

5

Sluiting vier spoedeisende hulpdiensten in Drenthe en Groningen

Aan de orde is het **debat** over het bericht dat vier spoedeisende hulpdiensten in Drenthe en Groningen sluiten wegens personeelstekort.

De voorzitter:

Aan de orde is het debat over het bericht dat vier spoedeisende hulpdiensten in Drenthe en Groningen sluiten wegens personeelstekort. Wij hebben acht deelnemers van de Kamer. De eerste spreker van de Kamer is mevrouw Agema van de fractie van de PVV. Zij heeft, zoals iedereen, vier minuten spreektijd.



Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Het zal je maar gebeuren dat ambulancebroeders in een acute noodsituatie je leven proberen te redden ergens op een vluchstrook, omdat overall in de regio ziekenhuizen opnamestops voor hun spoedeisende hulpdiensten hebben ingesteld, omdat ze vol liggen of geen mensen hebben om acute zorg te verlenen. Vorig jaar, in verkiezingstijd, vond iedereen dat heel erg. Toen ging het plan om het aantal spoedeisende hulpdiensten te halveren, van tafel. En nu gaan ze er gewoon mee door. Het is opportunisme ten top.

De aanleiding voor dit debat is dat het zó ernstig kan lopen met die opnamestops dat vier spoedeisende hulpdiensten in Drenthe en Groningen 's avonds tegelijkertijd dichtgingen. Volgens een woordvoerder van het Groningse UMCG is een opnamestop tegenwoordig bijna elke dag aan de orde. Het gevolg is dat ambulances hun patiënten niet kunnen overdragen, aanrijtijden niet gehaald worden en er problemen ontstaan bij de volgende spoedmeldingen. De bestuursvoorzitter van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen kan zelfs niet meer garanderen dat iemand in een levensbedreigende situatie altijd in zijn ziekenhuis terecht kan. Dit is een zeer akelige situatie, en het zal je maar gebeuren.

De vorige minister presteerde het echter om te beweren dat zo'n opnamestop de kwaliteit en de patiëntveiligheid ten goede komt. Niemand was het met hem eens. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen niet, en de heer Gaakeer niet, die promoveerde op de optimalisatie van spoedeisende hulpdiensten. Het Regionaal Overleg Acute Zorg uitte zijn grote zorg en ziekenhuizen luidden de noodklok. Zelfs de VVD trok de keutel in. De Jonge had maar één medestander: de bestuursvoorzitter van het Erasmus MC, de heer Ernst Kuipers, onze nieuwe minister. Hoe is het mogelijk?

We hebben op dit moment nog maar 80 spoedeisende hulpdiensten met 24 uursbereikbaarheid over. Tien jaar geleden hadden we er nog meer dan 100. Hoe heeft dit de acute zorg beter gemaakt, zo vraag ik de minister. Wat heeft de sluiting van al deze spoedeisende hulpdiensten opgeleverd behalve een toename van de werkdruk op de overgebleven spoedeisende hulpdiensten, een toename van het aantal burn-outs onder de medewerkers, een toename van de uitstroom van gekwalificeerde zorgmedewerkers en een toename van

het aantal time-outs, opnamestops, waardoor de kwaliteit van de zorg wel degelijk onder druk komt te staan? Waar is het bewijs dat sluiting van spoedeisende hulpdiensten, een halvering van het aantal spoedeisende hulpdiensten, de kwaliteit van zorg beter heeft gemaakt of kan maken? Met monitoren, overleggen, pilots en de meldkamerregisseur gaat de acute zorg het echt niet redden. Wat we nodig hebben, zijn voldoende geschoolde artsen, verpleegkundigen en bedden op de spoedeisende hulpdiensten. We hebben een overcapaciteit op de spoedeisende hulpdiensten nodig, aldus de heer Baden, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen. Graag een reactie.

Mijn tweede vraag gaat over de bewering van de vorige minister dat het personeelstekort verder is opgelopen doordat de ziekenhuizen het advies van het Capaciteitsorgaan niet hebben opgevolgd. Dat is op z'n minst gezegd toch wel heel kort door de bocht. Het is immers dankzij het bezuinigingsbeleid van dezelfde minister dat de ziekenhuizen geen geld meer hadden om extra personeel aan te trekken of op te leiden. Door het hoofdlijnenakkoord mag de zorg immers niet groeien, terwijl de zorgvraag wel elk jaar toeneemt. Het zorgpersoneel, de grootste kostenpost voor een ziekenhuis, wordt hiervan dus de dupe. Het personeelstekort in de zorg wordt veroorzaakt door het regeringsbeleid en niet door de ziekenhuizen. Graag een reactie van de minister.

Tot slot. Het personeelsprobleem in de zorg is niet makkelijk op te lossen, maar het kan wel. Er is meer mogelijk dan het simpelweg sluiten van spoedeisende hulpdiensten. Promoot de driejarige opleiding tot medisch hulpverlener acute zorg. Voeg een specialisatie acute zorg toe aan de reguliere hbo-opleidingen. En boven alles: haal de hele acute zorgketen uit de marktwerking en uit het hoofdlijnenakkoord, en maak er een niet-economische dienst van algemeen belang van, een NEDAB. Die wordt dan bekostigd via een beschikbaarheidsbijdrage.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan de heer Hijink van de fractie van de SP.



De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Sinds 2008 is het aantal spoedeisende hulpdiensten in Nederland afgenomen van 104 naar 80. Daardoor zijn mensen langer onderweg naar de dichtstbijzijnde spoedeisende hulp en is de druk op de overgebleven diensten alleen maar toegenomen. Zij moeten daardoor ook vaker patiëntenstops aankondigen. Ambulances rijden daardoor langer rond met hun patiënt achter in de auto. Kostbare tijd gaat daarmee verloren, tijd die besteed kan worden aan andere patiënten. Vorig jaar gingen in Drenthe en Groningen op één moment vier van de vijf SEH's tijdelijk dicht, met alle risico's van dien. Kort daarvoor nog, in 2020, werden in Hogeveen en Stadskanaal juist de spoedeisende hulpdiensten opgeheven. Hierdoor moeten de overgebleven hulpdiensten in de regio hun patiënten opvangen. Het is natuurlijk niet verbazingwekkend dat de drukte en het aantal stops hierdoor juist alleen maar toenemen. Is de minister het met de SP eens dat het sluiten van de afdelingen spoedeisende hulp in Hogeveen en Stadskanaal achteraf een fout is gebleken?

De minister durft in zijn oplossingen geen andere keuzes te maken dan zijn voorgangers, want ook hij zet in op schaalvergroting en meer bureaucratie in de regio. De minister denkt blijkbaar dat concentratie van zorg, schaalvergroting dus, ervoor gaat zorgen dat de personeelstekorten kleiner worden. Maar daar denken de meeste zorgverleners heel anders over. Veel verpleegkundigen willen helemaal niet drie kwartier reizen om in hun ziekenhuis te komen. Zij vinden het juist prettig om goed te kunnen samenwerken in een gezellig team met bekende gezichten, een team dat goed op elkaar ingespeeld is. De SP ziet schaalvergroting in de spoedzorg dus ook niet als een oplossing. In alles wordt wat ons betreft de menselijke maat gemist. Dat schrijft ook de voorzitter van de Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen. Hij zegt: overmatig efficiëntiedenken verhoogt de werkdruk en drukt de menselijke maat naar de achtergrond.

Een arts vertelde mij dat de helft van de verpleegkundigen die beginnen op de spoedeisende hulp binnen twee jaar weer vertrekt. Als de minister het heeft over personeelstekorten, hoe kan het dan dat dit probleem maar niet wordt aangepakt? En hoe kan het dat die werkdruk zo hoog blijft? Hoe kan het, om maar eens iets idioots te noemen, dat verpleegkundigen en artsen moeten betalen om hun auto te kunnen parkeren bij een ziekenhuis? Dat is dus betalen om je werk te mogen doen.

Naast de reistijd en de arbeidsvoorwaarden is zekerheid voor veel zorgverleners in de acute zorg ook heel belangrijk. Denk aan de jonge arts die moet kiezen in welk ziekenhuis hij voor langere termijn gaat werken. Zo'n jonge arts zei een keer tegen mij: "Ik ga niet werken op een zinkend schip. Ik ga niet werken in een ziekenhuis waarvan ik niet weet of dat over tien jaar nog de zorg verleent waarvoor ik zo lang ben opgeleid." Dus als je meer zekerheid wil en meer personeel wil aantrekken, dan moet je zorgen dat je die zekerheid aan mensen kunt bieden. Ik wil de minister vragen welke plannen hij heeft om dat te gaan doen.

De minister lijkt het idee van mensen binden aan de zorg te vergeten. De SP vindt het ook opmerkelijk dat hij stelt dat het een oplossing zou zijn, zoals nu in Arnhem en Nijmegen schijnt te gebeuren, dat zorgverleners in meerdere ziekenhuizen tegelijk gaan werken. De SP ziet dit niet als een oplossing voor het tekort aan personeel. Sterker nog, het maakt het werk minder aantrekkelijk. Een van die artsen zei tegen ons: "Het is eigenlijk wel vreemd wat daar gebeurt. Je gaat zorgverleners die in vaste dienst zijn eigenlijk behandelen als een soort van zzp'ers, terwijl we op andere plekken in de zorg juist minder zzp'ers, minder flexibele krachten, zouden willen hebben. Dat is toch eigenlijk een tegengestelde beweging?"

Voorzitter. De minister schrijft ook in zijn brief dat hij niet wil dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg afhangen van de regio waarin iemand woont. Dat klinkt natuurlijk heel logisch. Maar waarom zegt de minister dit? Heeft hij signalen dat de kwaliteit van de zorg niet bij alle spoedeisendehulpdiensten op orde is? Daarnaast mogen we ook de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg niet vergeten. Het mag namelijk niet zo zijn dat je, als je in Drenthe of in Groningen woont, veel langer onderweg bent voordat je spoedeisende zorg kunt krijgen.

Voorzitter. De SP is dus van mening dat het sluiten van spoedeisendehulpdiensten moet stoppen en dat de minister

als de sodemieter onderzoek moet gaan doen om te kijken in welke ziekenhuizen alsnog een spoedeisendehulpdienst terug zou moeten komen die eerder dichtgegaan is.

Dank u wel.

De voorzitter:

Heel goed, dank u wel. Dan mevrouw Ellemeet van de fractie van GroenLinks.



Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Wakker worden, op je telefoon kijken en zien dat er allerlei beschietingen en aanvallen zijn door het hele land in Oekraïne, plaatst echt alles in een bizar perspectief vandaag, moet ik zeggen. Een aantal collega's hebben het al gezegd, maar ik wil hier ook nog een keer zeggen dat mijn gedachten zijn bij alle mensen in Oekraïne: al die mensen die in hun auto zijn gestapt en voor de supermarkt staan om nog spullen in te slaan en de mensen die in hun kelder zitten. Het is gewoon te bizar voor woorden, en dit in Europa.

Voorzitter. We hebben het nu over een heel ander onderwerp. Daar gaan we gewoon mee verder, want ook dat hoort bij laten zien hoe weerbaar onze democratie is. Het gaat namelijk over de tijdelijke sluitingen van spoedeisendehulpdiensten in Groningen en Drenthe die hebben plaatsgevonden. Ik zal mede namens de Partij van de Arbeid spreken.

Op het moment dat vier spoedeisendehulpdiensten tijdelijk geen nieuwe patiënten meer kunnen opnemen in Drenthe en Groningen, is er iets structureel mis met het acute zorglandschap. Als ik de brieven van de minister lees, dan blijkt toch dat de continuïteit van de zorg niet in gevaar was. Als we naar de cijfers kijken, dan zit het allemaal op zich wel goed. De aanrijdtijden van de ambulances zijn nog binnen de normen. Het lijkt in onze papieren werkelijkheid dan misschien geen probleem, maar als je in Hoogeveen of Stadskanaal woont, dan voelt dat wel anders. Daar sloten in 2020 twee spoedeisendehulpdiensten.

Voorzitter. De time-outs van vier spoedeisendehulpdiensten op 10 september vorig jaar zijn daar een gevolg van. Als moeder van twee kinderen weet ik hoe belangrijk het is om acute zorg dichtbij te hebben. Er kan altijd wat gebeuren. Meestal gebeurt er ook wat: je kind wordt ziek, valt van de trap of krijgt een hockeybal tegen zijn hoofd, zoals ik recent heb meegemaakt. Dan moet je snel naar de zorg. Als je in Hoogeveen woont, kon je tot voor kort in je eigen stad terecht. Nu moet je naar de huisartsenpost in Meppel. Dat is ruim twintig minuten rijden. Mocht in Meppel blijken dat je naar de spoedeisendehulpdienst moet, dan ga je door naar Zwolle. Dat is weer twintig minuten in de auto. Voordat je op de spoedeisendehulpdienst bent, heb je dan al 50 kilometer gereden.

Voorzitter. De sluitingen in Hoogeveen en Stadskanaal hebben grote gevolgen voor het zorglandschap in die regio. Tegelijkertijd zien we dat de zorgaanbieders de zorg daar met De Zorgtafel goed hebben kunnen blijven organiseren. Ze werken samen, waardoor patiënten sneller de spoedeisende hulp kunnen verlaten, er inzicht is in de capaciteit op de spoedeisendehulpdiensten en patiënten dus ook goed

kunnen worden verspreid. De aanrijdtijden van ambulances zijn daar eigenlijk ook nog best goed, beter zelfs dan in grote andere delen van Nederland, dus bijvoorbeeld in de Randstad. De zorgaanbieders verdienen echt een groot compliment voor de wijze waarop ze dit hebben georganiseerd. Ik heb ook de afgelopen jaren veel contact gehad met onze gedeputeerde, die aanjager was van de Zorgtafel in Drenthe. Het is echt heel mooi om te zien hoe die daar georganiseerd is. Maar zoals ik net heb betoogd, is acute zorg meer dan de aanrijdtijden van ambulances. Zorg moet ook dichtbij zijn, zodat jij of je kind snel zorg kunnen krijgen als dat nodig is.

Mevrouw Paulusma (D66):

Een korte vraag over het stukje van zojuist. Mevrouw Ellemeet noemde allerlei tijden qua rijden. Ik weet heel goed dat de spoedpost gesloten is, zowel in Stadskanaal als in Hoogeveen, maar daar is een basisspoedpost voor teruggekomen, juist voor hockeyballen en andere niet-A1-incidenten. Wat zegt dat over de aanrijtijd of de bereikbaarheid?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat is heel goed en dat sluit ook aan bij de complimenten die ik heb gegeven: ze kijken heel creatief hoe ze het op een alternatieve wijze kunnen organiseren. Mijn zorg zit erin dat er nog steeds mensen zijn die van A naar B moeten rijden en dat dus niet alle zorg opgevangen kan worden.

Mevrouw Paulusma (D66):

Nog een korte vervolgvraag, want mevrouw Ellemeet triggert mij met het woord "creatief". Het is een basisspoedpost die gewoon de hele dag open is en waar je naartoe verwezen kan worden. Als er een melding van een ernstiger incident is, is de aanrijtijd naar de andere locaties ook nog binnen de norm. Ik hoor de zorgen ook, maar ik ben dus een beetje zoekende naar wat uw zorg daarin is.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Mijn zorg is dat we signalen krijgen dat mensen deze routes doorlopen, dus van de ene plek naar de andere plek. Dat is dus de ervaring van mensen in die regio: er moet vaak alsnog een lange tijd gereden worden en er moet doorverwezen worden. Ik ben het met mevrouw Paulusma eens dat sommige basisvoorzieningen goed zijn. Ik bedoel "creatief" in positieve zin; het is op geen enkele manier beledigend. Het is slim organiseren van de zorg, maar we moeten onze ogen niet sluiten voor de ervaringen, de dagelijkse ervaringen van mensen in het Noorden. Vooral dat is eigenlijk mijn punt.

Voorzitter. Ik was gebleven bij mijn compliment aan de regio, aan Drenthe en aan de Zorgtafel. Ik heb ook gezegd dat de aanrijdtijden soms helaas nog steeds lang zijn en dat het nodig is om daar kritisch naar te kijken en verbeteringen door te voeren. Daarom wil ik de minister vragen om samen met de Zorgtafel in Drenthe en natuurlijk met burgers een keer in gesprek te gaan over dat acutezorglandschap, juist ook in het Noorden, en over de vraag of voor een goed acutezorglandschap deze twee basisspoedposten weer volwaardige spoedeisendehulpverlening zouden moeten worden. Daarop krijg ik graag een reactie van de minister.

Voorzitter. Als blijkt dat een of twee of beide spoedeisendehulpverlening weer open moeten, kan dat natuurlijk niet zomaar. Dat snapt mijn fractie ook. Er liggen twee onderliggende problemen, die je dan ook moet adresseren: ten eerste een tekort aan personeel en ten tweede een tekort aan inkomsten uit de spoedeisendehulpverlening. Naast het grote tekort aan verpleegkundigen is er in die regio ook een tekort aan artsen. Dat is de reden waarom wij de spoedeisendehulpverlening ooit moesten sluiten, maar het tekort gaat verder. In de regio is er namelijk ook een tekort aan huisartsen. Ik wil de minister dus vragen of hij samen met de zorgtafels een plan kan maken om daar voldoende artsen en verpleegkundigen op te leiden. Dat punt maakt ook mevrouw Van den Berg al lange tijd.

Daarnaast begrijp ik dat de spoedeisendehulpverlening in Hoogeveen en Stadskanaal geen beschikbaarheidsbijdragen krijgen. Dan snap ik dat je niet altijd open kan blijven. Hoe zit dat, vraag ik de minister. En kan hij dit eventueel aanpassen?

Ik rond af, voorzitter. We kunnen ook echt iets leren uit de regio. De Zorgtafel in Drenthe biedt een doorkijkje naar de toekomst van het organiseren van de zorg, waarbij samenwerking over de domeinen heen centraal staat. Maar volgens mij is dat ook in de rest van de regio nodig. Is de minister dus bereid om ook in Groningen zo'n zorgtafel te faciliteren? Graag een reactie.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Van den Berg van de fractie van het CDA.

□

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Het debatverzoek van mevrouw Agema om te spreken over de berichtgeving over de spoedeisende hulp in Noord-Nederland hebben wij als CDA van harte ondersteund, want helaas moet ik concluderen dat ik mijn inbrengen van 3 april en 3 oktober 2019 eigenlijk kan herhalen. Dat is zorgelijk. Dat betekent dat de situatie nog steeds niet is verbeterd en zelfs eerder is verslechterd. Ook zorgelijk vind ik dat de minister in zijn reactie van 1 oktober verwijst naar een onderzoek van de Zorgautoriteit dat in oktober 2019 naar de Tweede Kamer is gezonden. Dat onderzoek vond plaats naar aanleiding van mijn vraag in april 2019 om een overzicht te verstrekken van de SEH-stops per ziekenhuislocatie per dag vanaf januari. Tijdens mijn werkbezoek aan Hoogeveen zei men namelijk al: vroeger hadden we twee stops per week en nu zijn het er twee per dag. Ik wil dus een overzicht.

Voorzitter. Ik heb in het najaar 2019 al aangegeven dat ik het een onderzoek van niks vond en ook een veel te beperkte opdracht aan de Zorgautoriteit. Ten eerste zijn er 4 regio's onderzocht, maar we hebben er 25. Ten tweede zegt "97% geen time-out" ook niets. Betekent dit dat er een eenmalige sluiting is van vijf uur of van tien keer een halfuur? Dat maakt nogal een verschil voor de toegankelijkheid en ook voor de werkdruk en de stress van de ambulance-medewerkers.

Voorzitter. In God we trust; all others must bring data. Dat heb ik vaker gezegd. Ik concludeer echter dat er in het Noorden blijkbaar een eigen systeem is opgezet en dat men daarin goed samenwerkt. Waarom kan dat systeem niet in heel Nederland worden toegepast? De minister verwijst ook naar de monitor acute zorg die in april 2021 verscheen. De Zorgautoriteit geeft daarin aan dat er om de acute zorg toegankelijk te houden meer samenwerking nodig is en meer focus op de beweging naar passende zorg. De NZa concludeert dat tijdens de uitbraak van covid was te zien hoe snel alle betrokkenen in de zorg op basis van vertrouwen met elkaar kunnen samenwerken als de druk zeer hoog wordt. En daar zit 'm nu precies de crux. Want zodra die druk wat minder is, is het: weg samenwerking, ieder voor zich!

Voorzitter. Mijn initiatiefnota Zorg in de regio van januari 2019 heeft uiteindelijk geleid tot wetgeving per 1 januari 2022, waardoor consultatie van regionaal bestuur verplicht is bij wijzigingen in de acute zorg. Hoe zorgt de minister ervoor dat de wet adequaat wordt geïmplementeerd? Vinden er bijvoorbeeld voorlichtingsbijeenkomsten plaats over deze wet?

Mevrouw Agema (PVV):

Minister Kuipers durft ons niet te vertellen hoeveel opnamestops er zijn geweest in het afgelopen jaar, denk ik, want hij noemt dat niet in zijn brief. Tussen 2015 en 2018 was er een verdubbeling naar bijna 6.000 in 2018. Waar wil het CDA dat het in de toekomst naartoe gaat? Hoe ziet mevrouw Van den Berg de ontwikkeling van de spoedeisende hulp? Sluit zij zich aan bij de plannen van de minister om het aantal spoedeisendehulpposten te halveren? Of zegt het CDA dat het dat niet gaat steunen?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het CDA staat er altijd voor open om te kijken naar creatieve oplossingen of suggesties. Mevrouw Agema geeft terecht aan dat er 6.000 stops waren. Die aantallen zijn in de afgelopen jaren alleen maar enorm toegenomen. Dat is niet de weg waarop wij voort kunnen gaan. Het is dus prima als de minister zegt: ik heb creatieve suggesties over hoe ik met een andere manier van organiseren veel meer comfort kan geven en ervoor kan zorgen dat het aantal stops naar beneden gaat. Dat zal voor het CDA een van de criteria zijn. Mevrouw Agema weet bovendien dat wij altijd hebben gezegd dat het heel belangrijk is dat de zorg niet alleen beschikbaar en betaalbaar maar ook bereikbaar is.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind dit wel mooie woorden, maar ik vind ze toch niet heel erg duidelijk. De minister is voornemens om door te gaan met het sluiten van spoedeisendehulpposten. Daarmee komt de beschikbaarheid in de regio en in het Noorden nog verder onder druk te staan. Mijn vraag is heel concreet: hoe gaat het CDA daarmee om? Gaat het CDA het verminderen van spoedeisendehulpposten steunen? Want als er in de zorg iets verloren gaat, weten we allemaal dat we dat daarna niet meer terugkrijgen. Gaat het CDA het verminderen van spoedeisendehulpposten dus steunen?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

In de brief die we dezer dagen van de minister hebben gekregen en waar ik graag op terugkom in het hoofdlijnen-debat, schrijft de minister dat hij hoogcomplexere acute zorg wil concentreren. Ik ben heel benieuwd naar de concrete voorstellen daartoe. Het regionale criterium is daarbij voor ons zeer bepalend. Ook bij kinderhartchirurgie hebben wij gezegd: concentreren is niet centraliseren. Mevrouw Agema geeft ook aan ... Mevrouw Ellemet noemde het voorbeeld: je kind valt van de trap, je buurvrouw valt van de trap of je valt zelf van de trap; dan moet je niet lopen zoeken waar je terecht kunt voor spoedeisende hulp. Dat zullen allemaal criteria zijn waar wij naar kijken.

De voorzitter:

U continueert.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik kom even terug op de vraag hoe dat geïmplementeerd gaat worden. De regio Woerden, met een adherentie van 70.000 inwoners, heeft nog steeds geen huisartsenpost na 17.00 uur. In Venray en Oldenzaal is de huisartsenpost gesloten. In Oostburg loopt een pilot voor de aanpassing van de avond-, nacht- en weekenddiensten. In West-Brabant wordt een ziekenhuis verplaatst. Een lid van de raad van bestuur, de heer Mante, zegt in de krant: "Toch is dat nieuwe ziekenhuis in Roosendaal een grote vooruitgang voor alle West-Brabanders." Dat mensen op Tholen ook afhankelijk zijn van het ziekenhuis, wordt gewoon opzijgeschoven. Vooralsnog komt er ook geen huisartsenpost in Bergen op Zoom.

Voorzitter. Een goed functionerende huisartsenpost in de buurt zorgt voor minder toeloop op de spoedeisende hulp. Hoe wordt na wijzigingen bij de acute zorg gecheckt en gemonitord of blijvend wordt voldaan aan de aanrijtijden voor zowel de spoedeisende eerste hulp als voor de huisartsenpost? Is de minister ermee bekend dat in enkele regio's een wiskundig systeem wordt toegepast waardoor ambulancetijden sterk zijn verbeterd? Is de minister bereid hiervan de ervaringen, resultaten en voor- en nadelen in kaart te brengen?

Tot slot, voorzitter. Hoe staat het met de implementatie van mijn motie van 14 februari 2019 over dat er altijd bij voorbaat diverse berekeningen worden gemaakt, zoals verwachte wijzigingen van de adherentiecijfers, en dat die gedeeld worden met de regionale bestuurders?

De allerlaatste vraag, voorzitter. De minister constateert dat de ziekenhuizen te weinig opleiden. Wat is de minister van plan eraan te gaan doen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Van den Hil van de fractie van de VVD.



Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Als je medische zorg nodig hebt, wil je zo snel mogelijk en in de buurt geholpen kunnen worden. In Nederland kan dit gelukkig overdag bij je eigen huisarts, die je als het nodig is door kan verwijzen naar het ziekenhuis. Maar ook in de avonduren en in het weekend kunnen we in Nederland een beroep doen op onze zorg, via de huisartsenpost en bij levensbedreigende situaties via 112, waarna je met de ambulance naar het ziekenhuis wordt gebracht. Daar wil je natuurlijk snel en altijd terechtkunnen. Dat moge duidelijk zijn. Dan is het vervelend en maakt het je ongerust als je in de krant leest over sluiting van eerste-hulpdiensten wegens personeelsgebrek.

Voorzitter. We debatteren vandaag over het bericht dat spoedeisendehulpdiensten in Drenthe en Groningen een time-out in moesten stellen. Dat wil zeggen dat hier, gezien de drukte, tijdelijk geen patiënten terechtkunnen, maar je wel terechtkunt bij een andere spoedeisende hulp in de buurt. We begrijpen dat hier zorgen over zijn en we hebben dan ook schriftelijke vragen gesteld. Acute zorg moet voor iedereen in elke regio bereikbaar zijn. Kan de minister nogmaals bevestigen dat in geval van een levensbedreigende situatie iemand altijd op een SEH terecht kan, ook tijdens een time-out?

Voorzitter. Om de zorg overal toegankelijk te houden zijn mijns inziens de kernbegrippen instroom, doorstroom en uitstroom belangrijk, zowel aan de personele kant als aan de kant van de patiënten. Bij het personeel moet gewerkt worden aan de instroom en doorstroom, opdat er zo weinig mogelijk uitstroom is. Bij patiënten moet gewerkt worden aan een soepele instroom en een zorgvuldige, passende door- en uitstroom. Om personeel in te laten stromen denkt de VVD onder andere aan aantrekkelijke werkomstandigheden, minder regeldruk en meer zeggenschap. Graag hoor ik van de minister welke opvolging er bijvoorbeeld wordt gegeven aan het programma (Ont)Regel de Zorg. Tevens vraag ik de minister naar de uitvoering van de motie van het CDA om de titel spoedeisendehulparts als wettelijk erkende specialistentitel aan te kunnen merken.

Met betrekking tot de doorstroom ligt er een opgave voor taakherschikking. Komt dit in de acute zorg voldoende van de grond? Zijn er bijvoorbeeld richtlijnen en handreikingen die hierop toegerust zijn? Hoe zorgen we ook dat ramingen van het Capaciteitsorgaan beter opgevolgd worden? Kunnen nieuwe vormen van opleiden worden ingezet, bijvoorbeeld middels eerder verworven competenties en snellere registratie waar dat kan?

Voorzitter. Instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten is ook van belang. Aan de instroomkant onderstreep ik het belang van samenwerken en goede triage, opdat de patiënt op een passende plek behandeld kan worden. Zo wordt in een aantal ziekenhuizen al gebruikgemaakt van de spoedcomponent van de capaciteitsmonitor van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie. Dit maakt het mogelijk om te zien waar een mogelijke time-out dreigt. Zo kunnen patiënten worden gespreid over de regio. Samenwerken helpt ook bij de door- en uitstroom van patiënten. Er zijn al goede regionale initiatieven. In de regio Zeeland wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van het gezamenlijke Centraal Actiepunt Verplaatsingen. Zo kunnen patiënten sneller door- en uitstromen naar locaties waar ze de juiste zorg kunnen

krijgen. Hoe zorgen we ervoor dat dit soort goede initiatieven beter navolging krijgen?

Voorzitter, tot slot. De acute zorg moet voor iedereen ook in de toekomst toegankelijk, bereikbaar en van goede kwaliteit blijven. Op die eerste twee heb ik gereflecteerd ...

Zal ik even doorgaan, of gaat mevrouw Van den Berg nu interrumperen?

De voorzitter:

Nee, gaat u gewoon door.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik ga gewoon door. Door de sector zelf is de Netherlands Emergency department Evaluation Database, NEED, ontwikkeld. Bij dit platform hebben zich al een aantal ziekenhuizen aangesloten. Het heeft als doel om de kwaliteitsregistratie in de sector te verbeteren en te standaardiseren. De VVD lijkt standaardisatie goed, om zo overbodige certificering te voorkomen. Hoe staat het met dit streven tot standaardisatie?

Voorzitter, ik rond af. Alle betrokken partijen moeten er staan en erbij betrokken worden wanneer er veranderingen in het zorglandschap plaatsvinden, om de toegankelijkheid van de acute zorg voor patiënten te waarborgen, nu en in de toekomst. Ik kijk dan ook uit naar het plan dat de minister binnenkort zal presenteren over toekomstbestendige acute zorg.

De voorzitter:

Hartstikke goed, dank u wel. Een vraag nog van mevrouw Van den Berg.

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

Bedankt dat u even wachtte, voorzitter, want mevrouw Van den Hil had het daarna ook nog over het NEED, het Netherlands evaluation emergency data system. Ik pleit er al jaren voor dat dit gewoon in heel Nederland wordt gebruikt, juist om goede besluiten te kunnen nemen. Dank dus dat de VVD daar nu in ieder geval ook zo in zit. Daarvoor noemde mevrouw Van den Hil verschillende voorbeelden van goede regionale initiatieven. Mijn complimenten voor Zeeland, maar ook voor wat men in het Noorden zelf heeft gedaan met de systemen. Vindt mevrouw Van den Hil echter ook dat de minister de regie moet krijgen om dit voor heel Nederland te verplichten? Zo maakt niet iedereen maar zijn eigen regiosysteem op basis van vrijwilligheid.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Tsja, verplichten: ik vind dat je eerst even moet kijken welke systemen er in Nederland zijn en wat de goede voorbeelden zijn. Dit zou moeten worden gedeeld met de professionals. Dat was mijn oproep toen ik het had over de kwaliteit, en dat is ook hierbij zo. Kijk met elkaar welke mooie voorbeelden er zijn. Werk die uit. Kijk dan hoe je dat met elkaar kunt opvolgen. Maar de ene regio is de andere niet. We hebben het vandaag over Noord-Nederland. Dat zit weer anders in elkaar dan Zeeland. Natuurlijk moet je standaardiseren. Dat was ook mijn oproep. Maar kijk ook een beetje naar de best

practices en of iedereen daarbij kan meekijken, met name de professionals.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Geheel eens dat de ene regio de andere niet is en dat je daar dus ook rekening mee moet houden. Dat moet dus zeker worden meegewogen. U zegt ook: kijk wat de professionals zelf doen. Bij covid zagen we dat men onder grote druk enorm en top heeft samengewerkt. Maar op het moment dat de druk iets minder wordt, zien we dat die samenwerking naar beneden gaat. Het CDA vraagt zich dus toch wel af — wij zitten op die lijn — hoe we kunnen zorgen dat de samenwerking wat gericht gaat worden. Is de VVD dat met ons eens?

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Wij zijn altijd voor samenwerken. Ik kom zelf uit een dunbevolkte regio. Daar zal je dat wel moeten doen. In het Noorden is dat ook zo. Ik ben het er dus zeker mee eens dat we richting moeten geven, maar ook dat we met z'n allen heel goed moeten kijken wat de professionals willen. En kom daarna met één bestendig plan. Daarbij vindt u mij aan uw zijde.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik denk dat we het niet helemaal eens zijn.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Maar dat mag ook.

Mevrouw Agema (PVV):

Maar uiteindelijk worden CDA en VVD het altijd eens.

Ik hoorde een warme, betrokken bijdrage van de VVD, van de koude, kille saneerders die de zorg aan het randje van de afgrond hebben gebracht in de afgelopen tien jaar. Ik hoorde mevrouw Van den Hil ook nadrukkelijk de uitkomst van dit debat in handen leggen van de minister, die nog met zijn plannen gaat komen. Dat vind ik ook wel weer heel erg tekenend, hoor, van de VVD. Vorig jaar, vlak voor de verkiezingen, was het de VVD die afstand nam van de houtskoolschets acute zorg, waarin het aantal spoedeisendehulpverleners wordt gehalveerd, van de 80 die we nu hebben, naar 30 à 40. In de brief van de minister naar aanleiding van dit debat plopt die houtskoolschets acute zorg ineens weer op. Hij zei ook in zijn vorige rol al: ik ben voor de halvering van het aantal spoedeisendehulpverleners. Dus ik wil nu gewoon hom of kuit. Mevrouw Van den Berg van het CDA gaf het niet, dus ik vraag het ook aan de VVD: is het halveren van het aantal spoedeisendehulpverleners voor de VVD acceptabel, ja of nee?

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Mevrouw Agema begon even terug over de houtskoolschets. U stelt volgens mij twee vragen in één. Die houtskoolschets is controversieel verklaard. Daar is een internetconsultatie over geweest en daar zijn andere rapporten bij gekomen. Die worden samengevoegd. Ik leg dus niet mijn lot in handen van de minister. Sterker nog, ik wil daar wel invloed op blijven houden en ook de VVD wil dat. Ik heb

aangegeven dat acute zorg in elke regio bereikbaar en beschikbaar moet blijven. Is dat op een spoedeisendehulpverlenerspost? Dat zal niet altijd zo mogen zijn. Hom of kuit is in dit geval dus ook ingewikkeld, omdat we praten over het totaalplaatje van acute zorg. Juist voor mij, aangezien ik gewerkt heb in de acute zorg en in de langdurige zorg, is een acuut zorgstuk een totaalplaatje van het totale zorglandschap. Daarin heb je huisartsenposten, maar ook preventie thuis. We hebben een motie of amendement over valpreventie gemaakt. Kijk dus ook wat je thuis ... Wie gaat er wel naar de eerste hulp en wie gaat er niet? Zoek de zorg zo dicht mogelijk bij huis.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik heb helemaal geen ingewikkelde vraag gesteld. De VVD steunde het halveren van het aantal spoedeisendehulpverlenersposten in verkiezingstijd niet. Deze minister was daar in zijn oude rol wel voor. Hij haalt ook in deze brief, die hoort bij dit debat, de houtskoolschets met het halveren van het aantal spoedeisendehulpverlenersposten terug. Ik krijg dus graag hom of kuit van de VVD. Steunt de VVD het halveren van het aantal spoedeisendehulpverlenersposten, ja of nee?

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Ik vind dit geen ja- of neevraag. De houtskoolschets is toendertijd controversieel verklaard. Daar zijn nu andere onderzoeken bij gekomen. Ik zei al: iedereen moet dichtbij geholpen kunnen worden. Dat is breder dan alleen een spoedeisendehulpverlenerspost, want u en ik willen juist niet op die spoedeisendehulpverlenerspost terecht komen, maar eerst bij de eigen huisarts aankloppen en liever niet naar de spoedeisendehulpverlenerspost gaan.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar mevrouw Paulusma van de fractie van D66.

□

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank, voorzitter. Als je zelf hulp nodig hebt of als iemand die je dierbaar is in nood is, dan wil je dat hulp snel ter plekke is. Je wil dan snel en goed geholpen worden in een ziekenhuis waar ze voor je klaarstaan. Professionele inschatting van wat iemand in nood nodig heeft, moet wat ons betreft leidend zijn. Daar waar je op dat moment de beste zorg kunt krijgen, staat voor D66 voorop. Dit betekent niet altijd het ziekenhuis om de hoek. Dat kan zijn vanwege de aard van je letsel of de druk op de eerste hulpen, waar we het vandaag ook over hebben. Het kan namelijk zo zijn dat de eerste hulp in de buurt zojuist een aantal complexe patiënten heeft binnengekregen en te maken heeft met een piekbelasting, en daarom een time-out instelt om de druk van de zorg over de regio te verdelen. Dat er time-outs zijn en ook worden toegepast, is wat D66 betreft dan ook niet waar dit debat over zou moeten gaan, maar wel over de knelpunten en de inrichting van onze spoedzorg.

Een van de problemen waar we de komende jaren tegenaan blijven lopen, zijn de personeelstekorten. Al veel van mijn collega's spraken hierover en ook ik maak mij hier zorgen om. En dan niet alleen als het gaat om de bezetting op de spoedeisende hulp, maar juist de bezetting in de gehele

keten. In het Noorden van het land wordt al heel goed samengewerkt, juist om tekorten tegen te gaan en ook samen op te leiden. Ze doen dit onder de noemer van Zorg voor het Noorden, negen ziekenhuizen en drie ambulance-regio's. Kan de minister aangeven welke lessen we uit deze samenwerking kunnen trekken?

Ik zou ook graag willen kijken hoe we de druk op de spoedeisende hulp überhaupt kunnen verminderen door te kijken of we mensen sneller door kunnen laten stromen naar de juiste en/of andere plek of dat ze juist helemaal niet ingestuurd hoeven worden. Want zouden we de innovaties die al gebruikt worden, zoals het meekijken door artsen op afstand met ambulancepersoneel, niet veel meer moeten ondersteunen en uitbreiden, net als het nog beter delen van realtimedata als het gaat om bijvoorbeeld beschikbaarheid of door slim en/of slimmer kijken naar functiedifferentiatie? Ook hier graag een reactie op van de minister.

En ik stelde er al eerder vragen over, onder meer naar aanleiding van het bericht "Veel traumapatiënten komen in verkeerde ziekenhuizen terecht". Dan gaat het met name over vrouwen op leeftijd, vanwege hun broze botten maar vooral ook omdat ze minder klagen. Els Borst stelde in 1999 al dat ernstige traumapatiënten naar gespecialiseerde ziekenhuizen zouden moeten, niet alleen voor de behandeling op de eerste hulp zelf, maar juist ook voor het vervolg om met de juiste diagnose op de juiste operatietafel te komen. Dit scheelt levens. Dus wat D66 betreft voeren we zeker het debat over de bereikbaarheid en de personeelstekorten en zeker als we het hebben over de regio, want ik hoor ook de zorgen die mensen hebben, maar we moeten ook durven zeggen dat verder weg soms beter is, dat ook concentratie van traumazorg kan bijdragen aan het oplossen van de problemen waar we het vandaag over hebben, maar vooral ook de kwaliteit van zorg kan doen laten toenemen. Ook nu ben ik benieuwd naar een reactie van de minister.

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb even gewacht, maar ik heb misschien aan het begin iets verkeerd begrepen van mevrouw Paulusma toen ze zei dat het vandaag niet gaat over het aantal stops bij spoedeisende hulp posten. Volgens mij is dat nou net wel een van de kernen. Mevrouw Agema heeft zelfs al genoemd dat het er 6.000 waren, dus dat lijkt mij toch juist wel een van de kernproblemen die we ook in dit debat moeten bespreken.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dat ontken ik ook niet, want dat maakt het werk op spoedeisende hulpen en allerlei voorzieningen ook best ingewikkeld. Alleen, ik wil het vooral hebben over de aanleiding waarom dat gebeurt. Een daarvan is personeelstekorten, hoe we het zorglandschap hebben ingericht, hoe we innovaties doen. U heeft volgens mij zelf ook verwezen naar allerlei vormen van samenwerking. Ik zou daar graag het debat over willen voeren en ook oplossingen verwachten van de minister, om daarmee ook de hoeveelheid time-outs naar beneden te krijgen. Maar dát er af en toe een time-out is, hoeft niet problematisch te zijn. U verwees ook even naar mevrouw Agema, die net het UMCG noemde, waar dagelijks een time-out is. Dat klopt niet. Dus we moeten

ook zorgvuldig zijn met wat we vertellen. In het Noorden zijn er geregeld time-outs, het UMCG doet dat niet. Een time-out is lastig en daar moeten we heel zorgvuldig mee omgaan. We moeten de oorzaken daarachter zo veel mogelijk weghalen, maar dat het af en toe gebeurt om de druk te verdelen, vind ik niet bezwaarlijk.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Als er een time-out is, gaat er volgens mij principieel gewoon ergens wat mis in de hele keten. Dus wat mij betreft is iedere time-out er een te veel. Ik gaf ook aan dat in het werkbezoek dat ik heb gebracht aan de ambulancedienst van Hoogeveen werd gezegd: vroeger waren het er twee per week, nu zijn het er twee per dag en in de zomer soms drie per dag. Realiseert mevrouw Paulusma zich ook wat dat voor werkdruk en stress betekent voor de mensen die op die ambulances zitten en voor degenen die vervolgens op die spoedeisende hulp werken?

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik ben het volgens mij heel erg eens met mevrouw Van den Berg. We moeten ervoor zorgen dat de hoeveelheid time-outs drastisch afneemt, maar dan moeten we bijvoorbeeld ook kijken naar waar we ambulanceposten plaatsen, hoe we aan regioverdeling doen en hoe we ook beter data delen. Maar als er een groot ongeluk binnenkomt en de spoed is vol, dan snap ik heel goed dat een spoedafdeling een time-out inlast. Dus het middel an sich vind ik niet een slecht middel als je daarmee druk kunt verdelen en kwaliteit kunt blijven borgen, maar niet in de hoeveelheid waar het nu over gaat. Dus daar zijn we het zeker over eens, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik kijk even naar mevrouw Agema of zij op dit punt door wil gaan.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik heb dat gewoon uit een artikel; ik heb dat niet verzonnen. Nu gebeurt het volgens de woordvoerder van het Universitair Medisch Centrum Groningen dagelijks.

Mevrouw Paulusma (D66):

Als u het artikel af leest, dan staat er: "De woordvoerder zegt dat het UMCG altijd open is en geen time-out heeft." Ik heb ze net ook even geappt. Dus voor de zorgvuldigheid is dat denk ik goed.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Mevrouw Paulusma zegt terecht dat die hele acute zorg heel veel elementen heeft. Ik wil het graag hebben over de spoedzorg die je in alledag nodig kan hebben. We hadden er al even een interruptietje over, toen zei mevrouw Paulusma: als je een basis, een spoedpost hebt die 24/7 open is, dan is dat niet voldoende. Nu is helaas die basisspoedzorg niet 24/7 open, hij is alleen doordeweeks open van 8 tot 22 uur en in het weekend niet. Dus is mevrouw Paulusma het dan met mij eens dat dat problematisch is als jij met je kind op het sportveld staat en die een bal tegen zijn hoofd

krijgt, wat helaas vaak in het weekend is? Dat je dan dus in het weekend niet bij die spoedposten terecht kan?

Mevrouw Paulusma (D66):

Volgens mij zei ik niet "24/7". Ik snap dat mensen het gevoel willen hebben dat het 24/7 in de buurt is. Ik denk ook dat we zo reëel moeten zijn dat als een kind een hockeybal tegen het hoofd aan krijgt, dat niet A1-categorie is waardoor je per direct in een ziekenhuis of in de ambulance moet liggen. De aanrijtijden in Nederland liggen nog steeds niet onder de norm; 98,8% haalt het, zowel op locatie als naar een post. Alleen op de Waddeneilanden is dit heel problematisch, dus misschien moeten we daar dan kijken als er veel gehockeyd wordt. We kunnen niet voor elke hockeybal optuigen waar mensen wellicht behoefte aan hebben. Volgens mij moeten we daar eerlijk over zijn.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

We hebben het nu juist niet over A1, we hebben het juist over incidenten die er zijn, A2 om even in het jargon te blijven. Dus over dat je als je iets overkomt, ook als je in Hoogeveen woont, dichtbij met je kind of met je moeder die van de trap is gevallen, ergens naartoe kan. Het hele probleem is nu dat die voorziening is weggefallen. Als jij nu in Hoogeveen woont en je moeder valt van de trap, dan moet je eerst naar Meppel naar de huisartsenpost om te kijken of je naar die spoedpost kan. Dan mag je terug naar Hoogeveen om, als het niet in het weekend is en niet na 22.00 uur, daar de zorg te krijgen. Ik wil heel graag van mevrouw Paulusma de erkenning horen dat het niet goed genoeg is in het Noorden. Ja, we moeten praktisch zijn en we moeten kijken wat kan, maar we moeten met elkaar ook de ambitie hebben om de zorg daar te verbeteren. Wat GroenLinks betreft is dit niet goed genoeg.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik deel met mevrouw Ellemeet dat de zorgen die men in het Noorden heeft, terecht zijn en dat we daar wat aan moeten doen. Maar ik zag ook uw oproep voor het weer openen van spoedposten in Hoogeveen en in Stadskanaal, terwijl mensen in Hoogeveen niet alleen op Meppel zijn aangewezen, maar ook naar Assen of Emmen kunnen. Heel veel mensen uit Hoogeveen nemen rechtstreeks de snelweg naar Groningen, waar ook twee ziekenhuizen zijn, of de afslag naar Zwolle. Qua aanrijtijden lukt dat nog steeds, ook als je met eigen vervoer gaat. Uw suggestie om met burgers in gesprek te gaan vind ik goed. Ik sprak ook de commissaris van de Koning, mevrouw Klijnsma, exact over deze Zorgtafel. Laten we dat doen. Als mensen het gevoel hebben dat ze niet veilig zijn, vind ik dat we dat moeten verbeteren. We moeten het beter uitleggen en ook oplossingen aandragen als dat daadwerkelijk zo is.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik denk niet dat het telefoontje van mevrouw Paulusma zomaar even de berichtgeving in de lokale media onderuit kan schuffelen. Het Dagblad van het Noorden heeft bericht dat het eerst wekelijks was en nu bijna dagelijks. We lezen ook in de brief van de minister dat het allemaal niet minder wordt. Mijn vraag aan mevrouw Paulusma is: accepteert zij eigenlijk dat er 6.000 opnamestops per jaar zijn of vindt zij dat het anders moet?

Mevrouw Paulusma (D66):

Een heleboel mensen hebben veel zorgen of ze hulp kunnen krijgen op het moment dat dat nodig is. Dan is het ook goed als we zorgvuldig onze woorden kiezen in het verhaal dat we hier vertellen. Ik ben het met u eens: 6.000 is te veel. 6.000 opnamestops of time-outs is te veel en dat moet beter. Daarom moeten we kijken naar alle problemen die ik net heb aangedragen, maar we moeten er ook over praten waar concentratie van traumazorg juist kan bijdragen aan het oplossen van de problemen waar we het nu over hebben.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik merk dat zowel VVD als CDA als D66 om de hete brij heen draait als het gaat om de vraag waar ze voor staan, wat ze hebben afgesproken en wat de minister gaat doen. Gaat D66 het halveren van de spoedeisendehulpdiensten steunen? De VVD en het CDA geven daar geen antwoord op. De minister wil dat. De houtskoolschets die van tafel was, is weer terug. Wat gaat D66 doen, los van mij op de vingers tikken terwijl ik helemaal niet heb verzonnen wat ik zeg, maar dat gewoon uit een bron haal?

Mevrouw Paulusma (D66):

Eerder in mijn betoog sprak ik over de traumacentra. Ik vind dat we het gesprek moeten voeren of dat geconcentreerder kan, zodat het de zorg ten goede komt. Dat is iets anders dan het beeld dat mevrouw Agema probeert neer te zetten: dat we alles dicht willen en dat straks niemand meer ergens terecht kan. Ik denk dat we naar variëteit in onze acute zorg moeten en dat we daarin ook keuzes moeten durven maken.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ik heb nog een korte vraag. Mevrouw Paulusma noemt het voorbeeld van de traumacentra. Daarbij noemt zij specifiek dat het gaat om het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Nu hebben we net een ander debat gehad over concentratie en waar dat de kwaliteit juist ten goede kan komen. Mijn fractie maakt duidelijk onderscheid tussen concentratie die vanuit de beroepsgroep komt en erop is gericht om de zorgkwaliteit ten goede te komen, en concentratie waarvoor wordt gekozen uit schaarste, omdat er grote tekorten zijn en er niet meer geld naartoe kan gaan. Ziet mevrouw Paulusma dat verschil ook?

Mevrouw Paulusma (D66):

We hebben het momenteel veel over concentratie. Dat moet zorgvuldig en ook in de samenhang der dingen. Dat was mijn pleidooi bij de hartcentra en dat zal hier ook zo zijn. De voorzitter van de Nederlandse vereniging van spoedartsen hield ook een pleidooi om te durven kiezen voor concentratie, maar wel in de samenhang der dingen. Ik vind het dus heel interessant om de minister te verzoeken met de beroepsgroep dit gesprek te voeren om te kijken of we daar verbetering in kunnen aanbrengen.

Voorzitter, ik rond af. Een ongeluk, een hartaanval of een vreselijk onhandige uitglijder in de keuken: het kan grote consequenties hebben voor het leven van mensen. Goede en bereikbare eerstehulpzorg is dan ontzettend belangrijk. Maar het blijkt ook dat de meeste Nederlanders kiezen voor de beste zorg, ook als die niet om de hoek is. Dit zou zomaar ook kunnen opgaan voor de acute zorg.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

U bedankt. Dan mevrouw Bikker van de fractie van de ChristenUnie.



Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Als je een beroep moet doen op de spoedeisende hulp, voor jezelf of voor je kind of voor een geliefde, dan staat je dat vaak nog lang bij. Het is een situatie waarin je opeens kwetsbaar bent, waarin je gezondheid in gevaar is en waarin je dringend zorg nodig hebt. Ik denk dat we in Nederland oprecht blij mogen zijn met de goede zorg die er op zo veel plekken dag en nacht geleverd wordt door zo veel mensen die zich daar met hart en ziel voor inzetten. Iedere keer als ik op werkbezoek ben — als je er om persoonlijke redenen komt, ben je er wat minder mee bezig — ben ik er weer enorm van onder de indruk. Ik wil dat allereerst uitspreken, ook naar de medewerkers van de betreffende spoedeisendehulpdiensten waar een stop is geplaatst. Ik weet dat ook zij zich met hart en ziel inzetten. Wat is het belangrijk dat we ook in de toekomst zorgen voor die medewerkers, maar ook voor iedere Nederlander die op zoek is naar goede zorg. We moeten dat voor elkaar blijven houden. Daar ligt dan ook het probleem waar we het over hebben.

We weten dat gezien het aantal korte stops dat helaas toeneemt, de bereikbare zorg onder druk staat, zeker buiten de Randstad. Ik heb het over de minder druk bewoonde gebieden, die daardoor vaak juist wel vaak extra prachtig zijn, maar dat terzijde. Die stops laten wat de ChristenUnie betreft ook zien wat de grote opgaven zijn voor de zorg. Ik zie er drie. Enerzijds is dat de leefbaarheid in de regio, juist in gebieden waar er krimp is of de bevolking in iets meer rust en vrijheid leeft. Zo kun je het ook zeggen, laten we het positief benoemen. Voorts de toekomstbestendigheid van het zorglandschap als geheel en voldoende personeel in de zorg.

Voorzitter. Over de leefbaarheid in de regio zou ik de minister willen vragen om in de afweging te zien dat zo'n regio vaak te maken heeft met meer afnemende zaken: het tekort aan huisartsenzorg, een sterk vergrijzende bevolking en afnemende ov-voorzieningen. Hoe kom je überhaupt bij een spoedeisendehulpdienst als je zelf geen auto hebt? Soms kan dat al een hele zorg zijn. Hoe kom je dus nog bij goede en passende hulp terecht? Daarom vraag ik de minister hoe hij juist in dunner bevolkte gebieden zoals in het noorden, in Drenthe, Friesland en Groningen, maar ook in Zeeland en Flevoland naar de samenhang van al deze publieke voorzieningen kijkt. Hoe zorgt hij ervoor dat we zicht houden dat het regiobeeld compleet is voordat een essentiële voorziening dreigt te verdwijnen — ik denk daarbij ook aan streekziekenhuizen — en voordat er een knoop wordt gehakt?

De voorzitter:

Doorgehakt.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Doorgehakt, inderdaad. De voorzitter is altijd resoluter, dat is gebleken.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik hoor mevrouw Bikker over de regio praten. Dat gaat mij zeer aan het hart, maar zou de regio ook een wat meer Europese context kunnen krijgen, juist waar het gaat om de inrichting van het zorglandschap en de acute zorg? Bijvoorbeeld Groningen, Duitsland, Maastricht, België, Zeeland.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dat gebeurt natuurlijk ook al. In het kader van het vorige debat spraken we een huisarts uit Terneuzen die erop wees hoe goed er samengewerkt wordt met het ziekenhuis in Gent. Iedereen die in een grensregio woont, wil allereerst goede zorg. Of hij dan naar Aken moet rijden als hij dicht bij de Duitse grens woont of naar Gent, dat maakt niet uit als de zorg goed is en je de zorgverleners begrijpt. Daar zie ik geen bezwaar. Ik vind het vooral belangrijk dat goede zorg dichtbij is en dat mensen zich veilig weten. Die regio-beelden zijn erg belangrijk en de NZa moet daarom gevraagd worden om daar zo snel mogelijk meer eenduidigheid in te brengen. Wat mij betreft kunnen we dan een beter antwoord geven op de vraag hoe de acute zorg georganiseerd en verdeeld moet worden in het land. Dat is een waardevollere benadering dan de houtskoolschets die er nu ligt en die veel kritiek heeft gekregen. Ik zou de minister willen vragen: krijgt de NZa deze opdracht snel en krijgt de Kamer de opdrachtformulering nog te zien?

Mijn laatste punt ziet op het personeel. De zorg heeft nu al grote personeelstekorten, en als we op deze manier blijven werken moet in 2030 een op de vijf Nederlanders uit de beroepsbevolking in de zorg werken; dat neemt daarna nog toe. Ook nu zien we al dat de concurrentie op het personeel groot is. Hoe moet dat over tien jaar dan wel niet zijn? Dit is echt een gezamenlijke verantwoordelijkheid, ook van de werkgevers en de overheid, om te werken aan de instroom, aan het behoud van het personeel en aan creatieve oplossingen, zodat we soms ook met minder personeel toch goede zorg kunnen leveren. Ik heb daarom nog drie vragen aan de minister.

Heeft de minister inmiddels inzichtelijk of de ziekenhuizen zich houden aan de ramingen van het capaciteitsorgaan voor het aantal opleidingsplekken, en hoe wordt dat gemonitord?

Wat ziet de minister in meer sturingsmogelijkheden bij verzekeraars om een maximumpercentage aan uitzendkrachten op een afdeling te hebben? Zoiets zou bijvoorbeeld een plek kunnen krijgen in de inkoopvoorwaarden, zodat je juist ook investeert in het vaste personeel en de uitzendkrachten er zijn waar ze voor bedoeld zijn, namelijk het opvullen als er tijdelijk eens een gat valt.

En tenslotte, hoe gaat de minister de zeggenschap en de autonomie van het verplegend personeel erbij betrekken om juist ook die te versterken? We zien immers heel erg dat die van grote meerwaarde zijn voor het plezier houden in het vak en het langere tijd kunnen werken.

Voorzitter. Ik was afgelopen maandag op bezoek bij zo'n spoedeisende hulppost. Ik denk echt dat we, als we hier met elkaar aan trekken, juist die betrokken medewerkers het meest van allemaal kunnen helpen om op die bevolgen wijze hun werk te kunnen blijven doen.

De voorzitter:

Heel goed. Dank u wel. Er is nog een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Mevrouw Bikker begint over het maximaliseren van het percentage uitzendkracht. Wat vindt zij dan van zzp'ers? Eigenlijk is het een ongewenste ontwikkeling dat veel meer mensen zeggen: omdat ik gebrek aan autonomie en zeggenschap heb, begin ik maar als zzp'er. Daarmee wordt de totale organisatie er niet beter op.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik vind het echt fantastisch dat mevrouw Van den Berg eigenlijk de interruptie doet die hoort bij een blokje waar ik het nog aan had willen beginnen, maar ik keek naar uw dreigende blik. Het punt van de uitzendkrachten zegt immers eigenlijk iets over: hoe zit de organisatie op dat moment in elkaar? Wat mij opvalt in gesprekken met verpleegkundigen is inderdaad het volgende. Wil je het volhouden, juist met de toenemende druk in de zorg — corona heeft het natuurlijk alleen maar intenser gemaakt in de ziekenhuizen — dan lijkt het heel snel de makkelijkste oplossing om of via de uitzendmodus of via de zzp-modus je werk verder te gaan doen. Want dan kan je je diensten inplannen en dan kan je zeggen "ik ben er de komende zes weekenden niet", of "ik draai de nachtdiensten niet mee". Juist daarbij denk ik dat die gezamenlijkheid van belang is, maar dat het ook van werkgevers wat vraagt. Het moet namelijk meerwaarde hebben als jij bij hen een vast contract hebt. Daarin kan ook een werkgever, een ziekenhuisdirectie, natuurlijk echt een rol spelen. Want hoe meer je dit toestaat, hoe zuurder de drijven zijn voor het vaste personeel.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

We pleiten al langer voor veel meer aandacht voor werkgeverschap in de zorg. Ik heb daar zelfs weleens wat cynische opmerkingen over gemaakt in het arbeidsmarktdebat van oktober, maar dat even terzijde. Begrijp ik nu goed dat mevrouw Bikker, als ze het heeft over het percentage uitzendkrachten, eigenlijk het percentage flexibele arbeid bedoelt? Dus wil ze daar ook het percentage zzp'ers onder scharen?

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik vraag de minister vooral om in beeld te brengen wat dit betekent. Van mij mag het uitgesplitst en mag het onder één noemer staan, maar ik heb vooral graag in beeld wat het inmiddels betekent. Ik wil ook dat het gesprek gevoerd wordt met de werkgevers over wat er op dat gebied kan gebeuren. Maar omdat ik deze ontwikkeling al lang zie, er met zorg naar kijk en de stijging zie, vind ik eerlijk gezegd ook dat dit iets is waar met zorgverzekeraars over gesproken moet worden. Hoe richt je je inkoop in? Want volgens mij zegt het ook heel veel over de kwaliteit van het ziekenhuis

als het wel lukt om dat vaste personeel te hebben, in plaats van het flexibele personeel. Dat lijkt mij een grote winst. Dus ik hoor daar graag ook de reactie van de minister op.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Pouw-Verweij van de fractie van JA21. Zij is de laatste spreker van de zijde van de Kamer. Zij is tevens onze appetizer, want daarna ga ik schorsen voor de lunch. Het woord is aan haar.

□

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Deze bijdrage spreek ik uit mede namens Caroline van der Plas, die vandaag verhinderd is. Graag zou ik haar vanaf hier ook nog even beterschap willen wensen.

Vorige week en eerder vandaag debatteerden we over de concentratie van de kinderhartchirurgie. Dat kun je op een louter technische manier benaderen. De argumenten voor het besluit tot concentratie zijn immers zwaar medisch-inhoudelijk opgebouwd. Dat is met de professionele invalshoek ook best uit te leggen. Maar uit de maatschappelijke opschudding blijkt dat er nog iets anders meespeelt, iets wat in Den Haag snel over het hoofd wordt gezien. Dat is oprechte aandacht voor wat er leeft onder de bevolking. In dit debat over het sluiten van posten voor spoedeisende hulp in Drenthe en Groningen merk ik daarom op: houd daar rekening mee. Want beleid dat met een technocratische insteek over gevoelens heen walst, zorgt voor vervreemding.

Wat veel emoties oproept, is het gevoel dat de politiek vooral naar de Randstad kijkt, naar dichtbevolkte gebieden. Het gevoel leeft dat het platteland is afgeschreven, als een treurige, onrendabele regio waar de bevolking toch wegtrekt. Als een gebied waar de voorzieningen nu eenmaal verdwijnen. Dat is ook de emotie over de situatie bij posten voor spoedeisende hulp. Het risico is groot dat we zwaar inzetten op relativeringen, op de technische benadering en dat we van de minister uitleg krijgen over een landelijk tekort aan gespecialiseerd zorgpersoneel, incidentele time-outs die de acute zorg niet echt bedreigen en monitoring van processen. Ik roep de minister op om ook het gevoel te beantwoorden dat voorzieningen met name op het platteland onder druk staan.

Welke boodschap heeft dit kabinet aan de regio als het gaat om spoedeisende zorg? Natuurlijk beseffen wij dat het capaciteitsprobleem van spoedeisendehulpdiensten verder strekt dan het platteland, maar vasthouden aan de 45 minutennorm wordt al sneller een grotere uitdaging naar mate gebieden dunner bevolkt zijn. Een analyse van Pointer Radio laat zien dat momenteel 10% van de bevolking verder van een SEH-post vandaan woont dan tien jaar geleden. Steeds minder SEH-posten zijn goed voorbereid op de piekbelasting op tijden waarop het aantal patiënten in de spoedeisende hulp het hoogste is. Dat leidt tot lange wachttijden, opnamestops en ambulances die moeten uitwijken naar een ander ziekenhuis. Is de minister van mening dat het om een te verwaarlozen probleem gaat, of vraagt de situatie nu om ingrijpen? Er is geen landelijke registratie van het aantal sluitingen van de spoedeisende hulp. Kan

de minister de Kamer bij de uitwerking van plannen om de acute zorg toekomstbestendig te maken een overzicht geven van het aantal sluitingen en de locaties die het betreft over het gehele land?

Zorgprofessionals staan met de rug tegen de muur. De time-out waar ik zojuist naar verwees, betekent ook dat zorgpersoneel niet langer met de rug tegen de muur staat, maar inmiddels is uitgevallen. Als de schakel van de SEH-posten in de zorgketen verzwakt, loopt de keten van zorg als geheel gevaar. Dan wordt de keten als geheel bedreigd.

In de brief van dinsdag aan de Kamer onderkent de minister dat de combinatie van toenemende zorgvraag en schaarste op de arbeidsmarkt het nodig maakt dat we de zorg, en daaronder ook de acute zorg, slimmer organiseren. JA21 kijkt uit naar de informatie die de minister nog voor het zomerreces over deze plannen naar de Kamer stuurt. Wil de minister toezeggen dat de leefbaarheid op het platteland en het behoud van voorzieningen in gebieden die als "de provincie" of "de regio" worden aangeduid nadrukkelijk deel uitmaken van deze plannen? Hoe gaat de minister deze Kamer meenemen in het vormgeven van de plannen voor een toekomstbestendige acute zorg? Dan bedoel ik niet alleen tijdig en volledig geïnformeerd worden, maar ook inbreng kunnen leveren.

Op 28 oktober 2021 heeft mijn fractie met steun van de voltallige oppositie een motie ingediend die het kabinet oproept om knelpunten acuut in beeld te brengen en met spoed op te lossen om de continuïteit en de snelle, laagdrempelige toegankelijkheid van deze zorg in het hele land te herstellen. De coalitie heeft deze motie toen weggestemd. Toch doe ik na de time-out van de afgelopen vier maanden een soortgelijke oproep, namelijk om de knelpuntenanalyse onderdeel te laten zijn van de plannen die de minister in voorbereiding heeft voor de acute zorg. Daar zal de minister, die er toch ook alles aan gelegen is om de spoedeisende hulp op peil te houden, ongetwijfeld mee kunnen instemmen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik deel geheel het belang van de regio met mevrouw Pouw-Verweij en volgens mij ook met mevrouw Van der Plas, die meekijkt. Zeker moet daar ook onze basiszorg en acute zorg op orde zijn. Maar ik hoorde u zeggen dat 10% van de Nederlanders verder dan 30 minuten van een spoedpost woont. Volgens mij gaat het hier om de normen van de aanrijdtijden van juist die ambulance, en staat dat los van of iemand met een personenauto rijdt en hoeveel tijd diegene nodig heeft om bij de huisarts te komen.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Wat ik zei, is dat uit onderzoek blijkt dat 10% van de bevolking nu verder van een SEH-post vandaan woont dan tien jaar geleden. Daarin zit dus een stijging van 10%. Die 30 minuten heb ik niet genoemd.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dan heb ik nog één korte vervolgvraag, want we blijven de norm halen, ook als mensen dus verder weg zijn gaan wonen, landelijker, vrijstaand. Dus is dat dan een probleem?

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ja, dat denk ik wel. Ik denk dat we niet alleen moeten kijken naar de 45 minuten norm. Ik denk dat we het hier hebben over een breder probleem dat eigenlijk ook breder is dan alleen de spoedeisendehulpdiensten waar we het nu over hebben. Ik ben nu heel erg gericht op de regio, omdat ik denk dat dit aspect van de discussie onderbelicht blijft, maar ik denk dat we over de gehele keten in heel Nederland een probleem hebben. U zegt dat het niet klopt dat er in het UMCG time-outs gehouden worden. In bijna alle grote ziekenhuizen zien we wel regelmatig dat zelfs als de spoedeisendehulpdienst gesloten wordt, er nog heel veel gespannen telefoontjes zijn naar omliggende ziekenhuizen om te zorgen dat dat zo blijft. Door louter en alleen te kijken naar de aanrijdtijd en of die voldoende is, doen we het probleem onvoldoende recht.

De voorzitter:

Heel kort.

Mevrouw Paulusma (D66):

Excuus, maar het debat gaat nu over de acute zorg en de aanrijdtijden en de norm die we daarover hebben afgesproken. Wat u benoemt — voordat we allerlei zorgen door elkaar gaan halen — zijn basisvoorzieningen in de omgeving waar iemand woont. Dát ben ik volledig met u eens.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dan ben ik blij dat we het met elkaar eens zijn.

De voorzitter:

Everybody happy! Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Het is volgens mij het laatste debat van mevrouw Pouw voordat ze met verlof gaat. Het is niet om die reden, maar ik wilde wel zeggen dat ik het een mooi betoog vind. Het is inderdaad belangrijk om te kijken hoe mensen de zorg ervaren, alsook de spoedzorg die verdwijnt in de regio. Als je het dan hebt over aanrijdtijden — dat hoeven niet alleen ambulancetijden zijn, maar ook dat je ergens zelf met de auto heen gaat — maakt het natuurlijk nogal uit of je bijvoorbeeld een auto hebt. Laten we de casus Hoogeveen nemen. We weten dat dit een arme gemeente is waar heel veel mensen geen auto hebben. Je kan wel zeggen "je kan naar Assen of Meppel", maar als je geen auto hebt, dan ervaren mensen dat als heel ver weg en problematisch. Is mevrouw Pouw-Verweij dat met mij eens?

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dat ben ik volledig met mevrouw Ellemeet eens. Ik denk juist dat het in deze gebieden een extra groot probleem is, omdat daar ook nog eens de dekking van het ov minder is dan we in Den Haag of de Randstad gewend zijn. Daar moet

je dan nog eens extra rekening mee houden. Dat is dus een zorg die wij absoluut delen.

De voorzitter:

Heel goed. Tot zover. Hartelijk dank en veel sterkte in uw verlof. Ik schors tot kwart voor één voor de lunch en dan gaan we luisteren naar de minister.

De vergadering wordt van 12.02 uur tot 12.46 uur geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan de minister.



Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Ik heb de antwoorden vooraf ingedeeld in een aantal blokjes, los van de inleiding. Eén blokje gaat specifiek over Noord-Nederland. Daarna heb ik een blokje over de toekomst van de acute zorg en over de arbeidsmarkt.

Ik wil beginnen met Noord-Nederland en de situatie daar. Op vrijdag 10 september van het afgelopen jaar hebben vier van de negen ziekenhuizen in de regio Noord-Nederland, Groningen, Friesland en Drenthe, gedurende anderhalf uur een time-out aangekondigd, tussen 17.30 uur en 19.00 uur. Een van die ziekenhuizen geeft aan dat dat kwam door onvoldoende behandelcapaciteit. De andere drie meldden een piek in het aanbod van patiënten, ook gerelateerd aan de zorgzwaarte van de patiënten die ze op dat moment op de spoedeisende hulp hadden. Een stop of time-out betekent niet dat zo'n spoedeisende hulp helemaal gesloten is. Het is een afspraak die men onderling in de regio gemaakt heeft om overbelasting te voorkomen.

Dat ging in het verre verleden echt anders. Iedere spoedeisende hulp was in principe altijd open voor iedere patiënt, maar dat betekende dat er ook situaties waren waarin een spoedeisende hulp al vol was en er desalniettemin een aanbod van patiënten bleef komen. Het duurde dan vaak lang voordat een patiënt daadwerkelijk uit een ambulance in diagnostiek en behandeling kon worden genomen. Daarmee werd de ambulance op dat moment onttrokken aan het rijdende wagenpark en werd de spoedeisende hulp verder overbelast. Een time-out is een signaal aan de ambulancedienst dat het tijdelijk erg druk is op de betreffende afdeling en het daarom wellicht verstandig is om naar een ander ziekenhuis te rijden, als de categorie en aard van de aandoening van de patiënt dat mogelijk maken.

Daar zijn per regio, niet alleen in Noord-Nederland maar overall, hele specifieke regionale afspraken over gemaakt tussen ziekenhuizen, de ambulancedienst et cetera. Dat wordt ook gemonitord. Er wordt op aangestuurd dat die time-outs altijd zo kort mogelijk zijn. Er wordt voor gezorgd dat de spoedeisende hulp van het ziekenhuis te allen tijde openblijft voor echte acute zorg en indien het ziekenhuis een unieke functie heeft, bijvoorbeeld de functie van traumacentrum of van interventiecentrum voor patiënten met een acute hartaanval et cetera. In Noord-Nederland worden er binnen de samenwerking in de acutezorgregio op verschillende manieren afspraken gemaakt en wordt er gewerkt aan het toegankelijk houden van de acute zorg.

Mevrouw Agema (PVV):

De brief van de minister was nogal onduidelijk. Hij schreef dat het aantal opnamestops of time-outs gelijk was gebleven of een heel klein beetje minder was geworden. Maar we weten dat er een verdubbeling was tussen 2015 en 2018. Kan de minister vertellen hoeveel van die opnamestops of time-outs er in Nederland in het afgelopen jaar zijn geweest?

Minister Kuipers:

Dat kan ik niet aangeven voor het afgelopen jaar. De Nederlandse Zorgautoriteit komt binnenkort met gegevens, maar ik weet dat nu niet.

Mevrouw Agema (PVV):

Maar hoe weet de minister dan dat het gelijk gebleven is of een beetje minder geworden is? Kunnen we die informatie nog krijgen tijdens dit debat? Als je in je brief schrijft dat het gelijk gebleven is of iets minder geworden is, dan weet je toch ook hoeveel opnamestops er waren? Dat mag ook voor 2020. Ik wil dat we hier een beeld krijgen van hoe vaak zo'n opnamestop of time-out in Nederland eigenlijk gebeurt.

Minister Kuipers:

Het ROAZ in Noordoost-Nederland geeft aan dat het aantal en de tijdsduur van de stops zijn afgenomen in hun monitoringsperiode, van september tot en met december van het afgelopen jaar. Die daling heeft ongetwijfeld ook te maken met het verloop van de covidpandemie in die periode, maar ik weet op dit moment niet wat het exacte aantal is.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Aanvullend op wat mevrouw Agema vraagt: ik wil niet alleen graag het macrogetal horen. Dat hoeft dan niet per se vandaag, maar ik wil het wel krijgen. Ik heb in 2019 ook gevraagd of ik de cijfers per ziekenhuis per dag kan krijgen. Een cumulatief cijfer kan er alleen maar komen omdat je iets hebt opgebouwd met decentrale cijfers, dus ik zou ook graag de decentrale cijfers willen zien.

Minister Kuipers:

We kunnen ziekenhuizen vragen om data aan te leveren over heel veel zaken. In eerste instantie vaar ik erop dat er in acute zorgregio's, ROAZ-regio's, afspraken zijn over onder welke voorwaarden, voor hoelang en voor welke patiënten er stops, time-outs, mogen zijn. Ik vraag de IGJ om daarop te monitoren en signalen af te geven wanneer er daadwerkelijk situaties ontstaan die niet kunnen. Ik kom even terug op wat mevrouw Van den Berg in het debat al zei. De stelling was: iedere time-out is er een te veel. Ik ben het daarover nadrukkelijk niet eens met mevrouw Van den Berg, want time-outs zijn juist bedoeld om de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg zoveel mogelijk overeind te houden. Het is dus zeker niet zo dat hoe meer time-outs er zijn hoe beter de zorg is — integendeel — maar het is ook niet zo dat iedere time-out er een te veel is. Time-outs zijn de consequenties van goede regionale afspraken. Ik kan een ziekenhuis vragen hoe vaak ze in een time-out zitten, maar dat is echt iets aan de regio zelf.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het heel erg spijtig dat ik drie interrupties moet besteden aan het aantal opnamestops dat er is geweest. Het kan toch niet dat de minister hier zegt dat hij het niet weet! We weten dat het er 2.800 waren in 2015 en 5.600 in 2018. Ik wil gedurende het debat gewoon van de minister horen hoeveel het er nu zijn. Als de informatie er in 2015 en 2018 was, dan moet de minister het ook in dit debat naar voren kunnen brengen, helemaal als hij zegt dat het gelijk is gebleven of minder is geworden. Graag ontvang ik dus een toezegging van de minister dat we gedurende het debat gewoon te horen krijgen hoeveel opnamestops, time-outs, er in 2021 zijn geweest. Anders kunnen we toch niet op een normale manier met elkaar debatteren?

Minister Kuipers:

Zoals al aangegeven kan ik die getallen niet leveren, om redenen die ik net al genoemd heb. Ik heb geen signalen dat het aantal time-outprocedures in individuele regio's tot gevaarlijke situaties heeft geleid. Ik herhaal even bewust dat time-outprocedures door regio's zijn ingesteld — regio's monitoren daar ook op — om de zorg toegankelijk te houden.

Ik ga even door op de situatie in Noord-Nederland. Deze regio is een proef gestart met de functie van een meldkamerregisseur die, indien nodig, de ambulancebemanning helpt om voor een patiënt zo spoedig mogelijk een plek te vinden op een passende SEH. Sinds 2018 wordt daarbij in eerste instantie gebruikgemaakt — Noordoost-Nederland was de eerste regio in Nederland die dat deed — van wat nu het Landelijk Platform Zorgcapaciteit, LPZ, heet. Dat wordt gebruikt als hulpmiddel om de druk op de acute zorg te spreiden, zodat iedere patiënt zo snel mogelijk op een plek komt waar hij of zij geholpen kan worden. Daarmee wordt er 24 uur per dag een SEH-stoplicht gebruikt waarmee de SEH's van de negen ziekenhuizen in Noord-Nederland kunnen aangeven hoe druk het op dat moment is. Dat kunnen de ziekenhuizen dan realtime van elkaar zien. Daarmee kunnen we vroegtijdig patiënten spreiden en zoveel mogelijk voorkomen dat er meerdere stops tegelijk zijn en er bijvoorbeeld één ziekenhuis en één SEH echt overlopen worden. Dan zouden er immers situaties kunnen ontstaan die zelfs voor individuele patiënten gevaarlijk kunnen zijn.

Er wordt in Noord-Nederland ook deze maand gestart met pilots waarmee huisartsen inzicht krijgen in dat LPZ, zodat ook zij kunnen helpen met het spreiden van de SEH-instroom zowel qua tijdstip als qua locatie. Wat dat betreft is die Acute Zorgregio Noordoost te prijzen. Daarover is zonet ook iets voorbijgekomen. Mevrouw Ellemeet sprak over de Zorgtafel Drenthe et cetera. Zij laten zien dat ze bij innovatie telkens vooroplopen en daarmee ook vaak voorbeeldregio voor andere regio's zijn.

Dat LPZ is een systeem dat door alle ziekenhuizen kan worden ingezet voor praktische sturing en planning op capaciteit. Het geeft realtime inzicht wanneer er stops zijn en ook waar stops dreigen. Daar kunnen ambulancediensten op anticiperen. Negen van de elf acutezorgregio's werken momenteel met dat LPZ. Een tiende regio is voornemens om dat ook te implementeren. Het sluit heel goed aan bij de grotere inzet op zorgcoördinatie en heeft ook zijn functie bewezen in de covidpandemie.

Daarmee kom ik voor dit onderwerp aan de beantwoording van de vragen.

Mevrouw Ellemeet vroeg: de sluiting van de SEH's in Hoogeveen en Stadskanaal heeft grote gevolgen voor het zorglandschap in die regio. Kan de minister samen met de Zorgtafel en burgers een keer in gesprek gaan over het acutezorglandschap? Mijn departement is nauw betrokken bij de Zorgtafel in Drenthe en schuift daar ook met regelmaat aan. Daar is ook Zorgbelang namens de inwoners uit de regio bij betrokken. Ik zeg graag toe dat ook ik met hen in gesprek wil gaan om hun ervaringen te horen maar ook om te horen wat de uitdagingen zijn en hoe wij er eventueel aan kunnen bijdragen dat dat nog verder verbeterd.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik dank de minister voor deze toezegging. Ik denk dat dat zeer gewaardeerd wordt. Ik vroeg ook om te bekijken of we dit goede voorbeeld nog op andere plekken kunnen introduceren, bijvoorbeeld in Groningen. Zou de minister dat ook willen meenemen?

Minister Kuipers:

Zeker. Dat wil ik van harte. Het goede nieuws is dat deze vorm van zorg in de Acute Zorgregio Noordoost en de regio Drenthe et cetera op veel plekken al als voorbeeld wordt gezien. Ondertussen zijn er op andere plekken al vergelijkbare zorgtafels gekomen. Ik noem bijvoorbeeld Zeeland, Zuid-Limburg en de Zuid-Hollandse eilanden. Ik hoop dat dit voorbeeld verder gevog zal krijgen.

Dan vroeg mevrouw Ellemeet waarom de SEH's in Hoogeveen en Stadskanaal geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. Zoals ik al noemde is er in Hoogeveen en Stadskanaal geen sprake meer van een spoedeisende hulp, maar van een spoedpost. De SEH's krijgen een beschikbaarheidsbijdrage als die gevoelig is voor de 45 minutennorm en er onvoldoende opbrengsten zijn uit de zorgverlening. Daarvan is in deze situatie geen sprake.

Mevrouw Van den Berg vroeg waarom het datasysteem in het Noorden niet overal kan worden toegepast. Ik benoemde al dat het Landelijk Platform Zorgcoördinatie al sinds 2018 wordt gebruikt in het Noorden. Zij waren de eerste regio die dit deed. Het systeem is nu veel breder. Het is mijn streven dat dat gewoon breed in Nederland wordt ingezet, ook voor een realtime monitoring van de drukte in de zorg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De minister schrijft in een brief dat hij toch wil kijken hoe we de acute zorg optimaal kunnen organiseren. Vindt hij dan niet dat het niet aan het veld zelf moet zijn of men dit soort systemen kan gebruiken, maar dat het gewoon nodig is dat iedereen dat gebruikt, ook om voldoende informatie te hebben en de goede besluiten te kunnen nemen? Dit heeft namelijk effect op heel veel mensen, die allemaal toch ongerust zijn en zich afvragen: wat is er aan acute zorg als mijn kind van de trap valt?

Minister Kuipers:

Dat deel ik ten aanzien van dit landelijk platform absoluut. Daarom ben ik blij dat negen van de elf regio's dat al heb-

ben, zoals al is aangegeven, en dat een tiende voornemens is om dat te implementeren. Ik zal ook zeker vragen wat bij de elfde regio nog de hordes zijn om dat voorbeeld te volgen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik heb nog even een vraag over die beschikbaarheidsbijdrage. Ik begreep het antwoord van de minister, maar mijn vraag gaat meer over het volgende. Hij geeft aan: als het nodig is in verband met de aanrijtijden, dan is er sprake van een beschikbaarheidsbijdrage. Is de minister bereid om bij de visie waar hij nog mee komt ook te bekijken of het niet wenselijk zou zijn om die beschikbaarheidsbijdrage per definitie toe te kennen aan spoedeisendehulpdiensten? We weten namelijk — dat weet de minister ook uit vorige functies — dat de spoedeisende hulp voor ziekenhuizen juist een heel belangrijk onderdeel is om de inkomsten hoog genoeg te houden. Zou hij dus willen onderzoeken of het niet verstandig is om per definitie een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen aan SEH-posten?

Minister Kuipers:

Daar ben ik van harte toe bereid.

Mevrouw Paulusma vroeg: in het Noorden wordt goed samengewerkt; welke lessen kunnen we uit deze samenwerking trekken? Ik gaf net al aan dat ik helemaal de stelling deel dat in het Noorden goed wordt samengewerkt. Dat geldt voor zo'n Zorgtafel, maar dat gold bijvoorbeeld ook voor het hele complexe en zorgvuldige besluit om zo'n spoedpost in Hoogeveen — ik kijk naar mevrouw Ellemeet — van een SEH tot een spoedpost te maken. Laat ik dat ook benoemen. Dat traject is heel zorgvuldig gelopen, zeg ik als ik er nu op terugkijk. Dat is gedaan met burgers, met gemeentes, met de ziekenhuizen, met de ambulancediensten en met de huisartsen, niet vanuit de gedachte "we hebben een acuut probleem", maar vanuit de gedachte "wij moeten iets doen om de toegankelijkheid overeind te houden; wat dan?" Ik zie nu, ook in contacten met vertegenwoordigers uit die regio, dat men niet alleen toen een stap gezet heeft, maar het twee, drie jaar later ook alweer aan het evalueren is. Men komt daarbij bijvoorbeeld terug op de vraag: hoe zit dat nou precies en wat is de impact ten aanzien van de sluitingstijden van zo'n spoedpost in Hoogeveen of de beschikbaarheid van een SEH in Meppel? Er komen dus ook weer evaluaties. Ik vind dat dat echt zorgvuldig gebeurt en dat wij en andere regio's dat graag mee kunnen nemen.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik hoor de minister zeggen dat hij graag in gesprek gaat. U bent van harte welkom in het Noorden, zeg ik dan ook zelf. Ik sprak met de zorg van het Noorden, althans de vertegenwoordiging. Zij gaven ook aan dat ze heel veel in samenwerking doen met alle verschillende instellingen, ook met betrekking tot opleiden. Soms loopt dat niet helemaal synchroon met het Capaciteitsorgaan of met wat er op papier staat. Ik ben benieuwd of u dat herkent en of er wellicht ook wat ruimte is om daarover in gesprek te gaan.

Minister Kuipers:

Ja, dat herken ik. Overigens hebben wij eerder vanochtend een debat gehad over concentraties van interventies voor kinderen met aangeboren hartafwijkingen. Een van de argumenten die daarvoor door dezelfde regio wordt ingebracht, is dat men eigenlijk meer capaciteit heeft om op te leiden dan andere. Dat is iets waar ik graag naar kijk, niet specifiek in de kinderhartchirurgie, maar veel breder. Want we hebben mensen nodig. Ik weet ook dat — we hebben het net gehad over spoedeisendehulpdiensten — er breder issues zijn bij het opleiden van medisch specialisten, ten aanzien van specifieke, meer plattelandsregio's. Ook dat is een onderwerp waar ik met de betrokken partijen naar wil kijken. Dat zijn in dit geval de Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de federatie van UMC's. Want we weten gewoon dat een van de redenen waardoor mensen op een gegeven moment kiezen voor een bepaalde plek om te blijven werken bekendheid met de regio, met het ziekenhuis en de omgeving is, omdat je daar een deel van je opleiding gedaan hebt.

Voorzitter. Dat brengt mij bij het onderwerp: de toekomst van de acute zorg. Op dit moment werkt tussen de een op de zes en de een op de zeven mensen in de zorg. Dat tempo is in de afgelopen jaren snel omhooggegaan. Als we in datzelfde tempo van groei door zouden gaan, dan zou in 2040, over achttien jaar, zo een op de vier mensen in de zorg werken. Dat is vanuit een breed maatschappelijk perspectief moeilijk te realiseren. Dat betekent ook dat we echt moeten kijken hoe we zorgen voor voldoende beschikbaarheid en voldoende personeel voor de acute zorg. Want de vraag, specifiek in de discussie nu, naar acute zorg zal blijven stijgen, al was het enkel en alleen al door vergrijzing van onze populatie. Het betekent gewoon dat het noodzakelijk is om natuurlijk in te zetten op maximaal opleiden, maar ook om acute zorg zodanig te organiseren dat iedereen in Nederland toegang heeft en houdt tot kwalitatief goede acute zorg. Dat waren al knelpunten. De covidpandemie heeft dat nog eens extra aan het licht gebracht.

Als je dat alles dus samen neemt, dan kunnen we niet anders dan constateren dat we de acute zorg moeten aanpassen om die klaar te maken voor de toekomst. Daar ga ik deze kabinetsperiode mee aan de slag op basis van een aantal uitgangspunten, zoals dat acute zorg echt vraagt om samenwerking in de keten om te zorgen dat patiënten snel op de juiste plek geholpen worden, dat acute zorg van goede kwaliteit moet zijn en dat er daarin geen ongelijkheid mag zijn voor patiënten, waar in Nederland zij ook wonen. Sommige regio's zijn al genoemd. We kunnen er allerlei andere regio's aan toevoegen. Het is voor patiënten met een acute aandoening in sommige regio's echt een uitdaging om dezelfde zorg te krijgen als wanneer zij bijvoorbeeld hier wonen, midden in Den Haag.

Vanwege schaarste aan personeel moet er ook samengewerkt worden, bijvoorbeeld als ziekenhuizen onderling afspreken onder welke voorwaarden een SEH een time-out mag aankondigen in een regio en hoe lang dat mag duren. Een aantal van die voorwaarden heb ik al genoemd. Data vormen daarbij de basis voor de kwaliteit en de inrichting van de acute zorg, zowel het kunnen uitwisselen van medische gegevens van een patiënt als stuurinformatie, bijvoorbeeld over capaciteit. Zorgcoördinatie is daarbij ook nodig.

Er werden al voorbeelden genoemd. Ik wil ook het voorbeeld noemen van de initiatieven in verschillende regio's voor regionale zorgcoördinatiecentra. Die kunnen niet voor de acute 112, maar wel voor veel andere vormen van zorg zorgen dat patiënten direct op een plek komen waar ze het meest op hun plaats zijn en het snelst geholpen kunnen worden. Dat kan allerlei verschillende vormen hebben. Dat kan een bezoek zijn aan een SEH. Dat kan ook het bezoek van een huisarts, een wijkverpleegkundige of een oncologieverpleegkundige zijn. Het kan ook een verwijzing naar een huisartsenpost zijn of naar een apotheek voor een recept. Er zijn veel verschillende opties voor. Die pilots lopen op dit moment in verschillende regio's. Zorgcoördinatie is nodig. Spreiding en differentiatie van het aanbod van acute zorg dragen bij aan de kwaliteit en de toegankelijkheid.

Mevrouw Agema (PVV):

Daar heb ik helemaal geen bewijs van gezien. Het wordt alleen maar de hele tijd gezegd en herhaald. We zien dat door het sluiten van spoedeisendehulpdiensten de werkdruk op andere diensten toeneemt en dat het aantal burn-outs onder medewerkers toeneemt. We zien dat de uitstroom toeneemt. Dat zien we allemaal, maar de bewering dat het er allemaal beter van wordt, wordt niet onderbouwd. Kan de minister dat nog eens proberen?

Minister Kuipers:

Natuurlijk kan ik dat proberen. Ook de acute zorg is in de afgelopen langere periode sterk veranderd. Dat betekent dat er, waar vroeger iedere patiënt op iedere SEH op zijn of haar plek was, tegenwoordig voor veel aandoeningen een differentiatie is. Bepaalde ziekenhuizen kunnen specifieke zorg leveren en andere niet. Dat betekent bijvoorbeeld dat een patiënt met pijn op de borst, waarvan in de ambulance duidelijk is dat er sprake is van een acute hartaanval, direct vervoerd moet worden naar een ziekenhuis waar een hartkatheterisatiecentrum aanwezig is en niet eerst naar een andere SEH. Daarmee helpt dat juist om te zorgen dat de totale druk in de keten zo beperkt mogelijk is en dat de patiënt zo snel mogelijk geholpen wordt op de plek waar hij of zij hoort, in dit geval in de hartkatheterisatiekamer.

Mevrouw Agema (PVV):

Op papier klinkt dat heel erg mooi, maar in de praktijk werkt dat natuurlijk niet zo. Ik weet nog dat mijn vader op een gegeven moment, toen ik bij hem logeerde om hem te verzorgen, wakker werd met vreselijke pijn in zijn rug. We belden meteen 112. Vervolgens kregen we een triagist aan de telefoon. Die mevrouw vond het niet nodig dat er een ambulance werd gestuurd. Wij moesten mijn vader, met hevige pijn in zijn rug, dus zelf naar het streekziekenhuis brengen. Daar werd hij door een scan gehaald. Toen bleek eigenlijk al snel dat hij een aneurysma in zijn buik had. Vervolgens werd hij weer in een ambulance gezet en naar een gespecialiseerd ziekenhuis gebracht. Tegen specialisatie heb ik dus niet zo heel erg veel, maar we zien dat de praktijk gewoon veel weerbarstiger is dan in dit soort theoretische gevallen op papier. Die triagist kon dat helemaal niet weten. Die had te maken met een meneer met hevige pijn in zijn rug en had hem niet in één keer naar dat hooggespecialiseerde ziekenhuis kunnen sturen. Ik vroeg de minister naar bewijs waarom het verminderen van spoedeisendehulpdiensten

ten goed is. Wat we tot nu toe hebben gezien, is meer uitstroom, meer overspannenheid onder medewerkers en een hogere werkdruk. Ik zou graag van de minister horen waar zijn bewijs is voor de stelling dat het beter is om het aantal spoedeisendehulpdiensten te verminderen of te halveren en waarom hij denkt dat dat goed is.

Minister Kuipers:

Het aantal en dus ook het verminderen of het vergroten van het aantal spoedeisendehulpdiensten zijn geen doel op zich. Het door mevrouw Agema genoemde voorbeeld geeft bij uitstek aan dat een individuele patiënt met een specifieke aandoening in sommige gevallen geholpen kan worden op iedere SEH in Nederland, of dat er nou 80, 70, 90 of een ander aantal zijn. Het eerder door mevrouw Ellemeet gegeven voorbeeld van een kind met een hockeybal is, tenzij er een specifieke complicatie is, een voorbeeld dat in principe op iedere SEH opgevangen kan worden. Het door mevrouw Agema genoemde voorbeeld is bij uitstek een voorbeeld waarin een patiënt in een levensbedreigende situatie, acute pijn in de rug bij een dreigende of misschien al daadwerkelijke barst in de buikslagader, een aneurysma, zo snel mogelijk op een plek moet komen waar 24/7 een vaatchirurg, een vaatchirurgieteam et cetera zijn en dus daar direct naartoe zou moeten. Dat laat onverlet wat er in dit geval precies met de triage is gebeurd. Een direct vervoer naar een centrum waar hierbij geholpen kan worden — dat is niet in ieder ziekenhuis in Nederland — is in dit geval in het voordeel van de patiënt.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat was dus mijn hele vraag of betoog niet. De triagist kon dat natuurlijk niet weten en dus besloot de triagist dat we mijn vader gewoon met de auto naar het streekziekenhuis moesten brengen. Pas daar kwam dit uit de scan naar voren. Dat hele verhaal over concentratie valt nog wel te snappen voor bepaalde aandoeningen, maar je kunt dat helemaal niet van tevoren inschatten. Van tevoren gaat eigenlijk iedereen naar zijn eigen streekziekenhuis, naar zijn eigen spoedeisende hulp, het liefst in de buurt. De beweging van steeds minder spoedeisendehulpdiensten hangt mensen de keel uit. Die zijn daar helemaal klaar mee. Dat geldt helemaal als je bijvoorbeeld een hockeybal tegen het hoofd krijgt. Mijn dochter is een paar maanden geleden gevallen op het schoolplein. Op zo'n moment moet je heel Den Haag door. Je moet heel Den Haag door! Je moet de huisarts bellen. Dan moet je naar de huisartsenpost en voordat je het weet, zit je uiteindelijk midden in de nacht in het ziekenhuis en wordt er een scan gemaakt. Mensen worden toch horendol van al die concentratie? Wat mensen willen, is gewoon een spoedeisendehulpdienst in de buurt die open is en waar medewerkers werken die niet overspannen hoeven te raken, geen burn-out krijgen en al helemaal niet stoppen met hun werk. Hoe krijg ik de minister nou zo ver dat hij inziet dat niet moet doorgaan met de lijn van steeds minder spoedeisendehulpdiensten, temeer omdat VVD, CDA en D66 hier niet hebben bevestigd dat zij de vermindering van het aantal spoedeisendehulpdiensten steunen?

Minister Kuipers:

Er zitten een aantal aannames in het betoog van mevrouw Agema. De eerste is dat de lijn van het aantal SEH's een doel op zich is, met een getal. Ik hoor geen getal, maar

bedoeld is: met 'n getal. Dat is absoluut niet het geval. Ik zeg ook dat het aantal SEH's geen doel op zich is. Het gaat erom dat iedere patiënt kwalitatief hoogstaande zorg krijgt die direct zo veel mogelijk toegepast is op het probleem waar een patiënt voor komt. Het is evident dat daar goede triage bij hoort. Ik zal niet ingaan op de casuïstiek van een oudere meneer die plotseling hevige pijn in de rug heeft. Als je daar een differentiaaldiagnose voor moet maken, dan staat een lekkend aneurysma ongeveer bovenaan. Ik zie mevrouw Pouw-Verweij ook jaknikken. Als je wat dat betreft iets wilt voorkomen, dan zeg je: direct naar een centrum waar vaatchirurgie is!

Mevrouw Agema (PVV):

Tot slot. Het is toch deze minister, Ernst Kuipers, die zei: minder SEH's maken acute zorg beter? Ik heb twee keer gevraagd naar bewijs. Ik heb dat niet gehoord. De minister die hier staat, haalt op de voorpagina van zijn brief weer de houtskoolschets erbij. De bedoeling van die houtskoolschets is het halveren van het aantal spoedeisendehulpstellen. Ik heb het geprobeerd bij de VVD, bij het CDA, bij D66 en bij deze minister; ik hoor graag de waarheid. Zijn jullie van plan het aantal spoedeisendehulpstellen te halveren, ja of nee?

Minister Kuipers:

Zoals al aangegeven is enige verandering van het aantal spoedeisendehulpstellen geen doel op zich. De continuïteit en de garantie van kwalitatief hoogstaande zorg zijn wel doelen. Misschien is het in dat kader relevant om te vermelden dat er enige tijd geleden een kwaliteitskader spoedzorg is ingevoerd. Mevrouw Agema was daarbij betrokken. Toen is er nota bene vanuit de Nederlandse ziekenhuizen in eerste instantie langdurig bezwaar aangetekend tegen de eis dat er op een spoedeisende hulp in Nederland te allen tijde minimaal één dokter aanwezig zou moeten zijn met ten minste één jaar werkervaring. Veel spoedeisendehulpstellen zagen er een probleem in om dat voor elkaar te krijgen. En dan hebben we het over nu, 2022.

De heer Hijink (SP):

Het lijkt me dat het uiteindelijk natuurlijk allemaal politieke afwegingen zijn om die vormen van zorg wel of niet te financieren. De minister gaat er heel erg vanuit dat, zoals mevrouw Agema terecht zegt, een verminderd aantal spoedeisendehulpstellen tot verbetering van de zorg zou leiden. Ik snap niet waar hij dat op baseert. Ik snap ook niet hoe hij bij het idee komt dat het voor zorgverleners interessanter of beter zou zijn als er minder spoedeisendehulpstellen zouden zijn. Wat er gebeurt namelijk? Wat zeggen artsen tegen ons? Zij zeggen: ik ga niet in een streekziekenhuis werken als spoedeisendehulparts, omdat ik niet zeker weet dat dat ziekenhuis of deze afdeling over vijf jaar nog bestaat. Daarom komen ze niet. Ook verpleegkundigen vinden het belangrijk om zekerheid te hebben. Ze vinden het belangrijk om te weten: als ik hier ga werken, dan kan ik een tijd blijven, werk ik in een hecht team, word ik niet van hot naar her gestuurd en kan ik ook nog eens met een normale werkdruk werken, wat nu niet het geval is. Mijn punt is dat deze minister hard bezig is zijn eigen problemen te creëren. Door het sluiten van hulpstellen wordt de druk op andere posten groter. En door het schuiven met zorgverleners haken er uiteindelijk steeds meer af. Ziet hij dat wel?

Minister Kuipers:

De heer Hijink doet twee aannames waar ik graag enige afstand van zou willen nemen. De eerste is dat sluiting van SEH's een financiële reden heeft. Dat heeft hij mij niet horen zeggen en dat zal ik ook niet zeggen. De tweede is dat ik ervan uitga dat sluiting of vermindering van het aantal SEH's het minder interessant of interessanter maakt voor personeel. Ook daar heb ik het niet over gehad. Waar ik het over gehad heb, is dat patiënten in Nederland nu en ook in de komende jaren, wanneer zij een spoedprobleem hebben, terecht moeten kunnen bij kwalitatief hoogstaande zorg, met zo min mogelijk wachttijd. Ik heb ook aangegeven dat dat in de huidige setting, met de ontwikkeling van het zorgveld nu, voor sommige patiëntengroepen de mogelijkheid biedt om dat op heel veel plaatsen te doen. Sorry, mevrouw Ellemeet, we blijven bij het voorbeeld van de hockeybal. Maar voor sommige categorieën patiënten gaat het erom dat ze zo snel mogelijk komen op een spoedeisende hulp met een centrum waar zij met hun specifieke problemen geholpen kunnen worden.

De heer Hijink (SP):

Het punt van specialisatie staat volgens mij helemaal niet ter discussie. Iedereen snapt dat er traumacentra zijn waar mensen met ernstige problemen, ernstige trauma's, terecht moeten kunnen. Dat punt staat hier helemaal niet ter discussie. De vraag is of mensen, ook als ze in Groningen, Drenthe, de Achterhoek, Limburg of Zeeland wonen, nog steeds recht hebben op vergelijkbare spoedzorg als zij die heel hard nodig hebben. Dat is het punt dat hier ter discussie staat. Het gevoel van mensen — het is ook de werkelijkheid — is dat dat steeds minder wordt. Als je in de Randstad woont, in Amsterdam, Den Haag, Utrecht, zit het nog wel goed. Maar hoe verder je daarvan raakt, hoe slechter bereikbaar de zorg, de spoedzorg, wordt. Dat zijn feiten waar mensen mee te maken hebben en waar ze zich heel grote zorgen over maken. Ik vind dat de minister daar te snel overheen walst als hij zegt dat het over specialisatie gaat. Nee, het gaat niet over specialisatie. Het gaat er juist om dat je er bij spoedgevallen, of het nu een hockeybal tegen je hoofd is, een val van de trap of wat dan ook, op kunt vertrouwen dat de ambulance er op tijd is en dat je op tijd geholpen wordt in het ziekenhuis bij jou in de buurt, in plaats van dat je van hot naar her wordt geslept. Die voorbeelden hebben we ook gezien: mensen die uiteindelijk overleden omdat ze nergens terechtkonden. Die voorbeelden zijn er. Dat wil de SP gewoon nooit meer meemaken.

Minister Kuipers:

De heer Hijink en ik kunnen elkaar er helemaal in vinden dat we echt heel erg goed moeten communiceren over welke zorg zo lokaal mogelijk georganiseerd kan en moet worden, op een huisartsenpost of op een spoedpost, zoals de post in Hoogeveen waar we het over hadden, en voor welke zorg mensen in een plattelandsregio het beste af zijn als ze die lokale spoedpost direct voorbijrijden naar een centrum dat iets verder weg ligt. Daarbij rijd je dus niet naar een ziekenhuis direct in de buurt, maar naar een centrum waar je geholpen kunt worden zoals dat in een grote stad ook gebeurt.

De heer **Hijink** (SP):

Tot slot. De minister draait om de vraag heen. Mijn punt gaat er niet over dat iemand ... Ik heb het zelf ook eens meegemaakt toen ik meeliiep met de ambulance hier in Den Haag. Het was precies hetzelfde verhaal, een gescheurde slagader in de buik. Dat wisten we ook niet, dus we brachten diegene naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het gaat er volgens mij niet om dat je meteen naar de goede plek gaat. Het gaat erom of de basis op orde is. Kunnen die mensen die van de trap zijn gevallen, of een ongelukje hebben gehad, en spoedzorg nodig hebben, terecht in de buurt? Daar gaat het om. Als je het aantal spoedeisende hulpposten verlaagt met meer dan twintig in tien jaar tijd, ben je niet meer bezig met de basis op orde brengen. Dan ben je de basis aan het afbreken. Dat is mijn punt.

Minister **Kuipers**:

Dat ben ik niet met de heer Hijink eens. Als je vraagt of mensen terecht kunnen op een post waar ze geholpen moeten worden, ook in een plattelandsregio, dan is het antwoord ja. Maar dan is er wel heel veel werk aan de winkel. Ik refereer maar even aan wat u noemde, dat iemand van de trap valt. Ik weet niet meer wie van u het eerder aangaf. Ik geloof dat het mevrouw Paulusma was, die het had over met name ouderen, oude vrouwen en ernstige ongevalsletsel. De traumacentra in Nederland bestaan ondertussen meer dan twintig jaar. Dat was tegelijkertijd de basis voor de acutezorgregio's. Ze bestaan meer dan twintig jaar, sinds 1998. We zijn zo veel verder, maar nog altijd is het zo dat ... Mevrouw Agema refereerde in haar inleiding aan een patiënt in de vangrail. Dit zijn typisch patiënten die direct terecht moeten kunnen in een traumacentrum. Daar hebben we er in Nederland tien van. Ondanks dat we meer dan twintig jaar verder zijn, komt een op de drie van dit soort patiënten nog altijd niet in een traumacentrum terecht, terwijl we met voldoende bewijs, zoals data uit het buitenland et cetera, weten dat jouw kans op volledig herstel veel groter is, en de kans op overlijden beduidend kleiner, als je met dit soort letsel direct in een traumacentrum komt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Pouw. Nee, eerst mevrouw Agema, even heel kort.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Alleen voor de Handelingen. Ik heb het niet gehad over trauma en iemand die in de vangrail terecht was gekomen. Ik heb het gewoon gehad over een ambulance die moest stilstaan op de vluchtstrook omdat er nergens meer plek was in de omgeving vanwege patiëntenstops.

Minister **Kuipers**:

Dat is precies de reden om dit soort time-outs af te spreken.

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

Eigenlijk zou ik de minister dezelfde vraag willen stellen als die ik aan mevrouw Paulusma stelde. Ik heb het idee dat er nu een aantal dingen door elkaar lopen. Mijn fractie is helemaal niet per se tegenstander van de concentratie van zorg. Met name als het de specialistische zorg ten goede

komt, kunnen wij daarachter staan. Als dat door de beroepsgroep zelf gedragen wordt en er medische redenen voor zijn, kunnen we het er absoluut over hebben. Alleen heb ik persoonlijk het idee dat er met name vanuit schaarse gereedeneerd wordt, vanuit het idee dat er al tekorten zijn en dat het heel veel geld gaat kosten om die op te lossen. Dat geld is er niet, want de zorgkosten lopen al uit de klauwen, dus we moeten dan maar werken met de schaarse die we hebben. Het is voor mij een heel essentieel verschil. Zeggen we: we willen kwalitatief zo goed mogelijke zorg, en daarom willen we meer concentreren? Of concentreren we meer omdat hoe minder SEH's of traumacentra je open hebt, hoe minder het kost? De beweegredenen zijn dan heel verschillend, hoewel je uiteindelijk op hetzelfde kan uitkomen. Maar ik denk dat het proces daarnaartoe heel anders is, en heel relevant is voor hoe de uitvoering eruit gaat zien. Ik zou dus heel graag van de minister willen weten hoe die keuze gedreven is.

Minister **Kuipers**:

Helder, met dank voor het zo expliciet maken. Voor mij gaat het om kwaliteit en niet om kosten. Dat sluit ook aan bij mijn antwoord op de vraag van mevrouw Ellemee van zojuist over beschikbaarheidsbijdrages en spoedposten. Het gaat voor mij echt om de kwaliteit en niet om de kosten.

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

Mevrouw Agema vroeg daar net ook al naar. De minister zei: minder SEH-posten komt de zorg ten goede. Stel dat uit onderzoek blijkt dat dit niet zo is en dat het de kwaliteit wel degelijk ten goede komt om juist de regiodekking goed te houden en wel meer SEH-posten in het leven te houden. Zegt de minister dan dus ook: prima, dan moeten we het niet doen?

Minister **Kuipers**:

Absoluut. Als we zeggen dat kwaliteit vooropstaat, dan is die leidend.

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

De minister zegt: hoe kunnen we dat het beste met elkaar organiseren? Ik heb hier de eerste pagina's van het WRR-rapport over houdbare zorg. Daar staat als eerste uitgangspunt: breng overal in de zorg de minimumnormen voor kwaliteit én toegankelijkheid op orde, ook in minder prominente sectoren en voor minder zichtbare patiënten. Is de minister dan bereid om dat te doen? Als we het doen voor de kwaliteit én de toegankelijkheid, dan kunnen we zorgen dat er geen verschil is tussen mensen in Groningen, Goes, Hoorn en Maastricht.

Minister **Kuipers**:

Het antwoord is: ja, dat ben ik bereid om te doen. Laten we wel heel nadrukkelijk tegen elkaar zeggen: het betekent niet dat we op iedere plek in Nederland binnen een beperkte reisafstand een hartkatheterisatiecentrum én een hersenkatheterisatiecentrum én een traumacentrum et cetera neerzetten. Want de kans is groot dat dit de kwaliteit juist achteruit doet gaan. Dat betekent dat we toch moeten zorgen dat ook een patiënt in Domburg, om één plaats op een lange rijafstand te noemen, als die bijvoorbeeld tekenen krijgt

van een beroerte, zo snel mogelijk op een plek is waar de scan van het hoofd gemaakt kan worden, en dat die hersenkatheterisatie zo nodig ook binnen uren, zoals daarvoor staat — dat is een kwaliteitsparameter met goede wetenschappelijke onderbouwing — plaats kan vinden. Dat is waar het om gaat.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik begrijp dat je niet in iedere regio zo'n heel gespecialiseerd centrum voor hoogcomplex acute zorg kunt hebben, maar ook hier is dan toch weer de opmerking van het CDA dat concentreren niet centraliseren is. Gaat de minister daar dan wel rekening mee houden, en niet zeggen: ik heb drie centra, en die liggen toevallig allemaal in de Randstad? Ik heb weleens tegen mensen in de Randstad gezegd dat de afstand van Groningen naar Amsterdam in kilometers echt niet kleiner is dan de afstand van Amsterdam naar Groningen, ook al denken sommige mensen dat.

Minister Kuipers:

Alleen al het feit dat we het hier over de acute zorg hebben, geeft al aan dat centralisatie op zich geen optie is, maar het binnen een regio concentreren van bepaalde vormen van zorg is in bepaalde gevallen misschien wel een optie.

Ik heb dit eigenlijk al deels beantwoord, maar dit brengt mij bij de vraag van mevrouw Pouw over de boodschap van het kabinet aan regio's over spoedeisende hulp. Zij vroeg of ik ook het gevoel meeneem dat voorzieningen verdwijnen. Ja, zeg ik nadrukkelijk; dat is net ook al benoemd. Het gaat over kwaliteit van zorg en ook over toegankelijkheid van zorg. Ik begrijp dat regiogevoel heel goed en ik moet dat daarbij ook absoluut meenemen.

Mevrouw Agema zei: zorg voor meer specialisten; haal de acute zorgketen uit de markt en maak van de acute zorg een niet-economische dienst van algemeen belang. Ik kom voor de zomer bij u terug met een brief over plannen voor toekomstbestendige zorg. We hebben daar 11 april naar aanleiding van een initiatiefnota van mevrouw Agema ook een verder debat over.

Voorzitter. Meneer Hijink vroeg daarop: waarom zegt de minister dat de kwaliteit niet bij alle SEH-posten op orde is? Ik heb al iets gezegd over het kwaliteitskader en aantallen, en ook over de norm, waarbij het voor veel partijen echt een worsteling was om ervoor te zorgen dat er op een SEH altijd ten minste één arts aanwezig is met één jaar klinische ervaring. Als ik er één andere eis aan toe mag voegen: er is ook een uitgebreide discussie geweest over de norm in datzelfde kwaliteitskader voor spoedeisendehulp-posten dat men te allen tijde, 24/7, binnen 30 minuten een arts of verpleegkundige met geriatrische expertise, dus expertise op het terrein van ouderengeneeskunde, aan de telefoon moest kunnen krijgen. Dat was al een kwaliteitsnorm waar ziekenhuizen bezwaar tegen aantekenden, omdat ze het lastig vonden daaraan te voldoen. Ik denk dat, als ik dat hier zo noem, we ons dan met z'n allen wel afvragen of dit, waar we nu leven in 2022, echt zo'n lastige norm is, aangezien men niet eens ter plekke hoeft te zijn maar alleen aan de telefoon hoeft te komen.

Dan vroeg mevrouw Van den Berg: hoe zorgt de minister ervoor dat de implementatie van de wet die zegt dat burgers

betrokken moeten worden bij sluiting, adequaat wordt uitgevoerd? Bij een sluiting van aanbod van acute zorg, dient de AMvB Acute zorg gevolgd te worden om de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg en de voorbereiding zo goed mogelijk te borgen. Ik heb daartoe een stroomschema laten maken en dat verspreid om duidelijk te maken wat een zorgaanbieder moet doen en de IGJ is toezichthouder op de naleving hiervan.

Mevrouw Van den Berg vroeg hoe gecheckt en gemonitord wordt dat de aanrijtijden kloppen en de SEH en de HAP nabij zijn. Het RIVM analyseert toegankelijkheid en bereikbaarheid van de spoedeisende zorg in Nederland. Die gaan over ambulancezorg, huisartsenposten, SEH's, acute verloskundige zorg en ook over andere ziekenhuisafdelingen die acute zorg leveren. Bij een sluiting van aanbod van acute zorg of een dreigende sluiting dient de AMvB Acute zorg gevolgd te worden.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het feit dat het moet, betekent nog niet altijd dat het gebeurt, maar ik begrijp van de minister dat de inspectie daar bovenop zou moeten zitten. Waar het mij om gaat, is dat er regelmatig toch wijzigingen zijn in de acute zorg. Ik heb het voorbeeld genoemd van de huisartsenpost in Oldenzaal en in Venray; Woerden is al jarenlang een probleem. Dan wordt er op dat moment een berekening gemaakt die dan voldoet aan alle normen dan wel veldnormen die er zijn. Mijn vraag aan de minister is in hoeverre dat verder wordt gemonitord. Er kan namelijk ook sprake zijn van wijzigingen in verkeer en organisatie. Ten aanzien van bijvoorbeeld Woerden hoorde ik dat men dan bij het St. Antonius naar de huisartsenpost moet, waar echter enorm lange wachttijden zijn. Dus in totaliteit komt dat toch onder spanning te staan. Als ergens een besluit is genomen, hoe wordt er vervolgens gemonitord dat het dan ook blijvend goed gaat?

Minister Kuipers:

Dat gebeurt ten eerste vanuit de zorgpartijen zelf in de regio. Ik noemde het voorbeeld van de veranderingen die in Drenthe hebben plaatsgevonden waar het gaat om de Zorgtafel en het zorgvuldige proces, waarbij men na een aantal jaren nu een evaluatie doet. Dat geldt ook voor dit soort punten. Zowel de NZa als de IGJ kijken daar verder op toe.

Mevrouw Van den Berg vroeg verder of ik ermee bekend ben dat in sommige regio's een wiskundig systeem gebruikt wordt voor optimalisatie van de inzet van ambulances. Ja, daar ben ik mee bekend. Centralisten bij alle RAV's zorgen door middel van dynamisch ambulancemanagement voor de beste inzet van ambulances. Wiskundige systemen kunnen daarbij ondersteunen en de RAV's trekken ook samen op in dat dynamisch ambulancemanagement en de zoektocht naar ondersteunende systemen. Daar hebben ze geen verdere begeleiding of sturing van mij voor nodig.

Dan vroeg mevrouw Van den Hil of ik kan bevestigen dat iemand in een levensbedreigende situatie overal in Nederland terecht kan op een SEH, ook bij een time-out. Ja, dat kan ik bevestigen. Ik noemde zonet ook dat regio's ook hun afspraken hebben over categorieën patiënten waarvoor de time-outs niet van toepassing zijn. Een aantal voorbeelden

hebben we zonet al wel genoemd. Dus daarvoor is de SEH altijd open. Overigens kunnen ook de time-outs daar juist bij helpen om te differentiëren zodat je, als je in een SEH tegen je grenzen aanloopt en je in afspraken met de regio een time-out aangeeft, dan juist nog tijdig ruimte houdt voor die hele specifieke patiënt.

Mevrouw Van den Hil vroeg ook naar het LPZ, de mogelijke time-out weergeven en zo nodig patiënten spreiden. Hoe zorgen we ervoor dat goede initiatieven brede navolging krijgen? Ik heb al iets genoemd over de verdere uitrol van dat LPZ, ook over de afspraken die daar per regio over gemaakt worden en de manier waarop dat gemonitord wordt. Ik wil daar graag in een toekomstige brief over de acute zorg later op terugkomen.

Mevrouw Van den Hil vroeg verder naar de kwaliteitsregistratie NEED. Een aantal ziekenhuizen hebben zich aangesloten. In oktober vorig jaar is een inhoudsgovernancecommissie en een datagovernancecommissie kwaliteitsregistraties gestart. Daar worden kwaliteitsregistraties getoetst en wordt onder andere gekeken naar standaardisatie, bijvoorbeeld op het gebied van ICT. Dus dat is specifiek onder de aandacht.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Ik ben blij dat daar inderdaad naar gekeken wordt. Maar wat ik zo speciaal vind aan NEED is natuurlijk dat dat door zorgprofessionals zelf is opgezet. We zien natuurlijk een hoop certificeringen en registraties die van bovenaf komen. Juist in dit geval vind ik het zo mooi dat dat van onderaf komt en dat professionals ... Dat zult u kunnen invoelen. Dus ik vraag specifiek aandacht dat ook die professional daarbij betrokken wordt.

Minister Kuipers:

Ja, dank. Dat zullen we graag doen. Wat ik mooi vind aan deze combinatie is dat het een combinatie is van input vanuit de professe, vanuit de eigen expertise, maar ook een vorm van een toets erop. We hebben in het verleden ook heel vaak gezien dat kwaliteitsregistraties die alleen vanuit de inhoud komen soms in de praktijk leiden tot overmaat aan registratielast, omdat de professionals in hun betrokkenheid dan zeggen: maar dan vind ik het ook interessant om dit te weten, dat te weten, et cetera. Dat leidt soms in de invoering ook tot heel veel extra registratie, daar waar het veld al overbelast wordt met registraties.

Mevrouw Paulusma vroeg naar slimmer inzetten van zorg en meekijken op afstand. Inderdaad, door slim gebruik te maken van digitale zorg kan een zorgprofessional op de SEH meer tijd overhouden en kan de werkdruk verminderen. Dat geldt al voor een veelheid aan patiënten met chronische aandoeningen: chronisch hartfalen, COPD. We hebben het ook gezien met covidpatiënten, wat dan niet een chronische aandoening is maar ook in grote aantallen voorkomt. Dat helpt om de druk op SEH's en de druk in de acute zorgketen te reduceren. Het is vanuit kwaliteitsperspectief vaak voor patiënten ontzettend aantrekkelijk en is dus echt een van de wegen die we in de toekomst verder moeten uitbreiden. Het kan overigens ook het aantal heropnames aanzienlijk reduceren.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank aan de minister voor dit antwoord. Ik heb ook begrepen van verschillende partijen die zich hiermee bezighouden dat middelen rondom innovatie vaak van die tijdelijke middelen zijn en dat we dan weer doorgaan naar het volgende. Nou vraag ik hier niet om extra geld, maar zou de minister kunnen kijken in het veelvoud wat we doen en wat we ook financieren of hier ook een wat bestendiger deel juist voor die innovaties beschikbaar kan worden gesteld?

Minister Kuipers:

Ja, dat kan ik van harte doen. Daar horen een goede analyse en toets bij, maar die zaken die echt werken, in dit geval bijvoorbeeld vanuit het perspectief van het verminderen van druk op de acute zorg en het verbeteren van kwaliteit, zijn relevant om dan breder toe te passen. Als ik even alleen blijf bij dat ene voorbeeld dat ik net noemde over monitoring thuis van covidpatiënten — we hebben het er eerder in coronadebatten ook al over gehad — ging het over een aantal patiënten en een aantal regio's waar dat eerst gebeurde, en over andere regio's die veel breder daarna echt even gestimuleerd moesten worden om dat over te nemen.

Mevrouw Pouw vroeg of de minister ermee kan instemmen dat het aantal SEH's op peil wordt gehouden. Dat sluit aan bij de discussie die we zonet hadden. Het uitgangspunt is acute zorg van goede kwaliteit. De nadere uitwerking voor de acute zorg volgt later, maar het aantal SEH's is absoluut geen doel op zich, zoals we net al hebben besproken.

Ik denk dat we de vraag van mevrouw Pouw over de regio en het betrekken van de gevoelens al voldoende hebben geadresseerd.

Mevrouw Pouw vroeg ook of de minister van mening is dat het probleem van de SEH-stops verwaarloosbaar is of dat het vraagt om ingrijpen. Ik denk niet, zonder het exacte aantal van 2021 te kennen, dat het verwaarloosbaar is. Het is nadrukkelijk iets wat in iedere regio telkens weer gemonitord moet worden en waarover afspraken moeten worden gemaakt. Maar ik zie het ook niet zo dat iedere time-out er eentje te veel is. Ik denk dat de time-outs kunnen werken als een ventiel om de druk in de acute zorg te verdelen. Wat dat betreft is het voorbeeld naar aanleiding waarvan dit debat begon een typisch voorbeeld. Mevrouw Pouw weet dat ook. Een vrijdag aan het eind van de middag is een typisch moment in de acute zorg. De huisarts besluit op hele goede gronden dat hij nog een aantal patiënten instuurt omdat hij daar het weekend niet goed mee in kan. Daarnaast zijn er ook wat mensen die zichzelf melden voor acute zorg omdat ze denken dat ze er het weekend niet mee in kunnen. Ik zag eerst alleen de datum. Ik heb toen direct gevraagd: o, dat was zeker een vrijdagavond? Het antwoord was: ja, dat was een vrijdagavond. Ik vind de time-outs dus niet verwaarloosbaar. Je moet met de regio's proberen om die zo beperkt mogelijk te houden, maar het is ook niet zo dat iedere time-out er eentje te veel is. Het is een ventiel dat de regio's helpt om de acute zorg zo goed mogelijk overeind te houden.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik denk dat we die vrijdagmiddagmomenten allemaal herkennen. Zo zijn er het weekend door, zeker nu de horeca

weer opengaat, ook andere momenten waarop we weten dat het drukker is. Het viel mij op, ook bij de werkbezoeken, dat als het bij één spoedeisendehulp post op oranje of richting rood gaat, dat eigenlijk bij alle zo is. Daar zit wel mijn zorg. Een time-out kan ook juist een goed signaal zijn, zodat iemand ergens anders wel goede zorg krijgt. Ik vraag de minister wel hoe hij in beeld houdt dat mensen op de piekmomenten nog wel goede zorg krijgen. Hoe houdt hij daar oog op?

Minister Kuipers:

Dat is een goed punt. Een aantal dingen zijn van belang om te noemen. Het eerste is dat we de acute zorg regio's nu bespreken alsof het eilandjes zijn. Dat zijn het uiteraard niet. Ze hebben allemaal nadrukkelijke grenzen met de aanpalende regio's. Zo wordt er ook geschakeld tussen SEH's. Het is niet alleen in de eigen regio. Een SEH in Meppel of Zuidwest-Drenthe schakelt ook met de acute zorg regio iets verderop en zo geldt het voor allemaal. Het tweede is dat er ook altijd afspraken zijn in de regio's over hoeveel ventielen er tegelijkertijd open mogen staan en wanneer je toch een niveau opschaaft en bereid bent om de volgende patiënt te accepteren. Je moet dan maar iets triëren in de acceptatie en moet accepteren dat er meer patiënten zijn die over de normale, geaccepteerde wachttijden heen gaan. Je triert dan namelijk zelf, waarbij je zegt: "Deze patiënt moet dan maar eerst. Ik vertel de anderen in de wachtkamer dat ze helaas langer moeten wachten." Ook dat gebeurt. Ook daarover zijn onderlinge afspraken. Dat gebeurt dan niet alleen in termen van het LPZ, maar ook in de directe een-op-eencontacten tussen de SEH-artsen en in sommige gevallen ook tussen de bestuurders. Er is wat dat betreft dus heel veel interactie.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Als moeder heb ik ook alle begrip als ik even moet wachten met het gasje dat wat ingewikkelder op het hoofd geplakt moet worden als er iemand anders voor ernstige acute hulp binnenkomt. Volgens mij heeft iedereen in Nederland dat. Mijn vraag zit nog één stapje verder. Juist als de minister aan de toekomst van de acute zorg gaat werken en we de NZa vragen de regiobeelden meer naast elkaar te leggen zodat het eenduidig wordt, moeten we dit aspect wel meenemen. Juist op de piekmomenten — ik verwacht dat dat gebeurt, maar ik zou het graag toegelicht zien — moet er wel voldoende hulp beschikbaar zijn. Het is vervelend om een uurtje te wachten, maar het is overkomelijk. Het moet alleen niet permanent te druk worden op al die spoedposten op de vrijdagmiddag.

Minister Kuipers:

Ja, helemaal mee eens. Dat betekent ook wel wat. Ik noemde zonet het voorbeeld van vrijdagavond en hoe het dan precies werkt. We moeten ook zorgen dat bijvoorbeeld de huisartsengeneeskunde voldoende toegang heeft om patiënten overdag op alle momenten voldoende te beoordelen. Dit is echt ketenzorg in de volle breedte.

De voorzitter:

Ik zou wel naar de tweede termijn willen.

Minister Kuipers:

Dan kijk ik even naar welke vragen ik nog heb.

De voorzitter:

Een vraag nog van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Een vraag die ik tegen de minister aan zou willen houden. De minister zei dat de concentratie van de hoogspecialistische acute zorg zijn drijfveer is voor eventueel minder spoedeisendehulp posten. De omgekeerde redenering is dat patiënten op de spoedeisende zorg met bijvoorbeeld een laag hemoglobinegehalte, wat levensbedreigend is en waarbij een aantal dagen een opname nodig is, maar wat niet complex is omdat je het kunt doen met een zakje bloed en een beetje aanpassen van de medicinschaal, ook naar die 30, 40 overgebleven ziekenhuizen gaan waar juist die specialistische zorg aangeboden werd. Daar zou ik de minister nog wel graag over willen horen.

Minister Kuipers:

Dit is een belangrijk punt. Waar het om gaat, is of dat voor het hebben van spoedeisende hulp als poort voor het kunnen leveren van acute zorg in een ziekenhuis essentieel is. Of een patiënt die bijvoorbeeld vanwege een laag hemoglobinegehalte een bloedtransfusie nodig heeft in het ziekenhuis waar hij of zij eventueel al bekend is te allen tijde terecht kan als dat moet, ook als dat ziekenhuis op dat moment geen SEH open heeft. We hoorden net het voorbeeld van het ziekenhuis in Meppel — ik blijf maar even bij dat voorbeeld — maar daar zijn uitstekende afspraken over te maken. Is dat dan wel of niet een cascade-effect, zoals dat zo mooi heet? Dan blijkt dat als je hier hele goede afspraken over maakt, dat cascade-effect in sterke mate te minimaliseren is. Dat moet ook, want anders krijg je alleen maar een verdere concentratie van heel veel vormen van zorg in een beperkter aantal centra die daarmee worden overlopen. We hebben geen overschot aan klinische capaciteit, zoals mevrouw Agema terecht al heel vaak heeft aangegeven. Het antwoord is: je moet die toegang houden voor een dergelijke patiënt.

Voorzitter. Ik kijk naar de vragen die er nog zijn. Deze heb ik al gehad; publieke voorzieningen in dunbevolkte gebieden, regiobeelden. Dan ben ik erdoorheen.

De voorzitter:

Ik wist het wel. Maar dan heb ik mevrouw Bikker nog voor u in de aanbieding.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Ik had vragen gesteld over de positie van personeel dat als uitzendkracht of als zzp'er in dienst was, zoals mevrouw Van den Berg mij aanvulde. Juist omdat dit debat ooit begon over het personeelstekort vond ik dat toch wel een thema waarover ik de minister graag een reactie hoor geven op de vraag die ik heb gesteld.

Minister Kuipers:

Excuus. We hebben het over SEH's, maar het geldt niet alleen voor ziekenhuizen. Ik was gisteren op bezoek bij een huisartsenpraktijk hier in Den Haag die wees op de grote tekorten die zij hebben met het ondersteunend personeel et cetera. Het geldt dus niet alleen voor ziekenhuizen, maar het geldt heel breed. Waar men soms of regelmatig toe gedwongen wordt, is het inhuren van personeel dat niet in loondienst is, op allerlei verschillende manieren. Het heeft ontzettend veel prioriteit om het werk in de zorg weer aantrekkelijk te maken. Mijn collega-minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft het streven om uw Kamer vóór het commissiedebat Arbeidsmarkt op 11 mei te informeren over een verdere aanpak hiervan.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Dank voor dat voornemen. Ik wil aan de minister vragen of hij met zijn collega wil afstemmen om daarbij ook de rol van zorgverzekeraars bij de inkoop te betrekken. Want ik zie echt een verschil tussen ziekenhuizen waar het aantal mensen dat niet in loondienst veel hoger is, en andere ziekenhuizen. Volgens mij kunnen we daar echt nog slagen maken, ook vanuit de zorgverzekeraars.

Minister Kuipers:

Helder. Dat wil ik van harte doen.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Ik had zeven vragen gesteld en er zijn er vijf nog niet beantwoord. Ik vat het deze eerste keer niet persoonlijk op.

De voorzitter:

Ik zou dat wel doen.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Nee, dat ga ik niet doen; zo ben ik niet. Maar ik had nog een vraag gesteld over het programma (Ont)Regel de Zorg en de opvolging daarvan, de spoedeisende hulparts, de taakherschikking en de ramingen van het Capaciteitsorgaan.

Voorzitter. De minister is wel teruggekomen op het LPZ, maar ik noemde met name het Centraal Actiepunt Verplaatsingen, omdat ik denk dat dat breder is dan alleen de LPZ, dat gericht is op de acute zorg. Het CAV, zoals we dat in Zeeland noemen, kijkt juist naar het totaalbeeld en de totaalverplaatsingen. Dat is voor mij die instroom, doorstroom en uitstroom, wat heel belangrijk is, denk ik.

Minister Kuipers:

Ten aanzien van (Ont)Regel de Zorg zeg ik: daar komt zeker een vervolg aan. Dat wordt momenteel uitgewerkt. De inzet is om voor de zomer een brief aan uw Kamer te sturen.

Dan had mevrouw Van Hil een vraag over de SEH-arts als beschermde titel. De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen heeft bij het College Geneeskundige Specialismen een aanvraag gedaan tot erkenning van het specialisme. Dat is op dit moment in beoordeling, op grond van de eisen die gesteld worden voor specialisme. Vervol-

gens zal het Zorginstituut om advies worden gevraagd. Op basis daarvan kan ik een besluit nemen.

Dan de vraag over de opleiding Basis Acute Zorg. Dat is een korte opleiding van zes maanden, waarna verpleegkundigen op verschillende afdelingen kunnen werken binnen de acute zorg. In 2021 zijn daarin 641 verpleegkundigen ingestroomd.

Op de resterende vraag wil ik graag in de tweede termijn terugkomen.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ik had gevraagd of de minister een analyse van de knelpunten bij de huidige situatie mee wilde nemen in de brief die hij zal sturen aan de Kamer over het toekomstbestendig maken van de acute zorg. Ik heb daar eventueel een motie over, maar als de minister mij een toezegging wil doen, dan scheelt dat ons allemaal tijd in de tweede termijn.

Minister Kuipers:

Die toezegging wil ik van harte doen.

De voorzitter:

Bestaat er behoefte aan een tweede termijn? Dat is in ieder geval zo bij mevrouw Agema. Het woord is aan haar.



Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. We hadden vandaag een debat over de opnamestops bij onze spoedeisendehulpdiensten. Onze minister weet niet hoeveel dat er waren het afgelopen jaar. Ik vind dat echt heel gênant. Ik zou de minister willen verzoeken om dat in de tweede termijn nog met ons te delen. Ik heb twee moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat we tien jaar geleden nog ruim 100 spoedeisendehulpdiensten hadden die 24/7 spoedzorg konden leveren en dat er daar nu nog maar 80 van over zijn;

van mening dat verdere sluiting van SEH-posten ongewenst is;

verzoekt de regering te bewerkstelligen dat het aantal spoedeisendehulpdiensten niet verder vermindert,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 342 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat alle mogelijkheden aangegrepen moeten worden om het personeelsprobleem in de acute zorg op te lossen;

verzoekt de regering de driejarige opleiding tot medisch hulpverlener acute zorg actief te promoten en aan de reguliere HBOV-opleidingen een specialisatie acute zorg toe te voegen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 343 (29247).

Heel goed, dank u wel. De heer Hijink van de fractie van de SP.

**De heer Hijink (SP):**

Dank, voorzitter. Ik wilde graag twee moties indienen. Eentje lijkt heel erg op de eerste van mevrouw Agema, maar gaat op één punt net wat verder. Ik zal hem maar gewoon voorlezen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er sinds 2008 24 spoedeisendehulpposten zijn gesloten;

constaterende dat dit de acute zorg verder onder druk heeft gezet;

verzoekt de regering om geen spoedeisendehulpposten meer te sluiten en te onderzoeken op welke plaatsen het voor de bereikbaarheid van de acute zorg wenselijk zou zijn om nieuwe spoedeisendehulpposten te openen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink.

Zij krijgt nr. 344 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er door concentratie van zorg steeds vaker van zorgverleners wordt gevraagd om verder van huis te werken;

van mening dat het onacceptabel is dat zorgverleners moeten betalen om tijdens werktijd te parkeren bij hun eigen ziekenhuis;

verzoekt de regering om met sociale partners in gesprek te gaan met het doel om zorgverleners gratis te laten parkeren bij hun eigen ziekenhuis,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink.

Zij krijgt nr. 345 (29247).

De heer Hijink (SP):

Ik zie dat ik één keer heb gezegd: parkeren in het eigen ziekenhuis. Dat moet natuurlijk zijn "parkeren bij het eigen ziekenhuis", tenzij de parkeergarage onder het ziekenhuis zit. Dan zou je kunnen zeggen dat het in het ziekenhuis is. Ik zal dat nog even rechtzetten, want we willen geen naar binnen rijdende auto's hebben.

De voorzitter:

Nee, dat zou tot verwarring leiden. Mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dank. Ik dank de minister voor de beantwoording en voor het doen van vier belangrijke toezeggingen, namelijk het onderzoeken of de beschikbaarheidsbijdrage niet voor alle SEH's zou moeten gelden en dat mee te nemen in de visie die onze kant op komt, de toezegging om in gesprek te gaan in Drenthe en op andere plekken met mensen die betrokken zijn bij zorgtafels, het grondig evalueren van wat er beter kan en moet in de huidige situatie in onder andere Hoogeveen en Stadskanaal en het kijken hoe we meer mensen in de regio kunnen opleiden omdat we weten dat mensen dan eerder in de regio zullen gaan werken.

Een belangrijk punt bleef wel nog liggen, of werd onbevredigend beantwoord. Dat was het punt dat ook de heer Hijink een paar keer maakte, namelijk dat die basis op orde moet zijn. De minister verwees daarbij heel snel naar A1-vormen van acute zorg, noem ik het maar even. Dat is zorg waar je gespecialiseerde hulp voor nodig hebt. Maar de basis zijn de ouderen die van de trap vallen, de moeder of vader die met een gewond kind langs het sportveld staat, of de mensen die geen auto's hebben en dus echt dichtbij zorg moeten hebben. Mijn vraag aan de minister is: zou hij naar dat onderdeel nog eens kritisch willen kijken? Ook dat moeten we namelijk beter borgen. Ik ben het eens met mevrouw Agema en meneer Hijink dat we zullen moeten kijken of we de spoedzorg niet moeten intensiveren in plaats van extensiveren.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Van den Berg van de fractie van het CDA.



Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter, en dank aan de minister voor de toezegging dat hij de minimumnorm wil herstellen, zowel voor kwaliteit als toegankelijkheid, conform het WRR-rapport. Ik heb twee moties, dus ik ga snel praten.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat met de invoering van de Wet toetreding zorgaanbieders ook de AMvB acute zorg en de bijbehorende ministeriële regeling in werking zijn getreden;

overwegende dat op basis van die AMvB en een ministeriële regeling voorwaarden zijn gaan gelden voor het doen van structurele aanpassingen aan de acute zorg, waaronder dat regionale en gemeentelijke besturen tijdig betrokken en geconsulteerd moeten worden;

verzoekt de regering voor de zomer 2022 inzichtelijk te maken op welke wijze voorlichting plaatsvindt, in de praktijk deze voorwaarden nageleefd worden en hoe hierop gehandhaafd wordt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg.

Zij krijgt nr. 346 (29247).

Mevrouw Van den Berg (CDA):

En dan de tweede, in het kader van het bevorderen van de lerende cultuur.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het mede door schaarste aan personeel niet altijd mogelijk is steeds meer ambulances in te zetten om aan de vijftienminutennorm te blijven voldoen;

constaterende dat in enkele regio's gebruik wordt gemaakt van kunstmatige intelligentie, waarbij historische data van oproepen in de regio geanalyseerd wordt waarmee de tijd en plaats van het volgende incident tot op zekere hoogte voorspeld kan worden en de opstelling van ambulances in real time geoptimaliseerd wordt;

constaterende dat hiermee ambulances op een efficiëntere wijze ingezet kunnen worden en de aanrijtijden verbeterd kunnen worden;

verzoekt de regering voor de zomer van 2022 in kaart te brengen wat de ervaringen, resultaten en voor- en nadelen zijn van dergelijke systemen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Van den Berg.

Zij krijgt nr. 347 (29247).

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Van den Hil van de fractie van de VVD.



Mevrouw Van den Hil (VVD):

Voorzitter, dank u wel. We praten hier vandaag over een belangrijke zaak. Ik wil even kort terugkomen op de time-out. Met mijn professionele achtergrond weet ik dat een time-out soms inderdaad heel behulpzaam is, maar ik denk wel dat het voor de mensen thuis altijd heel belangrijk is dat we uitstralen dat mensen dan altijd terecht kunnen en dat we echt voor alle regio's de beste hulp ... Ik kom zelf uit Zeeland, dus dit gaat me zeer aan het hart en ik wil dit wel even gezegd hebben. Maar hier heeft de minister goed op geantwoord en op geanticipeerd. Ik ga ervan uit dat hij dat volledig mee zal nemen.

Ik kom nog heel even terug op het Centraal Actiepunt Verplaatsingen. Dat is tijdens covid heel prominent naar voren gekomen. Ik raad de minister aan om daar toch even naar te kijken en om ook te bekijken hoe dit verdere inbedding krijgt, omdat dat de totale keten gaat helpen.

Ik wacht de reacties af op het punt van de leerstoel en de erkenning van de spoedeisendehulparts. Het duurt allemaal wel eventjes. Ik ben 30 jaar geleden begonnen in de acute zorg en ik zie dat we wat dat betreft nog steeds een beetje op hetzelfde punt zitten. Ik zou het mooi vinden als we dat ook volwassen meenemen. Ik pleit ook nogmaals voor de verworven competenties in de opleiding. We hebben bijvoorbeeld bij een aantal hogescholen de opleiding minor acute zorg. Ik denk dat dat ook iets is om mee te nemen.

Voorzitter, dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma van de fractie van D66.



Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording van de vele vragen. Dank ook voor uw aandacht voor de zorgen die met name leven in de regio. Het is belangrijk dat je gezien en gehoord wordt en dat je je veilig voelt, waar je ook woont in dit land.

Ik heb nog één vraag. U komt met een analyse en een brief. U komt met heel veel, denk ik. Zou de minister in die analyse van de inrichting van de acute zorg ook dat Europese aspect kunnen meenemen?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is de volgende spreker van de zijde van de Kamer mevrouw Bikker, maar zij ziet af van haar spreektermijn. Mevrouw Pouw-Verweij.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik zou de minister willen bedanken voor zijn antwoorden en met name voor de toezeggingen. Zoals ik al duidelijk maakte tijdens de eerste termijn vinden wij het heel belangrijk dat de regio hierin meegenomen wordt en dat er breed oog is voor de emoties die daar spelen, ook rondom de leefbaarheid en andere factoren. Ik vind het heel fijn dat de minister heeft toegezegd de regio deel te willen maken van de analyses en de plannen.

Ik ben heel blij dat er een knelpuntenanalyse komt als deel van de plannen voor de toekomstbestendigheid van de acute zorg, want je kunt pas goede plannen maken en naar de toekomst kijken als je ziet wat er in het verleden fout is gegaan.

Het belangrijkste is dat het nieuwe beleid gemaakt gaat worden met de kwaliteit van de zorg als doel, en niet louter en alleen bezuinigingen. Daar ben ik heel blij mee. Ik zou dus de minister en ook de voorzitter willen bedanken, want dat we zo ruim binnen de tijd blijven bij een VWS-debat is een zeldzaamheid en ook weleens fijn, dus dank u wel.

De voorzitter:

Dan bent u lekker op tijd thuis. Ik schors enkele minuten en dan gaan we luisteren naar de minister.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Het woord is aan de minister en dan staan we over een paar minuutjes buiten.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Als ik even de bril op mag zetten? Ik had nog één vraag van mevrouw Van den Hil over het Centraal Actiepunt Verplaatsingen. Daar heb ik echt even, maar dat kan buiten deze setting, wat aanvullende toelichting op nodig, zodanig dat ik er vervolgens schriftelijk op terug kan komen. Ik moet het antwoord nu schuldig blijven, met excuus.

Mevrouw Paulusma vroeg mij of wij het Europese perspectief kunnen meenemen in de toekomst van de acute zorg, en dan zeker ook met aandacht voor alle grensregio's. Het antwoord is ja, dat kunnen we van harte doen.

Voorzitter. Ik kom bij de moties.

Op de motie op stuk nr. 342 is het advies ontraden.

Het advies over de motie op stuk nr. 343 ten aanzien van de driejarige opleiding medisch hulpverlener acute zorg en de reguliere hbo-v-opleidingen is om die aan te houden. Mijn collega komt terug met een brief over de arbeidsmarkt-aanpak.

De motie op stuk nr. 344 is ontraden onder verwijzing naar het debat.

De motie op stuk nr. 345 evenzo, ontraden.

De voorzitter:

Er was een verzoek om een motie aan te houden. Ik kijk even naar mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

De minister gaat zo snel. Ik was gewoon met andere dingen bezig.

Minister Kuipers:

Sorry! Ik krijg ook de opdracht "u kunt ze allemaal beantwoorden en dan staan we binnen een paar minuten weer buiten". Dat zet het tempo er ook op, met excuus!

Mevrouw Agema (PVV):

Dat kreeg ik nog mee, maar toen ging het zó snel!

De voorzitter:

Nou gaat mevrouw Agema de vaart er weer uit halen! Maar uw vraag was?

Mevrouw Agema (PVV):

Volgens mij vroeg de minister mij de motie aan te houden.

De voorzitter:

Dan is mijn vraag of u dat wilt gaan doen.

Mevrouw Agema (PVV):

Maar ik weet niet waarom.

Minister Kuipers:

Omdat binnenkort mijn collega, de minister voor Langdurige Zorg en Sport, met een brief komt over de arbeidsmarkt-aanpak in de zorg. Daar valt dit bij uitstek onder. Ik wil het ook graag bij haar onder de aandacht brengen.

Mevrouw Agema (PVV):

Oké, maar dan verwacht ik ook wel dat ze erop terug gaat komen.

Minister Kuipers:

Zeker. Ik breng het bij haar onder de aandacht en vraag haar om daar ook specifiek op terug te komen.

Mevrouw Agema (PVV):

Oké, dan doen we dat.

De voorzitter:

Op verzoek van mevrouw Agema stel ik voor haar motie (29247, nr. 343) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Minister Kuipers:

De moties op de stukken nrs. 344 en 345 had ik gehad.

De voorzitter:

Een vraag nog van de heer Hijink, kort, puntig.

De heer Hijink (SP):

De minister zegt "ontraden". Dat gaat dus over de vraag waarom zorgverleners parkeerkosten moeten betalen om te kunnen werken. De minister zegt "ontraden", maar ik hoor eigenlijk helemaal geen argument waarom dit een slecht idee zou zijn.

De voorzitter:

Dat is de motie op stuk nr. 345.

Minister Kuipers:

Dat is echt een verantwoordelijkheid van zorginstellingen zelf. Het heeft vaak ook te maken met bijvoorbeeld gemeentelijke afspraken. Ik heb daar gewoon geen zeggenschap over.

De heer Hijink (SP):

Het gaat niet over zeggenschap. De motie vraagt om in gesprek te gaan met sociale partners, met werkgevers en werknemers, om te kijken hoe we dat kunnen oplossen. Voor heel veel zorgverleners is het een groot probleem dat zij hun auto niet kwijt kunnen, dat zij moeten betalen om te kunnen parkeren. Het helpt om de zorg aantrekkelijk te houden voor mensen die daarin willen werken. Dan zou het natuurlijk helpen om dat gesprek te voeren, en dan horen wij graag wat daar uitkomt. Ik zie het bezwaar eigenlijk niet.

Minister Kuipers:

Arbeidsmarkt en behoud van personeel en uitbreiden van personeel staan zeer nadrukkelijk op de agenda van zorgverleners en zorgverlenende instanties. Het is dus daar ook een onderwerp van gesprek.

De voorzitter:

Prima. De motie op stuk nr. 346.

Minister Kuipers:

De motie op stuk nr. 346 is oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 347 is ontraden, onder verwijzing naar het debat.

De motie op stuk nr. 348 is eveneens ontraden, onder verwijzing naar het debat.

De voorzitter:

Een vraag nog van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Volgens mij heeft de minister al aangegeven dat het aan de regio's zelf is om dat systeem te bepalen. Dat is ook niet de discussie. Het gaat mij erom dat wij verschillende ervaringen horen. Ik zou aan de minister willen vragen om in kaart te brengen welke systemen er zijn hoe de verschillende ervaringen daarmee zijn. Dat is in het kader van de lerende cultuur bevorderen.

Minister Kuipers:

Zoals ik heb aangegeven in het debat is dit echt een onderwerp van gesprek in de RAV's, zowel individueel als onderling. Men doet dit dus al. De ervaringen worden gedeeld. Dat betekent overigens niet, zoals mevrouw Van den Berg weet, dat iedere regio kiest of blijvend kiest voor dezelfde oplossing. U verwees naar een specifiek systeem. Sommige regio's werken ermee en andere hebben ermee gewerkt en zijn er weer mee gestopt.

De voorzitter:

Kort, mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Heel kort. Ik heb niet verwezen naar een specifiek systeem. Ik heb in mijn inbreng juist gezegd dat ik weet dat er verschillende systemen zijn. Ik heb gevraagd om die te vergelijken.

De voorzitter:

Helder.

Minister Kuipers:

Dank. Ik neem deze toelichting graag ter harte, maar het advies blijft precies hetzelfde.

De voorzitter:

We danken de minister voor zijn appreciëring van de zevende motie, maar die is er niet. Dat kan aan ons liggen.

Minister Kuipers:

O! Sorry, ik krijg ze heel snel. Dan kunnen we het advies ook intrekken.

De **voorzitter**:

De motie wordt ook niet aangehouden, dus ik ben benieuwd hoe de fracties gaan stemmen.

Minister **Kuipers**:

We gaan het zien zo meteen.

De **voorzitter**:

We gaan het zien. Het wordt spannend, spannend, spannend. Tot zover dit debat. Ik dank de minister voor zijn aanwezigheid en toelichting vandaag.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:

Ik schors tien minuten en dan gaan wij stemmen.

De vergadering wordt van 14.14 uur tot 14.25 uur geschorst.