

29247

Acute zorg

Nr. 453

**VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT**  
Vastgesteld 18 juni 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 april 2024 overleg gevoerd met mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg, over:

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 september 2023 inzake rapportage Tijdkritische aandoeningen (Kamerstuk 29247, nr. 428);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 september 2023 inzake antwoorden op vragen commissie over Capaciteitsplan 2024-2027 (Kamerstuk 29282-521) (Kamerstuk 29282, nr. 535);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 juni 2023 inzake Capaciteitsplan 2024-2027 (Kamerstuk 29282, nr. 521);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 oktober 2023 inzake zorgcoördinatie in relatie tot de meldkamerfunctie (Kamerstuk 29247, nr. 430);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 december 2023 inzake Monitor acute zorg 2023 (Kamerstuk 29247, nr. 431);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 december 2023 inzake stand van zaken beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 432);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 januari 2024 inzake advies NZa over bekostiging acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 433);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 februari 2024 inzake vervolg implementatie zorgcoördinatie (Kamerstuk 29247, nr. 435);**

**- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 maart 2024 inzake advies NZa over bekostiging zorgcoördinatie (Kamerstuk 29247, nr. 436);**

**- de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 25 maart 2024 inzake stand van zaken acute zorg (Kamerstuk 29247, nr. 437).**

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

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Agema

De griffier van de commissie,  
Esmeijer

**Voorzitter: Tielen**

**Griffier: Wiendels**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Bushoff, Claassen, Dijk, Diederik van Dijk, Daniëlle Jansen, Paulusma en Tielen,

en mevrouw Dijkstra, minister voor Medische Zorg.

Aanvang 15.34 uur.

De **voorzitter**:

Goedemiddag. Met excuses, want ik werd even opgehouden. Welkom aan de mensen op de publieke tribune, de minister voor Medische Zorg en de Kamerleden, mevrouw Jansen van Nieuw Sociaal Contract, meneer Bushoff namens de GroenLinks-PvdA-fractie, meneer Claassen namens de PVV-fractie, meneer Dijk namens de SP, mevrouw Paulusma namens D66 en meneer Van Dijk namens de SGP. Welkom bij het commissiedebat met de titel: Acute zorg. Dus we gaan vanmiddag debatteren over acute zorg. Dat doen we op de volgorde van hoe de sprekers zitten. Aan het eind ga ik iemand vragen om het voorzitterschap over te nemen, zodat ik zelf ook nog wat kan zeggen.

We gaan beginnen met de eerste termijn. Ik stel voor dat u drie interrupties heeft voor de eerste termijn van de Kamer, met vier minuten spreektijd. Het is leuk dat de publieke tribune helemaal vol zit. Ik wil u vragen om enige tekenen van goed- of afkeuring voor u te houden of eventueel op te schrijven, zodat de Kamerleden in volle vrijheid met elkaar in debat kunnen gaan. Laten we beginnen met de bijdrage van mevrouw Jansen namens Nieuw Sociaal Contract.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Bedankt, voorzitter. Nieuw Sociaal Contract wil dat zorg in iedere regio bereikbaar is. Daarom zetten wij ons in voor het behoud van streekziekenhuizen. Uiteraard is goede en toegankelijke spoedeisende hulp voor alle inwoners van de regio daar onderdeel van. Dat spoedeisende hulp steeds meer onder druk staat, daar is iedereen het over eens. Wat de

oplossing moet zijn, is een lastiger vraagstuk, maar het nog meer sluiten van spoedeisendehulpafdelingen lijkt niet wenselijk.

In het rondetafelgesprek dat vorige week plaatsvond, werden zorgen geuit over het risico dat door verdere concentratie de leefbaarheid van de regio onder druk komt te staan en over het risico op toenemende gezondheidsverschillen doordat kwetsbare bevolkingsgroepen bijvoorbeeld geen eigen vervoer tot hun beschikking hebben en daardoor spoedeisende zorg op afstand moeilijk kunnen bereiken. Heeft de minister actueel zicht op sociaal-economische verschillen in het gebruik van spoedeisende hulp voor en na veranderingen in de organisatie van acute zorg? Zo niet, is de minister bereid om hier onderzoek naar te doen?

Meerdere partijen gaven tijdens het rondetafelgesprek aan dat preventie een van de belangrijkste oplossingen voor het toegankelijkheidsprobleem van de spoedeisende hulp is. Opname op de acute zorg moet zo veel mogelijk worden voorkomen. Het verkleinen van het risico op een beroerte is hiervan een voorbeeld. Het verwachte aantal beroertes neemt tot 2033 toe met 28%. Risicofactoren voor een beroerte zijn: roken, drinken, ongezond eten en weinig bewegen. Graag zou ik van de minister willen horen welke versnelling zij hierbij in gedachte heeft. Hoe kunnen we het nog sneller voor elkaar krijgen dat er bijvoorbeeld minder mensen een beroerte krijgen?

Een andere vorm van preventie is valpreventie. Als ik het goed lees, krijgt VeiligheidNL voor ondersteuning van het thema valpreventie jaarlijks een structurele subsidie van ongeveer €500.000. Daarnaast krijgen gemeenten een specifieke uitkering, de SPUK-middelen, om de valpreventieketenaanpak met zorgverzekeraars op te zetten en uit te voeren. Het gaat landelijk om een bedrag van circa 50 miljoen euro per jaar. Kan de minister aangeven of ik juist zit met deze bedragen? En kan zij toelichten wat de investering in valpreventie tot nu toe concreet heeft opgeleverd? Wat is het plan van de minister ten aanzien van valpreventie? Hoeveel middelen worden de komende jaren nog ingezet? Wat is het einddoel? Wanneer verwacht men dit einddoel te bereiken?

Dan het volgende. Er schijnen regio's te zijn waarin de acute zorg en de spoedeisende hulp op zo'n manier zijn georganiseerd dat men tevreden lijkt. Deze passende praktijken zijn echter niet publiekelijk bekend, waardoor andere gemeenten en regio's hier niet van kunnen leren. Ik zou graag een motie willen indienen waarin ik de minister vraag om passende spoedeisendehulppraktijken transparant en beschikbaar te maken, bijvoorbeeld via een website, zodat andere gemeenten en regio's hiervan kunnen leren. Ik hoor graag van de minister hoe zij hierover denkt.

Ten slotte. Er is veel discussie over de bekostiging van acute zorg. Dat gebeurt nu via PxQ, terwijl een beschikbaarheidsbekostiging ook een optie is. Tijdens het rondetafelgesprek heb ik gevraagd welk probleem de beschikbaarheidsbekostiging daadwerkelijk gaat oplossen en welke nadelen eraan zitten. Het lijkt gewenst, maar het is niet bekend wat het precies zal

opleveren. Erkent de minister dit? Ik zou graag willen weten hoe de minister denkt over beschikbaarheidsbekostiging. Heeft zij voldoende informatie beschikbaar om hier een besluit over te kunnen nemen? Of is een brede studie naar de voor- en nadelen van beschikbaarheidsbekostiging van acute zorg in Nederland noodzakelijk hiervoor?

Dat was het.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Jansen, maar voordat we verdergaan, is er een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoorde mevrouw Jansen zeggen dat alle streekziekenhuizen moeten blijven. Ik ben ook een heel groot voorstander van zorg dichtbij. U noemde een heel mooi voorbeeld rondom de beroertezorg. In Drenthe -- dat is misschien een samenwerking die u nog niet kent -- is er bijvoorbeeld de afspraak dat beroertes ingestuurd worden naar Meppel. Daar gaan ze diagnosticeren. Als ze het daar aankunnen, behandelen ze het daar, en als het heel erg complex is, gaat het naar Zwolle. Ik zou me kunnen voorstellen dat we, als het gaat om schaarste en het inzetten van capaciteit, wel concentreren, bijvoorbeeld op specialismen gekoppeld aan de demografische ontwikkeling of aan de populatie. Het maakt me niet uit hoe u het noemt. Hoe kijkt NSC daarnaar?

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik begrijp de vraag van mevrouw Paulusma. Ik denk dat het vooral een zoektocht naar een balans is, maar ik hoor nu dat het nog meer sluiten van spoedeisende hulp zo veel effecten heeft op de rest van het ziekenhuis, en daarmee ook op de motivatie van het personeel om achter te blijven. Aan de andere kant snap ik ook dat mensen goede zorg willen. Daarvoor moet je soms concentreren. Het directe antwoord weet ik dus niet, maar er moet in ieder geval een goede balans komen in hoe ver je kunt reizen met patiënten. In hoeverre kun je spoedeisende hulp sluiten zonder dat het te veel effecten heeft op de maatschappij?

**De voorzitter:**

Meneer Bushoff heeft ook een vraag voor u.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Er kunnen altijd redenen zijn waarom je zorg op een andere locatie gaat organiseren, maar volgens mij is een financiële reden geen wenselijke reden. Ik hoorde mevrouw Jansen van NSC ook praten over de beschikbaarheidsbijdrage. Die zou ervoor kunnen zorgen dat financiën nooit de reden zijn dat zorg op een andere plek georganiseerd moet worden of dat een streekziekenhuis of de acute zorg van een streekziekenhuis moet sluiten. Deelt mevrouw Jansen dus het uitgangspunt dat financiën of een tekort aan financiën er in ieder geval niet voor zouden moeten zorgen dat acute zorg wordt afgeschaald of verdwijnt?

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Dat deel ik helemaal. Dat mag niet de reden zijn om ziekenhuizen of afdelingen te sluiten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dat brengt ons bij de bijdrage van de heer Bushoff namens GroenLinks-PvdA.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Iedereen moet kunnen rekenen op goede zorg, en dan ook dichtbij in de regio, want als je met spoed zorg nodig hebt, dan telt elke minuut.

Voorzitter. Op dit moment hebben wij op heel veel plekken in Nederland vaak hele goede zorg, maar we zien ook, zeker de laatste tijd en met name in de regio, een verschraving van de acute zorg. Dat is onwenselijk. Ik denk dat er vier dingen zijn die beter kunnen. Daar wil ik graag op ingaan.

In de eerste plaats zou het niet zo mogen zijn dat het afschalen van de acute zorg een financiële reden heeft. Daarover ging mijn interruptiedebatje met NSC al. Ik denk dat als ergens acute zorg verleend moet worden, je daar altijd op moet kunnen rekenen, net als bij de brandweer, en dat dan niet de vraag moet zijn: is er wel voldoende geld in dit ziekenhuis beschikbaar om die acute zorg in de benen te houden? Dat is volgens mij een warm pleidooi om bijvoorbeeld de acute zorg uit de marktwerking te halen, en om die dan te bekostigen op basis van beschikbaarheid. Volgens mij tekent zich daarvoor in deze Kamer na deze verkiezingen een ruime meerderheid af, dus volgens mij moeten we nu eindelijk het ijzer kunnen smeden nu het heet is. Dat is dus het eerste punt.

Voorzitter. Het tweede punt gaat over de betrokkenheid van de rest van het zorgveld, de inwoners en het lokaal bestuur bij veranderingen in de organisatie van de acute zorg. Of het nu in Zeeland, Heerlen of Friesland is, telkens zien we weer dat er besluiten worden genomen waarbij in eerste instantie inwoners, het zorgveld en het lokaal bestuur onvoldoende betrokken zijn. Blijkbaar werkt de huidige regelgeving in de AMvB die we daarvoor hebben dus onvoldoende. Ook daarbij zouden verbeteringen dus wenselijk zijn. Ik zou de minister willen vragen of zij het met GroenLinks-PvdA eens is dat deze betrokkenheid op dit moment onvoldoende geborgd is en dat dat echt beter moet. Kan zij daarbij specifiek ingaan op de casussen die ik daar net bij noemde?

Voorzitter. Dan een derde punt. Dat gaat over het personeelstekort. Vaak wordt er gezegd: er is sprake van een tekort aan personeel en dat is een reden waarom we de acute zorg moeten afschalen of waarom een ziekenhuis de deuren zou moeten sluiten. Natuurlijk is er in Nederland sprake van een krappe arbeidsmarkt. Het probleem is echter wel -- dat hoorden we ook in de rondetafel -- dat op het moment dat je zorg gaat afschalen en verplaatsen, dat personeelstekort, als dat er is, nog groter wordt. Dat is nog een extra reden om te voorkomen dat zorg moet worden afgeschaald in de regio, zou je kunnen zeggen. Wat zouden we dan wel kunnen doen om dat personeelstekort in ieder geval te lijf te gaan? Dat is bijvoorbeeld het opleiden van meer SEH-artsen. Deelt de minister de opvatting van GroenLinks-PvdA dat het wenselijk is dat we het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen gaan uitbreiden, zou ik willen vragen.

Voorzitter. Dan tot slot een vierde punt. Dat gaat over de bereikbaarheid van zorg, en specifiek acute zorg. Wanneer zorg verdwijnt uit een regio, wordt er vaak wel gekeken naar de aanrijtijden van ambulances, maar er wordt nog te weinig gekeken of mensen, misschien ouderen of mensen met een krappe beurs, op eigen gelegenheid naar een ziekenhuis kunnen komen, en welke invloed het verdwijnen van een afdeling van het ziekenhuis op de bereikbaarheid van de zorg voor deze mensen heeft. Dus ik denk ook dat het nodig is dat bereikbaarheid, bijvoorbeeld met het openbaar vervoer, met inachtneming van ouderen en mensen met een krappe beurs, een belangrijk onderdeel zou moeten zijn van de afweging of het wenselijk en verantwoord is om acute zorg en zorg ergens weg te halen en te verplaatsen. Ik ben benieuwd of de minister het hierover ook eens is met GroenLinks-PvdA.

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Bushoff. Meneer Claassen wilde al met gezwinde spoed starten, maar mevrouw Paulusma heeft nog een vraag voor meneer Bushoff.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Die gaat een beetje over die brandweervergelijking. Die hoor ik heel vaak terugkomen. De brandweer is in mijn beleving een grote rode auto. Er zitten attributen op. Die auto rijdt en gaat op een brand af. Die heeft ook water bij zich. Maar daarmee versmallen we volgens mij de discussie omtrent de acute zorg heel erg, want de acute zorg is niet alleen het ziekenhuis. Daar hoor ik u veel over praten. Maar de acute zorg is de hele keten. Die begint eigenlijk al bij de huisarts of in de wijkverpleging. Die oproep, of dat pleidooi met die brandweervergelijking legt de focus zó op het ziekenhuis, terwijl ik denk dat de keten vele malen groter is. Dus ik ben benieuwd hoe meneer Bushoff daarnaar kijkt.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik ben het helemaal met mevrouw Paulusma eens dat die keten van zorg veel groter is dan alleen de zorg die in het ziekenhuis plaatsvindt. Daarom vind ik het bijvoorbeeld ook best wel onwenselijk dat de rest van de keten van de acute zorg, die zo cruciaal is, zich vaak niet gehoord voelt bij besluiten die in het ziekenhuis of over het ziekenhuis worden genomen ten aanzien van het afschalen of sluiten van afdelingen in een ziekenhuis. Dus ik ben het helemaal met mevrouw Paulusma eens dat de hele zorgketen van belang is als we het hebben over de acute zorg.

De **voorzitter**:

Mevrouw Jansen heeft ook een vraag voor u.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

De oplossingen van meneer Bushoff hebben vooral betrekking op de problematiek ten aanzien van de hoeveelheid mensen die de eerste hulp binnenkomt, terwijl er ook mogelijkheden, oplossingen, zijn om de instroom te verminderen. Heeft de heer Bushoff daar nog ideeën over?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik denk dat we het wel met elkaar eens zijn, maar dat er misschien een klein misverstand is ontstaan. Ik denk inderdaad dat het beste wat we kunnen doen, is voorkomen dat mensen een beroep moeten doen op de acute zorg. Want dat is zowel voor de patiënten wenselijk als voor ons als collectief, als samenleving, het meest wenselijk. Dus ik ben het helemaal met NSC eens dat we vooral ook moeten inzetten op preventie, bijvoorbeeld op valpreventie. We moeten er bijvoorbeeld voor zorgen dat ouderen langer veilig en gezond



ouder kunnen worden. Al dat soort dingen zijn nodig om te voorkomen dat er een groot beroep wordt gedaan op de acute zorg. Maar dat neemt niet weg, zeg ik er nadrukkelijk bij, dat de vier punten die ik net noemde en de vier voorstellen die ik daarbij deed, wel echt nodig zijn om de verschraving van acute zorg, met name in de regio, tegen te gaan. Denk aan bekostigen op basis van beschikbaarheid, zodat de financiën nooit een reden zijn om de acute zorg af te schalen. Ook de betrokkenheid van het lokaal bestuur en de inwoners moet beter geborgd worden. Denk ook aan het uitbreiden van het aantal opleidingsplaatsen en het vastleggen van de minimale bereikbaarheidsnorm als het gaat om het openbaar vervoer of eigen vervoer. Dat zijn echt vier cruciale punten, die volgens mij ook nodig zijn in het debat rondom de acute zorg. Dat neemt niet weg dat alles op het gebied van preventie natuurlijk onze volle steun heeft.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik snap dat, maar volgens mij zijn er toch ook wel problemen om mensen te vinden die in de zorg willen werken. Je kunt het aantal opleidingsplaatsen voor spoedeisendehulpartsen uitbreiden, maar volgens mij blijft het een probleem om bijvoorbeeld voldoende verplegend personeel te vinden. Ik zou het liefst meer personeel willen, maar ik vraag me af in hoeverre het haalbaar is.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Laat ik daar helder over zijn: natuurlijk erkennen we als GroenLinks-PvdA dat er een krappe arbeidsmarkt is. Dus het zou kunnen dat er een keer echt sprake is van een onoplosbaar personeelstekort, waardoor je iets moet veranderen. Dat kan. Maar het personeelstekort zit 'm bijvoorbeeld ook in de kwaliteitseis dat er op elke SEH 24/7 een SEH-arts met één jaar ervaring moet rondlopen. Voor sommige ziekenhuizen is het best ingewikkeld om dat te bolwerken. Er zijn misschien best wel veel artsen, assistent-artsen, gewone artsen, die die opleiding tot SEH-arts willen doen, maar er is maar een beperkt aantal opleidingsplaatsen. Uit het veld zelf, van de SEH-artsen zelf, begrijpen wij dat zij het best wenselijk vinden om het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden. Dan zou het best kunnen dat er meer mensen opgeleid worden tot SEH-arts. Dan kom je dus minder in de knel met die kwaliteitsnormen, die iedereen ook weer van belang vindt. Ik denk dat daar wel degelijk een oplossing zit voor het personeelstekort, naast natuurlijk het aantrekkelijk houden en maken van het beroep van verpleegkundige, arts, et cetera in de zorg.

De **voorzitter**:

Dat was wel een heel lang antwoord, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik vond het al zo fijn dat ik zo veel geïnterrupteerd werd. Dan kreeg ik wat extra spreektijd.

De **voorzitter**:

Precies. Ik waarschuw iedereen een beetje. En kort en krachtig interrumpen en antwoord geven houden de vaart er ook een beetje in. Meneer Claassen wilde allang beginnen, dus hij mag nu beginnen met zijn inbreng namens de PVV.

De heer **Claassen** (PVV):

Dank je wel, voorzitter. Op de agenda staan een heleboel dingen. Dan moeten we keuzes maken in waar we het over gaan hebben. Ik hoop dat we met alle partijen al die agendapunten vandaag een beetje de revue kunnen laten passeren.

Ik wil beginnen met zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie is een belangrijk middel om de toegankelijkheid van de acute zorg voor elke patiënt die deze nodig heeft, te borgen en om ook de samenwerking tussen de zorgpartijen te intensiveren. Het is zelfs een speerpunt van de minister, volgens mij. Uit de praktijk en uit recente artikelen in de media blijkt dat meldkamercentralisten aangeven dat er helaas levensgevaarlijke situaties ontstaan doordat de samenwerking met de zcc's niet naar behoren verloopt, en dat met name de communicatiesystemen niet op elkaar aansluiten.

Vanuit meldkamercentralisten werkzaam op de Meldkamer Oost-Nederland is zelfs al voor mijn tijd hier in de Kamer, in 2022, een brief naar de commissie VWS gestuurd waarin zij hun zorgen schetsen. Er is zelfs een inspectiemelding gedaan naar de IGJ waarin het personeel zijn zorgen heeft geuit over de veiligheid van de patiënten. Wat is er met deze zorgen gedaan, vraagt de PVV-fractie zich af. Want blijkbaar is op de werkvloer weinig tot niets veranderd. Het is bizar dat hulpverleners die dag in, dag uit voor onze veiligheid klaarstaan, zelf in gevaar komen door een gebrekkig werkend communicatiemiddel. Neemt de minister die alarmerende berichten van de centralisten serieus?

Voorzitter. Dit baart de PVV-fractie ernstige zorgen. Kan de minister garanderen dat ambulances op dit moment onderling kunnen communiceren met alle hulpverleners en met alle hulpverleners in contact staan bij het gebruik van push-to-talk en C2000 door de verschillende partijen? Wat

gebeurt er bij een grootschalig incident? Zo niet, wat gaat de minister doen om dit voor elkaar te krijgen?

In de regio's wordt hard gewerkt aan het verstevigen van de samenwerking in de gehele zorgketen. Daar ging het debatje net ook over. Dat is superbelangrijk. Er wordt gekeken naar een vorm van beschikbaarheidsbekostiging voor de gehele acute zorg, van de voor- tot de achterkant. Dit lost echter niet het personeelsprobleem en het kwaliteitsprobleem op, met de daarmee gepaard gaande toegankelijkheid van de SEH-zorg. Het afschaffen van de 45 minuten norm is wat onze fractie betreft een bezuinigingsregel, waardoor kleinere ziekenhuizen in de regio's geen bestaansrecht meer zullen hebben. De PVV-fractie blijft bij het standpunt dat niet getornd mag worden aan de 45 minuten norm. De NZa heeft inmiddels vier scenario's uitgewerkt voor de toekomst van de acute zorg. Dit proces volgen wij natuurlijk met grote interesse.

Het oosten van Nederland -- dat moet de collega's aanspreken -- heeft op veel plekken nog steeds geen toegang tot hulp van de traumaheli wanneer de nood het hoogst is. Er zijn in Nederland momenteel vier traumaheli's actief. Hoe staat het met de plannen voor uitbreiding naar een vijfde traumaheli op het vliegveld Teuge, waarover in het verleden weleens is gesproken? Het uitblijven van uitbreiding zou onder andere te maken hebben met de geluidsruimte die het plafond bereikt zou hebben. De Wet luchtvaart biedt ruimte om een aparte geluidsruimte voor maatschappelijk vliegverkeer toe te passen. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg heeft eerder al een beroep op de minister van IenW gedaan om hiervoor een duurzame oplossing te creëren. Als je naar het plaatje van de dekking in Nederland kijkt, zie je dat het oosten van Nederland, zeker in de weekenden, in vakanties en noem maar op, niet eens een grijs gebied is, maar gewoon een ongedekt gebied. Dat vinden wij zorgelijk. De PVV-fractie wil van de minister weten hoe het hiermee staat, want we horen er niets meer over. Wat gaat de minister eraan doen om ervoor te zorgen dat iedereen in Nederland op de gespecialiseerde zorg van het MMT kan rekenen?

Tot slot, mijn laatste punt. De minister geeft in de beantwoording van mijn schriftelijke vragen over het sluiten van de geboortezorg in Zoetermeer als antwoord dat het binnen de huidige wet- en regelgeving aan het bestuur van het ziekenhuis is om in samenwerking met de zorgverzekeraar besluiten te nemen over wijzigingen in het zorgaanbod. De minister geeft aan hierin geen rol te hebben en geen juridische instrumenten te hebben om sluiting te voorkomen. Dan vragen wij ons af: moeten wij dit allemaal maar laten gebeuren? Wat kunnen we wel doen om sluiting te voorkomen totdat we weer een nieuw kabinet hebben? Want volgens mij maken we hier samen beleid.

En tot slot, als dat mag, voorzitter.

De **voorzitter**:

Heel kort.

De heer **Claassen** (PVV):

Heel kort. Ik refereer ook even aan de inbreng van de collega naast mij over het sluiten van ziekenhuizen. Over de herinrichting van SEH/acute zorg hebben we hier in de Tweede Kamer een motie aangenomen. We hebben ook nog via een amendement van collega Bushoff gezegd: als er besloten wordt tot een fusie of sluiting, moeten in ieder geval de lokale bestuurders, de bewoners en de patiënten aan een regietafel kunnen zitten. Nu is mij vandaag ter ore gekomen dat bijvoorbeeld bij Zuyderland de lokale bestuurders, de burgemeester en wethouders, proberen aan die tafel te komen, maar tot nu toe nog steeds worden geweigerd. Ze krijgen gewoon een bedankbriefje met: u bent de eerste die informatie krijgt. Als de Tweede Kamer hier een motie aanneemt, kan het toch niet zo zijn dat het nog steeds niet gebeurt? Ik wil aan de minister vragen om na het debat te bellen met de voorzitter van het Zuyderland ziekenhuis en te regelen dat binnen nu en een week die mensen daar aan tafel zitten.

De **voorzitter**:

Dat was niet zo kort, meneer Claassen. Dank u wel. Meneer Dijk, namens de SP-fractie.

De heer **Dijk** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik zit hier met een doel. Voor de verkiezingen en daar vlak na werden een aantal voorstellen aangenomen die cruciaal zijn voor het behoud van spoedeisende hulp, het verbeteren daarvan, of in ieder geval het niet verslechteren ervan.

Een van die voorstellen ging over het ziekenhuis Zuyderland in Heerlen, waarbij de regering werd verzocht om zo veel mogelijk in te zetten op het behoud van een volwaardig ziekenhuis. Ik lees in de beantwoording een slap antwoord over een definitiekwestie en wat een "volwaardig ziekenhuis" wel of niet zou zijn. Het spijt me zeer, maar ik zou deze minister willen vragen wat zij verstaat onder een volwaardig ziekenhuis, zonder daar een lullige definitiekwestie van te maken. Volgens mij was het in de context van het debat glashelder dat het ging over spoedeisende hulp en ic's. Ik zou deze minister willen verzoeken om een stop, minimaal een tijdelijke stop, te zetten op het sluiten van welke SEH in Nederland dan ook. Ik kom zo meteen terug op waarom ik dat vraag. Eén: de SP vindt dat we niet nog meer spoedeisende hulpen moeten sluiten. Twee: er is een motie aangenomen en onder meer

door mijzelf ingediend eind oktober, waarin verzocht wordt om spoedeisende zorg te gaan financieren op basis van beschikbaarheid in plaats van per behandeling. Daarop maakt het kabinet een hele brief met weer heel veel wollig taalgebruik, waarin het uiteindelijk neerkomt op: een beslissing is aan het volgende kabinet. Fijn, dan gaat deze Kamer wel beslissen om het te doen, zou ik willen voorstellen. Voor zowel de vorige aangenomen motie als voor deze zijn namelijk nog grotere meerderheden, dus laten we dat als Kamer vooral gaan doen en het kabinet dwingen om dit wel te gaan verrichten.

Ik sluit me aan bij zowel de heer Bushoff als de heer Claassen als het gaat over het betrekken van gemeenten, personeel en patiënten. Geef ze instemmingsrecht bij fusies of het sluiten van delen van ziekenhuizen. Daar is ook een voorstel over aangenomen. Ook daaraan wordt eigenlijk helemaal geen gehoor gegeven. Er wordt gezegd: we betrekken de inwoners en de gemeenten bij de besluitvorming. Betrekken is iets anders dan instemmingsrecht verlenen.

Tot slot. Het is misschien een beetje een vreemde eend in de bijt, maar ik ga het wel noemen. We hebben het gehad over kraamzorg. Ik schrok me eerlijk gezegd rot toen ik me wat was gaan verdiepen in de kraamzorg. Waar ben ik achter gekomen? Een op de zes ouders maakt geen gebruik van kraamzorg omdat ze het niet kunnen betalen. In grotere steden is dat zelfs een kwart van de vrouwen. Ik vind dat echt superheftig. Ik lees dat er onderzoeken naar gedaan zijn door het Erasmus MC. Daarin wordt gezegd dat dit mensen met een lagere sociaal-economische klasse het hardst treft. Dat kan niet verbazen. Ik zou graag deze Kamer willen oproepen om de eigen bijdrage in de kraamzorg volledig af te schaffen -- ook daar is een grote meerderheid voor -- zodat iedereen gebruik kan gaan maken van kraamzorg. De allerbelangrijkste momenten in het leven van mensen zijn de allereerste dagen, de allereerste maanden en de allereerste jaren. Daar mogen wij toch als samenleving, als overheid, absoluut niet op gaan bezuinigen.

Tot slot, het veelgehoorde argument over het personeelstekort. De heer Bushoff zei het ook, maar ik wil het toch nog herhalen. Als ik in gesprek ben met personeel uit ziekenhuizen of de kraamzorg, dan zeggen zij: zodra er ook maar een mogelijkheid is van het sluiten van afdelingen, vertrekken mijn collega's, stijgt bij mij de werkdruk en daarmee ook het ziekteverzuim. Laten we alstublieft stoppen met dit soort vooraankondigingen als er een mogelijke sluiting is, met het veroorzaken van onrust. Dat zorgt er namelijk voor dat mensen eerder vertrekken dan noodzakelijk. Dan creëer je een soort selffulfilling prophecy waarbij het personeelstekort bij delen van ziekenhuizen alleen maar erger wordt dan het was. Ik ben het met mijn collega's eens: dan is het een kwestie van zo goed mogelijk personeel opleiden.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U gaat natuurlijk over uw eigen woorden, maar de kwaliteit van het debat is er altijd wel bij gebaat dat we het over de onderwerpen hebben die op de agenda staan. Kraamzorg is een afgeleide, maar ... U begrijpt wel wat ik bedoel, meneer Dijk.

De heer **Dijk** (SP):

Ik weet dat ik inderdaad op het randje zit, maar ik moest het toch even noemen.

De **voorzitter**:

Dat is, nogmaals, uw goed recht, maar ik doe de oproep met het oog op de kwaliteit van het debat. Mevrouw Paulusma namens de D66-fractie.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. We praten vandaag over de acute zorg, over de ambulancezorg, de huisartsenposten, de zorgcoördinatiecentra, de thuiszorg, de spoedeisende hulpen, maar eigenlijk praten we dan ook over de ouderenzorg, de ggz, de sociale wijkteams en de huisartsen. Allemaal schakels die actief zijn in de acute zorg, maar vooral in het voorkomen van acute zorg, schakels die goed moeten samenwerken, zeker regionaal.

Voorzitter. Dit gebeurt gelukkig al op heel veel plekken. Ik heb zelf gewerkt in een ziekenhuis in Groningen waar dit al lang de standaard is en vorige week hoorden we het inspirerende verhaal van het BovenIJ over samenwerking binnen maar vooral buiten de muren van het ziekenhuis. Dit zijn initiatieven die we moeten omarmen wat D66 betreft, juist om ervoor te zorgen dat waar je ook woont en welke zorgvraag je ook hebt, je de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Dat kan ook thuis zijn. Dat lieten Lennert en Jaap me zien, die als physician assistant thuis acute zorg verlenen. Natuurlijk betreft dat niet de grote trauma's, maar hechten kan wel thuis. Voor oudere patiënten is dit een fantastische uitkomst.

Maar er gaan ook zaken moeizaam, zo niet heel moeizaam. Omwille van de tijd noem ik er drie. Een van de problemen die door eigenlijk alle partijen worden genoemd, ook tijdens het rondetafelgesprek van afgelopen week, is de gegevensuitwisseling, of eigenlijk het gebrek daaraan. Dit gebrek aan uitwisseling is niet alleen frustrerend voor zorgverleners maar heeft ook desastreuze gevolgen voor patiënten. Per jaar belanden er 27.000 mensen in het ziekenhuis vanwege problemen met medicatieoverdrachten en gegevensuitwisseling. Vorig jaar heb ik een motie ingediend voor een opt-out van noodzakelijke gegevens als het gaat om de spoedeisende zorg. Ook nam

de Kamer mijn amendement aan waarmee we 20 miljoen vrijgemaakt hebben voor medicatieoverdrachten. Vandaag vraag ik de minister hoe het hiermee staat, want het zorgveld kan niet wachten, en de patiënten kunnen dat al helemaal niet. Wanneer acht de minister het haalbaar die actuele medicatieoverzichten ook daadwerkelijk te organiseren? En waar staat de Wet opvraagbaarheid gegevens voor spoedeisende zorg nu?

Voorzitter. Het tweede probleem waar het veld tegen aanloopt, is de bekostiging. De financiële prikkels die nu bestaan, werken niet of niet afdoende, maar dragen vooral niet bij aan de juist zo gewenste regionale samenwerking. Wat ook nu weer mooi is, is dat het veld al de eerste stappen naar een betere situatie laat zien. In Rotterdam wordt er in samenwerking met Zilveren Kruis bijvoorbeeld al waardegedreven bekostigd en ingekocht, met nadruk op het leveren van kwaliteit in plaats van volume. Ik zie hier echt een heel mooie stap vanuit het veld in. En zo zijn er meer voorbeelden waar wat mij betreft vanuit hier juist op aangejaagd zou moeten worden, juist ook in de keten van de acute zorg en het voorkómen van acute zorg. De combinatie van populatiebekostiging met uitkomstbekostiging lijkt mij een vorm die het verkennen waard is. Hoe kijkt de minister hiernaar? Is er ruimte om juist op regionaal niveau hier verder mee te experimenteren?

Voorzitter. Mijn laatste punt. Ook hier geldt weer dat vrouwen aan het kortste eind trekken. We weten al geruime tijd dat vooral de situatie van vrouwen op leeftijd het meest verkeerd wordt ingeschat in een acute situatie en dat daardoor deze groep vrouwen te vaak naar een plek worden gestuurd waar ze niet direct de juiste zorg krijgen. Onderdiagnostiek en verkeerde triage spelen hierin een grote rol. Ik heb hier al eerder vragen over gesteld. Ik ben dan ook heel blij dat onze minister onlangs besloten heeft om meer onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen te stimuleren, zodat er betere triage en diagnostiek kan plaatsvinden. Wat mij betreft is dat ook broodnodig in de acute zorg. Ziet de minister mogelijkheden om in deze agenda ook de acute zorg en dan in het bijzonder de triage en de diagnostiek mee te nemen?

Voorzitter. Ik sluit af. Ik hoop van harte dat we met elkaar, politiek en veld, naar een organisatie van de acutezorgketen kunnen waarin het belang van de patiënt vooropstaat, met zorg nabij waar dat kan en verder weg waar dat moet.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Dijk heeft een vraag voor u.

De heer **Dijk** (SP):

Mevrouw Paulusma heeft vaker het punt van de opt-out herhaald en gezegd dat een opt-out belangrijk is voor gegevensuitwisseling. Nu heeft zij volgens mij ook gezien dat daar in de nieuwe samenstelling van deze Tweede Kamer geen meerderheid voor is -- althans naar mijn weten, of ik moet ernaast zitten. Dit moet zij ook zelf hebben gezien. Ik vroeg mij dus af of zij ondertussen al heeft nagedacht over manieren van gegevensuitwisseling die zo'n opt-out toch zouden kunnen bespoedigen of verbeteren.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik word eigenlijk alleen maar strijdlustiger. De opt-outregeling in de acute zorg is er namelijk juist omdat mensen in een acute situatie niet kunnen aangeven "u mag mijn gegevens inzien". Als we dit niet met elkaar regelen, gaan er mensen dood of krijgen schade vanwege niet op tijd optreden, schade die soms levenslang kan voortduren. Ik word dus met de dag strijdlustiger en het veld wordt dat ook, merk ik in alle brieven die we krijgen. Ik houd dus moedig vol, want dat is wat mij betreft in het belang van patiënten en dat is die strijd elke dag waard.

De **voorzitter**:

De heer Claassen heeft ook een vraag voor u.

De heer **Claassen** (PVV):

De vraag sluit aan bij wat de heer Dijk zegt. Is dat toch niet een vergeefse strijd? Want als ik kijk naar de huidige verhoudingen en naar de motie van Agema op stuk nr. 309 (27529) heeft u 109 zetels tegen u. Dus hoe ziet u het dan voor u de komende tijd?

De **voorzitter**:

Hoe ziet mevrouw Paulusma dat voor zich? Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben niet de politiek ingegaan omdat het makkelijk was. Dat is het namelijk bijna iedere dag niet in dit huis. Ik zal mij elke dag inzetten voor betere patiëntzorg, niet omdat dat mijn hobby is, maar omdat zowel het veld als ook heel veel onderzoek aantoonde dat die opt-outregeling mensenlevens redt. Ik hoop dus heel erg dat partijen die daar nu van afzien, om redenen die ik echt onbegrijpelijk vind, toch nog tot inkeer komen en wél voor het patiëntbelang gaan staan.



De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan de heer Diederik van Dijk, die spreekt namens de SGP-fractie.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Dank. Ik ben het van harte met mijn buurvrouw eens: er bestaat geen vergeefse strijd en van een beetje tegenwind word je sterker. Houd dus vol, collega.

Voorzitter. Waar je ook woont in Nederland, iedereen moet kunnen rekenen op snelle toegang tot acute zorg. Of je nu in Amsterdam of Appingedam woont, in Utrecht of Uddel: elke regio telt. De toegankelijkheid van de acute zorg staat echter onder druk, met name in het landelijk gebied. We zien personeelsschaarste, lange wachttijden, een toenemende zorgvraag en opnamestops bij spoedeisende-hulpposten. De afgelopen jaren klonk daarom vaak de mantra "concentratie". Het schrappen van de 45 minuten norm is echter controversieel verklaard door de Kamer. Zoals een spoedeisendehulparts tegen ons zei: niet verkeerd dat dit stokpaardje op stal is gezet.

Uit het rondetafelgesprek van vorige week bleek dat we niet precies weten wat de effecten zijn geweest van het sluiten van de SEH's op de kwaliteit van hoog- en laagcomplexe acute zorg. Gedegen wetenschappelijk onderzoek hiernaar ontbreekt. Is de minister bereid om dit alsnog te laten onderzoeken? Is zij het ermee eens dat verdere sluiting van SEH's onverantwoord is zolang de effecten daarvan onduidelijk zijn? Uit Deens onderzoek, waar het aantal ziekenhuizen is gehalveerd, blijkt overigens dat de kwaliteit van de acute zorg daar nauwelijks is verbeterd, terwijl de toegankelijkheid ervan achteruit is gegaan. Wat leert de minister van de Deense situatie?

Voorzitter. In het rondetafelgesprek gaf professor Varkevisser aan dat impactanalyses op basis van een beperkt aantal indicatoren kunnen helpen bij de besluitvorming over concentratie van acute zorg. Voor een weloverwogen keuze is het zinvol om verschillende scenario's uit te werken. Ziet de minister ook het nut in van zo'n impactanalyse?

Voorzitter. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft onderzoek gedaan naar de bekostiging van de acute zorg. Bij dit onderzoek is de acute verloskunde echter niet betrokken. Is de minister bereid om opdracht te geven tot aanvullend onderzoek naar de bekostiging van de acute verloskunde?

Voorzitter. De drukte op de spoedeisende hulp wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door problemen elders in de zorg, zoals de wachtlijsten voor de verpleeghuizen, de ggz en het personeelstekort in de wijkverpleging. Het is cruciaal dat er in regionaal verband afspraken worden gemaakt tussen

ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleging en het sociaal wijkteam. Komt dit van de grond? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat regionale samenwerking niet gehinderd wordt door de bestaande wet- en regelgeving ten aanzien van de financiering op gegevensuitwisseling? De acutezorgregio's hadden tot eind 2023 om plannen te maken over de toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit van de zorg. Hoe staat het daar nu mee en wanneer is duidelijk of deze plannen voldoende solide zijn?

Tot slot, voorzitter. Bij de oorzaken van de drukte op de acute zorg, speelt ook het uitgaansleven in het weekend een rol. Drank en drugs brengen helaas niet het beste in mensen naar boven. Heeft de minister zicht op de mate waarin de acute zorg belast wordt met drank- en drugsgerelateerde hulp? Is zij bereid om samen met bijvoorbeeld de minister van JenV te kijken naar oplossingen hiervoor?

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van Dijk. Als u de microfoon uitzet, vraag ik mevrouw Paulusma om tijdelijk het voorzitterschap over te nemen, zodat ik namens de VVD-fractie een korte bijdrage kan leveren.

**Voorzitter: Paulusma**

De **voorzitter**:

Ik geef met alle plezier het woord aan mevrouw Tielen van de VVD voor haar bijdrage.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Vorig voorjaar liep ik een avonddienst mee op de spoedeisende hulp in het Diakonessenhuis in Utrecht. Het was heel indrukwekkend om te zien hoe kundige en betrokken professionals bezig zijn met patiënten en hun familieleden, en, niet te vergeten, hoe zij contact hebben met de partners in het zorgnetwerk, de huisarts, de apotheker, de verslavingszorg. Ik ervoer daar in het echt wat ik ook vaak op het televisiescherm zie bij het programma 24 Uur In De E.R. -- mijn guilty pleasure.

De acute zorg is een belangrijk uithangbord voor de gehele gezondheidszorg. Het omvat meer dan alleen de spoedeisende hulp in het ziekenhuis; we hebben het daarbij ook over bijvoorbeeld de huisarts, de huisartsenposten,

de verloskundige zorg; er is al aan gerefereerd. Er is veel reuring over met name de spoedeisendehulpafdelingen in ziekenhuizen. Mensen zijn bang voor sluiting en dat is niet altijd onterecht.

Maar we moeten in de Kamer de reuring ook niet aanwakkeren, want zoals een van de kundige professionals tijdens de rondetafelgesprekken vorige week al zei: het aanjagen van publieke opinies werkt niet altijd mee. En dan zeg ik het, geloof ik, iets voorzichtiger dan die professional het zei. Wij moeten hier zorgen dat de normen -- kwaliteit, toegankelijkheid -- en de structuren kloppen, en controleren of de minister de goede rol neemt in de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord, dat een belangrijke basis is om de acute zorg toekomstbestendig te maken.

Voorzitter. Wat betreft toekomstbestendigheid hebben we het vooral over vergrijzing, dus over ouderen en spoedzorg. De grootste groep gebruikers van de spoedzorg zijn ouderen. En elke dag melden vele, véle ouderen zich onnodig bij de spoedeisende hulp, zo blijkt uit onderzoek van onder andere NOS en Nieuwsuur. Dat is des te vervelender omdat ouderen en ziekenhuizen eigenlijk geen goede combinatie zijn. In een ziekenhuis is de kans reëel dat ouderen ondervoed raken of besmet worden met antibioticaresistente bacteriën, en vaak bewegen zij daar ook te weinig voor een goed herstel. Idealiter is de netwerkzorg zo ingericht dat zo veel mogelijk voorkomen kan worden dat ouderen ziekenhuiszorg nodig hebben; mevrouw Jansen sprak er al over.

Ik wil daarom van deze minister weten wat zij kan en gaat doen om onnodige spoedzorgvragen door ouderen te voorkomen vanuit drie onderwerpen. Allereerst preventie. Er zijn concrete, bewezen effectieve maatregelen om die acutezorgbehoefte te voorkomen. Valpreventie is al genoemd, maar ik noem ook de periodieke medicijnchecks. In hoeverre maken die al standaard deel uit van eerstelijnszorg in de regio's? Hoeveel ouderen kunnen gebruikmaken van dit soort preventiezorg en wat kan er worden gedaan om dat bereik groter te maken?

Als tweede onderwerp noem ik triage, zorgcoördinatie en generalistisch specialisten. Als ouderen zich melden met een zorgvraag of een gezondheidsprobleem, is het van belang dat zij de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Een prachtige mantra, maar zeker in de acute situatie is het heel belangrijk. Op die drie niveaus is al veel in gang gezet om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen, maar er vallen nog wel wat gaten. Kan de minister de doelgroep ouderen specifiek en expliciet benoemen in de rapportages, de evaluaties, de verbetervoorstellen? Ik heb de indruk dat we dat soms vergeten. Kan ze er misschien vandaag ook al wat aandacht aan besteden in haar reactie op de vragen? Wat kunnen we doen om ouderen de belangrijkste aandachtspunten te geven?

En natuurlijk, voorzitter, u verwacht het: innovatie. Innovatie in alle schakels en op alle gebieden in de gehele keten van de acute zorg kan betere kwaliteit maar ook veel arbeidsbesparing opleveren. Denk aan het makkelijker

uitwisselen van gegevens -- ik sluit mij aan bij de vragen daarover van mevrouw Paulusma -- maar ook bijvoorbeeld aan de ambulancecamera in de regio Amsterdam die de SEH voorbereidt op de patiënt die binnengebracht gaat worden. In het algemeen, maar zeker ook als het gaat om acute zorg, worden projecten gefinancierd vanuit tijdelijke, incidentele subsidies. Daardoor worden er op heel veel plekken in het land slimme dingen verzonnen waar vervolgens te weinig mee gebeurt. Wat kan de minister daaraan doen?

Tot slot -- ik heb nog een halve minuut -- een paar updatevragen. Ik ben benieuwd wat de minister vindt van de ROAZ- en regiobeelden. De NZa is denk ik terecht kritisch over wat ik -- het zijn niet de woorden van de NZa -- de toch wat oppervlakkige analyses noem. De NZa dringt aan -- dit zijn wél haar woorden -- op een regionale dialoog om de knelpunten en verandermogelijkheden verder te brengen. Is de minister tevreden met het tempo? Hoe kan zij het versnellen -- ik ga ervan uit dat zij er niet tevreden mee is?

Tijdens het debat over mijn initiatiefnota hebben we het ook gehad over samenwerking tussen ziekenhuizen. Minister Kuipers heeft het gesprek met zorgverzekeraars over die samenwerking tussen ziekenhuizen al gevoerd. Wat kan de minister doen om dat voort te zetten, om zo ook te zorgen dat spoedzorg uitgewisseld kan worden?

Tot slot goed werkgeverschap. Eerder heb ik met collega Drost een motie ingediend over behoud van personeel in de zorg. De minister geeft in de update aan dat zij daar nog op terugkomt als de ROAZ-plannen er zijn. Daar hoor ik dus ook graag meer over.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dat geeft aanleiding tot een vraag. Gaat uw gang, meneer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Goed dat de collega de ROAZ-regio's noemt. Wij hoorden als fractie recent dat binnen die ROAZ-regio's verpleegkundigen, ook die uit de acute hoek, geen plek hebben. Wat is uw visie daarop? Wat zou er moeten veranderen om ervoor te zorgen dat die verpleegkundigen daar, waar zij ook aan tafel horen, wél een plek krijgen?

De **voorzitter**:

Deze voorzitter is ook streng. Het gaat via de voorzitter. Gaat uw gang, mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Het is een heel mooie vraag van meneer Claassen, ook al omdat hij waarschijnlijk weet dat ik samen met mevrouw Ellemeet de initiatiefwet over zeggenschap speciaal heb gericht op anderen dan artsen in de groep zorgprofessionals. Ik ben het dus heel erg eens met meneer Claassen dat verpleegkundigen een veel grotere stem moeten hebben aan die tafels. Dus ja, laten we kijken hoe we dat voor elkaar kunnen krijgen, misschien wel vanuit die wet die we hebben ingediend. Daarnaast denk ik ook dat de Directeur Publieke Gezondheid nog een betere plek kan krijgen.

De **voorzitter**:

Volgens mij heeft iedereen zijn vragen opgespaard of spaart ze nog op voor de tweede termijn; ik weet niet hoe de regels van deze voorzitter zijn. Maar ik geef het woord weer aan haar. Gaat uw gang.

**Voorzitter: Tielen**

De **voorzitter**:

Dank u wel mevrouw Paulusma. We zijn gekomen aan het eind van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik kijk even naar de minister. Hoe lang hebt u nodig voor het voorbereiden van uw eerste termijn? Een halfuur? Dat ronden we iets af. Om 16.45 uur -- het is een lange dag -- gaan we verder met dit commissiedebat. U hebt nu dus even de tijd om iets anders te doen, zeg ik in de richting van de publieke tribune, maar ook in de richting van mijn collega-Kamerleden. We gaan om 16.45 uur verder met het commissiedebat. Tot straks.

De vergadering wordt van 16.16 uur tot 16.45 uur geschorst.

De **voorzitter**:

We hervatten het commissiedebat Acute zorg. We zijn toegekomen aan de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Dat betekent dat ik zo meteen het woord ga geven aan de minister voor Medische Zorg. Maar eerst ga ik tegen de Kamerleden zeggen dat zij vier korte interrupties hebben. U kunt er

twee keer twee doen of wat dan ook, maar hou het kort, want anders tel ik ze gewoon voor twee. Dat is heel makkelijk. Het woord is aan de minister voor Medische Zorg, minister Dijkstra.

Minister **Dijkstra**:

Dank u wel, voorzitter. Sluitingen van ziekenhuizen, SEH's of afdelingen acute zorg of acute verloskunde roepen veel reacties op. Mensen zijn bezorgd: kan ik nog wel op tijd in het ziekenhuis zijn als ik met spoed zorg nodig heb? Die zorgen snap ik heel goed. Tegelijkertijd moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars nadenken over de manier waarop ze de acute zorg ook in de toekomst kwalitatief goed en toegankelijk kunnen houden. Dat is geen vanzelfsprekendheid vanwege personele schaarste en een stijgende zorgvraag. Een ziekenhuis in de buurt heeft immers geen waarde als daar geen gekwalificeerd personeel werkt.

Dit roept de nodige dilemma's op -- die zijn ook langsgesproken -- over de manier waarop het acuteziekenhuizorglandschap is ingericht. Heel kort samengevat zou je kunnen zeggen: een inwoner wil een SEH in de buurt; een patiënt wil vooral goede zorg. Beide perspectieven zijn natuurlijk waar en we moeten met beide belangen rekening houden als we nadenken over de inrichting van de acute ziekenhuiszorg. Mijn voorganger heeft veel nadruk gelegd op de kwaliteit van zorg, en terecht. Dat is een belangrijk aspect van acute ziekenhuiszorg. Tegelijkertijd hoor ik uw Kamer juist veel aandacht vragen voor nabijheid. We zullen dus met elkaar een manier moeten vinden om recht te doen aan deze belangen op een manier die ook nog organiseerbaar is.

Voorzitter. Meerdere leden van uw Kamer hebben voorstellen gedaan of gesteund om de procedure rondom het sluiten van delen van ziekenhuizen aan te passen. Een meerderheid heeft ingestemd met de motie-Dijk om instemmingsrecht te realiseren voor patiënten, professionals en gemeenten bij het sluiten van delen van ziekenhuizen. Er moet nog gestemd worden over het ook al genoemde amendement van de leden Bushoff en Van den Berg, waarin gemeenten verplicht worden een zwaarwegend advies te geven bij voornemens tot sluiting. Dat amendement stelt dat bij een negatief advies alleen mag worden gesloten bij een aanwijzing van de IGJ.

Ik zeg het maar meteen: het is echt aan een volgend kabinet om aan al deze punten uitvoering te geven. Maar ik snap goed dat uw Kamer aandacht vraagt voor die betrokkenheid van gemeenten, professionals, patiënten en inwoners bij besluitvormingen rond de ziekenhuiszorg. Net als u vind ik dat besluiten over veranderingen in het ziekenhuisaanbod superzorgvuldig moeten worden genomen, in nauwe afstemming met de omgeving van het ziekenhuis. Daarin hebben ziekenhuizen en verzekeraars een grote verantwoordelijkheid. Tegelijkertijd ...

De **voorzitter**:

Minister, voor u verdergaat willen een paar mensen reageren op uw inleidende bespiegelingen. Als eerste meneer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik vind dit persoonlijk wel jammer van een motie van een collega. Die mag dadelijk zelf ook het woord daarover voeren. Die motie, die oproept om de actoren die in die motie genoemd zijn een positie te geven, is breed aangenomen. Wat houdt de minister tegen, los van het feit dat zij zegt dat het naar de nieuwe regering moet? Kan zij niet gewoon de telefoon pakken en zeggen: dit is wat de tweede Kamer wil? Bel die mensen op en zorg dat je aan tafel zit. Het lijkt mij niet zo moeilijk.

Minister **Dijkstra**:

U heeft het over de motie over het instemmingsrecht. Instemmingsrecht geven is niet iets wat je per telefoon doet, waarbij je zegt: bij dezen hebben jullie instemmingsrecht. Dat is iets wat enorme procedures vergt en beslissingen vergt over de manier waarop je dat doet. Je moet onderzoeken wat daar de consequenties van zijn. Want hoe kan een ziekenhuisbestuurder de verantwoordelijkheid voor zo'n organisatie dragen als hij toestemming moet krijgen van de burgemeester, de gemeenteraad of een inwonerscommissie voor hij dat kan doen? Er zitten dus heel veel haken en ogen aan vast. Omdat dat zo veel vergt, zeg ik: daaraan kan ik als demissionair minister geen uitvoering geven en dus is dat aan een volgend kabinet.

De **voorzitter**:

Meneer Dijk heeft daar ook een vraag over.

De heer **Dijk** (SP):

Laat ik dan eens uiterst schappelijk zijn, want ik ben het eigenlijk met mijn buurman eens. Ik ben het ook inhoudelijk met mijn buurman eens op dit punt, nog los van het feit dat daar voorstellen voor aangenomen zijn. Maar u zegt dat dat aan een volgend kabinet is. Ik heb hier in de Kamer vaker gezegd dat mensen niet kunnen wachten, maar er zijn enkele locaties, zoals Heerlen en Zoetermeer, waarvoor het gewoon niet kan wachten. Ik snap dat u dan zegt dat dat instemmingsrecht uitgewerkt moet worden en dat dat bij wet moet

worden vastgelegd. Ik begrijp dat allemaal, maar die ziekenhuizen kunnen nu niet wachten. Ik noem even Heerlen en Zoetermeer, en er zullen echt meer voorbeelden zijn. Ik vond de uitwerking van mijn aangenomen motie namelijk wel echt teleurstellend. Ik wil dus vragen wat de minister nu kan doen om ervoor te zorgen dat de lokale overheden, die ik vandaag ook op bezoek heb gehad, niet alleen betrokken worden, maar hierin ook echt een rol gaan spelen. Dat is nu namelijk geenszins het geval.

De **voorzitter**:

Meneer Dijk, dit was een veel te lange interruptie. Laat ik ook schappelijk zijn, maar de volgende interrupties zijn heel kort; anders tel ik die voor twee.

Minister **Dijkstra**:

Wat ik daaraan kan doen, is wat ik bijvoorbeeld laatst heb gedaan, namelijk burgemeesters en voorzitters van raden van bestuur van ziekenhuizen aan tafel vragen, overleg met hen hebben en kijken wat er dan gebeurt. Aan de ene kant zit daar namelijk de ziekenhuisbestuurder, die verantwoordelijk is voor zijn organisatie, en aan de andere kant zit de burgemeester, die verantwoordelijk is voor de gang van zaken in zijn of haar gemeente. Dan zie je dat als dat gesprek plaatsvindt, er gaandeweg steeds meer begrip voor elkaar komt en de noodzaak wordt gezien van het met elkaar overleggen over dit soort zaken. Als de ziekenhuisbestuurder bezig is met de organisatie, aan het kijken is hoe kan worden opgelost dat hij geen of niet voldoende personeel heeft enzovoort, en denkt "ik moet misschien op een andere locatie iets openen" of wat dan ook, dan is de gemeente aan zet om vervolgens de infrastructuur te leveren. Er was hier ook net al iemand die dat even noemde. Dan is het dus nodig dat je heel nauw samenwerkt, want de ziekenhuisbestuurder gaat niet over het aanleggen van wegen of het toegankelijk maken van kruispunten voor bijvoorbeeld ambulances. Ik noem maar wat voorbeelden. Die samenwerking is wat mij betreft veel belangrijker dan het met allerlei procedures regelen en vastleggen daarvan. Uiteindelijk wil je -- daar zijn we natuurlijk in het Integraal Zorgakkoord heel erg mee bezig -- zorgen dat zorg, gemeenten en iedereen in dat hele zorgveld betrokken worden bij die samenwerking en met elkaar overleggen. Maar om dit bij wet te regelen ... Ik kan dat niet doen. Ik heb daar de gelegenheid niet voor, maar ik zou het ook niet willen, moet ik zeggen. Ik geef net aan waarom ik denk dat dat niet goed is. Het is namelijk uiteindelijk aan de gemeenten, aan de inwoners, aan de ziekenhuizen en mogelijk aan eerstelijnsorganisaties die hierbij betrokken worden om dat met elkaar te overleggen.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):



Eigenlijk was ik het best wel eens met de samenwerking zoals de minister die omschreef, maar we moeten toch constateren -- dat is dan mijn eerste vraag aan de minister -- dat die samenwerking nu, met de procedures die we nu hebben, onvoldoende goed geborgd is, afgaande op Heerlen, Friesland, Zoetermeer en, niet te vergeten, Zeeland et cetera? Is de minister dat met mij eens? Is daarvoor die voorgestelde wetswijziging van mijn collega Van den Berg en mijzelf, die nu voorligt, dan niet de oplossing?

Minister **Dijkstra**:

Ik kan mijn antwoord nog wel een keer herhalen, maar dat lijkt me weinig zinvol. Ik heb aangegeven hoe ik daartegen aankijk en ik zie juist in die regio's wel het nodige op gang komen. Ik kan me goed voorstellen dat als inwoners met elkaar zeggen "wij willen niet dat hier ziekenhuizen worden samengevoegd" of wat dan ook, er weliswaar met elkaar kan worden gekeken hoe het dan beter te regelen is, maar dat er dan toch vanuit het oogpunt van de organisatie en kwaliteit van de zorg wordt besloten dat het niet in stand te houden is. Dat is uiteindelijk toch echt aan de bestuurders. Dan vind ik het wel heel erg lastig om te zeggen: nee, maar de inwoners willen het niet. Dan krijg je dus een gebouw met een bordje "ziekenhuis" erop, maar met daarin geen gekwalificeerd personeel. Daar heb ik helemaal niets aan. Niemand heeft daar iets aan, in de regio en lokaal ook niet. Dat je daar iets mee moet, wordt wel steeds meer gevoeld. Dat is nog niet volop gaande, maar dat krijg je ook niet voor elkaar met nieuwe procedures, wetgeving, regelgeving en het allemaal ingewikkelder maken dan het op dit moment al is.

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff, in tweede instantie.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Een vervolgvraag dan hierop. Eigenlijk hoor ik de minister zeggen: de procedures die we nu hebben, onder andere hoe de betrokkenheid van het lokale bestuur geregeld is in de algemene maatregel van bestuur, borgen voldoende dat de samenwerking tussen het lokale bestuur, het zorgveld, de inwoners en het ziekenhuis goed functioneert. Daar kan ik met mijn hoofd niet bij, gezien de voorbeelden die we recentelijk voorbij hebben zien komen. Dus is dat echt wat de minister denkt? Waarborgt deze AMvB voldoende dat dit goed genoeg gebeurt?

Minister **Dijkstra**:

Dat dat problemen geeft hier en daar, en dat het nog niet goed uitgevoerd wordt, is iets anders dan de vraag of je er dan maar weer allerlei wet- en regelgeving en procedureafspraken tegenaan moet gooien. Op een gegeven moment moet je zeggen: we hebben dit zo geregeld en als het niet zo wordt uitgevoerd, moeten we het daar met elkaar over hebben. Maar ik ben dus heel erg tegen het inrichten van nog meer ingewikkelde zaken. Ik ben even gestopt met mijn verhaal, maar ik probeerde eigenlijk om een heel verhaal te vertellen over de acute zorg, hoe die er wat mij betreft aan toe is en hoe die eruit zou moeten zien. Want ik denk dat we allemaal hetzelfde willen. Ik weet het wel zeker, eigenlijk. Ik wil ook geen SEH sluiten. Ik wil geen ziekenhuizen dichtdoen. Dat kan ik ook helemaal niet. Dat is helemaal niet mijn bevoegdheid. Daar ga ik niet over. Maar ik wil wel dat er heel goede acute zorg is, dat die toegankelijk is en dat mensen op de juiste plek de juiste spoedzorg krijgen. Daar kom ik ook nog op als het over ouderen gaat. Daar gaat het uiteindelijk om.

**De voorzitter:**

De minister was nog niet klaar met haar inleiding. Meneer Dijk, even kort.

De heer **Dijk** (SP):

Kort, ik móét hierop reageren, want altijd als ik "daar ga ik niet over" hoor ... Daar ben ik echt allergisch voor. "Daar ga ik niet over": zorg ervoor dat u er wel over gaat! U bent hier democratisch gelegitimeerd om beslissingen te nemen. Als u er niet zelf over gaat, zijn er anderen die via u handelen.

**De voorzitter:**

"Via de minister handelen."

De heer **Dijk** (SP):

Via de minister handelen. Ik ben een groot voorstander van ieder voorstel dat lokale en regionale overheden meer zeggenschap geeft. Dat is precies het punt. In al die voorbeelden die de heer Bushoff noemt, zie je constant dat de lokale en regionale overheden er niet bij betrokken werden, dat de patiëntenorganisaties er niet bij betrokken werden, en dat alleen de ziekenhuisbestuurders de beslissing namen.

**De voorzitter:**

Meneer Dijk, uw vraag.

De heer **Dijk** (SP):

Dat kan niet waar zijn. Ik wil graag een reactie van de minister op haar opmerking "daar ga ik niet over".

Minister **Dijkstra**:

Het is maar goed dat ik daar niet over ga. Het zou niet best zijn als een minister die niets weet van de zorg, die geen medische achtergrond heeft en geen bestuurder is in een ziekenhuis, gaat beslissen over hoe zo'n organisatie gerund moet worden. Ik heb nu al een heel volle agenda, maar het zou gewoon echt ook helemaal niet zo moeten zijn. Ik ben dus erg tevreden over de manier waarop wij de zorg hebben ingericht. Ik denk dat we dat in Nederland heel goed doen. Ik ben het er onmiddellijk mee eens dat er nog heel veel zaken zijn die beter kunnen. Helemaal. Maar ik zou het niet goed vinden als wij hier in Den Haag gaan regelen dat een ziekenhuis of een SEH ergens in de regio wel of niet dicht gaat. Daar ben ik echt heel erg tegen. Sorry voor het vingertje, maar ik zag dat u naar de microfoon greep en ik wil graag even mijn zin afmaken. Wat ik belangrijk vind, is dat het juist in de regio gebeurt, juist met de omgeving. We hebben niet voor niks in het Integraal Zorgakkoord de VNG aan tafel. Daarbij praten we ook met de gemeenten. We zijn bezig om te kijken hoe we iedereen zo veel mogelijk bij de inrichting van het zorglandschap kunnen betrekken. Ik ben het met u eens dat dat nog in de kinderschoenen staat. Of: dat ben ik met de heer Dijk eens, voorzitter.

De **voorzitter**:

Meneer Dijk, dit is wel een waarschuwing: kort, en een vraag.

De heer **Dijk** (SP):

Als het niet goed gaat, vind ik het echt onwijs belangrijk dat er een minister is die wel kan ingrijpen. En het gaat niet goed. Kijk naar het voorbeeld van Heerlen. Er wonen daar 300.000 mensen, maar de spoedeisende hulp en de ic dreigen daar te verdwijnen. Tijdens het rondetafelgesprek hadden we hier de burgemeester van Voorne aan Zee. Je zag gewoon de pijn in zijn ogen toen hij zei: ik ben er niet gerust op dat het goedkomt als er hier een calamiteit gebeurt. Juist als de lokale overheden er in de regio niet uitkomen met een ziekenhuisbestuurder, vind ik het onwijs belangrijk dat er een minister is die zegt: we gaan het wél doen.

Minister **Dijkstra**:

We kunnen heel lang praten over de vraag op welk moment je moet ingrijpen als er iets niet goed gaat en wat ik dan als minister kan doen. Wat ik natuurlijk wél doe, is dit allemaal monitoren. Waar het nodig is, proberen wij met handreikingen het gesprek tussen de zorgaanbieders en de gemeenten vorm te geven, zodat dat gesprek ook echt goed plaats kan vinden. U zegt: het gaat gewoon niet goed. Maar als we kijken naar bijvoorbeeld het Zuyderland ziekenhuis ... Wie noemde dat? Meneer Dijk en ... Nou ja, u allemaal, eigenlijk. Iemand heeft mij gevraagd om na dit debat even te bellen met het ziekenhuis. Dat kan dus ook in een schorsing, kan ik u vertellen. Partijen worden daarbij breed betrokken. Er is gesproken met gemeenteraden. Eerstelijns Burgerkrachtambulances zitten naast verzekeraars in de regiegroep. Het is een heel zorgvuldig proces, waarin onder leiding van Lea Bouwmeester met iedereen wordt gesproken. Iedereen wordt daar dus bij betrokken. Dat geef ik even mee met betrekking tot een voorbeeld waarvan hier gezegd werd: dat gaat niet goed.

De **voorzitter**:

Ik merk dat mensen hierop willen reageren, maar ik ben de voorzitter en ik bepaal wie er aan het woord is. De minister is nog niet klaar met de inleiding en sommige mensen hebben hun interrupties al bijna opgemaakt. Ik zie dat meneer Claassen nog een tweede vraag wil stellen. Kan de minister even de microfoon uitzetten?

De heer **Claassen** (PVV):

Ik wil daar graag een tweede interruptie aan wijden om de minister misschien te helpen. Ik waardeer zeer dat u nog even gebeld heeft met waarschijnlijk de heer Jongen van het Zuyderland. Ik kom toch even terug op de AMvB. U zegt dat die AMvB erin zou voorzien dat het aan tafel zitten geborgd zou moeten zijn. Maar in de voorbeelden die u geeft, gaat het niet over aan tafel zitten. Bij Lea Bouwmeester, waar u aan refereerde, zitten zij niet aan tafel. Het is het uitdrukkelijke verzoek van het lokale bestuur om daar aan tafel te zitten. Want het gekke is -- de minister noemt het zelf -- dat de ambulancezorg die daar zit private-equityambulancezorg is. Ik kan u op een briefje geven: die willen wel graag van ziekenhuis naar ziekenhuis rijden, want dat levert geld op. Ik vind het heel raar dat een private-equityambulancedienst daar wel aan tafel zit, maar dat de lokale bestuurders daar niet aan tafel mogen zitten. Bent u dat met me eens? Dat is toch gekkigheid?

Minister **Dijkstra**:

Ze zitten niet aan die tafel omdat daar de zorgpartijen zitten, maar ze zijn er wel bij betrokken. Er zijn gesprekken gevoerd. De gemeenteraden worden erbij betrokken. Maar Burgerkracht zit wel aan tafel bij die zorgpartijen. Ik zou daar toch nog wat breder naar willen kijken. Als het gaat over de vraag hoe we dit als zorgpartijen met elkaar moeten oplossen, spreek je daar wel degelijk over met partijen van buiten, zoals de gemeenteraad en de burgemeester. Die hoor je daarover en je overlegt ermee. Dat is de manier waarop het daar gegaan is. Ik vind het dus heel erg moeilijk om vast te stellen dat er geen contact is, want dat is er volop.

**De voorzitter:**

Ik stel voor dat u uw inleiding afrondt. Dan hoor ik ook graag welke onderwerpen we langs gaan horen komen.

**Minister Dijkstra:**

Ik heb net in mijn reactie op een interruptie al gezegd dat ik denk dat het verder optuigen en verzwaren van wettelijke procedures de praktijk niet perse gaat helpen om tot betere keuzes te komen. Sterker nog, ik zie het risico dat de focus op rechten en plichten in de procedure eerder gaat bijdragen aan meer getouwtrek in de media, minder openheid, minder dialoog en minder samenwerking. Dat is dus eigenlijk het tegenovergestelde van wat je zou willen bereiken. Maar ik denk ook niet -- dat heb ik al gezegd -- dat het de Kamer primair om de procedures te doen is. Daarom zou ik met u willen kijken: waar gaan we dan wel naartoe? Hoe gaan we het wel doen? Kijk, mijn beeld is dat het uw achterliggende wens is om er alles aan te doen om alle ziekenhuizen open te houden. Ik snap de wens van de Kamer. Ik heb al aangegeven dat ik dat zelf ook heel erg belangrijk vind. Maar ik vind het ook heel essentieel dat we een realistisch gesprek voeren over de politieke wensen. Ik vind namelijk dat een patiënt die zorg nodig heeft op een SEH, erop moet kunnen vertrouwen dat daar aan de minimale kwaliteitsnormen wordt voldaan. Wat betekent het openhouden van alle SEH's en afdelingen verloskunde voor medewerkers in de zorg, die nu al regelmatig te maken hebben met dun bezette roosters, voor de kwaliteit van de zorg en voor de betaalbaarheid van de zorg? Er werd mij gevraagd om een stop. We moeten de gevolgen onder ogen zien. Dat zijn we verschuldigd aan alle patiënten en inwoners van Nederland, maar ook aan de zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten in de regio's die nu moeilijke keuzes moeten maken. Alle denkbare opties hebben voor- en nadelen. Daar moeten we dus heel goed over nadenken.

U vroeg mij om wat te doen. Ambtenaren van VWS hebben verschillende beleidsopties in beeld gebracht voor de manier waarop de overheid kan sturen op de inrichting van de acute ziekenhuiszorg. Die verkenning heb ik

met de Kamer gedeeld, omdat die kan helpen om dat gesprek gestructureerd en zo goed mogelijk onderbouwd te voeren. In die verkenning zijn vijf verschillende beleidsopties uitgewerkt, waarvan twee varianten die uitgaan van het zo veel mogelijk open houden van alle SEH's en afdelingen acute verloskunde. Je zou de principes uit deze verkenning overigens deels door kunnen trekken naar het hele ziekenhuis. Ik heb zelf geen bemoeienis gehad met die ambtelijke verkenning, maar ik ben wel blij dat die verschillende opties er zijn, dat die objectief zijn uitgewerkt en dat daarbij ook de inbreng van inwoners en lokale bestuurders is meegenomen.

Ik ga geen voorkeur uitspreken voor een van die opties of een tussenvorm daarvan, want -- ik moet het toch weer zeggen -- dat is aan een volgend kabinet. De 45 minuten norm is controversieel verklaard. Daar kunnen we het dus niet over hebben. Ik zou wel een paar randvoorwaarden mee willen geven die ik cruciaal vind. Als eerste: de patiënt centraal. Dat betekent wat mij betreft ook dat we niet moeten toestaan dat er ziekenhuizen zijn waar de kwaliteit onder de maat is, waar niet aan de minimale kwaliteitseisen wordt voldaan.

In het rondetafelgesprek dat u vorige week hebt gehad, gaf de bestuurder van het BovenIJ ziekenhuis daar een goed voorbeeld van. Hij benoemde dat de zorg in zijn ziekenhuis zo is vormgegeven dat het zo goed mogelijk aansluit bij de zorgbehoefte van de inwoners van Amsterdam-Noord, bijvoorbeeld door de integratie van de SEH en de huisartsenpost en een nauwe samenwerking met het sociaal domein. Maar dat betekent wel dat inwoners voor hoogcomplex acute zorg nu naar een ander ziekenhuis moeten.

Ook de IGJ ziet dat het nodig kan zijn om de zorg anders in te richten als we willen dat goed en veilige acute zorg beschikbaar blijft. In de rondetafel zei de IGJ dat ze het belangrijk vinden dat zorgaanbieders zelf nadenken over de vraag voor welke patiënten, met welke zorgvraag, ze de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg in huis hebben. Dan kom ik weer op die samenwerking. Heeft een locatie bijvoorbeeld geen zorgverleners met de benodigde opleiding en ervaring, dan is het beter om patiënten met een specifieke zorgvraag niet daar te behandelen, maar samen te werken met een ander ziekenhuis waar ze wel behandeld kunnen worden. Het klinkt zo verschrikkelijk logisch. Daarvoor moet je regionale afspraken maken, zodat die patiënten opgevangen worden en de juiste zorg krijgen.

Ten tweede is het essentieel dat we heel zorgvuldig met de zorgmedewerkers omgaan. We moeten ervoor zorgen dat het beleid ertoe leidt dat ze met voldoening en plezier hun werk blijven doen en dat we zorgmedewerkers behouden voor de zorg. Dan zullen sommigen van u -- ik zal de interruptie maar voor zijn -- zeggen: nou, dan geven we ze flink meer salaris. Maar als u de professionals in de acute zorg meer salaris geeft, zal dat medewerkers uit andere essentiële delen van de zorg wegtrekken, bijvoorbeeld uit de wijkverpleging. Als we dan zeggen dat iedereen in de zorg dan extra salaris

moet krijgen, hoor ik graag een suggestie voor hoe we dat gaan betalen. En dan is het ook nog maar de vraag of ze er zijn en of dat ook echt meer medewerkers voor de zorg oplevert.

Dan heb ik nog een derde punt. Nieuw beleid over de inrichting van de acute ziekenhuiszorg moet niet leiden tot een enorme kostenstijging in de ziekenhuiszorg, aangezien we dat geld niet hebben. Ik weet dat sommigen van u daar heel anders over denken, maar we moeten geen blanco cheques gaan uitdelen. Op dit moment hebben we dat geld daarvoor niet.

Dan als laatste punt: ik vind het belangrijk om ook in de acute zorg in te zetten op passende zorg, in samenwerking met netwerken. Niet voor elke patiënt is het passend om alle mogelijke diagnostiek en complexe behandelingen in te zetten. Ik was gisteren in het Antonius Ziekenhuis in Utrecht waar kwetsbare ouderen bijvoorbeeld in het geval van een gebroken heup in overleg met hen vaak niet meer geopereerd worden, omdat het helemaal geen kwaliteit van leven meer oplevert en mensen binnen afzienbare termijn vaak alsnog overlijden, ook als ze toch zo'n ingewikkelde operatie hebben ondergaan. Dat betekent wat mij betreft dus ook dat in ons beleid ziekenhuizen die inzetten op basiszorg, net zo belangrijk zijn als ziekenhuizen die complexe zorg aanbieden. En dat kunnen we in Nederland niet overal doen, want dat is er gewoon niet. Ik wil dat ziekenhuizen in hun kracht gezet worden en dat ze focussen op waar ze goed in zijn en dat ze met elkaar samenwerken rond de patiënt.

Ik laat het hier maar even bij, voorzitter, want anders ben ik nog veel langer aan het woord; ik heb namelijk nog veel meer te vertellen.

**De voorzitter:**

Heeft u een soort van thema-indeling beschikbaar? Dan weten de leden namelijk waar ze op moeten letten bij het horen van de antwoorden.

**Minister Dijkstra:**

U heeft helemaal gelijk. Ik zit helemaal in het verhaal maar ik moet natuurlijk ook nog wat vragen beantwoorden. Ik zal het hebben over het zorglandschap en de betrokkenheid van het lokaal bestuur. Ik zal proberen mijzelf daarbij niet te herhalen, want we hebben er natuurlijk al interrupties over gehad. Daarna zal ik ingaan op de gegevensuitwisseling, de bekostiging en personeel. Ten slotte heb ik nog een mapje overig, want er zijn heel veel verschillende vragen gesteld.

De SP heeft gevraagd wat ik versta onder een volwaardig ziekenhuis. Er is geen definitie van wat een volwaardig ziekenhuis is. Dat zeg ik niet om onder de vraag of onder het antwoord uit te komen, maar omdat bijvoorbeeld ook een ziekenhuis zonder intensive care een zeer essentiële rol speelt in de

regio. Als uw punt is dat u wilt dat de minister ervoor zorgt dat de SEH en de ic in Heerlen behouden blijven, dan kan ik u dat dus niet toezeggen. Daar hebben we het al over gehad. Maar zoals gezegd, is daar heel veel bij betrokken, ook de omgeving.

Voordat ik de vragen verder beantwoord, wil ik nog iets zeggen over verkeerde veronderstellingen die in dit debat naar voren zijn gekomen. In de bijdrage van een aantal leden van uw Kamer klinkt de veronderstelling door dat ik SEH's zou kunnen sluiten. Dat is niet het geval, zoals ik al heb uitgelegd. De verantwoordelijkheid in ons stelsel ligt bij zorgaanbieders in samenwerking met de zorgverzekeraars en uiteraard met goede betrokkenheid van belanghebbenden en de hele omgeving. Er is een verschil tussen concentratie van zorg en samenwerking tussen ziekenhuizen. In het Integraal Zorgakkoord hebben we afspraken gemaakt om juist ten behoeve van de patiënt samenwerking tussen ziekenhuizen te stimuleren. Daarbij kijken ziekenhuizen naar hun patiëntenpopulatie en organiseren ze de zorg in samenwerking met de ziekenhuizen in de regio op een zo goed mogelijke manier. De aanleiding van dit soort samenwerking is niet de concentratie op zich. Het gaat niet om concentratie om de kwaliteit van de zorg te verhogen maar juist om samenwerking om de zorg zo te organiseren dat de ziekenhuizen gezamenlijk met dat schaarse personeel de patiënten in hun regio zo goed mogelijk kunnen helpen. Dat wilde ik toch even gezegd hebben.

Ik heb al gesproken over de vraag of ik een stop kan zetten op het sluiten van SEH's. Daarover heb ik gezegd: dat kan ik niet. Ik begrijp natuurlijk wel dat u die oproep doet, zeg ik tegen u, voorzitter, en tegen de Kamerleden. Ik vind met u dat besluiten over veranderingen in het ziekenhuisaanbod zeer zorgvuldig en in nauwe afstemming met de omgeving moeten worden genomen. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben daarin opnieuw een belangrijke verantwoordelijkheid.

Mevrouw Jansen van NSC vroeg of de minister actueel zicht heeft op sociaal-economische verschillen bij acute zorg. Dat zicht heb ik niet. Ik zie eerlijk gezegd ook niet direct aanleiding om daar onderzoek naar te doen, want bij keuzes over de acute zorg, of dat nou op regionaal of op landelijk niveau is, moet er altijd rekening mee worden gehouden dat de zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Dat zijn impliciet ook de mensen met een lage sociaal-economische status, maar het moet voor iedereen toegankelijk zijn.

De **voorzitter**:

Dat roept een vraag op bij mevrouw Jansen.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):



Ik kan me voorstellen dat dat de bedoeling is. Het is de bedoeling van alle zorg die verleend wordt, ook van alle preventie. Toch weten we van heel veel gebieden dat dat niet gebeurt. Ik zou het dus ook hier erg waardevol vinden om er inzicht in te krijgen, omdat voor je het weet met name bepaalde groepen weer de dupe zijn van beleid.

Minister **Dijkstra**:

Als dat al aan de orde is, dan moet dat betrokken worden bij de regioplannen binnen het Integraal Zorgakkoord. Daarin wordt ook gekeken naar hoe de populatie in een bepaalde regio is samengesteld. Waar zitten vooral de problemen? Waar zit de kwetsbaarheid bij mensen? Daar wordt ook met het sociaal domein en met de gemeenten over gesproken. Wat dat betreft is daar op die manier dus aandacht voor. Ik zou daar geen landelijk onderzoek naar willen starten, want ik zie niet in wat dat voor meerwaarde heeft. Dus ik zou dat bij de regio's willen laten.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

Ik kreeg de vraag van de heer Bushoff of ik het ermee eens ben dat bij sluitingen ook wordt gekeken naar bereikbaarheid met ov, specifiek voor ouderen en mensen met een krappe beurs. Het lijkt me zeker zinvol om te bepalen op welke manier bereikbaarheid onderdeel zou moeten zijn van het normenkader voor acute zorg. Ik denk dat het lastig is om dat landelijk te normeren, omdat het natuurlijk per regio verschilt. Wij kunnen moeilijk landelijk vaststellen wat regionaal goed zou werken als het gaat over toegankelijkheid met het ov en wat bijvoorbeeld de prijs voor het buskaartje mag zijn. Dat zijn regionale afwegingen en die moet je ook regionaal maken. Juist daarom vind ik het relevant dat het lokaal bestuur tijdig en goed betrokken wordt door ziekenhuizen die iets in hun acute-zorgaanbod willen veranderen, maar dat zal de heer Bushoff zeker met mij eens zijn.

De 45 minutennorm is controversieel en daarmee aan een nieuw kabinet. Wat ik daarin ook lastig vind, is wie er dan aan die norm moet voldoen als het gaat om die toegankelijkheid. Wie is dan de normadressant? Is dat de zorgaanbieder die zijn locatie niet mag sluiten? Is het de zorgverzekeraar die op meer locaties moet gaan inkopen? Of zijn het de gemeenten en provincies die moeten investeren in fietspaden en bushaltes bij ziekenhuizen? En wie spreek je aan als de norm niet gehaald wordt? Dat zijn toch wel vragen om even over na te denken en die ik maar terugleg bij de Kamer, omdat dit nog steeds speelt.

De **voorzitter**:

Gaat u verder, minister.

Minister **Dijkstra**:

De heer Van Dijk van de SGP vroeg mij of ik iets zie in een impactanalyse over verschillende scenario's van concentraties van acute zorg. Ik zei al dat er een ambtelijke verkenning is gedaan naar de gevolgen van verschillende manieren waarop de overheid kan sturen op de acute ziekenhuiszorg. Op dit moment worden de gevolgen van die varianten verder uitgediept. Dat gebeurt onder andere door input op te halen bij veldpartijen en bij lokale bestuurders en inwoners van een aantal regio's. Na het zomerreces wordt uw Kamer geïnformeerd over de resultaten daarvan. Het lijkt me niet logisch om nu, voordat we dat weten, te zeggen dat we een impactanalyse gaan doen. Als het goed is, krijgen we echt inzicht in de impact van de verschillende scenario's. Het is natuurlijk aan een volgend kabinet om dat verder uit te werken.

De heer Bushoff vroeg of de minister het ermee eens is dat gemeenten onvoldoende betrokken zijn op dit moment. Daar hebben we al even een interruptiedebatje over gehad, dus dat antwoord heb ik al gegeven.

De SGP vroeg of de minister bereid is om wetenschappelijk onderzoek te laten uitvoeren naar de effecten van het sluiten van SEH's op de kwaliteit van hoog- en laagcomplexe acute zorg. Het objectief in kaart brengen van de gevolgen die keuzes hebben voor de inrichting van de acute zorg is buitengewoon complex. Internationaal onderzoek is niet altijd van toepassing op de Nederlandse situatie, omdat ons zorgsysteem anders is georganiseerd. De heer Van Dijk noemde het voorbeeld van Denemarken. Ook in Nederland is de zorg in elke regio weer anders georganiseerd. Er is volgens mij gekozen voor een hele goede aanpak door het opstellen van de regio- en ROAZ-beelden in elke regio. Er is heel veel informatie opgehaald. Ik heb al gezegd dat dat wordt samengebracht. Dat helpt allemaal bij het identificeren van de grootste opgaven in de regio's, die in elke regio verschillend zijn, en de wijze waarop we die op dit moment en in de toekomst gaan aanpakken. Het kan natuurlijk beter. Het kan altijd beter. In veel regio's wordt ook nog gewerkt aan een betere informatiepositie. In het Integraal Zorgakkoord hebben we afgesproken dat de beelden en plannen uiterlijk in 2026 opnieuw worden opgesteld. Ze zijn er nu, dus we hoeven niet tot 2026 te wachten. Ze zijn er nu. Dan wordt gekeken of het werkt of dat we het moeten aanpassen en bijstellen. Het is heel belangrijk dat ziekenhuizen meedoen aan de kwaliteitsregistraties, zodat ook de uitkomsten van zorg goed in beeld worden gebracht.

Dan heb ik nog een vraag van de heer Van Dijk. Is verdere sluiting van SEH's onverantwoord als de effecten onduidelijk zijn? Ik heb al een paar keer aangegeven dat ik daar zelf niet over ga. Ik heb ook geen instrumenten om te voorkomen dat afdelingen sluiten. Maar ik vind wel met u dat besluiten over veranderingen in het ziekenhuisaanbod zeer zorgvuldig moeten worden genomen, in nauwe afstemming met de omgeving. Daar hebben we ook al het nodige over gezegd.

Voorzitter. Er waren heel veel vragen van de heer Van Dijk, dus ik heb ook veel te beantwoorden. Voor de drukte op de SEH is het cruciaal dat er afspraken worden gemaakt tussen ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleging en sociaal wijkteam. Komt dit van de grond? Ja, ik ben het heel erg met u eens dat dit heel belangrijk is. Er wordt ook heel hard gewerkt aan het opstellen van de regioplannen. Nu volg ik de uitvoering hiervan. Begin dit jaar is de Visie eerstelijnszorg vastgesteld. Vanuit die visie wordt de regionale samenwerking tussen de eerstelijnspartijen versterkt. Via die regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden kunnen afspraken worden gemaakt tussen de eerstelijnsdisciplines en met andere sectoren over toestroom en doorstroom van patiënten. Wij komen nog met elkaar te spreken over de eerstelijnsvisie.

De **voorzitter**:

Heeft u nog meer vragen van meneer Van Dijk?

Minister **Dijkstra**:

Ik heb in elk geval nog één vraag van de heer Van Dijk in dit mapje zitten.

De **voorzitter**:

Dan wachten we die even af. Daarna geef ik de heer Van Dijk gelegenheid tot een interruptie.

Minister **Dijkstra**:

Ja, is dat goed?

De **voorzitter**:

We laten de minister even verdergaan.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Goed.

Minister **Dijkstra**:

De heer Van Dijk vroeg naar de regioplannen. Hij vroeg ook naar de ROAZ-plannen. Die plannen zijn eind december van het afgelopen jaar ingeleverd. Er is een aantal voorstellen gedaan, samen met Zorgverzekeraars Nederland, op basis van de analyse van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. De NZa heeft de plannen geanalyseerd en een terugkoppeling gegeven aan de ROAZ-regio's. De NZa gaat nu in gesprek met alle ROAZ-regio's om hun bevindingen te bespreken. De NZa geeft geen eindoordeel over die plannen. Na de zomer, in september, rapporteert de NZa over de stappen die worden gezet in de ROAZ-regio's om de toegankelijkheid van de acute zorg voor de lange termijn te waarborgen.

Dit waren de vragen van de heer Van Dijk.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Dank aan de minister voor de hele reeks antwoorden. Dat stel ik zeer op prijs. Voor een aantal zaken geldt: wordt vervolgd. Daar krijgen we later meer info over. Ik heb nog een vraagje over de regionale samenwerking. Hebben wij scherp in hoeverre de regionale samenwerking wordt gehinderd door bestaande wet- en regelgeving rondom financiering of rondom de AVG en gegevensuitwisseling? Is dat in kaart? Kan daar zo nodig ook op worden geschakeld?

Minister **Dijkstra**:

Ik heb dit zo meteen nog in mijn beantwoording. Ik kom daar dus nog op terug. Anders moet ik nu gaan bladeren. Ik kom er vanzelf nog op.

De **voorzitter**:

U was nog niet helemaal aan het einde van het blokje over het lokale zorglandschap?

Minister **Dijkstra**:

Nee, ik heb nog een vraag van de voorzitter in het mapje zitten, twee zelfs nog. Mevrouw Tielen heeft gevraagd naar de ROAZ-beelden. Ben ik tevreden met het tempo? Kan ik versnellen? Ook daar komen we op terug, want de

regio's moeten nu werken aan de uitwerking van de plannen. Wij vinden toch dat een zorgvuldige afweging en een regionale dialoog vóór snelheid gaan, hoewel we altijd proberen het tempo er een beetje in te houden.

Mevrouw Tielen vroeg ook wat ik kan doen om het gesprek met zorgverzekeraars voort te zetten over het bevorderen van regionale samenwerking tussen ziekenhuizen. De ROAZ-plannen zijn daar natuurlijk heel belangrijk in. Die worden in de meeste regio's nu geconcretiseerd en uitgevoerd. Zoals ik zei, kijkt de NZa ernaar en komen we daar na de zomer op terug.

De **voorzitter**:

Mag ik een interruptie plaatsen, jongens?

**Voorzitter: Paulusma**

De **voorzitter**:

Zeker. Gaat uw gang, mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan begin ik nog even over de betrokkenheid van het lokaal bestuur. Ik luister naar de Kamerleden, die best wel zware woorden gebruiken over hoe het wel of niet zou moeten werken, en naar de reactie van de minister. Ik snap wel dat dat een beetje tegen elkaar in loopt. Ik heb daar twee vragen over. De eerste gaat over de AMvB. Ik snap dat de minister geen wet- en regelgeving wil aanpassen, maar de vraag is natuurlijk wat de minister wel of niet kan doen als de AMvB die er is, niet wordt gevolgd.

In een paar brieven kwam de rol van de Directeur Publieke Gezondheid ter sprake. Ik zie die als heel belangrijk, omdat de DPG zicht heeft op het totale netwerk, maar eigenlijk wordt die nooit door iemand genoemd. We hebben het altijd over burgemeesters, maar eigenlijk nooit over de Directeur Publieke Gezondheid, die namens gemeenten weet hoe de lokale zorgnetwerken in elkaar zitten. Kan de minister daar iets meer over vertellen?

De **voorzitter**:

Dit was veel te lang, mevrouw Tielen. Volgens mij waren dit ook twee interrupties. Gaat uw gang en neemt u het weer over.

Minister **Dijkstra**:

Ik ga eerst in op het laatste punt. Ik vind het interessant dat mevrouw Tielen dit noemt, want het is inderdaad belangrijk. De Directeur Publieke Gezondheid zit in het ROAZ en heeft daar een belangrijke functie. Vandaar ook dat ik steeds terugkom op de regioplannen en de ROAZ-plannen, omdat daar natuurlijk het nodige gebeurt.

De AMvB wordt gehandhaafd door de IGJ, door de inspectie. Als wij vaststellen dat het niet goed gaat, moet de inspectie daar onderzoek naar doen.

**Voorzitter: Tielen**

De **voorzitter**:

Dan zijn we aanbeland bij het volgende blokje, over gegevensuitwisseling.

Minister **Dijkstra**:

Voorzitter. Mevrouw Jansen vroeg namens NSC hoe ik denk over een beschikbaarheidsbekostiging. Is er voldoende informatie om hier een besluit over te nemen? De NZa heeft in haar recente advies hierover een aantal zaken op een rij gezet. Beschikbaarheidsbekostiging in de vorm van budgetten kan tot meer sturing op kwaliteit leiden en kan het maken van afspraken over de verplaatsing van zorg vergemakkelijken. Een ander voordeel is dat de capaciteit mogelijk efficiënter kan worden ingezet. Er zijn ook nog vraagstukken over de potentiële gevolgen voor de praktijk, zoals de concrete afbakening van SEH-zorg. Daar is onderzoek naar nodig. Dat wordt ook gedaan. Dit hangt nauw samen met het bredere overheidsbeleid voor kwaliteit en toegankelijkheid van de acute ziekenhuiszorg. Het wordt bijna een mantra, maar het is aan een nieuw kabinet om besluiten over een eventueel ander bekostigingssysteem te nemen.

Dan de vraag van de heer Bushoff of ik de mening deel dat het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen moet worden uitgebreid. Ik volg het Capaciteitsorgaan op dit punt. Het aantal is vorig jaar verhoogd van 40 naar 42 instroomplaatsen per jaar. Twee klinkt heel weinig, maar toch is het belangrijk. Hiervoor is budgettaire ruimte beschikbaar gesteld. Eind volgend jaar verschijnt weer een nieuw advies van het Capaciteitsorgaan. Uiteraard zal dit met de Kamer worden gedeeld en zal er een standpunt worden ingenomen.

De **voorzitter**:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Paulusma een vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het valt me op dat we het toch weer alleen over het ziekenhuis hebben en niet over de hele keten. Ik snap dat de minister het Capaciteitsorgaan volgt, maar ik ben benieuwd of het Capaciteitsorgaan zijn analyse maakt van de keten in plaats van van de individuele specialismen. Hebben we dan beeld van wat er nodig is om, van wijkverpleegkundige tot huisarts tot spoedeisende hulp, voldoende capaciteit te hebben?

Minister **Dijkstra**:

Om te beginnen was de vraag aan mij hoe het zit met de SEH-artsen. Ik begrijp dat dit een aanvullende vraag is. Ik kom daar graag in tweede termijn op terug, want ik moet dat even wat meer op een rijtje zetten.

De **voorzitter**:

Meneer Bushoff heeft ook nog een vraag.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja, over dit onderwerp. Klopt het dat het Capaciteitsorgaan bestaat uit een heel aantal specialisten die op basis van bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorg, maar ook op basis van beleid dat uitgezet wordt, tot een advies komen? Zo ja, zijn zij dan misschien ook een beetje in het ongewis omdat er op dit moment wat weinig beleid wordt gevoerd ten aanzien van waar we heen willen, dus naar meer of naar minder SEH-posten?

Minister **Dijkstra**:

Ik kan helaas op dit moment niet zeggen hoe het Capaciteitsorgaan te werk gaat. Ik zoek dat graag uit en probeer er dan in tweede termijn op terug te komen. Het is wel een vraag waarop we een antwoord willen hebben. Ik kom daar dus op terug.

Voorzitter. Van D66 kreeg ik de vraag wanneer ik het haalbaar acht om actuele medicatieoverzichten te organiseren. Dan hebben we het natuurlijk over de Wet opvraagbaarheid gegevens. Op dit moment wordt hard gewerkt aan de realisering van de technische randvoorwaarden. De verwachting is dat die in 2028 grotendeels gereed zijn. Als ik het uitspreek, denk ik ook: zo, dat

duurt wel lang. Maar er moet natuurlijk meer gebeuren. Er moet parallel ook gewerkt worden aan een zorgbrede heroriëntatie van de grondslagen voor medicatieoverzichten. Bij de realisering van de actuele medicatieoverzichten zijn ook de ontwikkelingen rondom de EHDS-verordening van belang. Dat is een Europese verordening. Een exacte einddatum is daarom op dit moment nog niet te geven. Ik informeer u hierover nader als de EHDS-verordening is vastgesteld.

Ik heb nog een antwoord op de vraag waar de Wet opvraagbaarheid gegevens voor spoedeisende zorg nu staat. Dat is hier een beetje mee verbonden. Die kan ik eerst beantwoorden; dat scheelt weer in de interrupties.

De **voorzitter**:

Gaat uw gang, ja.

Minister **Dijkstra**:

Het wetsvoorstel Opvraagbaarheid gegevens voor spoedeisende zorg zit in de fase van de uitvoeringstoetsen en internetconsultatie. Door verschillende partijen is aandacht gevraagd voor uitvoerbaarheid en waarborgen voor gegevensbescherming. Daarom beziet de minister van VWS, in wier portefeuille dit zit, of het noodzakelijk is om ook technische eisen te stellen. Tegelijkertijd wordt geanalyseerd wat het EHDS-voorstel betekent voor dit wetsvoorstel. Dat EHDS-voorstel gaat namelijk effect hebben op het wetsvoorstel omdat het ook gaat over grondslagen voor gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals. Waarschijnlijk wordt het EHDS-voorstel in het derde kwartaal van dit jaar vastgesteld. In de tussentijd wordt doorgewerkt aan de verdere uitwerking van het wetsvoorstel. U zult nader worden geïnformeerd over de voortgang van het wetsvoorstel.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb toch een vraag. Ik hoorde de minister de koppeling maken tussen de medicatieoverdrachten, dus dat de ene professional van de andere professional weet welke medicijnen de patiënt slikt, zodat je bijvoorbeeld geen antibiotica krijgt waarvoor je allergisch bent, en EHDS. Recentelijk is in de Kamer een wat mij betreft heel lelijke motie aangenomen, die de voortgang op EHDS juist belemmert. Ik ben rapporteur, samen met collega Tielen. Ik maak me heel veel zorgen over die ontwikkelingen, juist als we kijken naar de praktische uitvoering, want de verkeerde antibiotica krijgen kan hele nare gevolgen hebben. Ik ben wel benieuwd hoe de minister dat ziet in relatie tot dingen die hier worden aangenomen in de Kamer. Kunnen wij



wel voortgang boeken op dat zo gewenste systeem rondom de medicatieoverdrachten?

Minister **Dijkstra**:

Ik wil natuurlijk het liefste door kunnen gaan met het goed organiseren daarvan. Ik onderschrijf volledig het belang van het actuele medicatieoverzicht en het actueel houden van dat medicatieoverzicht, zoals mevrouw Paulusma ook aangeeft. Dat is ongelofelijk belangrijk, zeker met betrekking tot spoedzorg, want je kan ergens terecht komen waar niemand je kent terwijl je zelf niet in staat bent om te vertellen wat je allemaal gebruikt of wat er aan de hand is. Dan moet er maar geraden worden. Ik vind het ook echt heel zorgelijk dat we niet kunnen doorgaan met wat we willen. Dat neemt niet weg dat ik ook in de demissionaire periode waarin ik verkeer, zal proberen om door te gaan met het nemen van beslissingen hierover, voor zover ze nodig zijn. Maar dit is uiteindelijk aan de minister van VWS, die hierover gaat. Die heeft het in portefeuille. Ik geef de zorgen dus graag door aan haar.

Dan heb ik nog een vraag van D66. Kan de acute zorg worden gefinancierd op basis van populatiebesteding in combinatie met uitkomstenbesteding? Dat kan, zoals het goede voorbeeld van Zilveren Kruis en het Maasstad Ziekenhuis laat zien. In de contractering kunnen afspraken worden gemaakt over de kwaliteitsdoelen en de uitkomsten. De ROAZ-beelden kunnen als basis worden gebruikt door zorgverzekeraars voor passende contracten met de relevante indicatoren voor de aanbieders in de regio. Ook in een beschikbaarheidsbesteding kun je afspraken maken over een bepaalde populatie in jouw omgeving. De keuze voor de invoering van eventuele budgetbesteding voor acute ziekenhuiszorg is overigens aan een nieuw kabinet.

D66 stelde ook de vraag of er ruimte is om op regionaal niveau te experimenteren met de besteding. Ja, dat is al mogelijk, ook voor de acute zorg. Op grond van de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa kunnen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder een aanvraag bij de NZa indienen om te experimenteren. Dat gebeurt ook al in de acute zorg, bijvoorbeeld bij de Acute Care Unit in de regio West-Achterhoek. Er zijn overal in het land echt zo veel mooie voorbeelden van wat we allemaal zouden kunnen veranderen. Daar kunnen we het nu niet over hebben, maar misschien een andere keer wel.

De heer Van Dijk stelde ook een vraag over de besteding van de acute zorg, namelijk of de acute verloskunde niet betrokken is bij het onderzoek van de NZa. Dat klopt. Het is geen specifiek onderdeel, maar het advies over de acute zorg kan ook worden betrokken op de acute verloskunde. Daar is eigenlijk geen onderscheid tussen gemaakt. Het is niet apart genoemd.

De **voorzitter**:

Ik zie dat meneer Van Dijk graag het woord krijgt voor een vraag.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Allereerst dank voor de reactie. Misschien ligt het aan mijn iets trage begrip, maar de verloskunde is dus niet betrokken in het onderzoek, terwijl het komende onderzoek daarop wel betrokken kan worden? Dat klinkt ingewikkeld. Misschien kan dat iets nader worden toegelicht. Daarbij is natuurlijk de achterliggende zorg vooral of de acute verloskunde hier dan wel voldoende serieus in meegenomen wordt.

Minister **Dijkstra**:

Ik heb het misschien niet helemaal goed geformuleerd, maar de NZa heeft onderzoek gedaan. Dat heeft tot resultaten geleid en daarbij kan ook het advies voor de bekostiging van de acute verloskunde worden benut. De verloskundige bekostiging is daar dus in meegenomen. Maar het is niet een apart onderzoek en een apart onderwerp geweest.

De **voorzitter**:

Meneer Van Dijk knikt.

Minister **Dijkstra**:

Oké. Ik heb nog een vraag van D66 liggen over de actuele medicatieoverzichten. Is dat niet dezelfde vraag die ik net beantwoord heb? Volgens mij wel.

Mevrouw Paulusma heeft het ook gehad over de 20 miljoen die is vrijgemaakt voor die medicatieoverdrachten. De voorkeur gaat uit naar een zorgbrede aanpak. De vrees is dat het waarschijnlijk tot onnodige kosten leidt en dat de technische randvoorwaarden niet gereed zijn om actuele medicatieoverzichten onder het wetsvoorstel Opvraagbaarheid gegevens bij spoedeisende zorg te brengen. Er wordt wel hard gewerkt aan de realisering van die technische randvoorwaarden. Die 20 miljoen wordt sinds eind 2022 besteed aan de Kickstart Medicatieoverdracht. In die kickstart worden de kwaliteitsstandaard en de bijbehorende informatiestandaard Medicatieproces 9 -- het gaat zelfs al om nummer 9 -- geïmplementeerd in een beperkte setting in de regio's Friesland en Rijnmond. Men gaat ermee aan de slag. Die kickstart loopt naar verwachting tot eind volgend jaar; dat is 2025. Vanaf dan

kunnen in de kickstartregio's medicatiegegevens tussen de deelnemende zorgaanbieders interoperabel uitgewisseld worden.

De **voorzitter**:

Nee, meneer Dijk, u heeft het woord niet. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ga een vraag stellen die minder technisch is dan de reactie die de minister net gaf. Maar ik begrijp dat er twee kickstartregio's zijn en dat als dit allemaal goed verloopt, in die kickstartregio's de volgende stappen worden gezet. Ik zou me toch echt wel kunnen voorstellen dat daar meer regio's bij betrokken worden, want twee is echt wel een beetje weinig.

Minister **Dijkstra**:

Daarna worden er meer regio's bij betrokken. Ik snap het heel goed. We willen natuurlijk dat die medicatieoverzichten goed kunnen worden uitgewisseld. In die kickstart wordt daar nu mee geëxperimenteerd. We moeten gewoon kijken hoe dat uitpakt, of dat inderdaad werkt. Het zou inderdaad heel mooi zijn als je dat in alle regio's zou kunnen uitproberen, maar de middelen zijn natuurlijk beperkt. Dit vergt altijd heel veel. Ik kijk ook naar de heer Claassen, die heel veel weet van ICT en dergelijke. Hij zit nu met zijn hoofd in zijn handen; ik weet niet wat dat wil zeggen. Hier is het nodige voor nodig. Ik heb het nu heel technisch gebracht, maar feit is dat eraan gewerkt wordt en we moeten zien wat de uitkomst daarvan is. Daar kunnen we vervolgens mee aan de slag. Ik ben het helemaal eens met iedereen die zegt dat het liever vandaag dan morgen gebeurt; alleen, zo werkt het niet.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

Dan ga ik door met een vraag van mevrouw Tielen. Komt de minister terug op behoud van personeel bij de ROAZ-plannen? Dat is een heel belangrijk aandachtspunt in de ROAZ-plannen en bij concrete plannen tot wijziging van het aanbod van acute zorg. Ik heb al even genoemd ... Nee, ik heb een andere handreiking genoemd. Ik werk aan een handreiking voor het betrekken van onder anderen professionals bij besluitvorming over acute

zorg. Daarin neem ik mee dat aandacht voor het behoud van personeel in het besluitvormingsproces belangrijk is. Ik heb de verschillende beroepsgroepen daarvoor ook uitgenodigd.

Dan is er nog een andere vraag van mevrouw Tielen. Kan de minister de doelgroep ouderen expliciet benoemen in alles wat we aan evaluaties, rapportages, verbetervoorstellen enzovoort doen, aangezien ze nu vaak vergeten worden? Binnen VWS loopt natuurlijk een specifiek programma, namelijk het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, WOZO. In december heeft uw Kamer van de toenmalige minister voor Langdurige Zorg hierover een voortgangsbrief ontvangen. Voor het zomerreces ontvangt u een nieuwe brief. Ook binnen bestaande programma's en rapportages wordt die doelgroep ouderen wel specifiek belicht, bijvoorbeeld in de Monitor acute zorg van de NZa als het gaat over het gebruik van acute zorg door 75-plussers. Ook in de effectmonitoren voor zorgcoördinatie die momenteel worden ontwikkeld, wordt hier aandacht aan besteed. Ze worden daarin speciaal genoemd. Als onderdeel van WOZO en de Visie eerstelijnszorg wordt bovendien gewerkt aan de herijking en vervolgens implementatie van de handreiking Kwetsbare ouderen thuis, zodat deze doelgroep thuis goed afgestemde zorg ontvangt. We doen dus ons best, maar als mevrouw Tielen zegt dat het niet genoeg is, gaan we kijken of we nog meer kunnen doen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

Mevrouw Tielen vroeg: in het algemeen worden projecten gefinancierd vanuit eenmalig financiering; wat kan de minister daaraan doen? Als onderdeel van het IZA zijn er transformatiemiddelen beschikbaar gesteld om impactvolle projecten op gang te brengen. Die geselecteerde projecten worden openbaar gemaakt en gedeeld, zodat ook andere regio's daar inspiratie uit kunnen halen. Tegelijkertijd is het van belang dat goede projecten ook een plek krijgen in de structurele bekostiging. Het is aan de zorgverzekeraars om dit in de structurele inkoop te vertalen. Aangrijpingspunten daarvoor zijn de regioplannen en de ROAZ-plannen. Daar hebben we het al veel over gehad. Die plannen vormen namelijk de basis voor het structurele inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Op die manier borgt zo'n regioplan dat noodzakelijke innovaties structureel bekostigd worden. Tot zover over gegevensuitwisseling, bekostiging en personeel.

Dan kom ik bij het mapje overig. Allereerst een vraag van mevrouw Jansen. Beroertpreventie kan SEH-opnames voorkomen. Hoe versnel ik de beroertpreventie? Mijn voorganger heeft uw Kamer in november van vorig

jaar geïnformeerd over de uitvoering van verschillende moties over beroertepreventie. Antistollingszorg is in Nederland al op een hoog niveau. Een brede alliantie van partijen in het veld werkt aan het verminderen van de cardiovasculaire ziektelast. Onderdeel van hun aanpak is betere vroegdiagnostiek van hart- en vaatandoeningen. Dat gebeurt onder meer door aanvullend onderzoek te doen naar mogelijkheden van vroegsignalering. Er zijn ook verschillende onderzoeksprogramma's binnen ZonMw die aandacht voor dit onderwerp hebben. Op die manier is dus ook financiering beschikbaar om met onderzoek bij te dragen aan betere beroertepreventie. Dat is eigenlijk mijn antwoord op deze vraag.

Dan heeft mevrouw Jansen ook gevraagd naar valpreventie. Wat is het plan en hoeveel middelen worden ingezet? Wat is het einddoel? Dat is nou weer in een ander programma opgenomen, namelijk het GALA. Daarbij is het aan gemeenten en zorgverzekeraars om deze ketenaanpak in te regelen. Financiële middelen voor het sociaal domein zijn beschikbaar via de brede SPUK-regeling. Dat is een subsidieregeling voor met name ouderen met een laag en matig valrisico. Die middelen in het sociaal domein bedragen zo rond de 50 miljoen per jaar en die zijn structureel beschikbaar. Het aantal ouderen neemt immers toe en het onderwerp valpreventie vergt dan ook een doorlopende inzet. De beoogde resultaten zijn opgenomen in het GALA. Dan gaat het erom dat 14% van alle thuiswonende ouderen een risico-inschatting krijgt en dat 3%, waarbij een verhoogd valrisico is vastgesteld, een erkende valpreventieve beweeginterventie volgt. Dat zijn ook weer van die mooie termen. Op dit moment zijn partijen hard aan het werk om deze ketenaanpak lokaal te implementeren, ook als het gaat om valpreventie; dat hoort bij de portefeuille van mijn collega Helder, omdat het natuurlijk over ouderen gaat.

Mevrouw Jansen vroeg ook of ik bereid ben om transparant te maken waar sprake is van passende SEH-zorg, zodat anderen daarvan kunnen leren. Ja, dat is heel belangrijk. Ik heb al de ROAZ-regio's en de regioplannen genoemd. De website Juiste Zorg op de Juiste Plek biedt voorbeelden van goede zorgpraktijken. Ik zal dat hier niet allemaal gaan noemen, maar ook SEH's maken daar onderdeel van uit. In die gevallen gaat het om zorg in de keten en in de regio en die is natuurlijk ook cruciaal voor de kwaliteit en de bereikbaarheid van de acute zorg.

De **voorzitter**:

Mevrouw Jansen heeft een vraag.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Ik zou nog heel even terug willen komen op de valpreventie. Ik begrijp inderdaad dat het ook om implementatie van de valpreventieketenaanpak

gaat. Ik kan me indenken dat, als die ketenaanpak geïmplementeerd is, er dan misschien ook minder geld nodig is. Zit ik daar goed mee?

Minister **Dijkstra**:

Ik zei het al: het zit de portefeuille van mijn collega, dus ik heb dat op dit moment niet helemaal paraat. Ik neem even aan dat ik de vraag goed begrepen heb. Ik denk dat de middelen die op dit moment beschikbaar zijn, echt wel nodig zijn omdat het aantal ouderen echt toeneemt en je natuurlijk steeds meer aandacht moet besteden aan en inzet moet hebben op die valpreventie.

De **voorzitter**:

Mevrouw Jansen, in tweede instantie.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Als je valpreventie implementeert, snap ik dat het niet in één keer klaar is, omdat er iedere keer nieuwe ouderen komen. Ik begrijp dat de minister daar geen antwoord op kan geven, maar ik ben zo benieuwd of er op den duur ook op een bepaalde manier afgeschaald kan worden.

Minister **Dijkstra**:

Dank u wel. Ik had de vraag niet helemaal goed begrepen. Dat is natuurlijk het doel van preventie. Preventie heeft als doel dat je uiteindelijk kunt voorkomen dat mensen die zorg nodig hebben en op de SEH terechtkomen. Het vervelende is alleen dat het niet onmiddellijk dat gevolg heeft; het heeft langere tijd nodig. Daarom hebben we vaak ook zoveel moeite om preventie onder de aandacht te krijgen. Ik vind het wel heel mooi dat we juist in dit geval de nodige financiering beschikbaar stellen. Maar het is natuurlijk zo -- dat gaat dan volgens mij vooral ook om de kwaliteit van leven voor patiënten -- dat als je uiteindelijk weet hoe je vallen kunt voorkomen, je inderdaad niet op de SEH terechtkomt. Dat scheelt daar geld, maar het is vooral voor de patiënten heel erg belangrijk, want met name voor ouderen kan vallen ongelofelijk grote en ingrijpende gevolgen hebben.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

Dan heeft mevrouw Jansen ... O nee, de vraag over de passende SEH-zorg en de Juiste Zorg op de Juiste Plek heb ik al beantwoord.

De **voorzitter**:

Ik zie dat mevrouw Jansen daar toch nog een vraag over heeft. Het is haar laatste interruptie.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Dat klopt. Ik heb geluiden gehoord dat de passende SEH-praktijken echt moeilijk te vinden of niet gebundeld zijn. Ik vraag me dus af of op die website van Juiste Zorg op de Juiste Plek een nadrukkelijke plaats is voor die passende SEH-praktijken.

Minister **Dijkstra**:

Daar speelt die zorgcoördinatie natuurlijk ook een hele belangrijke rol. Ik heb zelf een bezoek gebracht aan een zorgcoördinatiecentrum, waar je ziet dat daar alle vormen van zorg bij elkaar zitten. Als daar een telefoontje binnenkomt met een melding dat er spoedzorg nodig is voor een kwetsbare oudere -- laten we het even bij het onderwerp houden -- wordt daar in samenspraak met elkaar juist niet naar het ziekenhuis verwezen. Dat is natuurlijk afhankelijk van wat de melders aangeven over wat er met zo'n patiënt aan de hand is. Vervolgens kan iemand dan meer op zijn of haar plek zijn in een verpleeghuis waar op dat moment spoedzorg gegeven kan worden. Soms komen er meldingen binnen die ook niet op de SEH hoeven te komen, maar die met een eerstelijnsbed geholpen kunnen zijn. Dat wordt daar uitgewisseld. Dan krijg je de juiste zorg op de juiste plek. Daarom zijn we er binnen het IZA ook zo op gespist dat de zorgcoördinatie goed gaat lopen.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik had daar in mijn eerste termijn een vraag over gesteld. Misschien komt de minister daar nog over te spreken. Dan bewaar ik mijn interruptie voor straks.

De **voorzitter**:

Dan schrap ik deze interruptie en geef ik het woord weer aan de minister.

Minister **Dijkstra**:

Ik was precies aan die vraag toe. Ik neem aan dat u doelt op de vraag over de zorgen van de centralisten van de meldkamer, die vinden dat het allemaal niet goed loopt. Neem ik die zorgen wel serieus? Ik neem de signalen van de werkvloer natuurlijk zeer serieus. In de reacties aan zowel de commissie VWS als aan de centralisten zelf is aangegeven dat de IGJ de aangewezen instantie is om toezicht te houden op de kwaliteit van veiligheid van zorg, ook op de meldkamer. De IGJ is destijds -- het was een brief uit 2022 -- geïnformeerd over deze situatie en heeft de melding opgepakt vanuit de reguliere toezichtsrol. Ik kan daar verder niets over zeggen, want de IGJ doet geen inhoudelijke uitspraken over individuele casuïstiek. Maar de IGJ neemt de huidige signalen mee in haar toezicht. Bij het opstellen van de kaders en randvoorwaarden voor pilots waarin de aansluiting tussen meldkamer en zorgcoördinatie wordt verkend, is aan die geuite zorgen specifiek aandacht besteed. Daarvoor zijn ook verschillende waarborgen en terugvalopties opgenomen.

De heer **Claassen** (PVV):

Het is bekend dat de minister op werkbezoek in Zwolle is geweest, maar is zij ook op werkbezoek geweest in Deventer? Daar is het anders ingericht. De problemen van de brievenrichters gaan over Deventer en niet over Zwolle. Ik ben er zo bang voor dat als de minister op werkbezoek gaat, zij natuurlijk het mooie plaatje te zien krijgt, want dat is het plaatje dat ik nu ook van haar terugkrijg. In Zwolle zijn er echt wel problemen. Heeft u ook met de medewerkers gesproken die recentelijk weer een brandbrief hebben geschreven omdat het daar gewoon niet goed gaat en die ook die meldingen hebben gedaan? De tweede vraag, die daarop aansluit, is of bekend is hoeveel meldingen er zijn gedaan bij de IGJ.

Minister **Dijkstra**:

Dat heb ik in elk geval niet paraat, maar de IGJ kijkt ook hiernaar. Ik kan niet zeggen om hoeveel meldingen het gaat, maar er wordt naar gekeken door de IGJ. Natuurlijk kwam ook in Zwolle aan de orde -- ik heb daar ook naar gevraagd -- hoe het zit met de meldkamer, die niet werkzaam is binnen het zorgcoördinatiecentrum. Aangegeven werd dat er nog hard aan gewerkt wordt om een goede communicatie voor elkaar te krijgen. Dat we er nog niet zijn, is wel zeker, maar ik gaf al aan dat de IGJ ermee bezig is. Dat is ook wat we kunnen doen. We moeten er dan op rekenen dat straks bekend is hoe we daarmee verdergaan en wat dit betekent voor de zorgcoördinatiecentra en de verbinding met de meldkamers.



De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

De heer Claassen vroeg ook of ik kan garanderen dat de ambulances in Oost-Nederland onderling kunnen communiceren en in contact staan. U had het net over Deventer, maar op de meldkamer in Apeldoorn waren er te weinig plekken voorhanden om alle meldkamertaken van de ambulancedienst uit te voeren. Daarom is er een eenmalige uitzondering gemaakt en zijn er extra meldtafels ingericht op drie decentrale locaties, te weten Hengelo, Zwolle en Arnhem, waar reguliere ambulancetaken uitgevoerd kunnen worden. De Regionale Ambulance Voorziening heeft mij aangegeven dat als er een incident is in de communicatie, bijvoorbeeld met de traumahelikopter, dat incident altijd wordt geanalyseerd. Daarnaast heeft Regionale Ambulance Voorziening uitvoerig contact met de IT-leverancier om de incidenten op te lossen. De IGJ neemt de signalen dus serieus en geeft aan die mee te nemen in het toezicht.

De heer Claassen vroeg ook wat er gebeurt bij een grootschalig incident in de samenwerking tussen meldkamer, ambulancezorg en zorgcoördinatie. De coördinatie van gewondenspreiding en ambulance-inzet verloopt bij een grootschalig incident vanuit de meldkamer ambulancezorg. Inzet van ambulancezorg bij grootschalige incidenten gaat voor op zorgcoördinatie. Hierover zijn aan de voorkant afspraken gemaakt met de directie van de meldkamers.

De heer Claassen vroeg in het vervolg daarop, zou ik haast willen zeggen, hoe het staat met de plannen voor een vijfde MMT-helikopter op vliegveld Teuge en wat ik eraan ga doen om te zorgen dat iedereen in Nederland op zorg van zo'n MMT kan rekenen. Van het Landelijk Netwerk Acute Zorg heb ik een plan gekregen voor een toekomstbestendige MMT-zorg, waarbij de dekking, ook in het oosten van het land, is meegenomen. Het plan geeft op basis van dekking de noodzaak aan van een MMT-helikopter op vliegveld Teuge en een MMT-auto in Zuid-Limburg. Dat schijnt echt een fantastisch ding te zijn. Dat is zo ongeveer een rijdende ic, geloof ik. Maar goed, ik heb het Landelijk Netwerk Acute Zorg gevraagd om het gesprek met vliegveld Teuge en de provincie Gelderland -- dat is het bevoegd gezag voor vliegveld Teuge -- te voeren over de mogelijkheid voor een helikopter op vliegveld Teuge. Ik verwacht voor de zomer een besluit te kunnen nemen over het plan om die MMT-zorg in Nederland uit te breiden ten behoeve van een betere dekking. Dus voor de goede orde: ja, ik sta dus positief tegenover zo'n uitbreiding.

De **voorzitter**:

Toch heeft meneer Claassen daar zijn laatste interruptie voor over.

De heer **Claassen** (PVV):

Ja. Het is mijn laatste interruptie, maar ook een opmerking. De minister refereerde aan die nieuwe auto voor Zuid-Limburg, maar die is -- dat is even een opmerking -- niet voor "er is ergens een trauma en daar gaan we naartoe". Die is speciaal ingericht voor het vervoer -- hopelijk gaat dat heel zelden voorkomen -- van een instabiele patiënt die is opgenomen in een ziekenhuis, die gestabiliseerd is, maar die wel naar een ander centrum moet omdat daar de specialistische hulp is. Die is dus niet voor een acute situatie waarbij bijvoorbeeld een helikopter snel een anesthesioloog of een chirurg ernaartoe kan brengen voor de eerste belangrijke ingreep. Dat is de opmerking.

Ik had bedacht om als iemand wellicht een tweeminutendebat aanvraagt, een motie in te dienen om de regering te verzoeken om ervoor te zorgen dat spoedeisende communicatie tussen meldkamers, hulpverleners en alle hulpdiensten met elkaar wordt afgestemd teneinde ervoor te zorgen dat hulpverleners altijd met elkaar in verbinding staan om het werk veilig uit te kunnen voeren. Heb ik nou zojuist eigenlijk al de toezegging gehoord dat u daar al heel hard mee bezig bent? Als dat zo is, kunt u daar de voortgang van rapporteren aan deze commissie?

De **voorzitter**:

Een vraag om een toezegging van de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat bespaart een motie, dus daarmee voldoen we aan het verzoek van de Kamervoorzitter.

Minister **Dijkstra**:

Mijn antwoord is ja.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Dijkstra**:

Dan ga ik door met een vraag van de heer Van Dijk: hoe gaat de minister ervoor zorgen dat de regionale samenwerking niet gehinderd wordt door bestaande wet- en regelgeving, de financiering of de gegevensuitwisseling? Ook ik heb me gecommitteerd aan de Visie eerstelijnszorg die in januari is vastgelegd. Dat betekent dat we landelijk gaan kijken hoe we de regionale versterking van samenwerking tussen de eerstelijnszorgverleners kunnen ondersteunen. Voor de financiering van deze samenwerking is vanuit het coalitieakkoord geld beschikbaar dat via ZonMw wordt ingezet in een ondersteuningsprogramma voor de totstandkoming van hechte samenwerking in de regio en in de wijk.

De heer Van Dijk heeft ook gevraagd of ik zicht heb op de mate waarin de acute zorg belast wordt met drank- en druggerelateerde hulp. Daar hebben we geen zicht op, want dat wordt allemaal niet apart vastgelegd. Maar VeiligheidNL rapporteert jaarlijks over de spoedeisendehulpbehandelingen naar aanleiding van alcoholvergiftigingen en ongevallen en geweldpleging waarbij alcohol betrokken was. Dat zou dus een getal moeten opleveren. In 2022 vonden in Nederland naar schatting 5.100 SEH-behandelingen plaats en behandelden huisartsenposten 2.800 patiënten met een alcoholvergiftiging. Ook in dat jaar 22, want daar hebben we kennelijk de rapportage van, vonden naar schatting 23.900 SEH-behandelingen plaats naar aanleiding van ongevallen, waarbij voor zover bekend alcohol betrokken was. Dat was 5% van alle SEH-bezoeken wegens een ongeval of geweldpleging. Maar dit is een ondergrens; de betrokkenheid van alcohol wordt niet altijd geregistreerd en vastgesteld, zoals ik al zei. De Monitor Drugsincidenten van het Trimbos-instituut geeft een indicatief beeld van de drugsgelateerde incidenten in de zorg, maar er bestaat geen totaaloverzicht van alle incidenten.

De **voorzitter**:

De heer Van Dijk wil daarop doorvragen.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Ja. Mag ik vragen wat de minister daarvan vindt? Het zal best heel moeilijk zijn om dat aan te pakken; tegelijkertijd kunnen we er wel iets van vinden dat drank en drugs bij uitgaan ook weer mede een druk leggen op een overbelaste zorg. Zouden we daar iets meer mee kunnen?

Minister **Dijkstra**:

Het is niet de gewoonte, maar ik zou de vraag terug willen stellen: wat denkt de heer Van Dijk dat de oplossing zou kunnen zijn?

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Waarom ik tot deze vraag kwam, was via wat werkbezoeken bij deze posten. Toen begreep ik dat hulpverleners inderdaad weleens geconfronteerd worden met dermate agressieve personen, omdat ze volstrekt doorgesnoven zijn of zich helemaal lam hebben gedronken, dat ik dacht: "Die horen niet thuis in een isoleercel, waarin je vaak wordt geplaatst in zo'n afdeling. Die horen thuis in een politiecel! Laten ze daar hun roes gaan uitslapen, maar niet als een belasting van de acute zorg." Dat was ook de reden waarom ik JenV hierbij noemde.

Minister **Dijkstra**:

Ik vind dat inderdaad ingewikkeld. Ik ben niet zo van "die sluiten we allemaal maar op". Maar ik denk wel dat het goed is -- en dat doet de staatssecretaris van VWS natuurlijk -- om veel aandacht te besteden aan het voorkomen en verminderen van alcohol- en drugsgerelateerde incidenten. En die doet dat door verschillende preventiemaatregelen en de inzet van het kabinet op het voorkomen en terugdringen van problematisch alcoholgebruik. Dus daar wordt aan gewerkt. Hierover wordt de Kamer middels brieven en in debatten op de hoogte gehouden. En de huidige monitors op het gebied van alcohol en drugs voorzien in die informatiebehoefte. Er is beleidsmatig geen reden om deze uit te breiden. Maar preventie is heel belangrijk, en er wordt op het gebied van drugsbeleid nauw samengewerkt met JenV. Preventie op het gebied van alcohol- en drugsgebruik ligt natuurlijk meer op het terrein van VWS.

Nog een vraag van mevrouw Tielen van de VVD: wat doet de minister aan preventie ten aanzien van SEH-opnames van ouderen? Doet zij bijvoorbeeld iets op het gebied van medicijnchecks? Ik vind het belangrijk dat ouderen passende zorg ontvangen, in lijn met het IZA, en dat onnodige SEH-ziekenhuisopnames worden voorkomen. Dat heb ik al eerder aangegeven. Het is natuurlijk van belang dat zorgverleners het gesprek met hun patiënten aangaan over welke zorg ze nog wel en welke zorg ze niet meer willen ontvangen. Tja, dat heet in mooi Engels "advanced care planning". In goed Nederlands is dat gewoon: goed vooruitdenken over de zorg in de toekomst. Mijn collega heeft daar nu ook een campagne op ingezet. Maar het is dus belangrijk dat daarover gesproken wordt. Als je dan toch in de situatie komt dat er zorg nodig is, dan moeten ouderen kunnen terugvallen op een sterke eerstelijnszorg, met samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde, om zo veel mogelijk acute situaties en opnames te voorkomen. Het is natuurlijk al verschillende keren aangegeven vanuit de ziekenhuizen dat mensen, ouderen, daar eigenlijk absoluut niet op hun plek zijn; het gaat alleen maar slechter met ze als ze op de SEH terechtkomen. Dus we moeten zo veel mogelijk voorkomen dat ze daar belanden. Mevrouw Tielen vraagt: wat doe je nou om dat te voorkomen? Bijvoorbeeld de medicijnchecks. U kan binnen enkele weken een brief

verwachten over polyfarmacie bij ouderen, die daar ook op ingaat. Want ik denk dat de apotheker een hele belangrijke rol heeft bij het controleren van welke geneesmiddelen in combinatie met elkaar gebruikt worden door ouderen. Er is ook steeds meer zicht op wat je daarin moet voorkomen.

Als het thuis echt niet meer gaat, is het belangrijk dat ook mogelijkheden buiten het ziekenhuis worden gezocht. Eerstelijnsverblijven voor ouderen zijn vaak passender. Daarom werk ik samen met partijen aan de opvolging van de Visie eerstelijnszorg, ondersteun ik de implementatie van zorgcoördinatie, waar we het al even over hadden, en stimuleer ik initiatieven zoals de WijkKliniek, om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden.

Voorzitter. Ik ben er bijna doorheen. Mevrouw Paulusma vroeg: hoe worden de acute zorg en specifiek traumagerelateerde situaties meegenomen in de acties rondom vrouwspecifieke behandelingen? Mevrouw Paulusma heeft het al aangegeven: daar zet ik me speciaal voor in. We weten dat hartklachten bij vrouwen anders zijn dan bij mannen. Het is dus van levensbelang dat artsen in de diagnosestelling rekening houden met verschillen tussen mannen en vrouwen. Er wordt in wetenschappelijke onderzoeken en in de opleiding van medisch specialisten, de cardiologen, steeds meer aandacht besteed aan de man-vrouwverschillen. Het gaat hier ook niet om vrouwspecifieke aandoeningen. Maar er is meer nodig. Via de Taakopdracht Gender en Gezondheid van ZonMw blijf ik aandacht vragen voor de integratie van sekse en gender in onderzoek om zo passende zorg voor iedereen te realiseren, ongeacht sekse of gender.

Verder heb ik aangekondigd dat ik een impuls wil geven aan extra onderzoek naar vrouwspecifieke klachten. Ik ga daarvoor langs de lijnen van de inhoud kijken hoe we dat programma gaan inrichten. Ik kan me heel goed voorstellen dat er, als er specifieke kennisvelden bestaan in de acute zorg, in dat programma ook aandacht komt voor het herkennen van dergelijke klachten op de SEH, bijvoorbeeld als vrouwen zich op een SEH presenteren met ernstige pijn, zoals bij endometriose. Dat is belangrijk, want dat wordt op dit moment eigenlijk niet herkend.

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Mevrouw Paulusma heeft nog een vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank en ook dank voor het antwoord. Het gaat met niet zozeer om de professionals in de lange witte jassen; het gaat mij vooral om de triage vooraf, dus voordat vrouwen op de spoedeisende hulp komen. De minister heeft gelijk: dit zijn geen vrouwspecifieke aandoeningen, maar de klachten

presenteren zich wel heel anders. Dat geldt niet alleen voor hartklachten, maar ook voor een beroerte. De triage zou dus beter moeten. Er moet meer aandacht zijn voor de presentatie, die bij vrouwen anders is dan bij mannen, zodat ze bij de juiste cardioloog terechtkomen.

Minister **Dijkstra**:

Ja, dat is heel belangrijk. Ik zei al: ik ga langs de lijnen van de inhoud naar dit programma kijken. Bij ZonMw loopt ook onderzoek naar hoe klachten zich manifesteren, zoals u aangeeft, wat daaraan te doen is en hoe dat bij iedereen tussen de oren komt, zeker ook bij de triagisten.

De **voorzitter**:

Ik reageerde even op mevrouw Paulusma, die zei dat de patiënt dan bij de juiste cardioloog terechtkomt, maar ja, als iemand een beroerte heeft ...

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Bij de juiste professional.

De **voorzitter**:

Daar reageerde ik even op, maar ik wilde niemand afleiden.

We zijn aan het einde van de eerste termijn gekomen, volgens mij. Dat betekent dat we doorgaan met de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef het woord aan mevrouw Jansen.

Mevrouw **Daniëlle Jansen** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb geen aanvullende vragen. Wel wil ik nog een pleidooi houden voor preventie. Ik vind het jammer dat preventie een te kleine rol krijgt in dit hele vraagstuk. Als je niet even snel iets kunt veranderen aan de doorstroom op de eerste hulp en als het personeelstekort blijft, dan zie ik toch nog heel veel mogelijkheden op het gebied van preventie. Ik hoop dat dat meer aansluiting krijgt. Het is hier namelijk al vaker genoemd door andere Kamerleden: de acute zorg vraagt om een oplossing voor problemen in de gehele keten. Dat begint bij preventie.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Jansen. Meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Fijn als de minister zo meteen nog even kan terugkomen op de vraag over het Capaciteitsorgaan. Ik denk dat dat wel verhelderend kan zijn, omdat daar nog wat onduidelijkheid over bestaat, ook bij het veld zelf.

Voorzitter. Ik hoorde de minister op een aantal punten zeggen: dat is aan een nieuw kabinet. Op zich snap ik dat wel, vanuit de rol van de minister. Het is op zich ook een hele terechte reactie, denk ik. Tegelijkertijd kan de acute zorg daar op een aantal punten natuurlijk niet op wachten; die kan niet wachten op het moment dat er eindelijk een nieuw kabinet zit. Dan is het dus aan de Kamer, die gewoon missionair is, om een aantal voorstellen te doen om verschraving van de acute zorg tegen te gaan. In eerste instantie denk ik dan aan voorstellen voor de beschikbaarheidsbekostiging. Ik denk ook aan het beter verankeren van de betrokkenheid van het lokale bestuur, de inwoners en het lokale zorgveld, want we zien, ondanks de algemene maatregel van bestuur, de procedure die we nu hebben, waar de minister naar verwijst, dat het nog niet goed gaat. We zullen dus toch iets anders moeten inregelen om af te dwingen dat het beter gaat. Tot slot denk ik dat we als Kamer ook initiatieven moeten nemen ten aanzien van de bereikbaarheidsnormen voor zorg. Ik kijk ernaar uit om dit debat met de Kamer voort te zetten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. We kijken uit naar uw voorstellen, meneer Bushoff. Meneer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter. Dank aan de minister voor de toezegging dat zij ervoor gaat zorgen dat hulpverleners te allen tijde met elkaar kunnen communiceren, maar de vraag is wel hoe zij dat dan gaat doen. Op dit moment kan een ambulance die werkt met push-to-talk vaak niet communiceren en samenwerken met een ambulance die werkt met C2000, terwijl het juist in die regio van essentieel belang is dat dat gaat lukken. Geeft de minister met deze toezegging ook aan dat de uitgifte vanuit de zcc's teruggaat naar de centrale LMS-locaties, zodat alarmerende situaties als die waarover we de laatste tijd in de krant hebben kunnen lezen -- twee jaar geleden werd het ook al door de centralisten in Apeldoorn aangegeven -- nooit meer voorkomen? Per wanneer gaat deze uitgifte terug naar de LMS-locatie?

Tot slot. De minister heeft een vraag van mij niet beantwoord. Waarom is ze wel met het zcc in Zwolle in gesprek geweest, maar niet met de centralisten in Apeldoorn? Dan zou zij namelijk een ander geluid hebben gehoord.

De **voorzitter**:

Even voor de kijkers op de tribune: wat betekenen LMS en zcc ook alweer?

De heer **Claassen** (PVV):

Zcc staat voor zorgcoördinatiecentra en LMS staat voor Landelijke Meldkamer ... Ik ben het heel even kwijt. Is de S van Spoedzorg?

De **voorzitter**:

Ik dacht ...

De heer **Claassen** (PVV):

Dat is het probleem met jargon dat indaalt, voorzitter. Ik ga het opzoeken en ik kom erop terug.

De **voorzitter**:

Hartstikke fijn. Dat is voor de mensen die het debat volgen net wat fijner. LMS staat dus voor Landelijk Meldsysteem en zcc voor zorgcoördinatiecentra. Hartstikke goed. Dank u wel, meneer Claassen.

Meneer Dijk, het woord is aan u.

De heer **Dijk** (SP):

Voorzitter, volgens mij is mijn bijdrage in tweede termijn vrij voorspelbaar. Ik dank de minister voor een aantal antwoorden. Op sommige punten kan ik best wat begrip hebben voor het argument dat het aan een volgend kabinet is, maar zoals ik in eerste termijn al zei: mensen kunnen niet wachten; de acute zorg kan op sommige punten echt niet wachten op veranderingen. Deze minister zit hier nog, maar ik ga niet wachten tot er een nieuw kabinet komt. Ik ga ervan uit dat er meerdere collega's zijn die daar ook niet op gaan wachten. De heer Bushoff heeft net volgens mij een prima opsomming gegeven van een aantal voorstellen die we kunnen gaan doen in een tweeminutendebat.



De **voorzitter**:

Dat betekent dat u een tweeminutendebat aanvraagt om moties te kunnen indienen. Even voor mij en de kijkers, waar gaan die moties dan over?

De heer **Dijk** (SP):

Om te beginnen over het Zuyderland ziekenhuis, maar ook over de beschikbaarheidsbijdrage, instemmingsrecht en kraamzorg; dat laatste is een beetje op het randje, maar ik ga het misschien toch doen.

De **voorzitter**:

En dan gaat u nieuwe moties indienen die u niet al had ingediend?

De heer **Dijk** (SP):

Zeker, zo werkt het.

De **voorzitter**:

Nou ... Sorry, ik val even uit mijn rol. Niet helemaal trouwens.

De heer **Dijk** (SP):

Voorzitter, ik beloof dat ze anders zullen zijn.

De **voorzitter**:

Ik ken ook wel een rijtje van moties die terug lijken te komen, maar dat kan. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben heel blij dat deze minister er nog is. De minister zou in tweede termijn terugkomen op mijn vraag over het Capaciteitsorgaan met betrekking tot de hele keten, dus daar ben ik nog benieuwd naar.

Ik ben heel blij dat de minister nogmaals benadrukt heeft dat dit hele vraagstuk niet gaat over concentratie, maar over samenwerking en dat er heel veel aandacht is voor de regionale samenwerking, maar ook voor de

verschillen, want het is niet in elke regio hetzelfde. Ik weet dat regionale experimenten al kunnen, maar soms helpt het enorm als ze ook aangemoedigd worden door de minister, want zorgprofessionals zijn nog weleens eigenzinnig: wat bij ons werkt, werkt zeker niet bij een ander. Ik denk dat het heel erg zou helpen als de minister die experimenten actief zou aanmoedigen.

En nogmaals, voor de collega's: ik zal echt elke dag strijden en me inzetten voor gegevensuitwisseling en een opt-out voor de acute zorg, omdat dat in het belang van de patiënt is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Meneer Van Dijk.

**De heer Diederik van Dijk (SGP):**

Dank u, voorzitter. Ik dank de minister hartelijk voor alle gegeven antwoorden op de gestelde vragen. Er is veel gepasseerd, over nabijheid, het leveren van kwaliteit, impactanalyses et cetera, et cetera. Veel komt later terug, want veel ligt inderdaad op het bordje van een volgend kabinet. Het is de taak van de Kamer om de vinger aan de pols te houden.

Ik wil nog één opmerking maken over drank en drugs, om misverstanden te voorkomen. Voor alle helderheid: wat je ook hebt uitgehaald of wat je ook hebt gesnoven, als je zorg nodig hebt, krijg je die. Ik wil ook niet iedereen in de cel. Dat is mijn oproep niet. Maar ik schrok oprecht van de verhalen over de agressie waarmee hulpverleners in de acute zorg in het weekend worden geconfronteerd. Schrijnend. Wat mij betreft mag de politiek er zeker wat van vinden als jouw drank- en drugsgebruik zo'n uitwerking heeft op de acute zorg. Dat was het punt dat ik wilde maken.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Paulusma, wilt u even voorzitten, zodat ik mijn tweede termijn kan doen?

**Voorzitter: Paulusma**

Mevrouw **Tielen** (VVD):

In aansluiting op wat meneer Van Dijk zegt: het gaat niet zozeer om wat mensen gedaan hebben, als wel om het gedrag dat ze vertonen. Van die agressie hebben we al vaker een punt gemaakt. Dat blijft hopelijk hoog op de agenda staan.

Voorzitter. Ik zit een beetje met een dilemma. De minister verwijst voor een aantal dingen naar de ROAZ-plannen: voor de samenwerking tussen ziekenhuizen, voor de afstemming binnen zorgnetwerken, voor het werkgeverschap en het personeelsbehoud. Na het zomerreces krijgen we de rodedradenanalyse enzovoorts. Heel eerlijk? De afgelopen jaren ben ik wel vaker teleurgesteld; dan had ik hoge verwachtingen van iets wat erin zou zitten, maar dan kwam dat niet. Dat gevoel heb ik zeker als ik kijk naar de ROAZ-beelden, die, in mijn woorden uit de eerste termijn, toch een beetje oppervlakkig zijn. Ik ben op zoek naar iets meer en hoop dat mijn verwachtingen waargemaakt kunnen worden met de ROAZ-plannen, juist omdat het zo belangrijk is om in die regio's goede acute zorg binnen én buiten het ziekenhuis te krijgen. Ik hoop dat de minister daar nog op wil reageren.

Ik kijk uit naar de brief over de polyfarmacie, want dat is volgens mij een essentieel element in het voorkomen van acute zorg bij ouderen. Ik denk dat de minister daar goed aandacht voor heeft, maar dat ga ik kritisch volgen.

Dan mijn laatste punt. De minister komt nog even terug op het Capaciteitsorgaan. Volgens mij is er ook een hervorming van het specialistenlandschap gaande. Dat sluit daar wel bij aan. Ik ben benieuwd hoe de generalistisch specialisten daar een goede rol in krijgen. Dan hebben we het over spoedeisendehulpartsen en andere generalistisch specialisten, die volgens mij hard nodig zijn voor de toekomst van de zorg.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank, mevrouw Tielen. Zal ik de minister dan vragen hoeveel tijd zij nodig heeft voor het voorbereiden van de beantwoording in tweede termijn?

**Minister Dijkstra:**

Vijf minuten.

**De voorzitter:**

Dan gaan we vijf minuten schorsen, maar eerst geef ik de voorzittershamer terug aan mevrouw Tielen.

## **Voorzitter: Tielen**

De **voorzitter**:

Om 18.30 uur gaan we verder.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

We hervatten dit commissiedebat met de grande finale, namelijk de tweede termijn van het kabinet. Ik geef het woord aan minister Dijkstra.

Minister **Dijkstra**:

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de leden van de Kamer voor hun inbreng in de tweede termijn. Er zijn nog wat vragen gesteld. Mevrouw Jansen zei: ik vind eigenlijk dat preventie nog een te klein vraagstuk is. Ik ben het helemaal met haar eens. Ik vind ook dat we veel meer moeten inzetten op preventie. Daar zal het beleid ook op gericht zijn. Zoals ik al eerder aangaf, is dat de portefeuille van de staatssecretaris. Hij zet zich daar zo veel mogelijk voor in, maar hij moet ook de ruimte krijgen om echt maatregelen op het gebied van preventie te kunnen nemen. Dat is dus heel belangrijk. Eens.

De heer Bushoff zei: je zou nog op het Capaciteitsorgaan terugkomen. Bij het opstellen van de ramingen houdt het Capaciteitsorgaan rekening met tal van factoren, zoals demografie, vakinhoudelijke ontwikkelingen, epidemiologie, vacaturegraad enzovoort. De beroepsgroep, met inbegrip van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, is nauw betrokken bij het opstellen van deze raming. Er wordt dus rekening gehouden met een groot aantal variabelen die de behoefte aan SEH-artsen bepalen, maar ook de aanwezigheid van andere professionals in de keten. Bij de ramingen die tot op heden zijn gedaan, werd alleen definitief beleid meegenomen in het opstellen van de ramingen, maar wij delen de wens om meer inzicht te krijgen in het effect van die verschillende beleidsscenario's op de ramingen. Voor de ramingen die komen, onderzoekt het Capaciteitsorgaan of toekomstig beleid meegenomen kan worden door het geven van verschillende ramingsscenario's. Hoe dat er in de praktijk uit gaat zien, moet nog worden uitgewerkt. Ik denk dat dat wel een antwoord is op de vraag.

Even kijken. D66. Ik heb de vraag niet meer helemaal paraat, mevrouw Paulusma, maar dat komt goed. Ik heb mevrouw Paulusma in elk geval horen

zeggen dat ze het belangrijk vindt dat die gegevensuitwisseling ... Ja, mevrouw Paulusma?

De **voorzitter**:

Nou, daar ga ik over. De minister geeft mevrouw Paulusma graag de gelegenheid om haar vraag nog iets toe te lichten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik had in mijn tweede termijn alleen maar complimenten. Vanuit de eerste termijn zou de minister nog terugkomen op een vraag rondom het Capaciteitsorgaan met betrekking tot de hele keten.

Minister **Dijkstra**:

En die heb ik zojuist beantwoord. Nu snap ik het. Die had ik mee moeten nemen. Ook mevrouw Tielen heeft daarnaar gevraagd. Zij heeft dus ook antwoord gekregen.

Meneer Claassen van de PVV heeft nog gevraagd naar de toezegging die ik heb gedaan over de communicatie tussen de meldkamers. Ik ga hierop in, samen met de minister van JenV, in de brief over de voortgang van de zorgcoördinatie. Die verwacht ik in de zomer te sturen. Mijn toezegging is niet -- laat ik dat nog maar even duidelijk maken -- dat de uitgifte teruggaat naar de centrale uitgiftelocatie. Dat zou niet eens kunnen, want ik heb al uitgelegd dat daarvoor op die locatie in Apeldoorn bijvoorbeeld geen plek is. Ik kijk wel samen met JenV naar de aansluitingen tussen de systemen. We testen nu bepaalde opties in pilots. Die wil ik vooral eerst goed bekijken.

De heer Claassen vroeg mij ook: waarom ben je niet naar Apeldoorn geweest, maar wel naar Deventer? Ik ben nu op één locatie geweest; dat is waar. Als ik elke dag zou hebben om werkbezoeken af te leggen, zou ik nog veel meer locaties bezoeken, maar het is natuurlijk beperkt. Ik hoop dat u daar begrip voor heeft. Als daar aanleiding toe is, kijk ik graag of er ruimte is in de agenda. Dank voor die suggestie van de heer Claassen.

Dan kijk ik even naar de heer Bushoff. Hij heeft gezegd: jij bent misschien demissionair, maar wij zijn missionair, dus we kunnen toch wel meer doen dan alles naar een volgend kabinet doorschuiven? Kijk, de Kamer heeft de 45 minutennorm controversieel verklaard. Het ingewikkelde is dat de hele bekostiging van de SEH daar een-op-een mee samenhangt, dus als de Kamer tegen mij zegt dat ik wat moet doen aan de bekostiging, dat ik daar voortgang mee moet maken, dan zou ik de Kamer willen oproepen: haal die controversieelverklaring van die 45 minutennorm af.

De **voorzitter**:

Dit is niet de plek daarvoor.

Minister **Dijkstra**:

Anders heb ik geen ander antwoord dan: ik kan hier niks mee doen. Dat is het. Als we dit dossier weer kunnen behandelen met elkaar: graag, heel graag zelfs, want dan kunnen we echt verder komen. Maar dat kan ik nu niet doen.

Dan heb ik nog een vraag van mevrouw Tielen. Zij sprak over -- ik vind dat wel een mooi woord -- "generalistisch specialisten". Dat zijn twee heel verschillende, bijna tegenovergestelde begrippen. Misschien moeten we het hebben over "medisch generalisten" of "generalistische medici". Ze vroeg: krijgen die ook een plek in het traject voor een nieuw specialistenlandschap van het CGS, het College Geneeskundige Specialismen? Dat orgaan heeft afgelopen zomer een houtskoolschets uitgebracht waarin een perspectief geschetst wordt voor het specialismelandschap in 2035, met kern- en subspecialismen. Daarmee wil het CGS het generalisme borgen in de opleidingen en de beroepsuitoefening van de geneeskundig specialisten. Daarnaast wil het meer flexibiliteit creëren om tijdens de opleiding en de loopbaan daarna makkelijker van discipline te veranderen. Het is heel erg belangrijk dat dat mogelijk wordt. Dat is namelijk nodig om de beroepsuitoefening ook in de toekomst aan te laten sluiten op de ontwikkelingen in de zorg. Verder wil het CGS in een breed dialoogtraject met onder andere de beroepsgroepen en koepels in de zorg van gedachten wisselen over het toekomstige specialismelandschap en dat waar nodig bijstellen.

Mevrouw Tielen heeft nog een opmerking gemaakt over de ROAZ-plannen. Ik heb gehoord wat u zei. We nemen dat mee in de rodedradenanalyse van die ROAZ-plannen. Zoals ik al zei: de eerste plannen liggen er nu. Die moeten steeds beter en scherper worden. Dat houden we scherp in de gaten. Wat ik wel kan doen, is de vaart erin houden als het gaat om het IZA. Dus ook als het gaat over de ROAZ-plannen.

Dan heb ik alle vragen beantwoord, denk ik zo.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen denkt van niet.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik kreeg net een berichtje door over Apeldoorn. Ik vraag me overigens af hoe dat tientallen jaren geleden ging, toen we nog niet van die berichtjes hadden. Ik kreeg door dat er in Apeldoorn nog zeventien tafels bij geplaatst kunnen worden. Is dat te weinig om ... De minister gaf aan dat daar een capaciteitsprobleem is, maar ik krijg via via door van mensen die daar werken dat er zeventien werktafels, communicatietafels, bij geplaatst kunnen worden. Is dat te weinig om het doel te bereiken dat we eigenlijk dan zouden willen bereiken in Apeldoorn?

Minister **Dijkstra**:

Ik heb daar op dit moment geen antwoord op. Ik stel dus voor dat we daarnaar kijken en dat we ook even kijken ... We moeten dat ook even gelijk leggen met JenV. Dan kunnen we u daarover informeren. Er komt vast nog wel een brief over deze onderwerpen. Daar kunnen we dat in meenemen.

De heer **Claassen** (PVV):

Heel goed. Het is in die zin ook geen interruptie. Ik wilde de minister meegeven om vanuit dat perspectief even te kijken naar Apeldoorn.

De **voorzitter**:

De meeste interrupties worden gebruikt om de minister iets mee te geven. Maar goed, straks komen de toezeggingen. We nemen het daarin mee. Wil de minister nog reageren?

Minister **Dijkstra**:

Ja, dat klopt.

De **voorzitter**:

Mooi. Dan zijn we aan het einde gekomen van het commissiedebat Acute zorg. Volgens mij hebben we goed gedebatteerd, en dan ook nog binnen de tijd! Complimenten aan de Kamerleden en de minister en haar ondersteuning.

Nog even over dat controversieel verklaren. Dit is niet de plek om dingen niet meer controversieel te verklaren. Dat kunt u doen -- ik geef het maar even mee -- door een amendement op de lijst in te dienen voor de stemmingen, zonder de procedurevergadering. U kunt ook gewoon de

procedurevergadering daarvoor gebruiken. Beide routes zijn mogelijk. Iedereen die dat wil, kan daar zijn voordeel mee doen.

Er is een aantal toezeggingen geformuleerd. Dank aan de ondersteuning daarvoor. Ik ga ze nu voorlezen om te kijken of we allemaal dezelfde verwachtingen hebben.

- De minister zegt toe de Kamer op de hoogte te houden over wat de EHDS-wetgeving betekent voor het wetsvoorstel over gegevensuitwisseling. Dat is een toezegging aan het lid Paulusma en het lid Tielen, als rapporteurs op dit onderwerp. Heeft de minister overigens enig idee over op welke termijn dat is? Dat zei ze al: dat hangt een beetje af van Europa. Zo goed en zo snel als mogelijk dus.

- De minister zegt toe voor de zomer -- in ons jargon is dat meestal voor het zomerreces -- een brief te sturen over de mogelijke inzet van een extra MMT-helikopter ter verbetering van de dekking in de oosten van het land. Dat is een toezegging aan de heer Claassen.

- De minister zegt ook toe terug te koppelen hoe de communicatie en aansluiting van systemen tussen de meldkamers van het zorgcoördinatiecentrum en het landelijk meldsysteem verbeterd kunnen worden. Ze kijkt ook naar uitbreidingsmogelijkheden van de meldkamer in Apeldoorn. Dat doet ze samen met JenV. Daarover stuurt ze in het zomerreces een terugkoppeling aan de Kamer.

Ik zie de minister knikken, dus we zitten allemaal op dezelfde lijn qua verwachtingen. Dat is mooi.

Het lid Dijk heeft een tweeminutendebat aangevraagd. Dat betekent dat we gaan doorgeven aan de plenaire Griffie dat er een tweeminutendebat komt met als eerste spreker het lid Dijk.

Dat is het einde van dit commissiedebat. Ik wens iedereen een plezierige voortzetting van de dag. Dank voor uw aanwezigheid en tot ziens.

Sluiting 18.43 uur.