

Vergaderjaar 2001–2002

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 17

## VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 17 januari 2002

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 8 november 2001 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

– **de intensive-careproblematiek.**

Het overleg werd gevoerd aan de hand van een brief van de minister van 8 november 2001 en de antwoorden op de schriftelijke vragen van mevrouw Hermann (GroenLinks) over het artikel Opname geweigerd (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2001–2002, nr. 229).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) verwijst naar de artikelen naar aanleiding waarvan mevrouw Kant en zichzelf vragen hebben gesteld aan de minister. In tal van ziekenhuizen in Nederland kan intensive-carezorg worden geboden aan mensen die zeer dringend zeer intensieve zorg nodig hebben, maar in ongeveer 10% van de gevallen is er geen plaats als de ambulance komt. Dit betekent dat ongeveer twee keer per week per intensive care per ziekenhuis, dat wil zeggen zo'n honderd keer per ziekenhuis per jaar, dus in duizenden gevallen per jaar, de intensive care niet klaar staat als de patiënt komt. Dit levert onaanvaardbare risico's op. Uit het onderzoek in Zuidoost-Brabant blijkt zelfs dat er op 98 van de 100 dagen 1 à 5 stops zijn en op 5 van de 100 dagen is er in alle ziekenhuizen een stop.

Het verontrust mevrouw Hermann dat de minister schrijft dat het niet aan haar is uitspraken te doen in termen van «veeluldig bedreigd», dat haar niets bekend is van een capaciteitstekort, dat personeelsgebrek een belangrijke rol speelt en dat recent onderzoek is gedaan. De minister heeft een aantal faciliterende maatregelen genomen in de zin van verpleegkundige capaciteit, opleidingsmogelijkheden en financiële middelen, maar daarmee is dit probleem niet opgelost.

Deze problematiek is het gevolg van een samenspel van factoren. In de eerste plaats is er sprake van een logistiek probleem. Het is toch verbaazingwekkend dat ieder reisbureau direct een plaats kan boeken in een vliegtuig, hotel of vakantiepark, terwijl hooggekwalificeerde en hoogbetaalde ziekenhuismanagers er niet in slagen in samenwerking met

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Cörüz (CDA) en Pitstra (GroenLinks).  
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th.A.M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O.P.G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Visser-van Doorn (CDA) en Van Gent (GroenLinks).

elkaar direct een patiënt op te nemen die dringend zorg behoeft. Kan de minister op dit onderwerp een aanwijzing geven en, zo ja, hoe kan dit verlopen?

Mevrouw Hermann vermoedt dat er naast de in de artikelen genoemde capaciteits- en beheersproblemen ook verantwoordelijkheidsproblemen in de ziekenhuizen zijn, in het bijzonder daar waar vaak niet-geautoriseerde mensen stops afkondigen. Is er sprake van een financieel probleem, omdat een IC-dag in het bekostigingssysteem als een gewone ziekenhuis-opnamedag geldt?

Mevrouw **Kant** (SP) citeert mensen uit de praktijk die hebben gesproken over het schrijnende tekort aan IC-plaatsen. In de eerste plaats een cardioloog uit Zwolle die meldt dat onlangs een patiënt na twee uur bellen tijdens het vervoer is overleden. Hij schat het aantal mensen dat overlijdt door plaatsgebrek op 5 à 10 per jaar. Hij bevestigt dat dit er landelijk wel eens honderden kunnen zijn. In de tweede plaats zegt eenderde van 90 cardiologen in opleiding wel eens onnodig overlijden door dit probleem te hebben meegemaakt. In de derde plaats wijst een neuroloog uit Nijmegen erop dat hij gedurende twee uur heeft geprobeerd een plaats te vinden voor een jonge vrouw met een hersenbloeding. Zij is overleden. Hij vindt dat zij geen eerlijke kans heeft gehad.

Het probleem is niet nieuw, maar dit maakt het nog erger. In 1997 heeft de fractievoorzitter van de SP al aan de bel getrokken en hij heeft dit nog tien keer herhaald. De minister heeft steeds veel te bagatelliserend en relativerend gereageerd. Zij heeft de problematiek steeds afgeschoven op het veld en heeft niet haar verantwoordelijkheid genomen door met oplossingen te komen. Zij zegt in de uitzending dat zij deze gebeurtenissen vreselijk vindt en dat zij zich hierover ernstig zorgen maakt. Zij zegt echter ook dat zij niet over de IC gaat en dat zij pas sinds 1998 over voldoende middelen beschikt. Hoe kan zij deze uitspraken met elkaar rijmen?

Het onderzoek dat de directe aanleiding vormde voor deze berichtgeving, dateert van kerstmis vorig jaar. Voor die periode is al heel veel tijd verloren gegaan, maar waarom heeft de minister vorig jaar niet haar verantwoordelijkheid genomen? Waarom is de Kamer niet eerder geïnformeerd en, belangrijker nog, waarom heeft zij niet gehandeld? Waarom heeft zij niet veel eerder een deltaplan gemaakt om samen met het veld naar een oplossing te zoeken voor dit probleem? Waarom komt de minister niet met het geld over de brug dat wordt gevraagd voor de opleidingsfondsen? Waarom wordt er niet meer gedaan aan de arbeidsvoorwaarden van dit personeel? Waarom verwijst de minister steeds naar zorgverzekeraars als ziekenhuizen aangeven dat zij meer geld nodig hebben voor IC-zorg? Waarom heeft zij niet zelf het heft in handen genomen na dit soort noodkreten?

Dit probleem staat niet op zichzelf. Al deze vragen kunnen ook worden gesteld over de andere langdurig onopgeloste problemen in de gezondheidszorg waarvoor de minister onvoldoende haar verantwoordelijkheid heeft genomen zoals de wachtlijsten, de ambulancezorg en het tekort aan huisartsen. De minister heeft ooit in een interview gezegd: ik zie wel waar het schip strandt. Het schip was al na vier jaar paars gestrand onder de verantwoordelijkheid van deze minister en zij is niet in staat het weer op koers te brengen. De vraag is gerechtvaardigd of deze minister nog wel geloofwaardig is. De zorg heeft behoefte aan een kapitein die het roer in handen durft te nemen.

Ook mevrouw **Arib** (PvdA) wijst erop dat het leuren met patiënten die acute zorg nodig hebben, niet nieuw is. In de uitzending van NOVA zegt de minister dat zij de zorg deelt over het tekort aan IC-plaatsen, maar die zorg blijkt niet uit haar brief van heden. Daarin worden verschillende activiteiten opgesomd die zijn ondernomen, maar die hebben kennelijk weinig zoden aan de dijk gezet. Uit de zogenaamde kaalslagmiddelen kunnen ook

IC-plaatsen worden gefinancierd, maar in de praktijk blijkt het geld al aan de oplossing van andere achterstanden te zijn besteed. Regionale samenwerking zal op langere termijn wel wat opleveren evenals doelmatig gebruik, maar dit is onvoldoende om het huidige tekort weg te werken. Ook het opleiden van meer IC-verpleegkundigen levert geen bijdrage aan de oplossing van het acute probleem, al is dit wel de enige manier om tot een structurele oplossing te komen. Hoe verhouden de middelen die zijn uitgegeven voor opleiding van extra IC-verpleegkundigen door de ziekenhuizen zich tot het opleidingsfonds voor niet-medisch personeel? Dit plan lijkt een structurele oplossing te bieden en gaat uit van het principe boter bij de vis, dat wil zeggen dat het geld wordt uitgegeven voor gerealiseerde opleidingsplaatsen en praktijkbegeleiding. Dit is een prikkel voor diegenen die de opleidingsplaatsen gebruiken. Het opleidingsfonds is niet alleen bestemd voor IC-verpleegkundigen, maar ook voor OK-verpleegkundigen, anesthesieassistenten e.d. Dit plan is al in februari jongstleden bij het ministerie ingediend en de ziekenhuizen hadden in september jongstleden willen starten. Het ministerie staat echter op de rem. Waarom is dit plan zo lang blijven liggen?

Op dit moment worden 8000 niet-medische zorgverleners opgeleid. Dit heeft over een à twee jaar effect. Om te voorkomen dat over twee jaar opnieuw de alarmklok moet worden geluid, moeten er nu maatregelen worden genomen. De minister zal haar bestuurlijke verantwoordelijkheid moeten nemen om de problemen van morgen op te lossen. Wil zij in overleg treden met de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) over de mogelijkheden van het opleidingsfonds en de Kamer informeren over de uitkomsten van dit overleg en over de wijze waarop zij de middelen ter beschikking zal stellen?

Voor het tekort aan IC-plaatsen moet op korte termijn een oplossing worden gevonden. Is het mogelijk met personeel te schuiven en andere prioriteiten te stellen op plaatsen waar de nood hoog is? Biedt een verkorte IC-opleiding een oplossing?

Uit het onderzoek van prof. Schrijvers blijkt dat in de toekomst niet aan de vraag naar IC-bedden kan worden beantwoord, zelfs als alle bedden in gebruik zijn. Hoe zal de minister op deze prognose inspelen? Welke maatregelen zal zij treffen voor de lange termijn?

Mevrouw Arib vraagt de minister een noodplan te ontwerpen dat een acute oplossing biedt voor dit acute probleem en dit plan nog voor de behandeling van de begroting aan de Kamer voor te leggen. Met de verantwoordelijkheid die toekomt aan de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen is de minister niet van haar verantwoordelijkheid ontlast. Als het mis gaat, moet zij als eindverantwoordelijke kunnen ingrijpen. Zij moet met haar vuist op tafel slaan en drukmiddelen gebruiken om de ziekenhuizen te dwingen maatregelen te treffen. De beschikbare middelen zouden bijvoorbeeld kunnen worden toegekend aan die ziekenhuizen die het goed doen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) vindt het een treurige zaak dat mensen die acute zorg nodig hebben, soms over lange afstanden heen en weer worden gereden. Dit is uitermate belastend voor hen en hun naasten, naast al de emotionele zorgen die zij al hebben. Dit is een situatie waarin niemand zich zou wensen.

De eerste vraag die moet worden beantwoord, is of er sprake is van een tekort en, zo ja, waar die tekorten zich voordoen. Het beeld is nu erg diffuus. Zijn er bij de ziekenhuizen van de artsen die in NOVA werden geïnterviewd aantoonbare tekorten? In zijn brief van heden schrijft de heer Cohen, chirurg te Zaandam, dat hij durft te garanderen dat als hij in de chirurgie de mogelijkheid zou hebben om urgente patiënten met voorrang te helpen, de wachtlijsten geen probleem meer zouden zijn, omdat die dan gemakkelijk tussendoor kunnen worden weggewerkt. Zij betwijfelt of de oplossing werkelijk zo eenvoudig is.

Heeft de inspectie alle probleemgevallen die zich voordoen bekeken? In Midden- en Zuidoost-Brabant zijn onderzoeken verricht. Hieruit blijkt dat zich daar inderdaad aantoonbare tekorten voordoen. Geldt dit ook voor andere regio's?

De verantwoordelijkheden worden in het veld van de gezondheidszorg als een hete aardappel heen en weer geschoven. Iedereen heeft een probleem en niemand wil het oplossen. Vervolgens wordt het probleem op het bord van de minister gelegd. Hieraan moet een einde komen. De verantwoordelijkheden moeten worden genomen waar zij thuishoren. Spreekt de minister de ziekenhuizen aan op hun verantwoordelijkheden en, zo ja, hoe? De logistieke invulling laat immers vaak te wensen over. De problemen die nu worden gesignaleerd, moeten toch eerder in het samenspel van ziekenhuizen en zorgverzekeraars naar boven zijn gekomen. Komen die signalen te bestemder plaatse? Wordt geprobeerd daarvoor een oplossing te vinden?

De capaciteit van de IC moet in ieder geval voldoende zijn, maar er lijkt zelfs een lichte overcapaciteit nodig. In de afgelopen jaren is hierover nooit gesproken in de zorg, maar vanaf dit moment moet er sprake zijn van overcapaciteit om ervoor te zorgen dat ergens in een regio bedden beschikbaar zijn als een ziekenhuis een plotseling groot aanbod van patiënten niet kan opnemen.

De minister zegt dat de opleidingen worden betaald, maar uit het veld komen geluiden dat dit niet waar is. Hoe kan dit worden verklaard? Is de uitvoering van het beleid op het ministerie wel voldoende adequaat?

De heer **Buijs** (CDA) meent dat de Kamer geen knip voor de neus waard zou zijn als zij alleen naar aanleiding van een uitzending van NOVA een debat aanvraagt. Het probleem van de capaciteitstekorten in de zorg is al vele malen besproken in de Kamer. Ook over de tekorten aan IC-plaatsen is regelmatig gesproken, bijvoorbeeld naar aanleiding van het tekort aan plaatsen voor kleine kinderen en in het kader van de problematiek van de verloskunde. Dit laatste heeft ertoe geleid dat de minister met de zorgverzekeraars, de aanbieders van zorg en de centrale post ambulancevervoer een convenant heeft gesloten om ervoor te zorgen dat in ieder geval in iedere crisissituatie opname is verzekerd. Helaas blijken die afspraken nog niet in de praktijk te worden uitgevoerd.

De vraag is wie waarvoor verantwoordelijk is. Natuurlijk is het ziekenhuis verantwoordelijk voor het medisch-inhoudelijk handelen, maar de minister is en blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit, de bereikbaarheid en de betaalbaarheid van de zorg. De bereikbaarheid van de zorg schiet echter nog steeds tekort. De minister moet de vinger aan de pols houden en een oplossing zoeken voor de capaciteitsproblemen die zich toch al jarenlang aftekenen.

Hij herinnert eraan dat hij vanaf het begin van deze kabinetsperiode erop heeft gehamerd dat de minister vooruit moet kijken, omdat de zorgvraag toeneemt en het capaciteitstekort zal toenemen. Uiteindelijk is kort voor het zomerreces een indringend debat gevoerd over de planning van de capaciteit van artsen. In dit debat is geconstateerd dat de inzet van het kabinet op basis van de cijfers van het capaciteitsorgaan, onvoldoende is. De noodzaak voor instroom geneeskundestudenten is nog steeds veel te laag. Die is vastgesteld op 3000, maar het zijn er nu nog maar 2010 en dit wordt mondjesmaat opgehoogd tot 2400. Voor de beroepsopleiding zijn 670 studenten nodig, maar nu ligt hun aantal nog onder de 500. In 2005 hebben drie mln mensen geen huisarts. De instroom specialisten moet meer dan 1000 studenten omvatten, maar er stromen er maar 500 in. Het probleem zal hoe dan ook nog groter worden in de toekomst. De minister mag zich niet verschuilen achter het feit dat de universiteiten en ziekenhuizen zeggen dat zij niet zo snel aan die uitbreiding kunnen voldoen. De overheid is verantwoordelijk voor de universiteiten, ook al vanwege de

financieringsstroom. In de zorg worden de verantwoordelijkheden voor de inhoudelijke zorg verlegd.

De minister heeft dit probleem onderkend en zij heeft toegezegd een taskforce op te richten die dit probleem zal aanpakken. Onlangs heeft de Kamer bericht ontvangen dat die taskforce in november aan het werk zal gaan. Zij heeft verder gezegd dat zij al vanaf 1998 voldoende middelen ter beschikking had. Waarom heeft zij die dan niet toen al ingezet? De Kamer heeft toen toch ook al gewezen op de capaciteitsproblemen.

De heer Buijs is ontevreden over het beleid van de minister. Natuurlijk mogen niet alle problemen uit het verleden op haar schouders worden gelegd, maar zij had al vanaf 1998 maatregelen kunnen treffen om de capaciteitsproblemen aan te pakken. Hij vraagt waarom de taskforce die toch al voor de zomer is toegezegd, nog niet aan het werk is.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) spreekt over de zorgelijke cijfers die naar voren komen uit het onderzoek dat de heer Schrijvers heeft uitgevoerd op verzoek van de minister en de Nederlandse vereniging voor intensive care. Het is niet verrassend dat een groot deel van de problematiek wordt veroorzaakt door een tekort aan personeel, maar ook het tekort aan bedden speelt een rol. Toch is het niet helemaal duidelijk waarom mensen moeten worden geweigerd. Waardoor ontstaan die tekorten? Overigens vraagt zij wanneer het rapport van de heer Schrijvers is gepubliceerd. Eerder zijn afspraken gemaakt over de middelen die beschikbaar worden gesteld in het plan van aanpak Zorg verzekerd. Tijdens de behandeling van de begroting vorig jaar, heeft de minister gezegd dat opleidingskosten ook uit dit budget mogen worden betaald als een ziekenhuis door gebrek aan personeel niet kan opereren. Later is de vraag gesteld of het plan voor een opleidingsfonds dan wel nodig is. Dit neemt niet weg dat alles uit de kast moet worden gehaald om mensen op te leiden.

De eerdere debatten in de Kamer hebben ertoe geleid dat al een aantal maatregelen is getroffen zoals het arbeidsmarktbeleid, maar ook maatregelen die specifiek op de IC zijn gericht zoals de opleiding van extra IC-verpleegkundigen. Inmiddels zijn tien traumacentra ingericht en verder zijn er plannen voor een databank. De minister en de Nederlandse vereniging voor intensive care hebben niet stil gezeten, maar de situatie is zeker zorgelijk. Deze maatregelen sluiten goed aan bij de conclusies van de onderzoekers.

De onderzoekers spreken daarnaast over de meerwaarde van een 24-uursaanwezigheid van intensivisten. Hoe denkt de minister hierover? De opleiding van IC-personeel vindt vaak intern plaats. Herintreders moeten vaak een drempel over om weer in de schoolbanken te gaan zitten. Kan deze specifieke groep niet direct aan de slag in de ziekenhuizen, dat wil zeggen een in-serviceopleiding volgen?

Mevrouw Van Vliet komt tot de conclusie dat de minister haar taak naar behoren heeft vervuld. Zij dring er wel op aan dat de minister nauwgezet volgt op de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg niet in het gedrang komen. De keuze voor een systematiek van vergaande zelfstandigheid past bij het Nederlandse beleid voor de zorg en het onderwijs. Een vergaande zelfstandigheid brengt echter ook een vergaande eigen verantwoordelijkheid voor de sector met zich mee. Dit betekent dat ook op het niveau van de IC moet worden samengewerkt. De heer Schrijvers heeft het mooi verwoord: er moeten ook regionaal beleid en regionale aansturing op dit gebied komen. Die ontbreken nu. De instellingen in de gezondheidszorg moeten die verantwoordelijk op zich nemen. Overigens is mevrouw Van Vliet van mening dat de sector er niet trots op zou zijn als de verantwoordelijkheid voor ieder probleem wordt overgenomen door Den Haag. Dit past niet bij zo'n serieuze sector als de gezondheidszorg.

Ook de heer **Van der Vlies** (SGP) herinnert eraan dat al vaak is gesproken over de wachtlijstproblematiek, de capaciteitstekorten en de problemen

die daarmee gepaard gaan. Hij herinnert er verder aan dat hij de minister meermalen heeft gevraagd of er een zorgwekkend tekort is aan kwaliteitszorg op patiëntniveau. Incidenten daargelaten leek daarvan structureel geen sprake, zo kon uit haar antwoord worden afgeleid. De urgentie en de intensiteit van het probleem werden daardoor niet minder. Nu wordt voor het eerst een signaal afgegeven dat er voor bepaalde patiënten een fataal tekort is aan capaciteit, adequate opvang enz. Het is beschamend dat in dit rijke en goed geëquipeerde land mensen niet die zorg kan worden geboden die nodig is om hun leven te redden.

Uit het onlangs gepubliceerde rapport van prof. Schrijvers blijkt dat er niet altijd plaats is voor ernstig zieke patiënten. De vraag is wie daaraan schuldig is. De minister is verantwoordelijk voor haar deel, maar daarnaast is er sprake van een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid. De minister heeft meermalen toegezegd dat zij afspraken zou maken en ook gewezen op de afspraken die al zijn gemaakt. Het is bijzonder ergerlijk dat het zo lang moet duren voordat die afspraken tot resultaat leiden. De besluitvorming heeft de consistentie van dikke stroop in de vrieskou. De heer Van der Vlies dringt erop aan dat nu een doorbraak wordt geforceerd.

De minister heeft diverse malen actie ondernomen, maar andere partijen moeten dit ook doen. Dit geldt voor zorgverzekeraars, de koepels en besturen van instellingen enz. Het komt er echter niet van. Dit duurt maar en duurt maar! Waarom wordt niet gekozen voor onconventionele beslissingen bijvoorbeeld voor een opleidingstraject waarvoor een voorstel al sinds februari jongstleden op het ministerie schijnt te liggen?

Natuurlijk moet er zorgvuldig worden gewerkt, maar is de minister bereid een noodplan of taskforce in het leven te roepen waardoor binnen de kortste tijd alle relevante partijen aan tafel komen te zitten? Zij zou dan met haar vuist op tafel moeten slaan, opdat voorkomen wordt dat er nog mensen sterven doordat de zorg tekortschiet. Dit mag geen dag langer duren. De heer Van der Vlies dringt erop aan dat de minister betrokkenen bij elkaar roept en een einde maakt aan deze bijzonder treurige situatie.

### **Antwoord van de minister**

De **minister** stelt vast dat nu een ernstig probleem aan de orde is. Mensen die acute zorg nodig hebben, geïndiceerd zijn voor een intensive-carebed, worden een op de tien keer geweigerd. Dan moet met de patiënt verder worden gereden. Uiteindelijk komt 96% van de patiënten in een intensive-carebed terecht, maar pas nadat er onnodig tijd verloren is gegaan. Aan deze situatie moet zo snel mogelijk een einde komen. Zij neemt afstand van de recente berichten over de omvang van dit probleem. Er is gesproken over honderden mensen die overlijden doordat zij niet tijdig zijn geholpen. De onderzoeken in die richting noch de mededelingen van de inspectie wijzen er echter op dat het om zulke aantallen gaat. Sterker nog, de inspectie heeft geen enkele melding ontvangen van sterfgevallen door een tekort aan IC-capaciteit. Als artsen in een televisie-uitzending zeggen dat zich zoiets heeft voorgedaan in hun praktijk, is het zeer kwalijk dat zij dit niet melden aan de inspectie. Zij horen dit te melden. Zij kunnen zich ook rechtstreeks tot het ministerie wenden, maar het gaat niet aan dat men dit niet doet en in plaats daarvan wacht tot een journalist langskomt die de bevolking meldt dat het om grote aantallen gaat, misschien wel honderden per jaar. Zo wordt de mensen onnodig schrik aangejaagd. Het is heel ongelukkig dat artsen menen die weg te moeten bewandelen.

De problematiek is natuurlijk langer bekend. Daarom wordt al langer gesproken met alle betrokken partijen zoals de NVZ, de zorgverzekeraars en de Nederlandse vereniging voor intensive care. Verder is prof. Schrijvers gevraagd een onderzoek te verrichten. Hieruit blijkt dat de problematiek hoofdzakelijk wordt veroorzaakt door personeelstekort en als er al



voldoende personeel zou zijn, zouden er hier en daar wat bedden bij moeten komen. Met ingang van 1 januari 2001 is in het kader van de zogenaamde kaalslagmiddelen extra geld beschikbaar gesteld voor de opleiding van IC-verpleegkundigen en het bijbouwen van IC-bedden. Het totale kaalslagbudget bedraagt 350 mln gulden; dit wordt ook gebruikt voor de tekorten in de radiotherapie.

De minister zegt dat zij het College bouw begin dit jaar opdracht heeft gegeven precies te kwantificeren hoe groot het probleem is in heel Nederland. Het college heeft daartoe een enquête gehouden onder de Nederlandse ziekenhuizen. De respons was 100%. Het rapport zal een dezer dagen verschijnen.

Het is hoe dan ook duidelijk dat er een tekort is. Op meer plaatsen in de zorg zijn tekorten. De financiële inhaalslag is nog niet voltooid en daardoor heeft het veld het heel moeilijk. Het wil alles tegelijk: het wil alle acute patiënten goed helpen en de wachtlijsten zo snel mogelijk weg werken, maar er zijn grote personeelstekorten. Het kan dus niet in het gewenste tempo en dit betekent dat ook het veld keuzes moet maken. Het moet een afweging maken wat het wel en niet kan doen met het beschikbare personeel en met het extra geld. Er moet in ieder geval medewerking worden verleend aan de opleiding en er moeten IC-bedden worden bijgebouwd. Prof. Schrijvers wijst erop dat dit niet alleen een kwestie van geld is; er moet ook zo doelmatig mogelijk worden gewerkt.

Daartoe moeten verschillende maatregelen worden getroffen. In de eerste plaats moeten er regionaal goede afspraken worden gemaakt. De NVZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben in mei jongstleden aangekondigd dat zij ervoor zouden zorgen dat per regio zo snel mogelijk bekend is waar iemand terecht kan die acuut moet worden opgenomen. De beste werkwijze is een elektronisch datasysteem dat dagelijks of meermalen per dag wordt bijgehouden door de IC. De meldkamer van de centrale post ambulancevervoer kan die gegevens lezen en de ambulance sturen naar het ziekenhuis waar op dat moment plaats is. Dit ziekenhuis moet de patiënt dan ook opnemen. Dit systeem wordt nu min of meer telefonisch onderhouden. Toch komt het voor dat een ziekenhuis dat heeft gemeld dat er plaats is, de patiënt weigert. Mede daarom moeten de criteria voor opname en ontslag nu eindelijk eens landelijk worden ingevoerd; tweederde van de IC-afdelingen gebruikt die nog steeds niet.

Verder zouden planbare operaties moeten worden aangepast aan de capaciteit van de IC. Natuurlijk hoeven niet alle ziekenhuizen een leeg bed beschikbaar te houden, maar in de regio moeten afspraken worden gemaakt over het aantal IC-bedden dat leeg moet zijn 's avonds, 's nachts en in het weekend. Die bedden kunnen vervolgens over de ziekenhuizen worden verdeeld. Dan is er in ieder geval een systeem dat, in afwachting van voldoende verpleegkundigen en extra bedden, veel ellende kan voorkomen.

De Nederlandse vereniging voor intensive care heeft samen met KPN Telecom een systeem ontwikkeld voor een elektronisch datasysteem online. Met de vereniging is afgesproken dat dit systeem zo snel mogelijk zal worden ingevoerd. Hiertoe zal een stuurgroep van vertegenwoordigers van betrokken partijen aan het werk gaan. De voorzitter van die stuurgroep is een medewerker van het ministerie. Op die manier kan die dikke stroop misschien vloeibaar worden gemaakt.

De minister wijst op de vele mooie beloften die eerder zijn gedaan. Er is een goede verantwoordelijkheidsverdeling: de minister is verantwoordelijk voor de voorwaarden en het veld voor de uitvoering. Toch schiet het niet op. Daarom zal opnieuw het initiatief worden genomen om alle partijen aan tafel te zetten. Er kan zoveel en dit moet nu dan ook gebeuren.

Desgevraagd bevestigt zij dat het capaciteitsprobleem het grootste probleem is. Dit wordt voor 80 à 90% veroorzaakt door een tekort aan personeel en voor 10% door een tekort aan bedden. Het extra geld dat

beschikbaar is om hierin verandering te brengen, is vooral gericht op de opleiding van extra IC-verpleegkundigen. Dit is een in-serviceopleiding. Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen om hier meer of minder aan te doen. Vorig jaar hebben de academische ziekenhuizen aangegeven dat zij bereid zijn gespecialiseerde verpleegkundigen op te leiden als hen daarvoor een bedrag van 20 mln gulden ter hand wordt gesteld. Dit geld is beschikbaar gesteld en dit traject loopt inmiddels. De algemene ziekenhuizen hebben in februari jongstleden een plan ingediend. Zij hebben aangegeven dat zij daarvoor een bedrag van 240 mln gulden nodig hebben en dat zij niet bereid zijn voor minder geld aan de slag te gaan. Toch zal dit bedrag geleidelijk moeten groeien. Er is veel extra geld beschikbaar, maar 240 mln gulden alleen voor de opleiding is net iets te veel. De sectorfondsen hebben ook geld beschikbaar en zij kunnen dankzij het advies van de commissie-Van Rijn over extra geld beschikken. De algemene ziekenhuizen willen echter een eigen opleidingsfonds. Dit is toegezegd, maar dan moet dit fonds worden gevoed met middelen uit de sectorfondsen. Ook hier verloopt de besluitvorming traag. De stuurgroep moet die knoop nu maar doorhakken. In ieder geval zijn er al middelen om te beginnen, maar de algemene ziekenhuizen erkennen de sectorfondsen niet. De ziekenhuizen hebben extra geld gekregen voor twee doeleinden. In de eerste plaats voor het wegwerken van de wachtlijsten en in de tweede plaats voor het inhalen van de achterstand in infrastructuur en personeel. De minister zegt toe in een brief aan te geven hoeveel geld is gevraagd, hoeveel er beschikbaar is en hoeveel al is weggezet. Ook hier wordt het boter-bij-de-visprincipe gehanteerd. Iedere keer als er een contract wordt gesloten voor een opleiding, zal daarvoor geld worden verschaft. Aan het einde van het jaar is dan misschien hetzelfde bedrag uitgegeven, maar dit verdient de voorkeur boven het in een keer beschikbaar stellen ervan. De ziekenhuizen willen over dit geld kunnen beschikken via de eigen budgetten, maar de raad van bestuur heeft volle zeggenschap over de besteding van die budgetten en kiest dan misschien voor andere doeleinden. De zorgverzekeraars hebben samen met de ziekenhuizen plannen ingediend. Die zijn niet allemaal gehonoreerd, maar veel wel en daarvoor is veel geld uitgetrokken. Die plannen hadden echter alle betrekking op wachtlijsten. Natuurlijk is het bij gebrek aan personeel niet mogelijk alles tegelijk te doen, maar het was misschien beter geweest te zorgen voor een goede infrastructuur voor alle urgente gevallen in plaats van het beleid zo nadrukkelijk te richten op de wachtlijsten. De plannen die zijn gemaakt voor uitbreiding van het aantal IC-bedden worden met de zorgverzekeraars besproken. De minister wijst erop dat zij daarvoor geen toestemming geeft. Deze gezondheidszorg is geen national health service met een kapitein op het schip. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om voorwaarden te scheppen voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt in het veld. In de plannen die samen met de zorgverzekeraars zijn opgesteld, zijn bepaalde prioriteiten gesteld. Achteraf gezien had misschien meer prioriteit moeten worden geschonken aan de IC. De stuurgroep zal ongetwijfeld al deze problemen tegenkomen. Dan zitten alle partijen aan tafel en kan aan de ziekenhuizen en zorgverzekeraars worden gevraagd waarom zij de afspraak niet zijn nagekomen dat dit in mei jongstleden per regio zou worden geregeld, wat zij in al die tijd hebben gedaan en wat de overheid eventueel nog kan doen om ervoor te zorgen dat zij alsnog hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. De minister zegt toe dat zij de Kamer schriftelijk zal informeren over de termijn waarop mag worden verwacht dat een sluitend systeem voor de IC is ingevoerd. Het is een logische gedachte dat het geld niet op de plank mag blijven liggen doordat de condities die nodig zijn voor het wegwerken van de wachtlijsten, niet kunnen worden vervuld. In zo'n geval moeten de middelen eerst worden gebruikt voor de infrastructuur. Dit



betekent echter niet dat de infrastructuur prachtig moet worden opgetuigd en er vervolgens niets wordt gedaan aan de wachtlijsten. In deze situatie is frequent overleg nodig. Dit overleg is voor een groot deel gedelegeerd naar de veldpartijen, maar dit loopt blijkbaar niet goed. Daarom moeten alle betrokken partijen aan een tafel bijeenkomen opdat al het geld dat beschikbaar is, goed wordt besteed.

Er wordt hoge prioriteit gegeven aan de opleiding van herintreders. Alle mensen die ooit in de zorg hebben gewerkt, hebben een brief ontvangen. De werkgevers krijgen fiscale faciliteiten als zij herintreders in opleiding nemen. De Kamer heeft zich recent uitgesproken tegen een werknemersbijdrage. Daarom lijkt het wijs de bijdrage aan de werkgevers te verstrekken. Die kunnen dan nooit zeggen dat zij de herintreders door geldgebrek niet kunnen opleiden of bijscholen.

De minister antwoordt desgevraagd dat zij geen datum kan noemen waarna het niet meer zal voorkomen dat een ernstig zieke patiënt wordt geweigerd. Ook in de mooiste gezondheidszorg met het meeste geld kan het nog eens voorkomen dat er iets mis gaat. De Nederlandse vereniging voor intensive care en KPN Telecom hebben laten weten dat het elektronische systeem niet voor het einde van dit jaar operationeel kan zijn. Voorlopig kan hetzelfde systeem ook voor een belangrijk deel telefonisch worden onderhouden, alleen kost dit iets meer tijd. Daarvoor moet worden afgesproken dat de hoofdverpleegkundige van iedere IC dagelijks bijvoorbeeld om 5 uur 's middags aan de CPA doorgeeft hoeveel bedden er beschikbaar zijn. Iedere wijziging moet dan ook telefonisch worden doorgegeven. Zij zegt toe met nadruk te bevorderen dat in ieder geval dit systeem voor het einde van het kalenderjaar operationeel is.

De minister kan op basis van de Kwaliteitswet een aanwijzing geven, maar dan moet het probleem wel bij de inspectie worden gemeld. De inspectie is begin dit jaar gevraagd regelmatig te rapporteren over de knelpunten in de zorg die het gevolg zijn van personeelstekorten, het huisartsentekort en het verpleegkundigentekort. De inspectie verschaft stelselmatig een overzicht met naam en toenaam van de problemen die zij ontmoet. Die problemen worden in drie gradaties van ernst geïnclassificeerd en er wordt aangegeven wat de inspectie er zelf aan doet. In dit overzicht is wel eens sprake geweest van een tekort aan IC-capaciteit waardoor een deel van de IC moest sluiten, maar daarbij werd wel vermeld dat het operatieprogramma werd aangepast. Er stond echter nooit te lezen dat een patiënt onnodig is overleden of wat dan ook. Natuurlijk zullen de artsen die hun relaas hebben gedaan in het televisieprogramma, niet liegen over hun ervaringen, maar voor extrapolatie naar grote getallen moet worden gewaakt. Die zouden dan toch aan de inspectie moeten zijn gemeld of de inspectie zou dit zelf hebben ontdekt.

Een IC-dag telt inderdaad als een opnamedag, maar de extra kosten zijn door het CTG in de budgetsystematiek verwerkt.

Aan het begin van de negentiger jaren was de bedbezetting op de IC-afdelingen van de ziekenhuizen 65% en van de academische ziekenhuizen 80%. Dit betekent dat ook hier snel een drastische overgang van overschot naar een tekort is te zien. Dit is geen excuus, maar wel een verklaring voor het feit dat de opleiding van IC-verpleegkundigen in die jaren geen prioriteit had.

Het rapport van prof. Schrijvers is medio april jongstleden ontvangen. De minister zegt toe een afschrift aan de Kamer voor te leggen. Dit is niet eerder gebeurd, omdat dit onderzoek in de eerste plaats ter verduidelijking van een aantal punten was gevraagd en het is gebruikt als basis voor beleid. Er is inderdaad voor die tijd enig contact geweest over het probleem dat prof. Schrijvers beschrijft. Daarom is ook al voordat prof. Schrijvers rapport uitbracht, aan het College bouw gevraagd om een inventarisatie. Verder is gesproken met de Nederlandse vereniging voor intensive care, want die was bij het onderzoek betrokken.

Een IC-bed zal in de toekomst steeds langer bezet blijven doordat het

steeds meer ouderen zijn die daarvan gebruik maken. Dit betekent dat er nog meer capaciteit nodig is. Hier en daar is al een begin gemaakt met de uitbreiding van het aantal bedden.

Op de vraag of er sprake is van een tekort in Zwolle, Nijmegen en Zaandam zal schriftelijk worden geantwoord.

De brief van dr. Cohen die tijdens deze vergadering is uitgedeeld, is zeker interessant. De minister zegt toe dat een van de inspecteurs hem een bezoek zal brengen om te vragen wat hij precies bedoelt.

Op IC-afdeling waar een 24-uursintensivist werkt, zijn de problemen kleiner. Een intensivist weet precies wanneer het verantwoord is iemand van de IC over te plaatsen naar zaal. Hij kan dus beter wegen of de nieuwe patiënt die zich aandient, medisch meer recht heeft op zo'n bed. Dit gebeurt met grote kennis van zaken en dit wordt ook geaccepteerd door de collega's en verpleegkundigen. Zo'n intensivist zou daarom zo snel mogelijk op iedere IC moeten worden aangesteld. Ook dit is weer een kwestie van opleiding. Zij zegt toe de Kamer te informeren over het aantal mensen dat thans hiertoe wordt opgeleid. Daarvoor is geld beschikbaar, maar de ziekenhuizen moeten hiervoor dan wel kiezen. In de extra middelen die voor 2001 en 2002 zijn uitgetrokken, is ook geld beschikbaar voor de aanstelling en opleiding van specialisten. Het capaciteitsplan waarin dit alles is opgenomen, zal aanstaande maandag aan de Kamer worden gezonden. De absorptiecapaciteit is hier een belemmerende factor. Met de Orde van medisch specialisten en de NVZ wordt gesproken over de vraag hoe de opleiding kan worden verdeeld over meerdere ziekenhuizen. Overigens gebeurt dit nu ook al. Ziekenhuizen die nu nog geen opleidingsbevoegdheid hebben, kunnen echter ook een rol spelen. Bij de opleiding van teveel specialisten kan er een tekort aan patiënten ontstaan en die kunnen in een ander ziekenhuis worden gevonden. Dit komt aan de orde in het capaciteitsplan.

### **Nadere gedachtewisseling**

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) is het ermee eens dat nu het moment is aangebroken om met de vuist op tafel te slaan. De instellingen moeten hun verantwoordelijkheid nemen. Uit een onderzoek dat is gepubliceerd in Medisch Contact blijkt dat in driekwart van de gevallen niet-geautoriseerde personen beslissen over een opnamestop. Dit mag niet meer gebeuren.

Zij is erkentelijk voor de toezegging dat voor het einde van het jaar in ieder geval een telefonisch meldingssysteem operationeel zal zijn in Nederland. Dit is zeer dringend. Is de minister bereid de Kamer te informeren over de stand van zaken?

Mevrouw **Kant** (SP) wijst erop dat specialisten voorbeelden hebben genoemd uit hun eigen praktijk en op basis daarvan schattingen hebben gemaakt. Het probleem is dat nooit kan worden vastgesteld of een patiënt in leven zou zijn gebleven als hij eerder was geholpen. Het feit alleen al dat die vraag wordt gesteld, toont aan dat dit probleem al jaren eerder had moeten worden opgelost. Zij is ervan overtuigd dat er in Nederland mensen overlijden door een tekort aan IC-bedden.

De minister zegt toe dat zij met betrokken partijen aan tafel zal gaan zitten en zij verwijst wederom naar de zorgverzekeraars. Vijf jaar geleden is er al aan de bel getrokken. Waarom heeft zij niet eerder ingegrepen toen bleek dat de zorgverzekeraars en het veld geen maatregelen troffen? Waarom heeft de minister die verantwoordelijkheid niet naar zich toe getrokken?

De omvang van de kaalslagmiddelen wordt bepaald door de overheid. Als het geld op is en er worden projecten ingediend voor de IC, dan worden die niet gehonoreerd. Het is dus nog steeds een kwestie van geld dat de zorg in dit welvarende land nog steeds niet op orde is.

Mevrouw **Arib** (PvdA) stelt vast dat de maatregelen die de minister opsomt, vooral zijn gericht op de langere termijn. Op dit moment is er sprake van een acuut probleem waarvoor op korte termijn concrete activiteiten moeten worden ontplooid. Zij zegt dat zij niet kan navertellen welke toezeggingen de minister heeft gedaan voor de korte termijn. Wil de minister aangeven wat zij op korte termijn wil doen en wanneer zij dat zal doen?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) vraagt of de minister wil nagaan waar zich in het land aantoonbare capaciteitsproblemen in de IC voordoen. Zij voegt hieraan toe dat zij vraagt om een momentopname en niet om een nieuw systeem van registratie.

Hoe denkt de minister over de mogelijkheid van enige overcapaciteit? De verantwoordelijkheden worden nu over en weer weggeschoven. In deze overgangperiode zou de minister ervoor moeten zorgen dat zij de touwtjes aanhaalt die zij in handen heeft. De IC in ziekenhuizen kan nog niet worden overgelaten aan het veld. Zij moet er echter voor waken dat zij niet de touwtjes overneemt die aan het veld horen.

De heer **Buijs** (CDA) herhaalt dat de bereikbaarheid van in dit geval de intensive care een kerntaak is van de overheid. Hij herinnert eraan dat hij steeds heeft gehamerd op de opleidingscapaciteit van artsen. Het is echter niet alleen deze minister, maar de hele coalitie die op de rem heeft getrapt. Twee jaar geleden is er een motie ingediend om te komen tot afschaffing van de numerus fixus. Die motie is om budgettaire redenen door de coalitie afgestemd. Nu is tijdens de algemene politieke beschouwingen gesteld dat de numerus fixus moet verdwijnen, maar dit was al zo lang bekend. Is de minister bereid de berekende taakstelling voor de opleiding van artsen van het capaciteitsorgaan die aan de zuinige kant is, volledig uit te voeren? Als zij dit niet wil doen, wil zij dan aangeven of die weigering wordt ingegeven door budgettaire dan wel door zorginhoudelijke redenen?

Mevrouw **Van Vliet** (D66) stelt vast dat de uitbreiding van de capaciteit van de intensive care dezelfde prioriteit krijgt als het wegwerken van de wachtlijsten.

De ontwikkelingen in de zorg gaan erg langzaam. Er wordt wel veel gepraat, maar dit heeft nog niet geleid tot goede afspraken op regionaal niveau. Daarom is het goed dat de minister nu zegt dat zij dit aan zich trekt. Dit mag echter niet met zich meebrengen dat de regionale verantwoordelijkheid naar de achtergrond verschuift. De stuurgroep kan als aanjager fungeren, maar uiteindelijk moet een en ander op regionaal niveau worden geregeld. Per regio moet vaststaan welke problemen zich voordoen.

Mevrouw Van Vliet vindt het belangrijk dat het rapport van het College bouw zo snel mogelijk kan worden besproken. Wanneer zal dit rapport beschikbaar zijn?

De heer **Van der Vlies** (SGP) meent dat nu zeker de fase is aangebroken waarin de veldpartijen en de politiek niet langer kunnen worden verontschuldigd als deze problematiek nog voortduurt. Het proces dat de minister heeft geschetst en dat nodig is voor de oplossing van deze problematiek, mag niet stagneren. Daarom moeten alle partijen op hun verantwoordelijkheid worden aangesproken. De minister draagt ook een deel van de verantwoordelijkheid. Zij kan de stuurgroep als een handvat gebruiken om te komen tot een strakke regie en frequente rapportage. Is zij bereid toe te zeggen dat de Kamer nog voor de behandeling van de begroting een eerste rapportage krijgt van de stuurgroep over alle thema's die aan de orde zijn geweest?

De **minister** zegt toe dat zij aan de vooravond van de begroting een stand van zaken van de werkzaamheden van de stuurgroep aan de Kamer zal voorleggen. De stuurgroep is inderdaad een belangrijk instrument voor een aanpak op korte termijn van dit acute probleem. De ervaring leert dat de vertegenwoordiger namens de overheid in zo'n stuurgroep door drammen en drukken kan bereiken dat de stroop vloeibaar wordt. Dit betekent niet dat de overheid alle touwtjes zelf in handen neemt. Iedere partij heeft zijn eigen uitvoeringsverantwoordelijkheid. In dit systeem worden zij echter gedwongen met elkaar tot daden te komen. Het veld moet zijn verantwoordelijkheid nemen. Dit betekent bijvoorbeeld dat het niet meer mag voorkomen dat niet-geautoriseerde personen acute opnames weigeren. Per ziekenhuis moet worden afgesproken wie daartoe is geautoriseerd. De inspectie kan worden ingeschakeld om dit te controleren. De Kamer zal hierover worden gerapporteerd.

Het is waar dat nooit kan worden vastgesteld of iemand zou zijn blijven leven als er eerder was ingegrepen. Dit neemt niet weg dat dit een ernstig probleem is. Het staat wel vast dat in eerste instantie 10% van de patiënten wordt geweigerd en dat is veel te veel. Het is echter onzinnig dat een specialist twee uur lang moet telefoneren om iemand te kunnen plaatsen. Om dit te voorkomen, is geen ICT-oplossing nodig. Dit kan nu al worden geregeld en dit is in mei jongstleden ook beloofd door de ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Vijf jaar geleden is er inderdaad al een signaal afgegeven, maar ook toen waren de verantwoordelijkheden al verdeeld. Het is inderdaad te gek voor woorden dat een reisbureau in een paar minuten kan aangeven of er plaats is in een vliegtuig, maar dat de hoogopgeleide mensen in de gezondheidszorg er niet in slagen zo'n systeem te ontwikkelen.

De hoeveelheid geld is natuurlijk de verantwoordelijkheid van het kabinet. Volgend jaar komt er in totaal 5 mld gulden bij voor de gezondheidszorg. Dit zijn toch geen kleine bedragen! De helft van alle investeringen gaat naar de zorg. Daarmee kan heel veel worden gedaan mits de juiste prioriteiten worden gesteld.

De stuurgroep zal erop aandringen dat veldpartijen op korte termijn werk maken van regionale afspraken, de invoering van opname- en ontslagcriteria en het aanwijzen van een verantwoordelijke functionaris. De minister zegt dat zij hierbij zal uitgaan van een termijn tot het einde van het jaar.

Het College bouw zal een beeld verschaffen van de situatie over het hele land. De antwoorden zijn inmiddels binnen. Zij zal erop aandringen dat het rapport zo snel mogelijk verschijnt opdat bij de begrotingsbehandeling in ieder geval op de hoofdlijnen kan worden ingegaan. Het is waar dat er altijd enige overcapaciteit moet zijn, dat zou een ideale situatie zijn.

De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen heeft laten weten dat met ingang van 1 januari 2003 de capaciteit wordt vastgesteld op 2800 medische studenten. Nu melden zich jaarlijks ongeveer 3000 studenten. Hij kiest wel voor kwaliteit en wil de faculteiten niet volproppen met studenten die vervolgens slecht worden opgeleid.

Het advies van het capaciteitsorgaan zal worden gehonoreerd. De Kamer ontvangt maandag aanstaande een brief met het plan voor aanpak voor de capaciteit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Van Lente

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen