich aan de tijd heeft gehouden.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. Vanavond heb ik een déjà vu-gevoel. Mei verleden jaar stond ik hier in een spoeddebat met de minister over hetzelfde probleem. Dat was toen ook naar aanleiding van alarmerende berichten over het tekort aan IC-bedden voor kinderen en het leuren met kinderen. Ook toen meldde de minister voorafgaand aan het spoeddebat, dat zij extra geld beschikbaar zou stellen voor IC-bedden. En nu weer. Het is een terugkerend ritueel bij deze minister. Komt zij werkelijk alleen in beweging wanneer problemen de media halen?

Ik wil de minister een aantal citaten en toezeggingen voorleggen, die zij op 16 mei 2001 heeft gedaan en haar reactie hierop horen. Er is een plan om in vier jaar 1000

## Arib

gespecialiseerde verpleegkundigen op te leiden. De minister zegt: "Aan het eind van dit jaar, begin volgend jaar kunnen wij daar de eerste vruchten van plukken." De minister heeft de Vereniging academische ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland gevraagd, landelijk de regie te voeren over de problematiek van kinder-IC, neonatologie-IC en transport. Die hebben daartoe een taskforce ingesteld. De minister zegt: "Die moet mij elke veertien dagen rapporteren hoe de onderhandelingen en de ontwikkelingen zich voltrekken." Verder zegt de minister dat er 31 bedden voor kinder-IC bijkomen en 39 IC-bedden voor de pasgeborenen. Die 39 IC-bedden voor de pasgeborenen zijn een harde eerste stap, aldus de minister. Zij zegt verder: "Het lijkt mij goed de Kamer schriftelijk te laten weten hoeveel bedden en couveuses er komen en in welk ziekenhuis."

Tijdens dat debat heb ik een motie ingediend, mede namens de collega's Buijs van het CDA, Hermann van GroenLinks, Kant van de SP en Van der Vlies van de SGP. Daarin werd gevraagd om het planningsbesluit neonataal IC aan te passen aan de behoefte, de behoefte voor kinder-IC vast te stellen, het transport en IC-bedden voor kinderen in een aparte regeling onder te brengen, de implementatienota van de Nederlandse vereniging voor kinderartsen te betrekken bij het beleid en de Kamer regelmatig op de hoogte te houden van de voortgang van de aanpak.

In de brief van 11 juni over deze motie schrijft de minister dat het beleid in volle gang is. Het verzoek om een afzonderlijke ministeriële regeling voor kinder-IC en transport neemt de minister niet over. Zij schrijft: pas indien de zelfregulering niet binnen een redelijke termijn tot een gewenst resultaat leidt, is de minister gelegitimeerd tot een regulerende rol. De minister heeft kennelijk elke veertien dagen een rapportage gekregen over de ontwikkelingen van het gewenste beleid. Zij zou de Kamer regelmatig op de hoogte houden. De Kamer heeft 25 juni en 15 augustus een brief ontvangen waarin de minister verwijst naar het inspectierapport dat in september van het vorige jaar had moeten verschijnen. Vervolgens komt er 22 oktober een bericht dat het inspectierapport is vertraagd tot medio december, dus voor de kerst.

Vorige week echter kwam de inspectie met het bericht dat het aantal kinder-IC's ernstig onvoldoende is. Daarop kwam de minister met de blijde boodschap dat er opeens 23 bedden bijkomen. En waar zijn de eerste vruchten van de opleiding? Afgelopen maandag zei de minister in het NOS-journaal dat er honderden IC-verpleegkundigen worden opgeleid. Waarop baseert de minister deze uitspraak? Waar zijn de veertiendaagse rapportages van de taskforce aan de minister beland, in een bureaula misschien? Wat stond er in die rapportages? Wat heeft de minister ermee gedaan? Waar zijn de rapportages van de minister aan de Kamer? Waar zijn de 31 kinder-IC-bedden en de 39 IC-bedden voor pasgeborenen?

Dit debat dient ertoe om een aantal toezeggingen van de minister te concretiseren. Wij willen precies weten hoeveel van de eerder toegezegde IC-bedden daadwerkelijk gerealiseerd zijn. De minister zou deze informatie immers reeds voor het zomerreces van 2001 naar de Kamer sturen! Verder willen wij precies weten, waar en wanneer de nu zo voortvarend toegezegde extra 23 IC-bedden komen. De minister spreekt alleen over extra bedden voor kinder-IC's. Die zijn inderdaad hard nodig, maar hoe zit het met IC-bedden voor pasgeborenen? Het transport is nog steeds een probleem ondanks het feit dat de minister hiervoor het een en ander aangekondigd heeft. Hoe en wanneer zal de minister dit probleem oplossen? Vervolgens willen wij graag iedere twee weken de rapportage van de taskforce en het standpunt van de minister ontvangen plus de voorgestelde aanpak.

Kinder-IC en transport moeten in een ministeriële regeling worden opgenomen via de Wet bijzondere medische verrichtingen. Vorig jaar hebben wij daar in een motie om gevraagd en is dat door de minister afgewezen. Nu lezen wij echter in de kranten dat zij daartoe wel genegen zou zijn. Wordt het nu geregeld of niet? En zo ja, hoe en wanneer? Anders komt de PvdA met een eigen initiatiefwet in dezen.

Over de IC-bedden voor volwassenen hebben wij uitgebreid met elkaar gesproken op 8 en 22 november 2001. Ik zal mijn inbreng van toen nu niet herhalen. In dat debat heeft de minister een aantal toezeggingen

gedaan. Hoe is de stand van zaken daarvan?

De uitspraken in NOVA van de hoofdinspecteur over indicatiestelling voor mensen die in IC worden opgenomen, vond ik onzorgvuldig. Ik heb daarover schriftelijke vragen gesteld. De antwoorden vond ik niet bevredigend. Die uitspraken getuigen van minachting voor de artsen en voor de patiënten en hebben tot veel onrust geleid. Ik ga ervan uit dat de afspraken die wij tijdens het debat van 22 november met de minister hebben gemaakt, zullen worden nageleefd. De uitspraken van de heer Kingma staan haaks op de toezeggingen van de minister. Ik hoop dat dan ook dat de minister daarvan afstand neemt.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP):  
Mevrouw de voorzitter. De SGP-fractie ervaart het eigenlijk als een beschamende zaak dat wij dit debat weer moeten voeren naar aanleiding van de beeldvorming over de gang van zaken rondom de IC-bedden, die op een wat jammerlijke wijze is bevorderd door de inspecteur-generaal gezondheidszorg. Het is inderdaad de burger niet uit te leggen dat er een jaar of wat is gediscussieerd – dat heeft ook de nodige aandacht gekregen in de media – en dat het ondanks alle beloftes, toezeggingen en het vastleggen van gescheiden verantwoordelijkheden, niet echt opschiet.

De vraag is dan ook hoe wij hier doorheen komen. De minister heeft de toelichting van de inspecteur-generaal aan de Kamer doorgeleid. Zij heeft de rapportage waar de Kamer om heeft verzocht, toegezonden met haar beleidsconclusie dat zij de aanbevelingen onverkort overneemt. Vooral het exposé van de heer Kingma over hoe het allemaal zo gekomen is, was voor mij toch leerzaam: de budgettering uit het begin van de jaren tachtig, het systeem van productieafspraken en de productiviteitsstijging, met als neveneffect dat de reserve- of overcapaciteit weg was, de verdringing van de "lange liggers". Dan moet je aan de voordeur zeggen "hier kan het niet", ondanks de acute situatie waarin een patiënt verkeert. Dan begint de zoektocht door het land. Het vervoer van baby's en kinderen is dan ook nog niet adequaat, wat weer stress oplevert.

## Van der Vlies

De spijkerharde conclusie is dan dat er gezondheidsrisico's zijn. Dat vindt de SGP-fractie onacceptabel. Dat is geen nieuw geluid. Ook de minister heeft dat bij herhaling gezegd. Dat geeft toch een gevoel van urgentie: nu moet het een keer afgelopen zijn. Er mag geen selectie aan de poort van het ziekenhuis plaatsvinden. Voor 100 kinderen bleek er toch geen plaats te zijn. Dat is gewoon 100 keer te veel.

De vraag is dan of de minister ijzer met handen kan breken. Dat kan zij niet. Ik noem het personeelsprobleem, de planning van de capaciteit, de spreiding van de capaciteit, de bereikbaarheid van de capaciteit. Er is ook het probleem van het ambulancevervoer. Er is ook een inzet op zekere punten: 23 bedden erbij voor de kinder-IC's. Er is ook een inzet gepleegd voor de opleiding van personeel. De minister heeft ook een werkgroep ingesteld om dit alles nu te begeleiden, te initiëren en er de vaart in te houden.

Wat mij heel erg stak – dat heb ik de collega's nog niet horen zeggen – is dat de minister en de inspecteur-generaal klip en klaar moesten vaststellen dat de samenwerking tussen instellingen en instanties niet echt van de grond kwam, ondanks alle debatten die wij hebben gevoerd over de gespreide verantwoordelijkheid voor het probleem. Dat vind ik van verantwoordelijk te achten instellingen, organen, instanties en mensen – bij mensen zeg ik dan altijd nog, dat hun inzet voor mij niet ter discussie staat – bestuurlijk gesproken het meest schrijnende dat wij kunnen vaststellen. Ik spreek er de minister op aan om het haar mogelijke te doen om heel helder te maken, dat dat absoluut niet langer kan.

De landelijke registratie en het plan van aanpak zien wij graag tegemoet. Dat moet taakstellend zijn en er moet een frequente voortgangsrapportage aan worden verbonden. Daar sprak mevrouw Arib ook over. Met een ingehouden verontwaardiging heeft zij haar kritiek gespuid; zo mag ik haar toch verstaan. Zij zei ook dat er frequent moet worden gerapporteerd. Ik wil daarover graag een werkafpraak maken. Het is maar nattevingerwerk en ik lever het in voor elke betere frequentie, maar zou het geen goede gedachte zijn om één keer per maand een voortgangsrapportage te verstrekken en die ook taakstellend

te maken? Dan weten wij goed aan welk implementatietraject wij elkaar kunnen houden. Dat moeten dan ook de partijen in het veld accorderen, want ik erken dat de minister haar verantwoordelijkheid met andere partijen draagt. Er moet ook worden erkend dat die partijen een zelfstandige positie in het werkveld hebben.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mevrouw de voorzitter. Voor de zoveelste maal krijgen wij berichten over patiënten: zwaar ongeval of ernstige ziekte, met spoed intensieve zorg in een ziekenhuis nodig, maar het lukt niet. Wat dan? Uren wachten, vervoer naar elders, een bed in een ziekenhuis zonder die intensieve zorg, weer naar huis en hopen dat het goed afloopt. Hoe dan ook, het is uitstel of onderbehandeling. Het zijn onverantwoorde risico's, ellendig voor de patiënt zelf maar ook voor alle hulpverleners die daarmee te maken hebben.

Het probleem is niet van gisteren of vandaag. In de jaaroverzichten vanaf 1997 van de Inspectie voor de gezondheidszorg wordt dit probleem keer op keer vermeld. De berichten worden steeds ernstiger. Over 2000 lees ik: "Ernstige problemen bij de spoedeisende hulp. Steeds vaker is er geen bed beschikbaar. Ziekenhuizen stellen opnamestops in, adequate hulp kan niet altijd verleend worden. De inspectie ontvangt steeds meer signalen van huisartsen en specialisten die zich niet meer in staat achten de verantwoordelijkheid voor de gevolgen hiervan voor hun patiënten te dragen".

Steeds dringt de Kamer er bij de minister op aan, iets te doen. Maar het resultaat is onvoldoende. We hebben onderzoek gehad: "Geen plaats in de herberg". Nu hebben we weer het rapport over pediatrie in Nederland. Iedere keer hetzelfde: te weinig bedden, maar belangrijker nog, de bedden die er zijn, kunnen niet volledig benut worden. Personeelsgebrek, onvoldoende doorstroming van patiënten naar een afdeling met minder intensieve zorg of naar een verpleeghuis: op alle niveaus is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de knel gekomen. En dan niet in één ziekenhuis, maar in bijna alle ziekenhuizen. Zoals collega Van der

Vlies al zei: dan stagneert die samenwerking tussen de instellingen, want iedereen probeert het eigen straatje schoon te houden.

Er komt nog iets anders bij. Al een paar jaar horen we van de koplopers in het medisch bedrijf dat het veel beter kan. De doorbraakprojecten hebben laten zien dat consequent werken door alle erbij betrokken medewerkers op die manier die zichzelf met deskundigen hebben uitgeknoebeld, het mogelijk maakt veel meer met bestaande middelen te doen. Minder doorliggen, minder infecties, korter beademen, minder ligdagen en grotere tevredenheid van patiënten. Het kan, maar het komt niet vanzelf. Het vraagt om een helder beleid, met intensief overleg, goede afspraken, goed opgeleide mensen, wat alleen kan met voldoende geld en voldoende duidelijkheid wie waarvoor verantwoordelijk is.

GroenLinks maakt deze regering op dit dossier drie verwijten. Om te beginnen een onvoldoende besef van de ernst van de toestand, verder onvoldoende inzet om financiële ruimte te geven voor mensen en middelen, en ten slotte onvoldoende duidelijkheid wie waarvoor verantwoordelijk is. Ik licht dat toe. Twee maanden geleden zie de minister in het vorige overleg dat de mensen onnodig schrik werd aangejaagd, en dat het probleem slechts tijdverlies betekende. Maar dat tijdverlies in de acute zorg is toch verlies van kwaliteit? Iedere hulpverlener wil de beste kwaliteit bieden die hij beroepsmatig bieden kan. Graag een reactie.

Er is onvoldoende geld. In 2001 zijn de kaalslagmiddelen beschikbaar gesteld: extra geld voor de opleiding van IC-verpleegkundigen. Verder zijn er toezeggingen gedaan voor de bouw van extra bedden. Maar de berichten die wij daarover krijgen, zijn verwarrend. Er wordt gezegd dat in de academische ziekenhuizen wel duizend mensen worden opgeleid, en dat loopt goed. Maar de ziekenhuizen in de Randstad hebben de grootste moeite aan personeel te komen. Projectziekenhuizen laten verbeteringen zien. Maar Zorgverzekeraars Nederland roept: verloren jaren voor de wachtlijstgelden. Het ministerie zegt dat de wachtlijstgelden moeten worden gebruikt voor de IC. Weet het ministerie eigenlijk wel, wat er in het land gebeurt? Zijn er geen mogelijk-



## Hermann

heden om de resultaten van kwaliteitsverbetering overal tot standaard te maken? Hoe is het met het telefonisch meldingssysteem, dat per 1 januari operationeel zou zijn?

Een laatste verwijt: onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. De minister heeft gezegd dat de verzekeraars en de instellingen het op lokaal niveau moeten regelen; hij is verantwoordelijk voor de randvoorwaarden. Maar die instellingen zijn gebonden aan een budget. Als dat op is, wat betekent dan de opstelling van de minister als de huisarts de patiënt verwijst, maar hij kan niet terecht? De ambulance-verpleegkundige rijdt ermee rond. De directeur zegt dat de afdeling is gesloten. Wie moet de patiënt aanklagen als hij naar het tuchtcollege wil omdat hij zegt, de zorg niet te hebben gekregen die hij had horen te krijgen? Wie wordt, als de Inspectie bezig is met de kwaliteitsbeoordeling, op de vingers getikt? Daarop graag een reactie, en voor de rest de tweede termijn.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Het debat van vandaag roept bij mijn fractie om drie redenen déjà vu-gevoelens op. Op 17 december 1998 heb ik samen met mijn collega Ross vragen gesteld over ontoelaatbare toestanden rondom het gebrek aan intensive care voor kinderen; kinderartsen moesten urenlang leuren met doodzieke kinderen. Er werden, mede naar aanleiding van de vragen van collegae Van der Vlies en Kant, diverse toezeggingen gedaan. Nu, tweeënhalft jaar later, blijkt dat de situatie eerder is verslechterd dan verbeterd. Het rapport van de Gezondheidsraad van meer dan een jaar geleden had toch ook een aansporing voor de minister moeten zijn om voortvarender dit probleem op te pakken.

Ik kan zo nog wel even doorgaan, maar ik wil niet verhullen dat dit de letterlijke tekst was van mijn inbreng vorig jaar, zo rond dezelfde tijd. De situatie was toen hetzelfde, maar de tweeënhalft jaar is nu drieënhalft jaar geworden en het rapport van de Gezondheidsraad is niet één maar twee jaar geleden uitgebracht. Die déjà vu-gevoelens waren er ten eerste vanwege het debat rondom de intensive care. Ten tweede heb ik toen de radiotherapie aan de orde gesteld. Ten derde deed de minister

ons toen vlak voor het debat een brief toekomen. Wederom moeten wij constateren dat ook nu vlak voor het debat de brief van de minister over de intensive care is binnengekomen.

Zo gaan wij van het ene incident naar het andere. Ik heb daarbij het gevoel dat de minister achter de feiten blijft aanhollen, ook wat betreft de capaciteit van intensive care voor kinderen. Met gemak kunnen wij bijna iedere week met de collega's een debat houden over welk knelpunt in de zorg dan ook. Ik las dat de wachttijd voor een operatie van kankerpatiënten weer langer is geworden. Ook dat kan weer een debat kunnen opleveren. De wachttijd voor borstkanker is opgelopen van 24 naar 35 dagen en het wordt volgens de media nog slechter. Daarover wil ik het vandaag echter niet hebben.

De verschillende knelpunten hebben bij een nadere analyse een achterliggende reden: er is altijd onduidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling. De minister wordt door de Kamer ter verantwoording geroepen, waarna vervolgens wordt gewezen op partijen die daarvoor ook verantwoordelijkheid dragen en waarmee afspraken zijn gemaakt. Daarna volgt er vaak nog een verwijzing naar het College tarieven gezondheidszorg. De betrokken partijen verwijzen vervolgens weer naar de minister en zo wordt de bal rondgespeeld. Het lijkt er veelal op dat er een kat-en-muisspel wordt gespeeld, waarbij niemand zich meer verantwoordelijk voelt. Dat is de situatie waarin wij langzamerhand terecht zijn gekomen. Dit geldt ook voor de knelpunten bij de intensive care voor kinderen. Diverse collega's hebben al gememoreerd dat de minister al in 1998 heeft gewezen op de verantwoordelijkheid van de sector om zelf te zorgen voor voldoende capaciteit. Die moest dan overigens wel passen binnen het financiële kader van het jaaroverzicht zorg. Er werden in ieder geval meerjarenafspraken gemaakt. In april 2000 volgde een rapport van de Gezondheidsraad waarin een tekort van 154 IC-plaatsen voor kinderen werd geconstateerd. Vlak voor het debat op 16 mei 2001 werden er door de minister 70 extra plaatsen toegezegd. De Kamer wilde echter meer; mevrouw Arib heeft al gerefereerd aan haar aangenomen motie. Ook mogen wij uit de

correspondentie van de Vereniging van academische ziekenhuizen vernemen dat deze ziekenhuizen zich ook daadwerkelijk zullen inspannen. Vervolgens blijft schimmig op welke wijze de financiering en de planning werkelijk worden geregeld. In ieder geval kan ik er niet meer uit wijs. Er worden over en weer beschuldigingen geuit. De minister zou geen geld geven, maar zij wijst op de eigen verantwoordelijkheid van betrokkenen.

Inmiddels is er een "aanjager" aangesteld, namelijk de kinderarts Breederveld. Op 6 juli komt er dan eindelijk een planningsbesluit. Toen was het nog wachten op het onderzoek van de inspectie dat na enkele vertragingen nu eindelijk 21 januari jl. is uitgekomen. Daaruit blijkt dat de situatie verder is verslechterd ten opzichte van het rapport van de Gezondheidsraad. In 2001 konden 1000 kinderen met een IC-indicatie niet worden opgenomen. In 2000 betrof dit nog 800 kinderen. Dat is een toename van 200. Nog verontrustender is dat de inspectie constateert dat er in 2000 een uitstroom was van 30% van de specialisten-intensivisten. Er is eveneens een versnelde uitstroom van IC-verpleegkundigen.

Al met al zijn dit bedroevende constateringen van de inspectie. Overigens heeft de minister gezegd, alle aanbevelingen van de inspectie over te nemen. Er komen 23 IC-plaatsen voor kinderen bij. Dan vraag ik mij weer af wie de Kamer nu eigenlijk verantwoordelijk moet houden voor de slechte resultaten van de afgelopen periode en wie aanspreekbaar is. Ik voorspel dat wij hier volgend jaar weer staan. Maakt de politiek zich langzamerhand niet belachelijk?

Laat ik duidelijk zijn. Ook het CDA is van mening dat de overheid meer op afstand moet komen en meer verantwoordelijkheid naar partijen moet delegeren. Collega Van der Vlies noemde dat gespreide verantwoordelijkheid en wij hebben dat ook hoog in het vaandel. Dit laat onverlet dat de minister eindverantwoordelijk is en blijft voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg; ook bij een delegatie van taken en verantwoordelijkheden. Enerzijds moet de minister ervoor zorgen dat de partijen voldoende instrumenten en middelen hebben om de doelstellingen te realiseren, maar anderzijds

## Buijs

moet de sector nadrukkelijk meer kunnen worden aangesproken op haar eigen verantwoordelijkheid. Ik verneem graag van de minister hoe zij de doelstellingen op het gebied van intensive care, die wij allen onderschrijven, met de spreiding van verantwoordelijkheden als uitgangspunt wil realiseren.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): De heer Buijs wijst nu op de verantwoordelijkheden van de sector. Ik heb gesproken over de mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering die de sector zelf heeft. Hoe ziet hij dat in dit verband? Moet een ziekenhuis die kwaliteit geheel zelfstandig verbeteren? Heeft het daar een stimulans bij nodig?

De heer **Buijs** (CDA): De sector moet dat primair zelf doen, maar zij moet daartoe wel in staat gesteld worden. Het instrumentarium om zelf die initiatieven te kunnen ontplooiën, moet dus aanwezig zijn.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Vindt u dat het verstreken van dat instrumentarium dus hoort bij de randvoorwaarden waarvoor de minister verantwoordelijk is?

De heer **Buijs** (CDA): Het antwoord luidt volmondig "ja". Dat is voor ons de gespreide verantwoordelijkheid. De regering zorgt dat er voldoende instrumentarium aanwezig is en de sector moet zorgen dat zij dat zo efficiënt, doelmatig en inventief mogelijk benut.

Voorzitter. De Kamer heeft op 22 november uitgebreid met de minister van gedachten gewisseld over de capaciteit van de intensive care en het rapport Plaats in de herberg. Mede door moties uit de Kamer kon een aanzienlijke impuls voor verbetering worden gegeven. Ik doel hier weer op de instrumenten; op een financiële impuls. De uitwerking van de plannen is inmiddels op gang gebracht. Het was voor mij dan ook een verrassing dat de ons bekende knelpunten, die wij eerder hier besproken hebben, rondom de jaarwisseling breed werden geëtaleerd in de media. Vooralsnog heb ik geen behoefte om, in navolging van ons vorige debat, opnieuw op deze problematiek in te gaan. Deze is bekend. Ik heb nog wel iets op te merken over de manier waarop de overheid zich presenteert, en vooral over de uitlatingen van de

inspecteur-generaal. Ook andere sprekers hebben dit punt naar voren gebracht. Overigens moet opgemerkt worden dat in Medisch Contact van vorige week de uitlatingen van de inspecteur-generaal in een wat meer evenwichtige context waren afgedrukt. Daarvoor maak ik in ieder geval complimenten. In het tv-programma NOVA werd echter de indruk gewekt dat er selectie voor intensive-carepatiënten zou moeten plaatsvinden. Die woordkeus, die niet bepaald geruststellend was, blijft iedereen bij.

Voorzitter. Ik rond af. Het ware beter geweest als de inspecteur-generaal na het debat van 22 november bekend had gemaakt dat er meer geld beschikbaar is en dat er plannen zijn om de situatie te verbeteren. Hij had een oproep moeten doen aan de sector om zich, gelet op de huidige tekorten, nog eens extra in te spannen om het hoofd te bieden aan de problemen ontstaan door de tekorten en verbeteringen in het vooruitzicht te stellen. Ik vraag de minister nader in te gaan op de uitspraken van de inspecteur-generaal en aan te geven welke oplossingen zij heeft voor de tekorten op de intensive care.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik wil de heer Buijs nog een andere uitspraak van de inspecteur-generaal in het artikel in Medisch Contact voorhouden, namelijk dat het belang van de patiënt leidend moet zijn en dat derhalve in een omgeving waar het spoedgeval een structureel verschijnsel is, overcapaciteit moet worden aangehouden. Onderschrijft de heer Buijs dat ook volmondig?

De heer **Buijs** (CDA): Hij zegt in wezen dat er meer bedden en personeel moeten zijn dan noodzakelijk is. Dat heb ik eruit begrepen. Misschien is het wat vreemd, maar wij zijn nu beiden aan het juichen over deze uitlating.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Kortom, de opmerking over selectie betreuren wij, maar deze opmerking beamen wij. Zo zal het moeten worden.

De heer **Buijs** (CDA): Dat heeft u goed begrepen. Daarover zijn wij het eens. Ik heb ook begrepen dat de inspecteur-generaal het woord selectie op een heel andere wijze wil interpreteren dan in de media is

weergegeven. Daarover wil ik geen misverstand laten bestaan.

□

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Mevrouw de voorzitter. Het is vandaag niet de eerste keer dat wij over intensive care praten. Verschillende sprekers hebben dat al gememoreerd. Het zal ongetwijfeld ook niet de laatste keer zijn. Wij moeten dat niet alleen negatief opvatten, want het is een belangrijk onderwerp. Er spelen veel problemen. Paars dient te erkennen dat dit onderwerp hoger op de agenda had moeten staan toen in 1998 bij het regeerakkoord de gelden werden verdeeld en het overgrote deel naar de caresector ging. Er had waarschijnlijk ook meer geld aan ziekenhuiszorg moeten worden besteed dan gebeurd is. Dat is een van de redenen dat het onderwerp intensive care met regelmaat hier terugkomt en dat is helemaal niet slecht. De fractie van D66 is daarvoor mede verantwoordelijk. Ik erken dat volmondig.

Er is inmiddels wel 29 mld extra bovenop dat regeerakkoord beschikbaar gekomen voor de zorg. Daarvan is een fiks deel naar ziekenhuiszorg gegaan via de wachtlijstmiddelen. Inmiddels mogen ook de wachtlijstmiddelen worden ingezet voor intensive care. Het tekort aan financiële middelen is door deze inzet gecorrigeerd.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw Van Vliet verwijst naar de verdeling van middelen in het regeerakkoord. Er zijn meer middelen naar care gegaan dan naar cure. Er is echter een minister van VWS, namelijk deze minister en zij is zowel verantwoordelijk voor de care als de cure. Zij zat er ook bij toen de middelen werden verdeeld. Met andere woorden: er hadden andere keuzes kunnen worden gemaakt.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dat ontken ik ook niet. Ik geef aan dat de paarse coalitie een verdeling heeft gemaakt. Gegeven de vele noden die er waren, moest een verdeling worden gemaakt. Die noden kwamen voort uit tientallen jaren bezuiniging zoals is beschreven in de brief van Kingma. Een groot deel van de middelen is naar de care gegaan. Dat is een goede zaak, maar je kunt je afvragen of niet een groter deel van dat geld naar de ziekenhuiszorg had

## Van Vliet

moeten gaan. Je kunt daarover discussiëren, maar ik constateer wel dat dit tekort inmiddels voor een deel gecorrigeerd is. Er is nu wel extra geld beschikbaar. Uw vraag is mij dan ook niet geheel duidelijk. Het was een constatering mijnerzijds. Ik zie dat zo als woordvoerder namens D66.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik benadruk dat in de discussie over de intensive care geld niet alleen het probleem is, maar ook de toezeggingen die de minister in de Kamer heeft gedaan. Zij heeft maatregelen voorgesteld, waarvoor extra geld beschikbaar is gesteld, maar in de praktijk zijn die maatregelen kennelijk niet op een goede manier gerealiseerd. De vraag is niet of de minister extra geld heeft kunnen binnenhalen, maar waarom zij weinig daadkracht heeft getoond om dat geld op een goede manier door te sluisen naar de doeleinden waarvoor het bedoeld was.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik stel mijn eigen vragen en bepaal mijn eigen opmerkingen. Ik constateer dat wij in de beginfase in de verhouding tussen cure en care veel nadruk op de care hebben gelegd: de thuiszorg en de ouderenzorg. Dat is prima, maar wij hebben wat laat aandacht besteed aan de casus van de ziekenhuiszorg. Ik erken volmondig dat de intensive care daarvan de nadelen heeft ondervonden. Je kunt je ook afvragen of binnen de budgetverdeling in het ziekenhuis daar altijd over is nagedacht. Aan deze constatering voeg ik toe dat er extra geld is gekomen. De opmerkingen van mevrouw Arib komen voor haar rekening, maar dat is het vervolg. Ik ben nog maar pas aan mijn inleiding bezig. Die roept kennelijk nogal veel reacties op. Ik dacht juist dat het een aardige constatering was dat je als medelid van paars ook eens zegt: daar hadden wij naar moeten kijken. Ik zou het plezierig vinden als mevrouw Arib ook zou zeggen dat er in mijn verhaal wel degelijk wat waarschuult.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat laatste zou ik ook plezierig vinden. Deze constatering van u komt wel wat laat. Het is het understatement van de dag. Ik werd geprikkeld door uw opmerking dat wij vandaag weer over intensive care praten en dat dit niet erg is en dat het wel vaker zal

gebeuren. Ik vind het namelijk heel erg dat wij al jaren over hetzelfde probleem praten en dat er nog steeds geen oplossingen zijn. Hoe komt u erbij om te zeggen dat wij het al jaren over hetzelfde probleem hebben en dat dit niet erg is?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik dacht al dat mevrouw Kant op deze wijze zou reageren. Daarom heb ik het ook zo uitgesproken. Ik zei niet dat het niet erg is dat wij problemen hebben. Ik heb gezegd dat het een goede zaak is dat de intensive care hier vaker wordt besproken en hoger op de agenda staat dan een aantal jaren geleden. Dat is deels aan de Kamer te danken, deels aan mevrouw Kant en aan alle andere fracties. Ik constateer dat het een goede zaak is dat wij erover praten. Het is een belangrijk onderwerp dat veel problemen kent. De rest van de constatering, over de problemen en hoe wij denken daarmee om te gaan, komt in het vervolg van mijn betoog aan de orde. Ik vind het geen probleem dat wij hier meermalen over spreken. Ik wil graag dat de problemen worden opgelost.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vind het een probleem dat wij erover moeten blijven praten.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Het is onze taak om te praten over de sectoren in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw Van Vliet hoeft mij niet te verwijten dat ik het niet probeer. Ik wil echter graag dat wij de eerste keer dat wij een probleem bespreken tot oplossingen kunnen komen. In mei hebben wij specifiek over de kinder-intensive care uitspraken gedaan als Kamer. Bijna een jaar later moeten wij constateren dat er wat dat betreft niets is gebeurd. Dan kan mevrouw Van Vliet niet zeggen dat het niet erg is dat wij daarover moeten praten. Het is toch schandalig dat er een jaar niets is gebeurd?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik kom later in mijn betoog met een antwoord hierop.

De heer **Buijs** (CDA): Ik mag begrijpen dat mevrouw Van Vliet denkt dat extra middelen de problemen bij de intensive care oplossen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Niet alleen.

De heer **Buijs** (CDA): Is mevrouw Van Vliet het met mij eens dat capaciteit, sturing en financiering een onvoorwaardelijke drie-eenheid vormen om de problemen op te lossen, ook voor de intensive care? Ik doel op een goede verdeling van de verantwoordelijkheden.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik ben het daarmee eens.

Ik constateer dat er het nodige is gebeurd. Ik constateer dat er extra middelen beschikbaar zijn gekomen en dat de problemen niet zijn opgelost. Ik zie echter dat er een aantal onderzoeken zijn geweest. Wij hebben op het rapport van de inspectie moeten wachten inzake de kinder-intensive care. Ik vind het overigens niet gek dat wij zo'n onderzoek laten doen. Dat laat onverlet dat begonnen had kunnen worden met uitbreiding van de bedden en met het aanzoeken van personeel. Die mogelijkheid was er. Ik vind het echter niet gek dat de Kamer de minister het verzoek doet om de inspectie de zaak te laten onderzoeken. Dat is gebeurd. Er ligt een rapport, waarop de minister onmiddellijk reageert. Daarom komen wij erover te spreken. Dat wil niet zeggen dat er in de tussentijd geen ruimte was om een heleboel te doen. Dat hadden de ziekenhuizen met hun verantwoordelijkheid ook kunnen oppakken. Daarvoor was al de ruimte gecreëerd.

Wij vinden het een goede zaak dat de minister rond de intensive care een werkgroep heeft ingesteld. Er komt een meldpunt beschikbare bedden. Er is extra geld voor uitbreiding van de opleidingsplaatsen. Er kunnen bedden bij komen indien het nodig is en dat, gekoppeld aan het personeel, ook waargemaakt kan worden. Dat laatste blijft een groot probleem. De minister neemt alle aanbevelingen over ten aanzien van de kinder-intensive care. Het zijn prima maatregelen. Op dit moment is er wat dat betreft helaas even niet meer mogelijk, al heb ik een aantal aanvullende oplossingen. De heer Van der Vlies vroeg zich af: hoe komen wij hier doorheen? Dat kan deels door de maatregelen die genomen zijn een kans te geven. De maatregelen moeten ook goed worden gemonitord. Ik wil met

## Van Vliet

regelmaat door de minister op de hoogte worden gehouden, al weet ik dat een groot deel van de uitvoeringsverantwoordelijkheid in het veld ligt. Wij willen graag dat het probleem wordt opgelost. Wij moeten het probleem als Kamer dan ook volgen. Wij moeten het daarbij laten en ervoor zorgen dat er rust in de tent komt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik luister met verbazing naar de inbreng van mevrouw Van Vliet. Het is haar goed recht om te zeggen wat zij ervan vindt. Zij moet echter correct zijn in het weergeven van de feiten. Zij doet voorkomen dat het onderzoek van de inspectie bepalend is voor wat er aan extra bedden beschikbaar moet zijn. Wij hadden dat onderzoek dus moeten afwachten alvorens concrete actie te ondernemen. Ik herinner mevrouw Van Vliet aan het rapport van de Gezondheidsraad van april 2000. Ik herinner ook aan het alarmerende rapport van de Nederlandse vereniging van kinderartsen, met precies hetzelfde bericht. Het onderzoek van de inspectie had al anderhalf jaar geleden klaar moeten liggen. Ik vind niet dat wij dat onderzoek moeten afwachten, voordat wij iets doen. Ik vind het prima dat u dit allemaal zegt, maar u moet de feiten niet verdraaien.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): U moet een beetje op uw woorden passen. U moet beter luisteren. Ik heb aangegeven dat er in de tussentijd al een hoop gedaan had kunnen worden en dat daar ook ruimte voor was. De Kamer heeft zelf een aantal dingen bij de minister neergelegd. De minister heeft daarop gereageerd met de mededeling dat zij zelf ook een onderzoek zou laten doen, en ik vind dat ook het volste recht van de minister. Ik zeg niet dat wij de resultaten van dat onderzoek moeten afwachten. Dat is ook niet gebeurd. Er is wel degelijk een aantal stappen gezet. U zegt dat het nog te weinig is en dat het te lang heeft geduurd. Ik vind het niet gek dat de minister op een gegeven moment zegt dat zij ook nog een eigen onderzoek wil laten doen. Toen werd gezegd dat het om 30 bedden ging, het zijn er nu 23. Dat wil niet zeggen dat de ziekenhuizen niet al met een uitbreiding van tien of vijftien hadden kunnen beginnen. Daar was ook ruimte voor

in onderhandeling met de zorgverzekeraar.

Mevrouw **Kant** (SP): Misschien kunt u ons uitleggen wat er sinds die tijd gebeurd is, want ik weet het niet.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Daar moeten wij de minister naar vragen. Dat is natuurlijk ook mijn vraag. Ik heb gezegd dat de ruimte er was om stappen te zetten. Er was extra geld: er waren wachtlijstmiddelen en er was ruimte in het budget van de ziekenhuizen. Daar konden afspraken over gemaakt worden tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Dat is hun verantwoordelijkheid. In sommige ziekenhuizen zijn er ongetwijfeld stappen gezet en in andere niet. Ik vind het niet gek dat de inspectie in de tussentijd een onderzoek doet om te kijken waar de problemen exact zijn en om hoeveel bedden het gaat, zodat er adequaat op ingesprongen kan worden, maar het één houdt het ander niet tegen. Je kunt het allebei tegelijk doen: stappen zetten en een onderzoek doen. Het is vooral aan de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars om daar afspraken over te maken.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb toch echt een heel andere voorstelling van zaken. Welke stappen zijn er dan gezet? Welke ruimte was er? Als die ruimte er was, moet u mij uitleggen waarom die ruimte niet benut is. Waarom heeft de minister dan niet ingegrepen? Er is sinds het moment dat de Kamer die motie heeft aangenomen niets gebeurd.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dat is uw oordeel; ik oordeel anders.

De heer **Buijs** (CDA): Vorig jaar op 16 mei hebben wij hier in de Kamer met de minister afspraken gemaakt, die in een motie zijn vastgelegd. Gesteld dat wij nu constateren dat die afspraken niet zijn nagekomen. Wie is daar dan volgens u voor verantwoordelijk?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Dat moeten wij misschien van afspraak tot afspraak bekijken. Ik vind dat in eerste instantie, nadat er ruimte voor was gekomen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars afspraken hadden moeten maken, omdat zij voor de uitvoering verantwoordelijk zijn. De eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en toegankelijkheid ligt

natuurlijk op landelijk niveau. De afspraken zijn via werkgroepen doorgegeven. Daarover is gesproken met het veld, met de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. De uitvoeringsverantwoordelijkheid ligt dus in eerste instantie bij zorgverzekeraars en ziekenhuiszorg. Gegeven het feit dat wij constateren dat er niet heel veel stappen zijn gezet, vind ik het niet slecht om de druk wat op te voeren. Dan komt de verantwoordelijkheid meer op landelijk niveau te liggen, maar ik vind het eigenlijk wel jammer dat het op die manier moet. Dat is het eeuwige dilemma.

De heer **Buijs** (CDA): Hier raakt u ook de kern van mijn betoog. Wat gaat u doen als de eindverantwoordelijkheid, respectievelijk andere verantwoordelijkheden, niet wordt ingevuld? Vragen wij dan opnieuw om een rapport aan een of andere instantie of denkt u aan iets anders? Er moet toch ergens een aanspreekpunt zijn, voor de burgers en de politiek, op basis waarvan wij verder kunnen gaan?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Daarom vind ik het een goede zaak dat er nu een werkgroep is ingesteld. Die werkgroep moet die gegevens verzamelen en uiteindelijk zullen wij er ook op landelijk niveau over praten. Als ik zeg dat ik regelmatig geïnformeerd wil worden, zeg ik daarmee ook dat ik ga reageren op die informatie als ik dat nodig acht. De grip van de landelijke overheid moet helaas wat groter worden gemaakt. Ik had graag gezien dat er afspraken waren gemaakt tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, ook op het terrein van de intensive care. Dan had men wellicht geconstateerd dat er te weinig geld was en had men de politiek kunnen aanspreken. Dat is een heldere verantwoordelijkheidsverdeling, maar men schuift de bal naar elkaar toe. Er worden geen stappen gezet, ook geen stappen die niets van doen hebben met budgetten. Dat vind ik een slechte zaak. Ik vind intensive care en met name ook kinder-intensive care zo belangrijk dat ik het logisch vind dat de overheid haar greep daarop versterkt. Kennelijk lukt het niet in het veld zelf en die onvolkomenheid moeten ook de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders zich aantrekken. Ik vind het overigens terecht dat zij vervolgens met hun financiële en personele



## Van Vliet

problemen bij de overheid aankloppen. Dat zijn grotere landelijke thema's waar ik mij zeer verantwoordelijk voor voel als het gaat om onder andere de toegankelijkheid. Wij moeten echter geen incidentenpolitiek bedrijven, hoe verschrikkelijk die incidenten ook kunnen zijn.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wordt hier niet het spelletje "zakdoek leggen, niemand zeggen" gespeeld?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Niet door mij.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wordt dat spel dan niet in het veld gespeeld? Iedereen zegt dat er iets moet gebeuren, maar dat de andere partijen niets doen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik leg die zakdoek neer bij de zorgverzekeraar die de regie heeft en afspraken moet maken met de ziekenhuizen. Als de zakdoek er ligt (de afspraken zijn gemaakt) en men stelt vast dat er financiële en personele problemen zijn, moet de overheid worden aangesproken omdat het gaat om toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Dat vind ik volkomen terecht want dan heb je een heldere verantwoordelijkhedenverdeling. Ik ben het met u eens dat die zakdoek niet steeds heen en weer moet worden geschoven. Maar ik vind ook niet dat de landelijke overheid moet zeggen: geef die zakdoek maar weer aan ons.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U legt de zakdoek bij de zorgverzekeraar, maar het probleem is nu dat er tientallen zorgverzekeraars in ons land zijn. Bij welke zorgverzekeraar legt u de zakdoek nu precies?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Er is natuurlijk een overkoepelende organisatie van zorgverzekeraars. De discussie moet in eerste instantie tussen koepels worden gevoerd. Als de huisartsen administratieve problemen hebben met hun declaraties, gaan koepels van huisartsen en zorgverzekeraars om de tafel zitten om de problemen op te lossen. Op de achtergrond figureert dan het ministerie. Er is heel veel mogelijk in de relatie tussen koepels van zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Daarnaast is er veel

mogelijk in de relatie tussen individuele ziekenhuizen met een sterk management en individuele zorgverzekeraars. Ik weet dat u er minder in gelooft dan ik.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U houdt een heel lang betoog, maar ik wijs erop dat de koepel niets heeft te zeggen over de individuele zorgverzekeraar.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Maar de meerderheid van de Kamer heeft bepaald dat het individuele ziekenhuis met de individuele zorgverzekeraar of meerdere zorgverzekeraars onderhandelt. Als u dat niet wilt, moet u terugkeren naar een systeem waarin de landelijke overheid alles aanstuurt. Wij hebben echter ooit eens geconstateerd dat het centralistische model niet zo fantastisch werkt. Daarom is toen een overstap gemaakt. Ik zie best dat er heel veel beginnersproblemen zijn, maar ik geef nog niet op. Voorlopig moeten wij hiermee doorgaan, waarbij wij dan maar moeten sleutelen aan de onvolkomenheden. U denkt daar kennelijk anders over.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik denk dat de verdeling van verantwoordelijkheden een centraal thema is. Er zit natuurlijk een structurele component in. Ik verwijs in dit verband naar de analyse die de inspecteur-generaal heeft gemaakt. Niemand is tegen productie- en rendementsverbetering. Budgettering als instrument staat niet ter discussie. Zo kan ik nog even doorgaan, maar dat zal de voorzitter mij ontraden.

De **voorzitter**: De voorzitter gaat u nog wat anders ontraden! Zou het mogelijk zijn om het debat wat minder wijdloping te laten zijn? Het gaat per slot van rekening over het specifieke onderwerp IC-bedden. Ik begrijp overigens dat u veel andere zaken ook belangrijk vindt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De twee concrete en structurele knelpunten zijn het personeelstekort, waaraan wordt gewerkt, en de overcapaciteit die weggeorganiseerd is. Dat laatste punt is een kwestie van budgettaire ruimte, regeerakkoord en toedeling van middelen. In de komende maanden moeten wij

daarvoor gaan met elkaar. Ik vraag u of u het daarmee eens bent.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voor het slagen van het systeem waarvoor ik zojuist een vurig pleidooi hield, is een bepaalde mate van overcapaciteit nodig. Dat is een vreemde discussie om te voeren op een moment dat er wachtlijsten zijn en er een tekort aan mensen is, maar in de toekomst moet daarvan sprake zijn. Verder is mijn fractie van mening dat wij op termijn waarschijnlijk van dat budgettaire kader af moeten. De afschaffing daarvan kan echter niet acuut plaatsvinden. Dit punt bevindt zich nog in het conceptstadium maar ik geloof erin. In het verkiezingsprogramma van D66 is dat terug te vinden. Een en ander kan niet van de ene op de andere dag plaatsvinden; daaraan moet zorgvuldig gewerkt worden. Vooralsnog ben ik blij dat het plafond zo verruimd is dat wij de ruimte hebben om toe te werken naar enige mate van overcapaciteit in de toekomst.

Ik heb aangegeven dat er prima maatregelen zijn genomen, dat die moeten worden uitgevoerd en dat die uitvoering moet worden gevolgd, zodat wij niet over een jaar hetzelfde verhaal behoeven te houden. Wij moeten over een jaar kunnen bezien wat de stand van zaken is en de mogelijkheid hebben om bij te sturen als dat nodig is. Verder moeten wij elke keer weer nadenken over de wijze waarop nieuw personeel kan worden geworven en opgeleid. Wij kunnen de prachtigste ideeën bedenken maar zonder personeel kunnen die niet worden uitgevoerd. Ik stel de minister in dit verband een wellicht wat vreemde vraag. De Nierstichting doet door middel van spotjes oproepen aan oud-dialyseverpleegkundigen om zich te melden. Ik heb daarover opgebeld en die spotjes blijken een enorm succes te zijn. Er hebben zich 115 serieuze kandidaten aangemeld. Dat wil niet zeggen dat zij straks allemaal geplaatst kunnen worden, maar de oproep blijkt wel te werken. Is het mogelijk dat een dergelijk spotje wordt uitgezonden om personeel voor de intensive care op te roepen?

Er is een duidelijk verschil in de beloning van mensen die werkzaam zijn in de kinder-IC. Het klinkt alsof die werkzaamheden minder belangrijk zijn of op een lager niveau staan dan andere functies binnen de medische sector. Ik acht kinder-IC in

## Van Vliet

ieder geval even belangrijk als welke andere functie dan ook. Kan dat verschil in beloning bekeken worden met in het achterhoofd de gedachte dat wij in principe niet over de salariëring gaan. Ik zou graag met elkaar uitspreken dat die beloning op gelijk niveau moet zijn met de beloning van andere functies in de medische sector.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik zie die beloning liever op een nog hoger niveau maar laten wij die discussie niet voeren.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Volgens mij wordt daaraan gewerkt.

Mevrouw **Kant** (SP): Volstrekt onvoldoende. Mijn vraag betreft echter uw betoog over de Nierstichting. Ook naar mijn mening zijn dat leuke spotjes en ik ben blij om te horen dat ze werken. De Nierstichting wordt gefinancierd door giften en die spotjes worden daaruit betaald. Hoe staat u tegenover de gedachte om de Nierstichting de kosten van dat goede initiatief terug te betalen nu dat zo'n groot succes blijkt te zijn?

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik leg bij de minister de vraag neer of voor een dergelijke benadering met betrekking tot de kinder-IC gekozen kan worden. Daarover gaat het debat van vandaag. Wij kunnen best bekijken of dergelijke initiatieven kunnen worden overgenomen. Ik vind echter niet dat een succesvol initiatief van de Nierstichting door de overheid moet worden betaald. Laten wij oppassen voor een bureaucratisering van goede initiatieven. Ik vraag de minister of een dergelijk initiatief mogelijk is voor de IC-sector. Het is knap dat u daaraan een ander onderwerp koppelt maar naar mijn mening is dat thema momenteel niet zo belangrijk dat het in dit kader aan de orde moet worden gesteld. Mijn doel is het werven van extra personeel voor intensive care.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat willen wij allemaal. Mijn vraag komt voort uit het feit dat die stichting op basis van giften het werk doet wat de overheid moet doen. De stichting probeert een probleem op te lossen dat de overheid mede heeft gecreëerd. Om die reden zou het een goed gebaar zijn van de overheid om een dergelijke daad te verrichten.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik vind dat de overheid veel doet om personeel te werven. Campagnes worden georganiseerd, al dan niet succesvol. Ik beschouw het als een goede zaak dat wij in Nederland enerzijds de overheid hebben die zulke dingen doet, en anderzijds particuliere stichtingen of stichtingen die deels worden gesubsidieerd en deels afhankelijk zijn van giften, die dat óók doen. Ik zou zeggen: laat dat nu maar gewoon lekker naast elkaar bestaan en probeer niet altijd alles in overheidshanden te brengen. Geef de ruimte om een dergelijk initiatief aan te vatten in overleg met de sector, eventueel verenigingen die hiermee bezig zijn. Op die manier kan worden nagegaan of dit kan werken. Ik vind het fantastisch dat wij veel geld voor het werven van personeel inzetten. Dat doet deze minister ook en ik vind het niet nodig om ineens weer andere initiatieven te gaan subsidiëren. Ik denk dat de Nierstichting daar ook helemaal niet op zit te wachten.

Voorzitter. In een uitzending van NOVA heeft de inspecteur-generaal enkele uitspraken gedaan. Ik kan daar kort over zijn: ik vond dat niet handig. Het was niet handig om een directe relatie te leggen tussen wie al dan niet behandeld zou moeten worden, ligdagen en problemen met betrekking tot bedden in de IC. Ik vind echter dat zijn brief voldoende helder heeft gemaakt hoe hij een en ander heeft bedoeld.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Vanavond hebben wij het wederom over de problemen op IC-afdelingen in ziekenhuizen. De laatste keer dat wij hierover spraken, stonden wij uitvoerig stil bij bepaalde elementen van deze problematiek. Het lijkt mij goed nogmaals te stellen dat de IC-afdeling in een ziekenhuis een cruciale afdeling is. Daar gaat het immers om kwesties van leven of dood. Ik vraag mij zelfs af of een ziekenhuis normaal en volwaardig kan functioneren wanneer de IC-afdeling niet voldoende capaciteit heeft. Ik vraag de minister om daarop te reageren.

Zo'n ligduur op de IC-afdeling is een buitengewoon emotionele gebeurtenis, uiteraard voor de patiënt zelf, maar ook voor zijn omgeving. De afgelopen periode

hebben wij daarover vaak gesproken. Ik heb gekeken naar de keren dat wij in de afgelopen tien jaar om onderzoek hebben gevraagd naar de capaciteit van IC-afdelingen. Ik heb zesenhalve bladzijde aan onderzoeken en vragen over dit onderwerp boven tafel gekregen. Het valt mij op dat al in 1991, nog vóór de paarse periode, werd gesproken over aanbevelingen die waren gedaan met betrekking tot de noodzaak van het formuleren van een opname- en overplaatsingsbeleid, een goede medische coördinatie, regionale aanbevelingen enz. Kortom, het ging toen om precies dezelfde aanbevelingen als de aanbevelingen die ook nu weer in de brief staan. Ik kan al die aanbevelingen hier wel allemaal gaan vermelden, maar dat zou de voorzitter ongetwijfeld van mijn spreektijd aftrekken.

Ik vond het bijna onthutsend om te zien hoe weinig voortgang er in feite is geboekt. In de eerste jaren van de periode waarop ik doel, was er nog helemaal geen sprake van het personeelsgebrek zoals wij dat nu kennen. De financiële problemen deden zich op een heel andere manier voor dan nu het geval is. Blijkbaar doet dit probleem zich voortdurend voor en kennelijk heeft dit te maken met het feit dat het om een zo gevoelige afdeling van het ziekenhuis gaat. Hoe dan ook, wij moeten trachten om bepaalde problemen waarover de minister en wij als Kamer iets te zeggen hebben, op te lossen.

De minister heeft een aantal malen gezegd dat ziekenhuizen zelf kunnen bepalen hoeveel IC-bedden zij in stand willen houden. Is dat nog steeds de mening van de minister? Ik verkrijg hierover graag wat meer informatie.

Ik kom even terug op de uitzending van NOVA van 7 januari. Daarin werd een afdeling van een ziekenhuis getoond waar grote problemen waren. Ik heb daarover uiteraard informatie ingewonnen. Degene die de problemen aan de orde stelde vertelde mij dat in dezelfde uitzending zou worden gemeld dat de problemen inmiddels opgelost waren door afspraken met de verzekeraar, maar dat dit niet was uitgezonden. Ik wil dan toch wel enige nuance aanbrengen in het verhaal.

Hoeveel verpleegkundigen zijn er nu echt voor dit onderdeel in opleiding? Er wordt gestrooid met

## Van Blerck-Woerdman

getallen als honderden, duizenden en 55. De minister moet nu echt duidelijk maken welk aantal op dit moment het juiste is.

Ik herhaal wat ik de vorige keer al heb gezegd, namelijk dat intensive-carecapaciteit in ieder geval adequaat moet zijn, met een lichte overcapaciteit. Gelet op de uitzending daarover verzoek ik de minister daar nog eens op in te gaan.

Ik vond de woordkeuze van de inspecteur-generaal voor de volksgezondheid in de uitzending niet zo gelukkig en in ieder geval voor meerderlei uitleg vatbaar. Als hij echter bedoelde dat de logistiek in de ziekenhuizen wel eens wat beter kan, zodat men weet wat er op een bepaalde dag in ieder geval te verwachten is, ben ik dat met hem eens. Ik doel nu niet alleen op de indicatiestelling, waar ook nog wel wat aan toegespitst kan worden. Als een ziekenhuis weet wat er intern te verwachten is, kan daarmee een aantal problemen worden voorkomen. Ik zou graag een antwoord van de minister horen over de logistieke problemen die zich in dit verband kennelijk voordoen.

Mevrouw **Kant** (SP): Waarop baseert mevrouw Van Blerck haar opmerking dat de indicatiestelling nog wel wat beter kan?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Hetzelfde als de heer Kingma heeft uitgelegd. Het begrip "selectie aan de poort" werp ik verre van mij. Dat heeft hij terecht ook gedaan. De realiteit in een flink aantal ziekenhuizen is nu eenmaal dat de intensive care altijd een beperkte capaciteit heeft. Voordat je gaat opereren moet je je dan wel realiseren dat je bij een bepaalde indicatie voor een operatie een intensive-carebed nodig hebt. Dat moet dan worden vrijgehouden. Er moeten dan niet weer van buiten af patiënten worden opgenomen, zodat de eigen patiënten vervolgens in ambulances moeten worden rondgereden. Ik vind ook dat dit praten vanuit armoede is. Je zou het beter willen. Door een verbetering van de logistiek kan in ieder geval worden voorkomen dat er onnodige bewegingen plaatsvinden.

Mevrouw **Kant** (SP): Nu wordt het echt mistig. Het is praten vanuit armoede. Vindt u dat er scherper geïndiceerd moet worden, bijvoorbeeld tussen mensen op leeftijd, met

minder kansen, en mensen met meer kansen?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik bedoel precies wat ik net heb gezegd. Als een bepaalde patiënt een indicatie heeft waaruit een operatie voortkomt, kun je van tevoren incalculeren dat die dag een intensive-carebed nodig is. Daarmee moet je dan rekening houden met het aannemen van patiënten van buitenaf. Het is dan vervelend als een ziekenhuis moet zeggen dat het de capaciteit zelf nodig heeft, maar helaas is het nu eenmaal zo.

Mevrouw **Kant** (SP): U bedoelt dus toch dat de indicatie voor de operatie, medisch noodzakelijk, dan maar niet gesteld moet worden.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat bedoel ik absoluut niet. Als u mij dat in de mond wilt leggen hebt u het mis.

Mevrouw **Kant** (SP): U hebt zelf gezegd dat het met de indicatie wel beter kan, maar u legt niet uit wat u daarmee bedoelt.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat heb ik net gezegd. Als je patiënten met bepaalde indicaties hebt, weet je van tevoren dat je op een bepaalde dag een of meer intensive-carebedden nodig hebt. Die moet je dan reserveren voor die patiënten. Als dan ook nog allerlei patiënten van buitenaf gaat opvangen, waardoor de IC-afdeling al vol raakt, moet je je eigen patiënten met ambulances in de regio gaan rond rijden, om plekken voor hen te vinden. Dat is absoluut onwenselijk. Dat is het enige wat ik wil zeggen. Ik deel de opvattingen van de inspecteur over de interne logistiek van de ziekenhuizen, waarin waarschijnlijk nog heel wat te verbeteren valt. Mevrouw Kant kan het nog drie keer vragen, maar ik laat het hierbij. Zij krijgt geen ander antwoord dan dit.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het zou nog wel verbeterd kunnen worden. Dat is toch een punt. Ik weet dat mevrouw Van Blerck en haar fractie vinden dat de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij het veld moet liggen en dat het zoveel mogelijk aan het veld moet worden overgelaten. Ik heb hier echter de brief van de minister. Daarin staat

dat de interne samenwerking tussen afdelingen in ziekenhuizen niet voldoende is, dat de regionale samenwerking niet optimaal is, dat het opstellen en implementeren van gezamenlijke richtlijnen en protocollen onvoldoende tot geen aandacht heeft en dat de regionale en landelijke afspraken over eerste opvang, transport en plaatsing ontbreken. Dat is nogal wat. Dat vindt u toch ook? Naast de constatering dat dit verbeterd kan worden kunt u toch ook een waardeoordeel uitspreken dat dit onder de maat is en afgelopen moet zijn. Bent u dat met mij eens?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik heb voorgelezen de aanbevelingen uit het eerste onderzoek uit 1991, die toen zijn overgenomen. Die zijn exact hetzelfde als wat nu, elf jaar later, in de brief van de minister staat. Dat betekent dat kennelijk in de tussentijd helemaal niets is verbeterd. De vraag is wie daarvoor verantwoordelijk is, want daar hebben wij het op dit moment wel over.

Bij de kinder-intensive care gaat het, tragisch genoeg, niet alleen om een kwantiteitsprobleem, maar vooral ook om een kwaliteitsprobleem. Het rapport is duidelijk en de minister neemt de aanbevelingen onverkort over. Mijn vraag aan de minister is of die 23 bedden ook daadwerkelijk in gebruik genomen kunnen worden. Voor de 11 bedden die eerder beschikbaar zijn gesteld, is namelijk al onvoldoende personeel. Ik sprak al over de verantwoordelijkheid. Het gaat om een personeelstekort. Ik spreek de minister daar niet op aan, omdat zij niet verantwoordelijk is voor het personeelsbeleid in instellingen. In plaats van over een paar maanden hier weer te staan omdat die 23 bedden er wel zijn, maar het personeel niet, kunnen wij beter nu constateren dat het een probleem is en kijken wat daaraan kan worden gedaan. Anders wordt volstrekt onduidelijk welke resultaten bereikt kunnen worden.

Kunnen vervolgens dit soort inspectierapporten niet sneller tot stand komen? Ik vraag de minister om de capaciteit van de inspectie te vergroten door vooral verschuivingen binnen het ministerie. Ik heb veel meer behoefte aan inspectie van ontwikkelingen in het land dan aan

## Van Blerck-Woerdman

beleid dat is gericht op allerlei zaken die niet direct noodzakelijk zijn.

Het voorstel van de minister om dit onder de Wet bijzondere medische verrichtingen te brengen heeft eigenlijk niet mijn instemming. Ik vind dat wij niet te veel centraal moeten regelen. Ik wil echter praktisch zijn. Als dit de enige manier is om ervoor te zorgen dat geld dat beschikbaar komt, ook wordt uitgegeven aan dat doel, kan het wat mij betreft tijdelijk. Dan moet het maar.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mevrouw Van Blerck zei zojuist dat een ziekenhuis geen mensen zou moeten toelaten, als een patiënt lang moet blijven liggen. Dit is toch juist een van de meest voorkomende redenen dat een ziekenhuis zegt dat men er niet terecht kan? Dan raakt zij toch precies de kern van het probleem met haar advies?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik begrijp niet helemaal wat u bedoelt. Bedoelt u dat ziekenhuizen geen patiënten moeten opnemen die lang moeten liggen?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): U zei dat geen nieuwe patiënten van buiten moeten worden opgenomen, als men een patiënt gaat opereren van wie te overzien is dat hij lang moet liggen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Niet lang liggen. Als patiënten vanwege een operatie of behandeling hoe dan ook op de intensive care terecht komen, weet je dat je die dag één of meer bedden daar nodig hebt. Ik denk dat het beter is die bedden vrij te houden voor de patiënten waarvan je zeker weet dat zij die dag komen. Het is een kwestie van armoede en geen kwestie van overdaad. Ik ben voorstander van een lichte overcapaciteit om dit soort problemen in de toekomst uit de weg te gaan.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Nogmaals, u beschrijft precies wat er vandaag de dag gebeurt en waarom een ziekenhuis zegt dat het voor zijn eigen patiënten moet zorgen en iemand anders er dus niet in komt. Dat is nu juist het probleem waarvoor wij hier staan.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Dat ben ik niet met u eens.

Men kan toch moeilijk twee patiënten in één bed leggen. Een bed kan maar een keer bezet worden. Als je dubbele bewegingen wilt vermijden, kun je beter zekerheden incalculeren dan een bed dubbel te beleggen, hoe akelig het allemaal ook klinkt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Wie is dan verantwoordelijk voor het zorgtekort van die patiënt die er niet in kan?

De **voorzitter**: Collega's, laten wij proberen het bij het onderwerp te houden. Ik begrijp dat u allemaal zeer betrokken bent bij de breedte van het onderwerp. Wij hebben tijd tot 23.00 uur. Ik neem aan dat u het debat vanavond graag afrondt en het niet op prijs zult stellen als wij het moeten overhevelen naar volgende week.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik laat de beantwoording van deze vraag aan de minister over.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter. Wij hebben inderdaad nog niet zo lang geleden over dit onderwerp gesproken. Ik begrijp dat de aanleiding om er vanavond opnieuw over te spreken, ligt in twee gebeurtenissen: het rapport van de inspectie over de kinder-IC's waaruit veel publiciteit gegeneerd is en de bekende NOVA-uitzending. Over die twee onderwerpen zijn schriftelijke vragen gesteld en is aangekondigd dat de Kamer ook nog wilde debatteren.

Ik ben het met mevrouw Van Vliet eens dat het, zolang dit grote probleem bestaat, het beste is om er met elkaar regelmatig over te spreken en te proberen een stukje verder te komen. Het betreft een ernstig probleem. Er is geen sprake van dat ik het bagatelliseer of niet beseft dat dit een ernstig probleem is. Ik ben het ermee eens dat het alles te maken heeft met de schaarste aan de aanbodkant waarvan nog steeds sprake is bij de ziekenhuiszorg.

Hoe zijn wij daarin terechtgekomen? Ik hoef mevrouw Van Vliet niet uitgebreid te herhalen, maar het heeft, naast het huidige personeelstekort, alles te maken met de manier waarop wij de geldmiddelen verdeeld hebben. Ik ben daarvoor zelf inderdaad medeverantwoordelijk geweest, zo zeg ik maar vast tegen

mevrouw Arib. Ik wil daarvoor op geen enkele manier weglopen. In het eerste kabinet was er een zo beperkte groeimogelijkheid dat wij nauwelijks méér konden doen dan de demografische ontwikkelingen en de medische technologie volgen. Van inhaalslagen was in die periode eigenlijk nog geen sprake. Pas in deze periode is er veel meer geld om met inhaalslagen te gaan werken. Dat was dan ook hoognodig want de krapte had inmiddels flink toegeslagen. Omdat wij zelf vonden – zoals wij dat toen zagen – dat de meest schrijnende situaties zich afspeelden in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg – het ging daar om mensen die totaal van zorg verstoken waren – hebben wij daarheen heel veel geld gestuurd. Er was ook wel sprake van een groei van de ziekenhuisbudgetten, maar die was bescheidener. Inmiddels is in deze kabinetsperiode de economische groei zo groot geworden dat de ziekenhuizen over veel ruimere middelen kunnen beschikken. Ook bij deze IC-problematiek gaat het hoofdzakelijk over personeelsproblemen. Wij schieten echter niet veel op met analyses; het is wel goed dat wij deze delen maar wij moeten toch vooral spreken over oplossingen.

Die oplossingen hebben alles te maken met de verantwoordelijkheden. Wie is verantwoordelijk voor wat? Wie moet welk onderdeel van het probleem oplossen? Alle geachte afgevaardigden hebben daarover gesproken. Sommigen hebben er een hoofdpunt van hun inbreng van gemaakt zoals mevrouw Hermann, de heer Buijs en de heer Van der Vlies.

Laat ik maar beginnen met de eigen verantwoordelijkheid van de rijksoverheid, dus van mij als minister. Ik vind dat mijn verantwoordelijkheid in de eerste plaats is, ervoor te zorgen dat er een adequaat voorzieningenniveau is. Ik ben immers verantwoordelijk voor toegankelijkheid en kwaliteit. Dat betekent dus voldoende geldmiddelen. Bij intensive care gaat het om acute zorg, echt noodzakelijke zorg voor mensen die letterlijk doodziek zijn. Het is de ene dag weer anders dan de andere dag. Bij de kinder-IC's werden in eerste instantie 900 kinderen in een jaar geweigerd; de helft daarvan in december en januari. Dat heeft alles te maken met acute infectieziekten bij kinderen. Het is



## Borst-Eilers

dus wisselend. Daarom kun je het alleen netjes regelen met enige overcapaciteit. Wij zitten nu echter aan de andere kant van de schaal, namelijk met ondercapaciteit. Nu wij met elkaar de problemen zo helder in het vizier hebben gekregen, waar de Kamer ook een grote rol bij heeft gespeeld, beschouw ik het als een verantwoordelijkheid dat als prioriteit het geld naar de intensive care toe moet. Ik moet echter voldoende geld in het algemeen beschikbaar stellen, hetgeen dan terechtkomt in het ziekenhuisbudget. Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de verdeling van de geldmiddelen binnen hun budget, zoals zij ook een- en andermaal roepen. Als wij proberen iets te oormerken, bijvoorbeeld voor salarissen, dan krijgen wij te horen: wij hebben één pot geld en wij, de raden van bestuur van de ziekenhuizen, bepalen waar het heen gaat.

In het begin van 2001 hebben wij een extra grote injectie gegeven om bij de infrastructuur een inhaalslag te maken, namelijk 350 mln gulden. Ik begrijp best dat de ziekenhuizen dat niet allemaal aan de intensive care hebben uitgegeven, maar het was wel mogelijk geweest om een heel substantieel deel van dat geld te besteden aan intensive-carevoorzieningen: bedden erbij plaatsen waar een tekort is en personeel honoreren, voorzover je dat kunt krijgen. Men heeft van die 350 mln gulden ook een deel aan intensive care besteed, ongeveer 10%. Dat had van mij ook meer mogen zijn, maar daar ga ik dus niet over. Dat bepalen de ziekenhuizen zelf, samen met de zorgverzekeraars. Ik heb er overigens alle begrip voor dat het voor de ziekenhuizen moeilijk is om het geld eerlijk te verdelen, want er zijn vanwege de situatie van enige krapte zoveel belangrijke dingen. Ik wil hier ook geen verwijten maken of zwartepieten; ik kom straks op mogelijke oplossingen, ook in de verantwoordelijkheidsverdeling. Maar formeel zijn zij wel verantwoordelijk.

Via de inspectie moet de minister erop toezien of het voorzieningenniveau voldoende is. Die signalen moeten mij via de inspectie bereiken, maar ik krijg natuurlijk ook andere signalen, bijvoorbeeld uit brieven van burgers. Je hoort en leest ook wat en je pikt ook wat op tijdens werkbezoeken. Er zijn de laatste jaren herhaaldelijk signalen geweest over knelpunten in de intensive care voor

volwassenen en kinderen en in de neonatologie. Over de neonatologie heb ik in 1998 advies van de Gezondheidsraad gevraagd, dat de raad helaas pas twee jaar later in april 2000 heeft uitgebracht. Vorig jaar zomer is het planningsbesluit van kracht geworden. Daar is de neonatologie wel blij mee. Ik sprak vorige week toevallig drie afdelingshoofden. Zij zeiden dat zij nu meer vrijheid hebben om met de zorgverzekeraars de aantallen plaatsen vast te stellen en in te vullen. De neonatologie heeft nog meer goede dingen gedaan, waar ik zo nog op terugkom. Bij de volwassenen hebben wij het rapport-Schrijvers; dat was in 1999 gevraagd maar dat heeft door omstandigheden wat lang geduurd. Bij de kinderen was er ook van alles onderzocht, zoals mevrouw Arib heeft opgesomd. Het rapport van de IGZ vind ik het finale rapport waar ik nu helemaal op wil varen. De uitkomst van al die onderzoeken is steeds weer: er is krapte. Maar het is vooral een kwestie van personeelsgebrek; het is in mindere mate een beddentekort. Dat betekent dat wij in de allereerste plaats de oplossing moeten zoeken voor dat personeelstekort.

**Mevrouw Arib (PvdA):** De minister zegt dat het aantal IC-bedden voor de neonatologie intussen is uitgebreid. Begrijp ik dat goed?

**Minister Borst-Eilers:** Ja, dat dacht ik wel. Ik ken het precieze aantal niet uit mijn hoofd.

**Mevrouw Arib (PvdA):** Ik wil dat heel graag weten, ook om na te gaan of dat aantal overeenkomt met het advies van het bouwcollege.

**Minister Borst-Eilers:** Vorige week hebben de drie afdelingshoofden mij verteld en ik zie het ook bij mij in de buurt in het Wilhelmina Kinderziekenhuis, dat er geen beddentekort is maar een personeelstekort. In het Wilhelmina Kinderziekenhuis is bijvoorbeeld meestal eenderde van alle couveuses gesloten wegens gebrek aan verpleegkundigen. Wij hebben het steeds over meer bedden, waarbij ik in eerste instantie denk aan een bed met alle apparatuur eraan. Maar dat is niet het grote knelpunt. Het bemensen van bedden is het grote probleem.

**Mevrouw Arib (PvdA):** Inderdaad. Maar het mag niet elke keer als reden worden aangevoerd. Hoeveel bedden zijn voor de neonatologie toegekend, en op welke locaties?

**Minister Borst-Eilers:** Ik verwachtte dit soort vragen al. Het is misschien goed, mevrouw de voorzitter, dat we de gegevens die wij daarover hebben, naar de Kamer sturen. Dat kan volgende week gebeuren.

Ik acht het mijn verantwoordelijkheid dat er extra geld komt voor opleiding, bemensing en waar nodig het bouwen van bedden. Het is de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen om met dat geld extra mensen op te leiden, wat een besluit op ziekenhuisniveau vergt. In de ziekenhuizen moet de bestaande capaciteit beter worden benut, op welk terrein nog veel is te doen.

Wat is er nu gebeurd om ervoor te zorgen dat er meer mensen kunnen worden opgeleid? In het jaar 2001 is er aan de ziekenhuizen voor de inhaalslag in de infrastructuur – inclusief de personeelsbezetting – 350 mln gulden ter beschikking gesteld. Zo'n 10% heeft men besteed aan de IC, zowel fysiek als personeel. In 2001 hebben de academische ziekenhuizen gezamenlijk op hun verzoek 30 mln gulden extra gekregen om te gaan opleiden voor schaarse functies. Dat willen zij vier jaar doen, en aan het eind daarvan zullen zij 1000 gespecialiseerde OK-assistenten afleveren. Over het eerste jaar – ik beperk mij tot de IC – zijn 81 extra opleidingsplaatsen gevuld, terwijl 55 extra IC-verpleegkundigen voor volwassenen zijn opgeleid, 18 voor de neonatologie en 8 voor de kinderen. Voor de kinderen betekent dat een verdubbeling van de opleidingscapaciteit, en voor de neonatologie een stijging van 70%. Met name voor de kinderen vind ik dat nog wel een heel klein aantal. De behoefte is namelijk echt wel wat groter. Het is natuurlijk mogelijk om mensen die al gediplomeerd zijn weer terug te halen naar de IC voor kinderen. Dat idee van mevrouw Van Vliet vind ik goed; wij zullen daarover contact opnemen met de Nierstichting.

De heer Breederveld, de aanjager van de verbetering van de situatie op de kinder-IC's, meldde mij vandaag dat naar zijn inschatting over twee jaar de personeelsproblemen kunnen zijn opgelost, zowel bij de kinderen als de neonatologie. De getallen van

## Borst-Eilers

de in opleiding zijnde personen wil ik dan wel zien, want ik heb het gevoel dat die niet helemaal met elkaar sporen. Als ik intuïtief een inschatting zou maken, zou ik ook denken dat we over twee jaar ons doel hebben bereikt. De algemene ziekenhuizen hebben namelijk ook extra geld gevraagd en gekregen. Het opleidingsfonds is inmiddels in functie. Er kunnen 50 extra IC-verpleegkundigen per jaar worden opgeleid.

Mevrouw Van Blerck vroeg hoeveel mensen opgeleid worden en mevrouw Kant heeft gezegd dat ik ten onrechte heb geroepen dat er honderden IC-verpleegkundigen in opleiding zijn. Ik geef de cijfers die wij dezer dagen van de Vereniging van academische ziekenhuizen en van de Vereniging van algemene ziekenhuizen hebben gekregen. In de academische ziekenhuizen zijn er 119 reguliere opleidingsplaatsen voor IC-verpleegkundigen. Met ingang van vorig jaar zijn er daar met het extra geld 81 aan toegevoegd. Die extra opleidingsplaatsen zullen een jaar of vier beschikbaar blijven. In totaal zijn er 200 opleidingsplaatsen bij de academische ziekenhuizen. In de algemene ziekenhuizen zijn er in totaal 350 plaatsen voor opleiding tot IC-verpleegkundige; 300 regulier en 50 extra. In totaal zijn er 550 mensen in opleiding voor een of ander type IC-verpleegkundige. Ik vind dat ik niets miszegd heb met mijn opmerking over "honderden" plaatsen.

Ik heb gisterenavond met prof. De Groot gebeld om dit uit te spreken. Hij was een beetje boos omdat hij dacht dat ik sprak over kinder-IC-verpleegkundigen. Uit de vragen van de journalist kon dit ook afgeleid worden, maar prof. De Groot heeft nu begrepen wat ik wel gezegd heb. Bij kinderen gaat het om enkele tientallen plaatsen per jaar. Als dat een paar jaar wordt volgehouden, kan het tekort worden opgelost.

Met ingang van vorig jaar is er dus structureel een flinke hoeveelheid extra geld beschikbaar gesteld. Daar komt dit jaar nog meer geld bij. Ik noem het opleidingsfonds voor de algemene ziekenhuizen. Aan mijn verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat er extra geld is, heb ik zo langzamerhand wel invulling gegeven. Ik ben het overigens eens met degenen die hebben opgemerkt dat wij niet tevreden mogen zijn als het net voldoende is. Op dit punt

moet worden gestreefd naar enige overcapaciteit om de problemen definitief op te lossen.

Het veld kan ook het nodige doen, met name op de korte termijn. Wij moeten roeien met de riemen die wij hebben, om de heer Kingma te citeren. Met die riemen kan echter meer geroeid worden dan men nu doet. Het is belangrijk dat men landelijk de beschikbaarheid op de kinder-IC's en neonatale IC's bijhoudt. Als er maar één IC voor kinderen in de regio is, heb je er niets aan als dit regionaal wordt bijgehouden. Bij de neonatologie heeft men inmiddels een gemeenschappelijke website die tweemaal per dag wordt bijgewerkt. Op ieder moment kan men zien waar een plek vrij is. Vorige week heeft men mij verteld dat ook het interklinische transport nu goed geregeld is. Er kan altijd een neonatoloog-intensivist mee op de kinderambulance. Dat is noodzakelijk om ook onderweg goede zorg te kunnen verlenen.

Bij de pediatrie is deze werkwijze helaas nog niet doorgevoerd. Daar wordt wel over gepraat, maar het is nog niet voor elkaar. Men gebruikt daar nog gewoon de telefoon. Dat kost heel veel tijd en dat is zonde. Dat moet verbeteren, zo schrijft ook de inspectie.

Daarnaast moet men de bestaande richtlijnen voor opname en ontslag toepassen. Slechts 30% werkt met deze reeds jaren van kracht zijnde richtlijnen. Als deze richtlijnen worden toegepast, kan scherper worden vastgesteld of een patiënt opgenomen moet worden of ontslagen kan worden.

Ik noem ook de doorbraakprojecten, waarover onlangs een aardig artikel in Medisch Contact stond. Daaruit blijkt dat via verbeterprojecten de capaciteit op IC's beter benut kan worden. Er werd een voorbeeld gegeven van een ziekenhuis waar 18% van de ligdagen op de IC ten onrechte was. Door dit project is dit percentage teruggebracht naar 5. Dat is nog te veel, maar dit is al zeer veel beter. Dit is typisch een voorbeeld van het werken aan de interne logistiek, waar mevrouw Van Blerck over sprak.

In dit verband noem ik ook het creëren van step-downvoorzieningen, waar men zich in Tilburg mee bezighoudt. Dat betekent dat er naast de intensive-careafdeling een medium-careafdeling komt, waar minder verpleegkundigen per bed

nodig zijn en de begeleiding minder intensief is, terwijl de patiënten wel beter worden bewaakt dan op de algemene afdelingen. Hiermee zou de echte intensive care ontlast kunnen worden. Een andere maatregel is het aanpassen van electieve operaties – operaties die geen haast hebben – aan de bestaande IC-capaciteit.

Tot slot wil ik in dit kader nog het volgende opmerken. Het eerste is dat er van de bestaande personeelssterkte een percentage uitstroom is per jaar. Er zou alles aan gedaan moeten worden om dat terug te brengen, bijvoorbeeld door een goed arbeidsklimaat te scheppen, goede secundaire arbeidsvoorwaarden te bieden. Ik denk ook aan het aanpassen van de dienstroosters, zodat degenen die de onregelmatigheid als te zwaar ervaren niet meer uitstromen. Ook moeten er maatregelen genomen worden om het ziekteverzuim verder naar beneden te brengen. Als laatste mogelijkheid noem ik het punt van prof. Kingma, namelijk een goed onderscheid maken tussen operatie-indicaties.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. Ik heb gevraagd of de minister mogelijkheden ziet om de resultaten van de kwaliteitsverbeteringsoperatie in de praktijk door te voeren. Ik ben het namelijk met de minister eens dat het niet 30% moet zijn, maar 100%. Hoe ziet de minister dat?

Minister **Borst-Eilers**: Op dit punt zal ik ingaan naar aanleiding van de bespreking van de stuurgroep en de werkgroep. Verder heb ik het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg onder leiding van directeur Schellekens, dat speciaal is opgericht om best practices zo snel mogelijk te verspreiden over alle ziekenhuizen in Nederland. Het is jammer dat er op heel veel plaatsen prachtige initiatieven worden ontwikkeld met zichtbare verbeteringen voor de patiënt, die vervolgens in de rest van Nederland om wat voor reden dan ook geen navolging vinden. Daar is dan weer een aanjager voor nodig.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik wil nog terugkomen op het punt van het transport van patiënten. Gisteren zag ik een interview met het hoofd van de kinder-IC in het AMC, de heer Bos. Hij vertelde dat hij dagelijks wordt geconfronteerd met de

## Borst-Eilers

ernstige situatie dat kinderen van Amsterdam naar Maastricht moeten worden vervoerd, met het gevolg dat de gezondheidstoestand verslechtert. Het is mij ontgaan wat de minister op dat punt heeft toegezegd. Ik hoorde haar de ECT noemen. Ik weet dat er al een jaar op regionaal niveau onderhandeld wordt over een concrete centrale regeling. Tot duidelijke resultaten heeft dat echter niet geleid. Wat gaat de minister daar concreet aan doen?

**Minister Borst-Eilers:** Ik wil straks nog ingaan op de specifieke maatregelen voor de kinder-IC's. Wat de transport betreft heb ik begrepen dat het bij neonatologie volgens de drie afdelingshoofden die ik sprak, nu goed geregeld is. Dat betekent echter niet dat het bij de kinder-IC's al goed geregeld is. Daar is inderdaad nog een probleem. Dat heeft dokter Bos terecht gesignaleerd. Ik vind het ook jammer dat hiervoor bij de academische ziekenhuizen nog steeds geen gezamenlijke website is. Zij hebben het voor de neonatologie wel voor elkaar, maar niet voor de iets oudere kinderen. Hoe kan dat toch? Zo ingewikkeld is het allemaal niet. Er is inmiddels een project gestart voor een landelijke database voor de kinder-IC's door de stichting PICE. Deze stichting heeft om subsidie gevraagd. Aangezien de inspectie in haar rapport constateert dat dit inderdaad een ernstig manco is, heb ik besloten die subsidie te verstrekken. Er komt dus ook voor de iets oudere kinderen een landelijke database.

**Mevrouw Arib (PvdA):** Op zichzelf vind ik dit prima, maar wij weten dat je met zo'n website het transportprobleem nog niet oplost.

**Minister Borst-Eilers:** Nee, het transport is een ander probleem. Daar heb je dokters voor nodig.

**Mevrouw Arib (PvdA):** En voldoende capaciteit in de regio. Ook moeten de ambulances goed toegerust zijn op het vervoeren van deze kinderen. Dus het gaat mij om meer dan de website. Ik wil ook op andere terreinen waar men met problemen wordt geconfronteerd, weten welke maatregelen er genomen worden. Dan doel ik ook op de centrale regeling waar wij een jaar geleden over gesproken hebben.

**Minister Borst-Eilers:** Ik kom daar zo over te spreken. Ik wil eerst nog even terugkomen op de opmerkingen van prof. Kingma. Iedereen heeft daarover gesproken. Ik ben blij te horen dat zijn laatste bijdrage in Medisch Contact heel verhelderend is geweest. Zelf vond ik het ook een uitstekend stuk. Zijn uitspraken zijn in het begin niet door iedereen even goed begrepen.

Wat bedoel je ermee als je zegt: in het kader van de IC-problematiek is dit een heel bescheiden bijdrage? Wanneer wordt overwogen iemand te opereren, komt het in Nederland toch nog wel voor dat de arts een operatie aanraadt en de patiënt daarin meegaat, terwijl dat eigenlijk medisch zinloos handelen is. Prof. Bakker die laatst bij Barend & Witteman op televisie over dit onderwerp sprak, zei dat je soms gewoon de moed moet hebben er niet aan te beginnen en tegen de patiënt te zeggen: als ik dit doe, doe ik u meer kwaad dan goed. Het voorland van zo'n patiënt is dan vaak dat hij de operatie nog wel overleeft, maar dat hij vervolgens weken op de intensive care ligt om daar uiteindelijk te overlijden. Iedereen heeft dan spijt en zegt achteraf dat de afweging beter gemaakt had moeten maken. Als de patiënt het per se wil, soms omdat de familie het zo graag wil, wordt af en toe toch tegen beter weten in aan iets begonnen waarvan men achteraf zegt dat men dat beter niet had kunnen doen.

Prof. Kingma zegt terecht dat een bijkomend extra probleem is dat zo iemand niet even op de intensive care ligt, maar 20, 30 dagen. Iedere twee dagen dat hij daar ligt, kan die plaats niet voor iemand anders worden gebruikt. De gemiddelde ligduur is 2 à 2,5 dag. Je mag dus nooit mensen selecteren en niet behandelen omdat er geen IC-capaciteit is. In algemene zin worden er wel eens ingrepen gedaan die de patiënt meer kwaad dan goed doen. Dat moet sowieso nooit gedaan worden, maar het heeft niets met de IC-capaciteit te maken. Prof. Kingma heeft terecht gezegd dat om het nog eens moeilijker te maken deze patiënten ook heel erg lang op de IC liggen.

**Mevrouw Kant (SP):** Die opmerking in het betreffende programma werd wel degelijk gemaakt in relatie tot het probleem waarover wij vandaag praten. Dat maakt het juist zo

gevaarlijk. De minister antwoordt op schriftelijke vragen over dat pleidooi dat een goede medische indicatiestelling dient bij te dragen aan een zorgvuldige beslissing. Daarop zal niemand tegen zijn, maar het wordt vandaag wel weer in relatie gebracht met de capaciteitsproblemen bij de intensive care.

**Minister Borst-Eilers:** Het was een feitelijke constatering dat dit medisch zinloos handelen de IC-problematiek ook nog eens verzwaart. Het gaat misschien maar om enkele mensen in Nederland, maar per persoon nemen zij wel heel lang een IC-bed in beslag. Waar het om draait, is het belang van de patiënt. Ik gun het niemand dat hij wordt geopereerd, weken op de IC verblijft en dan overlijdt. Zie dan van zo'n eigenlijk hopeloze behandeling af en laat iemand op een natuurlijke wijze aan zijn einde komen en niet op deze kunstmatige manier verbonden aan allemaal slangen, zonder dat het iets goeds heeft teweeg gebracht. In een enkel geval is de afweging dat de kans bestaat dat het wel goed is voor de patiënt en dan moet het ook gebeuren. Wij zullen dan niet zeggen dat vanwege een tekort aan IC-capaciteit mijnheer Jansen of mevrouw Pieterse niet wordt geholpen, als dit medisch zinvol is.

**Mevrouw Kant (SP):** Die suggestie is op zijn minst wel degelijk gewekt in de betreffende uitzending. Neemt de minister vandaag afstand van deze suggestie?

In die uitzending is nadrukkelijk een relatie gelegd met langliggers. Wil de minister vandaag verklaren dat het feit hoe lang iemand mogelijk na een ingreep op de intensive care verpleegd wordt, nooit een reden mag zijn om een keuze te maken een ingreep wel of niet te doen?

**Minister Borst-Eilers:** Ik ben dat helemaal met u eens. Dat mag nooit een reden zijn. Dat gebeurt ook niet in Nederland. Er zijn wel kinderen die bijna een jaar op de intensive care moeten liggen, zoals u in het rapport hebt kunnen lezen. Ik vind dat overigens geen goede verblijfplaats voor een kind. Ook dat staat in het IGZ-rapport. Je zou dan toch naar iets andere mogelijkheden moeten zoeken. Het feit dat iemand lang op de IC ligt, is op zichzelf geen reden om niet te opereren. In de geneeskunde hebben wij de mooie

## Borst-Eilers

uitdrukking "nil nocere", dat wil zeggen dat je nooit aan een behandeling moet beginnen waarvan je eigenlijk weet dat die meer kwaad dan goed zal doen.

Mevrouw **Kant** (SP): De kern van de zaak is dat ik mij blijf afvragen waarom de inspecteur dat heeft gezegd en waarom de minister dat pleidooi heeft ondersteund. Ik weet niet waar die opmerking vandaan komt. Wordt er in Nederland onnodig behandeld? De mensen die ik heb gesproken, zeggen dat dit soort afwegingen in Nederland heel zorgvuldig plaatsvinden en dat er in afspraak met patiënt en familie niet wordt behandeld als het nut er niet van in wordt gezien.

Minister **Borst-Eilers**: Een arts zal natuurlijk nooit bewust onnodig behandelen. In ziekenhuizen worden echter discussies gevoerd. Ik heb dat ook van betrokkenen gehoord. Zo wordt soms tegen een arts die wil gaan opereren door een collega gezegd: zou je het ook doen als het je vader of moeder was? Dan zegt een arts soms: nee, die zou ik dit niet aan willen doen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat soort moeilijke gesprekken vinden, vrees ik, dagelijks plaats in ziekenhuizen. Mijn vraag is wat het doel van deze opmerking is.

Minister **Borst-Eilers**: De heer Kingma noemde een volledige lijst op van wat je allemaal kan doen om te vermijden dat IC-bedden ten onrechte worden gebruikt. Toen kwam bij hem ook deze zeldzame situatie op. Die komt in Nederland en in de gehele wereld wel eens voor. Lees de medische literatuur er maar op na. Het is een onderwerp van discussie: hoe ver moet je gaan met iemand nog langer in leven te houden met ingewikkelde ingrepen? Het gaat bovendien vaak om mensen met een ernstige, onderliggende ziekte of mensen die zo oud zijn dat zij verzwakt zijn. Dan is de kans minimaal dat de mensen goed wordt gedaan. Deze mensen nemen individueel heel lang een IC-bed in beslag. Ik denk dat de associatie op deze wijze bij hem is opgekomen.

Mevrouw Kant spreekt van een suggestie die is geweest. Ik denk dat via de televisie, het laatste stuk in Medisch Contact en via de circulaire aan de artsen de zaak zodanig is

verhelderd dat wij deze suggestie achter ons kunnen laten. Wij weten precies wat dokter Kingma bedoelde. Wij kunnen daarmee vrede hebben.

De **voorzitter**: Ik ben ervan overtuigd dat het de bedoeling van de leden is om dit debat vanavond af te ronden. Dit betekent dat u korter moet interrumperen en u zich niet moet blijven herhalen. Dat komt, met alle respect, nogal eens voor. Of ik kap de interrupties helemaal. Het is aan u.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De minister noemt een voorbeeld van lange verblijfsduur op IC-bedden. Ik denk dat het daarbij om een uitzondering gaat. De regel is dat artsen dagelijks een zware afweging moeten maken over wie zij wel of niet moeten behandelen. Artsen zijn niet opgeleid om te selecteren, maar om mensen beter te maken en in leven te houden. De uitspraak van de heer Kingma is gedaan in een brede context, namelijk de ervaringen van het Sint Elizabethziekenhuis in Tilburg. Een arts aldaar vertelde dat hij elke dag zeventien patiënten moet weigeren en dat hij, bijvoorbeeld, een keuze moet maken tussen een patiënt met een maagbloeding en een patiënt die van de trap is gevallen.

De **voorzitter**: Als u vragen wilt stellen, is dat prima. U houdt echter een betoog. Een interruptie is om vragen te stellen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik vind dat er op deze manier gemakkelijk omheen wordt gedraaid. Wat de heer Kingma heeft gezegd, is niet zo bedoeld. Ik vond het persbericht niet overtuigend. Ik blijf erbij dat het erg onzorgvuldig is wat er is gebeurd in deze context.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Is de minister bereid, te erkennen dat het lopen is over een uiterst smalle richel boven een diep ravijn? De patiënt wil blijven leven. Dat is bijna altijd het geval. Wij kennen de uitzonderingen. Daar is onlangs een intensief debat over gevoerd. De stem van de patiënt moet ook blijven wegen. Ik vind dat wij niet al te gemakkelijk moeten toegeven aan de redenering dat het jammer is dat een bed bezet blijft omdat er zoveel andere patiënten zijn. De minister heeft zich daartegen gekeerd. Ik vond

echter dat zij er op een gegeven moment te veel begrip voor toonde.

Ministers **Borst-Eilers**: Het is altijd een beslissing van de patiënt. Geen arts is echter gehouden om op verzoek van een patiënt iets te doen wat medisch absoluut zinloos is en waarvan de arts vindt dat het tegen zijn beroepsethiek gaat om daarop in te gaan. Dan zegt een arts: ik opereer u niet. Dat wordt ook gezegd. Zulke harde woorden vallen soms ook. Als de arts denkt dat er een sprankje hoop is, en de patiënt het heel erg graag wil, gaat men samen die weg in. Dan zegt de arts niet dat men het niet moet doen vanwege de intensive care. Wij moeten artsen zo snel mogelijk in de situatie brengen dat er enige overcapaciteit is, waardoor zij zich niet met dat soort neveneffecten hoeven bezig te houden.

De heer **Buijs** (CDA): U hebt gezegd "nil nocere". Ik zeg daarbij "in dubio abstine". Dat zijn allemaal mooie woorden. Ik was gelukkig met de verklaring van mevrouw Van Blerck over logistiek en dat soort zaken op indicatiegebied. Ik ben blij met het artikel van de inspecteur. Bent u het met mij eens dat het medisch indiceren nooit en te nimmer in een directe relatie mag staan met de capaciteitstekorten op de intensive care?

Minister **Borst-Eilers**: Daar ben ik het helemaal mee eens. In de praktijk vindt men ook altijd een oplossing, als is het soms wat behelpen. Dan gaat er maar iemand van de IC af, terwijl het eigenlijk niet helemaal verantwoord is, en dan wordt er een verpleegkundige bij gezet. Dan is er toch een plek vrij op een IC-bed. Men doet iedere dag ontzettend zijn best. Daar heb ik ook veel respect voor. Ik hoop dat het personeelsprobleem heel snel zodanig wordt opgelost dat men daarmee niet meer zo hoeft te worstelen.

Ik heb al uitgelegd wat de verantwoordelijkheid is van de minister en van de partijen. Er is gevraagd hoe wij naar oplossingen moeten zoeken. Ik denk dat wij absoluut niet moeten zwartepieten, maar dat wij samen de verantwoordelijkheid moeten nemen. Dat was ook de reden om een stuurgroep in te stellen voor de intensive care en een werkgroep voor de kinder-IC's. Ik heb prof. Urbanus bereid gevonden



## Borst-Eilers

om dat te gaan voorzitten. Dat is een man die goed in die wereld thuis is. Wij hangen hier mooie verhalen op over het veld: het veld moet het voortaan zelf gaan doen. Als wij echter zien dat het veld die zaken niet oppakt, dan moeten wij ervoor zorgen dat men bij elkaar gaat zitten – met mensen van het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en betrokken artsen – met een dominante figuur aan het hoofd. Dokter Urbanus is zo iemand. Zij moeten een jaar lang alles uit de kast halen om ervoor te zorgen dat dit allemaal gebeurt. Ik neem het rapport van de inspectie over. Ik wil er alles aan doen, maar ik moet een deel van de dingen aan anderen overlaten. Zij komen er alleen moeilijk toe en dat komt natuurlijk doordat iedereen het zo druk heeft. Mijn devies is toch dat wij dit soort dingen samen moeten oppakken.

Ik kan kort zijn over de aanbevelingen van de Inspectie voor de gezondheidszorg. Ze zijn bekend. Ik wil ze allemaal overnemen, ook de aanbeveling om die PICU's onder te brengen in de Wet bijzondere medische verrichtingen. Ik hoor van de mensen in de NICU's dat het heel prettig is dat het geld geoormerkt is, anders vindt het wellicht weer een andere bestemming. Mevrouw Van Blerck heeft gezegd dat dit eigenlijk tijdelijk moet zijn en dat ben ik met haar eens. Bij de gewone intensive cares zie ik nog geen reden om dat te doen. Mocht het echter op een of andere manier niet lukken, dan zou dat ook nog kunnen. Bij die PICU's en NICU's gaat het om specifieke functies, terwijl het bij een intensive care voor volwassenen meer om algemene functies gaat. De eerste opdracht van de werkgroep is te zorgen voor een landelijke registratie, voor het interklinisch transport en voor het opvolgen van de andere aanbevelingen die gedaan zijn.

Ik heb al verteld over het extra geld dat beschikbaar is gesteld: 350 mln. Mevrouw Arib somde in hoog tempo een reeks toezeggingen op. Zij zei dat die toezeggingen niet allemaal waren nagekomen. Zo had zij het over die tweewekelijkse rapportage. Als mevrouw Arib het zegt, zal het ongetwijfeld zo zijn toegezegd, maar wij hebben het sindsdien ook gehad over een tweewekelijkse rapportage van de inspectie. Dat gebeurt ook echt. De vorm is alleen een beetje aangepast, zodat het allemaal wat helderder is.

De Kamer krijgt de laatste versie van mij. Als de Kamer die tweewekelijkse rapportage altijd wil hebben, dan kan dat natuurlijk ook. De vraag is echter of je ook zo intensief, iedere veertien dagen, moet rapporteren over de werkgroepen die met de IC's voor kinderen en neonaten bezig zijn. Ikzelf denk aan een termijn van twee maanden. In de tweede termijn hoor ik wel wat de Kamer ervan vindt. Tegen mevrouw Arib zeg ik dat het geen vast aantal is. Wij hebben gezegd: jullie mogen dat samen met de zorgverzekeraars regelen als het nodig is om snel te groeien. Ik heb de zorgverzekeraars de gelegenheid geboden om wachtlijstmiddelen die vanwege personeelsproblemen niet aan de wachtlijsten kunnen worden besteed aan IC-problemen te besteden.

Dr. Breederveld rapporteert zeer binnenkort over de 31 extra bedden. Misschien dat de Kamer daarop even kan wachten, want het concept-rapport is inmiddels binnen. De uitvoeringstoets van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen komt 4 februari. Daarna komt er een tweede deel over de behoeftenorm. Ik zei net dat men zoveel IC-afdelingen mag bouwen als men wil, maar dat is niet helemaal waar. Men moet natuurlijk wel binnen de behoeftenorm blijven, anders gaat het CTG weer spartelen. Ik heb het college gevraagd na te gaan of die norm met het oog op bijvoorbeeld de vergrijzing aan herziening toe is.

Mevrouw Van Vliet en mevrouw Kant hebben gesproken over de verdiensten. Mijn informatie luidt dat een verpleegkundige in een kinder-IC evenveel verdient als een verpleegkundige in een volwassenen-IC. In de kranten stond dat je in de opleiding minder verdient. De voorzitter van de Vereniging intensive care verpleegkundigen heeft echter te kennen gegeven dat de inspectie dit te negatief heeft opgeschreven. Men krijgt in het algemeen de onregelmatigheidstoeslag tijdens de opleiding doorbetaald. In feite gaat men op een gegeven moment zelf weer onregelmatige diensten verrichten als leerling. Mevrouw Mens zei ook dat je veel meer gaat verdienen als de opleiding is afgerond en je IC-verpleegkundige bent. Zij vond dat geen knelpunt. Wellicht zijn de dienstroosters wel een knelpunt.

Mevrouw Kant vroeg nog wanneer het vervoer wordt geregeld. Ik heb al gezegd dat dit een activiteit is voor

de stuurgroep en als het om kinderen gaat voor de werkgroep Urbanus. In de stuurgroep zit ook Ambulancezorg Nederland. Als men met voorstellen komt, zal ik mijn verantwoordelijkheid nemen. Als er sprake is van een tekort aan begeleidende artsen of verpleegkundigen op de ambulance, lopen wij weer aan tegen het personeelsprobleem. Dan moet men weer een beetje schipperen.

Er is een norm voor het aantal IC-bedden. Het ziekenhuis gaat over de interne prioriteitenstelling. Ik ben blij dat de problemen in Tilburg zijn opgelost. De inspecteur had die conclusie ook al getrokken, maar mevrouw Van Blerck heeft het uit heel directe waarneming kunnen opmaken. Het zou inderdaad een heel eenzijdig en dus onevenwichtig programma zijn geworden.

Mevrouw Kant had het verder nog over het niveau van de salarissen van IC-verpleegkundigen op zich. Er is een functiewaarderingssysteem dat op veel plaatsen wordt toegepast. Als dat niet gebeurt, moeten verpleegkundigen blijven protesteren. Zij hebben er gewoon recht op.

Voorzitter. Ik kijk even naar de klok. Ik zou nu kunnen stoppen om in tweede termijn te horen welke vragen men nog graag beantwoord wil hebben. Ik ben mij ervan bewust dat ik nog niet alle vragen heb beantwoord, maar ik heb getracht de kern te vatten. Als ik dat niet had gedaan, had ik veel meer tijd nodig gehad.

**De voorzitter:** Diverse sprekers hebben gezegd dat dit niet het laatste debat is over dit onderwerp. De minister heeft toegezegd de Kamer te voorzien van nadere feitelijke informatie. Ik weet dat er in ieder geval behoefte is aan een korte tweede termijn voor het indienen van moties. Zijn er nog vragen waarvan de Kamer vindt dat zij vanavond nog door de minister moeten worden beantwoord? Dan kunnen wij de tweede termijn enkel en alleen gebruiken voor het indienen van moties en het oordeel van de minister daarover.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik heb nog geen antwoord gekregen op mijn vraag wie tuchtrechtelijk aansprakelijk is als een patiënt meent dat de geboden zorg door weigering of vertraging tekortschiet.

## Borst-Eilers

Minister **Borst-Eilers**: De patiënt kan zich als eerste wenden tot de zorgverzekeraar. Als er sprake is van te lang wachten en überhaupt niet voor zorg in aanmerking komen, is de zorgverzekeraar gehouden aan het leveren van zorg. Hij mag daarvoor naar het buitenland uitwijken. Als de patiënt al in behandeling is en het in het ziekenhuis misgaat, dan kan het ziekenhuis worden aangesproken. Eventueel komt daarbij de betrokken arts in het spel. Het gaat dan niet om tuchtrecht maar om civiel recht. Als er echt grote fouten gemaakt zijn, kan het nog verder gaan. Denk in dit verband aan het afzetten van het verkeerde been.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): De nieuwe norm in de wet is het tekortschieten in zorg: de huisarts verwijst de patiënt naar ziekenhuis, maar door vertraging wordt niet de vereiste zorg geleverd. Op welke wijze gaat in dat geval een en ander in zijn werk?

Minister **Borst-Eilers**: Ook binnen het tuchtrecht geldt dat niemand tot het onmogelijke gehouden is. Voor de schaarste is de politiek medeverantwoordelijk. Het personeelstekort is verder ook een arbeidsmarktprobleem. Voorzover in de afgelopen tijd onvoldoende geld beschikbaar was en krapte ontstaan is, is vertraging niet de verantwoordelijkheid van de dokter. In dat geval is er sprake van een overmachtsituatie.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik hoor graag nog een antwoord van de minister op mijn vraag over het vervaardigen van de inspectierapporten, de lange duur die het opstellen daarvan met zich brengt en de behoefte daaraan. Kan de minister interne verschuivingen bewerkstelligen ten behoeve van deze prioriteit?

Minister **Borst-Eilers**: Dit punt spreekt mij zeer aan. Wij werken daaraan; het aantal inspecteurs wordt dit jaar met 20 uitgebreid. In het ministerie wordt de discussie op dit punt permanent gevoerd. Wij zijn het allemaal erover eens dat naarmate verantwoordelijkheden verschuiven van minister naar externe partijen, de eis van toezicht groeit. De inspectie is nog steeds onderbemenst. Een flitsende inspectie die snelle inspecties kan

verrichten, voldoet ook aan mijn ideaal. Wij bekijken wat wij kunnen doen binnen het bestaande personeelsbudget. De aangegeven richting is in ieder geval een goede.

De **voorzitter**: Het woord is vervolgens opnieuw aan de Kamer. Zoals bekend, zijn in dit debat spreektijden vastgesteld. De woordvoerders beschikken in de tweede termijn over eenderde van de spreektijd in de eerste termijn en er is dan ook alleen tijd voor het indienen van moties en het geven van een oordeel. In het licht van de hoeveelheid interrupties die in de eerste termijn hebben plaatsgevonden, zal ik in de tweede termijn geen interrupties toestaan.



Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. De minister heeft gezegd dat zij verantwoordelijk is voor de toegankelijkheid. Die uitspraak is naar mijn mening volkomen terecht. Aangezien de problemen in het veld niet opgelost worden, had de minister veel eerder de verantwoordelijkheid moeten nemen om wel tot het gewenste resultaat te komen. Ik dien de volgende motie in omdat ik van mening ben dat wij lang genoeg geprobeerd hebben om de problemen op te lossen en ik een werkgroep niet voldoende acht. Voor de intensive care moeten worden overgegaan op de Wet bijzondere medische verrichtingen. Daarbij moeten geld en capaciteit beschikbaar worden gesteld.

---

### Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de problemen op de intensive care reeds lang bekend, hardnekkig en zeer ernstig blijken te zijn;

overwegende dat het tekort aan intensive care kan leiden tot ernstige gezondheidsschade voor patiënten;

verzoekt de regering, de gehele intensive-carezorg op te nemen in de Wet bijzondere medische verrichtingen en maatregelen te treffen die ertoe leiden dat de benodigde financiering voor voldoende extra

IC-bedden is gewaarborgd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 19 (28008).

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn vraag over het vervoer van kinder-IC is voor mij onvoldoende beantwoord. Komt het geld dat reeds lang is toegezegd beschikbaar of niet?

Het laatste en mijns inziens belangrijkste punt wordt gevormd door de uitspraken van de hoofdinspecteur. Ik vind nog steeds onduidelijk waarom een en ander is gezegd. Met welk doel is dit gezegd in relatie met het capaciteitsprobleem? Ik vind dit zorgwekkend. Ik heb er de circulaire van de inspectie van januari bij gepakt. Daar staat dat, wanneer maatregelen betreffende de capaciteit niet voldoende blijken te zijn, nog rest: indicatiestelling voor IC-zorg als mogelijkheid om een aanvaardbare en verantwoorde match van vraag en aanbod te bereiken. Voorzitter. Ik vind dit een verontrustende zin. Dit is precies wat nu juist niet de bedoeling is. Voorkomen moet worden dat indicatiestelling wordt gebruikt om capaciteitsproblemen op te lossen. Als men dit zo leest, kan geen andere conclusie worden getrokken dan dat er wel degelijk moet worden geselecteerd. Ik wil er zeker van zijn dat dit niet overeenkomt met datgene wat een meerderheid van de politiek wil en daarom dien ik een motie in.

---

### Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat iedereen in gelijke mate toegang moet hebben tot de gezondheidszorg;

wijst elke vorm van selectie bij intensive care af,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

## Kant

Zij krijgt nr. 20 (28008).



Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw de voorzitter. De minister heeft een aantal toezeggingen gedaan, onder meer met betrekking tot het opnemen van het transport van en intensieve zorg voor ernstig zieke kinderen in de Wet bijzondere medische verrichtingen. Dit komt overeen met het verzoek dat ik in mei in een motie heb verwoord. Helaas moet ik constateren dat het lang heeft geduurd voor de minister met een toezegging terzake is gekomen. Ondanks de door de minister gedane toezeggingen heb ik er behoefte aan, twee moties in te dienen.

---

### Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat:

- er een tekort is aan IC-plaatsen voor pasgeborenen;
- er een tekort is aan IC-plaatsen voor ernstig zieke kinderen;
- het transport van ernstig zieke kinderen problematisch is door onvoldoende gespecialiseerd personeel en onduidelijke regelgeving en financiering;

voorts overwegende dat eerdere toezeggingen van de minister niet tot een oplossing hebben geleid;

verzoekt de regering:

- het planningsbesluit intensieve zorg voor pasgeborenen aan te passen aan de behoefte; raming;
- de behoefte raming voor intensieve zorg voor ernstig zieke kinderen vast te stellen;
- transport en intensieve zorg voor ernstig zieke kinderen in een aparte regeling op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen onder te brengen;
- de voor IC-bedden beschikbare bedragen vooruitlopend op de ministeriële regeling bekend te maken aan de ziekenhuizen;
- de Kamer binnen 30 dagen een overzicht te zenden waarin precies staat aangegeven waar de extra 31 kinder-IC-bedden en de 39 IC-bedden voor pasgeborenen zijn gerealiseerd en tevens aan te geven waar de 23

recent toegezegde extra kinder-IC-bedden worden gerealiseerd;

- de Kamer iedere 30 dagen de rapportage van de taskforce IC toe te zenden, vergezeld van een reactie van de minister en de voortgang van de uitvoering van het toegezegde beleid,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Arib, Buijs, Hermann en Van der Vlies. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 21 (28008).

---

### Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat acute opname-mogelijkheden in alle regio's én in kwantitatief én in kwalitatief opzicht optimaal geregeld moeten zijn;

overwegende dat dit op regionaal niveau onvoldoende tot stand komt en het niet verantwoord is, nu te wachten op het effect van maatregelen die pas op langere termijn tot een oplossing kunnen bijdragen;

verzoekt de regering:

- de behoefte raming voor IC-zorg vast te stellen;
- maatregelen te nemen die op korte termijn tot een aanpassing van de IC-capaciteit aan de behoefte leiden en daarbij de aanbevelingen van het Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntengebonden Onderzoek te betrekken;
- de Kamer iedere 30 dagen op de hoogte te houden van de voortgang in de aanpak van dit probleem,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Arib, Buijs, Van der Vlies en Hermann. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 22 (28008).



Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. Wij zijn de minister erkentelijk voor haar uitleg en haar toezeggingen, maar wij hebben toch

het gevoel dat een en ander niet goed afgehecht is. Dezelfde heer Speelberg die in januari in NOVA optrad, had op 21 augustus aan de minister geschreven over de capaciteitsproblemen van de intensive care in het Sint Elizabeth-ziekenhuis in Tilburg. Op 15 oktober heeft de minister een antwoordbrief geschreven. Het is nodig dat er in alle regio's op elk willekeurig moment acute opname-mogelijkheden aanwezig zijn. De minister schrijft dat zij de toezegging daartoe op 10 april aan de Kamer heeft gedaan.

Wij zijn nog niet zover. Dat brengt mij tot de volgende motie.

---

### Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat zowel de Inspectie voor de gezondheidszorg als beroepsbeoefenaren en instellingen reeds jaren ernstige tekortkomingen in de toegankelijkheid van de spoedeisende zorg signaleren;

overwegende dat de regering in april 2001 heeft toegezegd alle noodzakelijke maatregelen te (laten) treffen, opdat in alle regio's op elk willekeurig moment acute opname-mogelijkheden aanwezig zouden zijn;

constaterende dat in januari 2002 blijkt dat nog niet te overzien is hoeveel tijd volledige uitvoering van deze toezegging in beslag zal nemen;

verzoekt de regering, voor 1 april 2002 landelijk kenbaar te (doen) maken hoe op elk willekeurig moment de toegankelijkheid van zorg is geregeld,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door de leden Hermann, Buijs en Arib. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 23 (28008).

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter. Het is niet mijn bedoeling dat alleen de omstandigheid dat de plannen er zijn en dat daaraan gewerkt wordt met een stuurgroep en een werkgroep bekend wordt gemaakt. Net zoals wij vandaag de

## Hermann

dag informatie hebben over de files op de rijkswegen en over vervangend vervoer als de treinen niet rijden, willen wij dat de burger weet dat er althans een mogelijkheid is om te weten te komen hoe de zorg toegankelijk is.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ik wil mij beperken tot een eindoordeel. Ik dank de minister voor de beantwoording. Zij hield een helder betoog. De oplossing is er echter naar mijn mening nog niet in verankerd. Hoe zullen de verantwoordelijkheden worden verdeeld? "Samen verantwoordelijk" klinkt heel mooi, maar ik voorspel de minister dat wij hier het volgend jaar weer zitten, omdat wij niet kunnen aanwijzen wie er echt aanspreekbaar is. Dat is de minister en dat blijft de minister. Zij zal er de volgende keer waarschijnlijk weer mee geconfronteerd worden.

Ik zou graag willen dat voordat wij Vraag aan bod, dus de sturing van de zorg met het nieuwe financieringsstelsel, behandelen, de minister toch eens helder aangeeft hoe zorgverzekeraars en aanbieders van zorg op hun verantwoordelijkheden kunnen worden aangesproken. De financiering is aan haar, maar kan het ook in het kader van de planning? Kan de minister nader omschreven afspraken maken, waarin zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheden beter kunnen en moeten invullen? Dat is ook de vraag voor de volgende discussie.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden en voor de toezegging dat er contact wordt opgenomen met de Nierstichting over het werven van personeel. Dat is een van de belangrijkste dingen waarover wij iedere keer weer moeten praten.

Ik geloof wel dat het is gegaan zoals de minister de ontwikkeling van de salariering in de kinderintensive care beschreef. Zij citeerde ook. Het gekke is dat in de kranten stond dat de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde stelde dat een van de problemen waardoor mensen weglopen behalve de werkdruk is dat elders in de medische sector meer verdiend kan worden. Ik vind het dus toch wel zinvol dat daarover met de Neder-

landse vereniging voor kindergeneeskunde, met de heer De Groot, nog eens contact is. Gekeken moet worden of voor dit misverstand – en misschien is het wel geen misverstand – een oplossing kan worden gevonden, want wij hebben die mensen veel te hard nodig.

Namens de D66-fractie wil ik nog eens benadrukken dat wij het heel erg belangrijk vinden dat wij de discussie, hoezeer ook onbedoeld, over het tekort aan intensive-carebedden en het feit dat moet worden nagedacht wie op een gegeven moment wel of niet nog wordt behandeld, niet meer tegelijkertijd voeren om elk misverstand en elke miscommunicatie daarover te voorkomen. Daar wil ik het verder bij laten.

Wij zullen ten slotte alle moties wegen. Van twee moties heeft de D66-fractie de indruk dat zij overbodig zijn. De ene is de motie-Arib c.s., waarin een aantal aanbevelingen worden genoemd. Daarvan heeft de minister op basis van het inspectierapport al gezegd dat zij die overneemt. Zij heeft ook gezegd, eens in de twee maanden te willen rapporteren en de inspectierapporten te willen doorsturen. De andere motie is die van mevrouw Hermann. Daarbij gaat het naar onze mening om het meldpunt, dat wij van groot belang achten, waarover de minister heeft gezegd dat zij het zal instellen.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Mevrouw de voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Op het punt van de verdeling van de verschillende verantwoordelijkheden zijn wij er niet uitgekomen. Ik vraag mij af of wij er met huidige stelsel überhaupt uit kunnen komen. Dat is zo ver doorgereguleerd, dat het bijna niet meer duidelijk is te krijgen. Dat alleen al is reden om tot een nieuw stelsel te komen. Ik wil het hierbij laten.

Ik heb ook geen enkele behoefte aan moties. Het is al een buitengewoon moeizaam onderwerp. Als de minister haar toezeggingen nakomt en de aanbevelingen uit het inspectierapport overneemt, ben ik heel tevreden. Ik heb, eerlijk gezegd, geen behoefte aan een tweemaandelijks rapportage. Wij hebben het altijd over de bureaucratie in de zorg. Ik heb er geen behoefte aan dat

verpleegkundigen met handen aan het bed ook nog eens iedere dag eindeloos rapporten moeten invullen. Laat iedereen zijn werk maar doen aan het bed. Ik hoop dat wij binnen afzienbare tijd van de minister een overzicht krijgen op basis waarvan wij een verder oordeel kunnen vormen.

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter. Ik heb nagedacht hoe te reageren op de moties. Zij zijn belangrijk, maar gaan over een moeilijk onderwerp. Ik wil het liefst schriftelijk daarop reageren. Kunt u daarmee akkoord gaan en, zo ja, op welke termijn zou die reactie bij de Kamer moeten zijn?

De **voorzitter**: Ik zie geen negatieve reacties bij de leden. Ik neem dus aan dat iedereen het ermee eens is dat u uw uiteindelijke oordeel over de moties schriftelijk geeft. In de loop van volgende week zullen wij over de moties stemmen. Misschien lukt het u om voor dat tijdstip uw eindoordeel over de moties te geven.

Minister **Borst-Eilers**: Dat zal zeker kunnen, maar ik wil zorgvuldig formuleren en argumenteren in mijn reactie. Nu is niet het geschikte moment daarvoor, omdat de moties op bepaalde punten nogal gecompliceerd zijn.

Mevrouw Kant citeerde uit de circulaire van de inspecteur over indicaties voor intensive care. Daar is op zichzelf niets mis mee, want die gaat over het hanteren van de opnamecriteria die de Nederlandse vereniging voor intensive care artsen heeft opgesteld. Wanneer heeft iemand een indicatie voor een intensive-carebed, wanneer medium care en wanneer high care? Dat wordt daarmee bedoeld. Mevrouw Kant schudt alweer "nee". Ik zal nagaan of de circulaire een andere suggestie wekt en daarop nog schriftelijk reageren. Met een goede indicatie voor IC is niks mis. Integendeel, daardoor wordt de capaciteit beter benut.

Het antwoord op de vraag van de heer Buijs wil ik ook graag schriftelijk geven. Het was een gecompliceerde lange zin. De letterlijke tekst daarvan zou ik graag zo snel mogelijk op schrift willen hebben, dan krijgt de heer Buijs een goed antwoord.



## Borst-Eilers

Tegen mevrouw Van Vliet zeg ik: duik nog even in het salaris. Ik heb met zeer veel instemming geluisterd naar hetgeen mevrouw Van Blerck in tweede termijn zei.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, op een nader te bepalen tijdstip te stemmen over de ingediende moties nadat wij de verklaring van de minister hebben ontvangen hoe zij over de moties denkt.

Daartoe wordt besloten.

Sluiting 23.08 uur



### **Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter terzake gedane voorstellen:**

1. drie koninklijke boodschappen, ten geleide van de volgende voorstellen van (rijks)wet:

Wijziging van de Invorderingswet 1990 (Herziening procesrecht inzake aansprakelijkstelling) (28183);

Wijziging van de Prijzenwet in verband met de systematiek en de terminologie van de EG-richtlijn betreffende prijsaanduiding van aan de consument aangeboden producten (28184);

Wijziging van de Wet tot wijziging van de Wet op het primair onderwijs, de Wet op de expertisecentra en de Wet op het voortgezet onderwijs in verband met een overgangsregeling kosten administratie, beheer en bestuur bij verzelfstandiging van het openbaar onderwijs in een gemeente (28186).

Deze koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken, zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

twee, van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, te weten:

een, over de resultaten van de Onderzoeksraad van 10 december 2001 (21501-13, nr. 68);

een, over het hoger onderwijs (28024, 27920, 27848, nr. 8);

een, van de staatssecretaris van Financiën, ten geleide van een notitie inzake Flexibilisering van de geruisloze doorschuiving (28188);

een, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke

Ordering en Milieubeheer, over het subsidiebeleid subsidieregeling maatschappelijke organisaties en milieu (28000-XI, nr. 43);

twee, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, te weten: een, ten geleide van het verslag van de Raad voor de werkgelegenheid en sociaal beleid van 3 december 2001 (21501-18, nr. 162);

een, ten geleide van de geannoteerde agenda ten behoeve van de informele Raad voor de werkgelegenheid en sociaal beleid van 18 en 19 januari 2002 (21501-18, nr. 163);

een, van de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, over bijzondere opsporingsdiensten (26955, nr. 8).

Deze brieven zijn al gedrukt en rondgedeeld;

3. de volgende brieven:

een, van de ministers van Economische Zaken en van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordering en Milieubeheer, ten geleide van de Referentieraming energie en broeikasgassen 2001-2010;

een, van de minister van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, ten geleide van de voortgangsrapportage gebruik illegale groeibevorderaars;

een, van de staatssecretaris van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, ten geleide van het werkprogramma van de commissie bedreigde uitheemse dier- en plantensoorten;

een, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ten geleide van het Jaarplan 2002 Arbeidsinspectie;

twee, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, te weten:

een, ten geleide van de circulaire IGZ inzake de intensive-careafdelingen;

een, inzake onderzoek naar traceerbaarheid van ggo's.

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies en niet te drukken.