

Vergaderjaar 2017–2018

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 259**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 14 mei 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 5 april 2018 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 19 februari 2018 met de reactie op het verzoek van het lid Hijink, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 24 januari 2018, over het bericht dat de spoedeisende hulp-post van het ziekenhuis Hengelo haar deuren moet sluiten (Kamerstuk 29 247, nr. 253);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 maart 2018 met de reactie op het verzoek van het lid Dijkema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 7 maart 2018, over wachttijden bij de spoedeisende hulp van ziekenhuizen (Kamerstuk 29 247, nr. 255);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 februari 2018 ter aanbieding van het gespreksverslag van het overleg met Ambulancezorg Nederland (AZN), CNV, FNV en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 29 november 2017 (Kamerstuk 29 247, nr. 254);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 april 2018 met de stand van zaken regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf (ELV) (Kamerstuk 31 765, nr. 316).**

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

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Lodders**  
**Griffier: Post**

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Dijkma, Ellemeet, Hijink, Lodders, Sazias en Aukje de Vries,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 14.01 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag, allemaal. Hartelijk welkom bij de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waarin we vanmiddag met elkaar debatteren over de spoedeisende zorg. Ik heet welkom de Minister voor Medische Zorg en uiteraard ook zijn ambtelijke ondersteuning. Ik heet verder de leden en de mensen die het debat hier dan wel op een andere manier volgen ook van harte welkom. Dit debat staat gepland van 14.00 uur tot maximaal 17.00 uur. We hebben met elkaar een spreektijd van vier minuten en twee interrupties afgesproken.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Dijkma. Maar ik zie een vraag van mevrouw Van den Berg.

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

In die zin, voorzitter, dat ik aan de griffier had aangegeven dat ik ook nog een debat heb over Koninkrijksrelaties. Daardoor moet ik tussentijds vertrekken, maar misschien kom ik nog terug voor het laatste stukje.

**De voorzitter:**

Terecht dat u dat meldt. Ik meld er dan altijd bij dat er ongetwijfeld een hele vriendelijke medewerker of medewerkster is die het debat blijft volgen. Komt het op deze manier wel uit met de spreektijd?

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

Ja, hoor.

**De voorzitter:**

Dat moet lukken. Dan geef ik nu graag mevrouw Dijkma het woord voor haar eerste termijn. Mevrouw Dijkma spreekt namens de fractie van de Partij van de Arbeid.

**Mevrouw Dijkma (PvdA):**

Voorzitter. Allereerst hartelijk dank aan de collega's voor het mogelijk maken van dit algemeen overleg. Het was eigenlijk bedoeld als een plenair debat maar dit is veel sneller. En als het gaat om spoédzorg, is dat misschien ook wel passend. Ik heb het debat aangevraagd omdat we de afgelopen weken maar eigenlijk al langere tijd letterlijk worden overspoeld met heel veel berichten van grote zorg door het hele land heen. We zien dat op sommige plekken ambulances niet op tijd komen, bijvoorbeeld in Nunspeet, Maassluis, Noord-Beveland en de Betuwe. We zien dat er patiëntenstops moeten worden ingesteld bij de spoedeisende-hulpdiensten. We zien bijvoorbeeld ook dat vier op de tien medewerkers zich emotioneel uitgeput voelen en op de laatste benen zegen te lopen. Aan de ene kant hebben we te maken met een ongekend langdurige griepgolf. De Minister heeft ook een brief geschreven over dit hele onderwerp. Het was een uitgebreide brief en daarvoor wil ik hem in ieder geval bedanken. Ik had ook het idee dat hij heel serieus met het thema aan de slag wil, maar misschien is hij bereid om nog een paar suggesties van mijn fractie mee te nemen.

Ik heb niet zo lang geleden samen met mijn fractievoorzitter en Marcel Levi, die eerder in Nederland en nu in Groot-Brittannië een ziekenhuis

runt, het een en ander geschreven in een opinieartikel over de spoedeisende hulp. Onze stelling is dat als er één onderdeel in de zorg niet geschikt is voor marktwerking, het wel de spoedzorg is. Het punt is namelijk dat als je met spoed zorg nodig hebt, er niets te kiezen valt. Je moet immers zo snel mogelijk naar een ziekenhuis zo dicht mogelijk in de buurt worden gebracht om geholpen te worden.

We kunnen natuurlijk niet zeggen dat alle problemen van de laatste tijd – ik zal dat ook zeker niet doen – de schuld zijn van, tussen aanhalingstekens, de marktwerking, maar we kunnen en moeten, denk ik, wel iets doen aan het verbeteren van het systeem. Dan kun je kijken naar een systeem waarbij ambulanceposten en ziekenhuizen in elke regio gewoon de opdracht krijgen om een regioplan te maken, waarbij de zorg op elkaar afgestemd wordt en er beter wordt samengewerkt. Dan worden uitgebreide protocollen en afvinklijstjes overbodig en weet je, als je zorg nodig hebt, zeker dat je ambulance op tijd is en dat je in een ziekenhuis in de buurt terecht kunt. Dat kan onder andere door de spoedeisende hulp uit de Zorgverzekeringswet te halen en te organiseren via de Wet bijzondere medische verrichtingen. Dat is het voorstel dat wij hebben gedaan en ik zou daar graag een reactie van de Minister op krijgen.

Het tweede thema is de regionale verdeling. We zien op plekken in het land dat er knelpunten dreigen te ontstaan doordat er een tekort aan artsen en verpleegkundigen is. Ik heb vragen gesteld over de situatie van de kraamzorg in Drenthe. Daar ontstaan bij de Treant-ziekenhuizen problemen bij de kraamzorg doordat er een tekort aan kinderartsen is. Ik heb de beantwoording van de Minister gelezen. Dat was ook een uitgebreide beantwoording en mijn indruk was dat het ongemak dat ik voel, zeker door de Minister gedeeld wordt. Hij geeft aan de ene kant aan dat er nog geen acuut probleem is, dat er onderzoek wordt gedaan, dat er navraag wordt gedaan bij het RIVM en dat de 45 minutengrens in Drenthe nog wordt gegarandeerd. Maar we zien dat er aan de andere kant wel kinderartsen zijn met een torenhoge werkdruk en dat de mensen in Drenthe zich echt zorgen maken of hun aanbod voldoende op peil blijft. Ik heb een paar vragen. De Minister heeft volgens mij contact opgenomen met Treant, ook om de vragen te kunnen beantwoorden, maar heeft hij er nou ook op aangedrongen dat in ieder geval de verloskunde in Hardenberg niet mag worden gesloten in verband met de beschikbaarheid? Is die garantie ook verkregen? Weet hij verder waarom juist de afdeling in Emmen is gesloten? De Minister schetst dat er op zich voldoende kinderartsen in het land zijn en ook voldoende opleidingsplekken, maar er is wel een tekort in de regio. We zien het ook bij huisartsen en daarover zijn ook al een hele set vragen gesteld. De Minister heeft al eerder aangegeven dat we op zoek moeten naar oplossingen, maar welke concrete mogelijkheden ziet hij bij de acute zorg? Ik vraag dat omdat het ook vaak om echt acute problemen gaat.

**De voorzitter:**

Rondt u af?

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Ja, voorzitter.

Mijn laatste vraag gaat over de overbelasting van de spoedzorg. Ik noemde net al de griepgolf. De Minister laat de NZa nu kijken naar de drukte in de ziekenhuizen en bij de spoedeisendehulpdiensten. Heeft hij al een update? Wanneer vindt er een gesprek plaats over de uitstroom van patiënten? Is dat gesprek al geweest? Zo ja, wat is daar dan uit gekomen? Mijn laatste vraag: is de Minister bereid om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen beter inzichtelijk maken hoe zij de bezetting van hun spoedeisende hulp hebben georganiseerd, zodat ze ook beter vooruit kunnen kijken? Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Hijink en de heer Hijink spreekt namens de fractie van de SP. Gaat uw gang.

**De heer Hijink (SP):**

Dank u, voorzitter. De spoedzorg barst uit haar voegen. Dat heeft mevrouw Dijkema, denk ik, net redelijk duidelijk gemaakt. Het maakt niet uit of je mensen op de eerstehulp post of op de ambulance of op de huisartsenpost spreekt, want ze geven allemaal hetzelfde signaal af: zo kan het niet langer. De hoge werkdruk en het tekort aan personeel leiden tot wachtlijsten en tot heel veel ongemak en dat kan een kwestie van leven en dood zijn, want het gaat immers om de toegang tot zorg voor mensen in nood.

Je hoort het overal in de zorg: het sluiten van de verzorgingshuizen en de bezuiniging op de ggz worden ook gemerkt in de spoedzorg. Mensen die niet thuishoren op de eerste hulp, komen hier wel terecht omdat ze nergens anders terecht kunnen. Daarbij komt ook nog eens dat er eerstehulp posten worden gesloten, zoals die in Hengelo. Dat vergroot de druk op de omliggende spoedeisende hulp posten aanzienlijk.

Wat veel mensen verbaast is dat de lokale gemeenschap helemaal niks meer te zeggen lijkt te hebben over hoe de zorg in ziekenhuizen dicht bij de mensen georganiseerd wordt. Hengelo is een gemeente met 80.000 inwoners, bepaald niet weinig, en de hele lokale politiek en de lokale bevolking zijn het daar met elkaar eens dat een volwaardig ziekenhuis met een spoedeisende hulp van groot belang is. Het gaat immers om de leefbaarheid van de stad. Wat het extra wrang maakt is dat aan de overkant van de straat waaraan het ziekenhuis ligt, heel recent een privé kliniek is geopend. Daar kunnen mensen terecht voor maag-, darm- en leverziekten. Dat zorgt natuurlijk voor heel veel cynisme, zeker als de Minister in antwoord op vragen die wij recent aan hem hebben gesteld, zegt dat het hem eigenlijk helemaal niet kan schelen of zorg verleend wordt in een publiek ziekenhuis of in de privé kliniek aan de overkant.

Voorzitter. In andere regio's zien we hetzelfde gebeuren. In Blaricum wordt de spoedzorg geschrapt en moet de hele regio afreizen naar Hilversum voor spoedeisende hulp, en ook in Woerden is dit het geval. Ik denk dat iedereen hier zich wel kan voorstellen, en dat we het daar ook wel over eens zijn, dat je ingewikkelde vormen van specialistische zorg niet overal kunt aanbieden, maar basiszorg, zoals bijvoorbeeld de spoedeisende zorg maar wat mij betreft ook de verloskunde, zijn voor een gemeenschap gewoon heel erg belangrijk. Je wilt dat patiënten en de familie snel toegang hebben tot basiszorg en dat je wordt verzorgd in je eigen omgeving, dat mantelzorgers makkelijk en snel langs kunnen komen en dat mensen niet worden opgepadeld met hoge reis- en, let wel, parkeer- kosten, want dat is ook nog wel een ding. Is de Minister het met die analyse van de SP eens?

Dat zeggen wij trouwens niet alleen, want het Centraal Planbureau zegt hetzelfde: het sluiten van spoedeisende hulp is vaak het begin van het einde van een ziekenhuis. Je vraagt je dan toch af welke belangen hier nu precies spelen. Zorgverzekeraars zetten grote druk op de ziekenhuizen om te fuseren of om afdelingen te sluiten en dat is gek, want uit onderzoek blijkt helemaal niet dat de zorg daardoor goedkoper wordt. Sterker nog, uit dat onderzoek blijkt dat de concentratie van spoedeisende hulpen uiteindelijk helemaal niet tot een kostenbesparing leidt. Tegelijkertijd is de impact voor de ziekenhuizen én voor de regio wel enorm groot, omdat een aanzienlijk aantal patiënten uiteindelijk weggaat en in andere ziekenhuizen wordt opgevangen.

Is de Minister het met de SP eens dat de enorme druk die er nu ligt op de afdelingen voor spoedeisende hulp, heel slecht past bij het voornemen van bestuurders en verzekeraars om nog meer afdelingen te sluiten? En hoe gaat de Minister eigenlijk om met dit soort berichten? Hoe gaat hij

mensen in Hengelo, Blaricum, Woerden en al die andere plaatsen waar sluiting dreigt, duidelijk maken dat goede zorg dicht bij huis een recht en niet een luxe is? Is de Minister bereid de sluiting van de eerstehulp post in Hengelo, die afgelopen week definitief gesloten is, terug te draaien en de post weer te openen?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Van den Berg en mevrouw Van den Berg spreekt namens de fractie van het CDA. Gaat uw gang.

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

Dank u wel, voorzitter. Het CDA wil dat de zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar is. Over die bereikbaarheid maken wij ons in het geval van de acute zorg wel zorgen. Ik wil vier punten graag naar voren brengen. Voor iedere Nederlander moet de spoedeisende hulp binnen 45 minuten bereikbaar zijn. In een aantal regio's staat deze bereikbaarheidsnorm onder druk. Afgelopen jaar zagen we bijvoorbeeld lange tijd onzekerheid of de spoedeisende hulp post in het Gemini Ziekenhuis in Den Helder open zou blijven. Dat leidt tot veel onrust in de regio. Uiteindelijk is Gemini er met de verzekeraars uit gekomen, maar kan de Minister uitleggen waar volgens hem het probleem lag? Worden er bijvoorbeeld steeds meer eisen gesteld aan spoedeisende hulp, waardoor juist de wat kleinere ziekenhuizen hier steeds moeilijker aan kunnen voldoen? En hoe wordt hiermee rekening gehouden in de beschikbaarheidsbijdrage die door de Zorgautoriteit wordt vastgesteld?

Voorzitter. Het CDA vraagt al jaren aandacht voor de situatie van de spoedzorg op Voorne-Putten. In de praktijk zien we dat ambulances daar vaak veel te laat arriveren en de enige huisartsenpost op het eiland in Spijkenisse is 's nachts en in het weekend gesloten. Volgens het RIVM-model zouden deze problemen zich niet mogen voordoen. Het model en de werkelijkheid komen duidelijk niet overeen. Voldoet het RIVM-model voor de berekening van de bereikbaarheidsnorm nog wel voor dit eiland? Het CDA heeft in 2013 samen met GroenLinks en de SGP een motie ingediend om de bereikbaarheidsnorm te berekenen op basis van de concrete situatie op Voorne-Putten. Die motie is destijds helaas verworpen, maar zou de Minister dit verzoek alsnog bij het RIVM kunnen neerleggen, nu na al die jaren blijkt dat er bij Voorne-Putten nog steeds problemen zijn?

Voorzitter. We lezen veel in de media over ouderen die regelmatig op de spoedeisende hulp terechtkomen maar daar eigenlijk niet thuishoren of wegens kleine ongemakken daarnaartoe worden gebracht. We zien dat ziekenhuizen daar speciale afdelingen voor openen. Een heel mooi initiatief! Echter, uit antwoorden op recente vragen van mij blijkt dat er geen vaste systematiek is voor de inrichting van deze poli's, dat er geen registraties worden bijgehouden en dat er geen landelijk overzicht is van deze ouderenpoli's. Er wordt dus niet gedeeld en dus ook niet van elkaar geleerd. Voorzitter, dat is verontrustend en spijtig, want met name ouderen die geen of bijna geen netwerk hebben, worden nu naar huis gestuurd. De bureaus, wijkverpleegkundigen of familieleden merken op dat het eigenlijk niet verantwoord is dat men naar huis komt en het CDA wil graag weten wie er nu verantwoordelijk is, wie de beslissing neemt en of de criteria in elk ziekenhuis op dezelfde manier worden gehanteerd. Hoe worden die beoordelingscriteria overigens gemaakt?

Voorzitter, ten slotte. De huidige griep epidemie houdt inmiddels alweer zestien weken aan. Dit leidt tot extra druk op de ziekenhuizen, waaronder de spoedeisende hulp. Hierbij gaat het vaak om oudere patiënten met een complexe zorgvraag. De ouderenbond KBO-PCOB heeft nu gepleit voor een actieplan wintersterfte. Kan de Minister hier een reactie op geven?

Klopt het dat er bij ons een hoger aantal sterfgevallen is dan in de ons omringende landen en klopt het dat de vaccinatiegraad aan het dalen is? Dank u wel, voorzitter.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Ik heb het voorstel gedaan om de spoedeisende hulp uit de Zorgverzekeringswet te halen en de regio's eigenlijk te vragen om een regioplan te maken op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen. Dat zou bijvoorbeeld voor Voorne-Putten – ik weet dat uw fractie al jaren vraagt om een oplossing voor de problemen daar – ook een oplossing kunnen zijn. Hoe staat u daartegenover?

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

Ten eerste heb ik uit het debat van gisteren met de Minister begrepen dat er juist extra veel overleg en aandacht is om er in de regio voor te zorgen dat er een goed overzicht en coördinatie komt. Ten tweede noemde mevrouw Dijksma in haar inleiding dat het uit de marktwerking gehaald zou moeten worden. Wij bepleiten juist wel dat er altijd innovatie en nieuwe ideeën zouden moeten kunnen zijn. Dat vinden wij wat strijdig met elkaar en daarom zou het niet onze voorkeur hebben.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw Dijksma.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Ik begrijp gewoon oprecht niet helemaal waarom er plotseling geen ruimte voor innovatie en nieuwe ideeën zou kunnen zijn als er samengewerkt moet worden. Ik begrijp verder ook niet wat het voordeel zou zijn van marktwerking voor de spoedeisende hulp. Immers, het bijzondere is dat je dan nú hulp nodig hebt en je dus eigenlijk niets te kiezen hebt.

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

Gisteren hebben we VGZ als voorbeeld genoemd van hoe je dingen soms anders kunt organiseren en ook in de zorg andere keuzes kunt maken. Ik denk dat die mogelijkheid moet blijven bestaan, ook voor de spoedeisende hulp, hoewel dat wellicht voor een veel kleiner percentage zal zijn van de zorg die daar wordt verleend dan op andere terreinen.

De **voorzitter**:

Goed, dank u wel. U was aan het einde van uw betoog. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw De Vries en zij spreekt namens de fractie van de VVD. Gaat uw gang.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Een aantal van mijn collega's heeft het er ook al over gehad dat mensen zich natuurlijk zorgen maken of de zorg die zij nodig hebben, er wel is. Dat geldt zeker voor de spoedeisende en de acute zorg. Dat was bijvoorbeeld het geval bij de sluiting van de spoedeisende hulp bij ziekenhuisgroep Twente in Hengelo maar ook tijdens de griepgolf op heel veel plekken in het land, bijvoorbeeld in Alkmaar. De VVD vindt de afgesproken norm voor de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp en de acute verloskunde van groot belang en die moet dan ook gewoon gehaald worden. Is er in de afgelopen periode sprake van geweest dat die norm structureel niet gehaald werd, bijvoorbeeld tijdens de laatste griepgolf? Ik zei het al: het kan niet zo zijn dat de afgesproken norm tijdens een griepgolf niet gehaald wordt. Wat ons betreft moeten dan eerst geplande en niet-acute operaties door de ziekenhuizen worden geschrappt. Daarnaast moet de samenwerking wat ons betreft ook beter. Er moet overleg zijn tussen ziekenhuizen en betrokken partijen in de acutezorgketen, zodat die patiënten eventueel

kunnen worden doorverwezen naar andere ziekenhuizen in de regio. Wat gaat de Minister eraan doen om die samenwerking te verbeteren? Wij hebben namelijk begrepen dat het daar hier en daar nog aan schort. Kan een ziekenhuis een spoedeisende hulp zomaar tijdelijk sluiten tijdens een griepgolf en welke afspraken zijn daarover gemaakt?

Tijdens mijn recente werkbezoek aan de RLV Friesland, twee weken geleden, werd aangegeven dat er een actie was ondernomen tijdens de griepgolf om nodeloos rondrijden te voorkomen omdat er nergens plek is. Elke ochtend werd geïnventariseerd waar er nog plekken waren of vrij gingen komen. En ja, er zijn in het land vast meer van dat soort goede praktijkvoorbeelden. Kan de Minister met de ROAZ'en, de Regionale Overleggen Acute Zorg, kijken welke goede praktijkvoorbeelden er zijn en hoe die ook in andere regio's kunnen worden ingezet? De Minister zegt dat er op veel plekken al overleg is, maar «veel plekken» wil nog niet zeggen «alle plekken» en volgens ons zou dat wel het geval moeten zijn. Ook de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen heeft aangegeven dat ze de afgelopen periode veel hebben moeten rondrijden met patiënten, bijvoorbeeld van Nijmegen naar Rotterdam maar soms zelfs naar Zwolle. Ik vraag mij met hen af of er voor die piekbelasting wel voldoende ruimte is, met name als het gaat om isolatiebedden. We hebben het gisteren ook al even gehad over de regionale coördinatiepunten voor het eerstelijnsverblijf en voor de geriatrische voorziening en de mogelijkheden om de doorstroom op gang te brengen, maar we zouden de Minister willen vragen om in de marktscan acute zorg ook te kijken of er voor die piekbelasting wel voldoende capaciteit is.

De heer **Hijink** (SP):

Het is opvallend dat een heel groot deel van het betoog gaat over de drukte op de afdelingen voor spoedeisende hulp. Ik ben dan wel benieuwd hoe mevrouw De Vries aankijkt tegen de sluiting van heel veel van dergelijke posten. In Hengelo en Woerden is dat al aan de gang maar op andere plekken dreigt hetzelfde te gebeuren. Als zij zich zo druk maakt over de drukte, dan moet zij, zou je zeggen, toch ook voorkomen dat er nog meer afdelingen voor spoedeisende hulp dichtgaan.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

We kijken er altijd van twee kanten naar. Enerzijds is het halen van de 45 minutennorm een belangrijke, wat ons betreft. Daar kijken we naar en dat is ook iets waar, volgens mij, op gestuurd wordt. Voor de rest is het toch ook aan de zorgverzekeraars om de keuze te maken waar er spoedeisende hulp is. Ik vind de kwaliteit van de zorg toch ook wel een belangrijke afweging. Daarbij gaat het ook om de hoeveelheid verrichtingen die ergens plaatsvinden. Ik kom daar zo bij Hengelo ook nog even heel kort op terug. Dat zijn twee belangrijke dingen waar wij naar kijken. Ik vind ook dat we de verantwoordelijkheid daar moeten neerleggen waar die hoort te liggen en dat is bij de zorgverzekeraars. Zij moeten ervoor zorgen dat die norm op tijd gehaald wordt.

De **voorzitter**:

Afrondend.

De heer **Hijink** (SP):

Kwaliteit gaat over het aantal keren dat je een bepaalde verrichting kunt doen, maar het gaat ook over leefbaarheid. Kwaliteit gaat ook over toegang tot de spoedeisende hulp. Kijk, die norm van 45 minuten is, als ik het goed heb, een redelijk politieke norm. Daar zit niet heel veel logica achter in de zin van: als ik met een bloedende arm in de auto zit, is het dan wel of niet goed dat het 45 minuten duurt? Het is een vrij willekeurige norm. Zeker in het geval van een stad als Hengelo met 80.000 inwoners mag je toch verwachten dat de zorg dicht bij huis georganiseerd wordt.

Wat ik niet snap, is dat u zich wel heel druk maakt over de drukte op de spoedeisende hulp maar dat het u dan vervolgens niet zo heel veel kan schelen dat een grote stad als Hengelo met 80.000 inwoners gewoon zonder volwaardig ziekenhuis komt te zitten.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik kom zo nog terug op Hengelo. U kunt zeggen dat het een hele willekeurige norm is, maar die 45 minuten norm is wel een norm die wij allang hanteren. Ik vind ook dat er voldoende verrichtingen plaats moeten vinden, wil je die kwaliteit kunnen borgen. Ik vind dat dus gewoon belangrijke zaken. Daar zijn de zorgverzekeraars aan zet, want die hebben een zorgplicht. Ik vind dat we daaraan moeten vasthouden.

Dan kom ik bij Hengelo. De heer Hijink was me al een beetje voor. Ik begrijp dat de mensen in Hengelo het gevoel hebben dat het ziekenhuis in hun stad uitgekleeft wordt en dat ze de spoedeisende hulp graag zo dicht mogelijk bij zich willen houden. Het is ook duidelijk dat er in Hengelo maar een beperkt aantal patiënten is. De Tweede Kamer gaat natuurlijk niet over het wel of niet sluiten van een spoedeisende hulp. Wij kijken toch vooral naar de vraag of de afgesproken wettelijke norm gehaald wordt. Verder hebben we natuurlijk het toezicht op de kwaliteit. De VVD vindt het wel belangrijk dat er in Hengelo ingezet wordt op goede afspraken met de huisartsenpost. Dit soort afspraken zijn elders in het land ook gemaakt. Wij zijn wel benieuwd wat de stand van zaken is en wat de Minister eraan kan doen om dat te bevorderen.

Dan het oplossen van het arbeidsmarkt vraagstuk. Dat is wat ons betreft van groot belang, ook tijdens de griepgolf. Ik zeg dat ook al hebben we die eigenlijk elk jaar. Ik wil graag van de Minister weten of de inzetbaarheid beter en flexibeler wordt als bijvoorbeeld de opleiding voor SEH- of ambulanceverpleegkundige hetzelfde wordt dan wel of het aanvullende opleidingstraject kan worden verkort. Personeel zou dan sneller en makkelijker op meerdere plekken kunnen worden ingezet. Graag een reactie van de Minister.

Dank u wel.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Ik geloof dat de analyse van mevrouw De Vries van de problemen redelijk feilloos is. Maar als je dan doorvraagt over een mogelijke oplossing, zegt ze: we hebben een norm met aanrijtijden en we hebben zorgverzekeraars die een zorgplicht hebben. Ze gaat er daarbij van uit dat dat loopt, maar het probleem is nu juist dat die norm in toenemende mate gewoon niet gehaald wordt. Dat is natuurlijk waar de alarmbellen over afgaan. Ondertussen zien we dat die zorgverzekeraars het kennelijk niet zodanig op orde hebben dat dat regionale afstemmingsplan er ligt. De VVD maakt altijd een scherp onderscheid tussen wat aan de markt is en wat echt publiek is. Is zij bereid om bij dit punt vanuit haar eigen grondwaarden te kijken naar de vraag of die spoedeisende hulp niet beter gewoon publiek georganiseerd kan worden?

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik vind het een hele grote stap van het ene naar het andere onderwerp. De vraag is wel wat je in dit geval met marktwerking bedoelt. U zegt: u laat het over aan de markt en de zorgverzekeraar om dat te regelen. Nee, er wordt natuurlijk wel degelijk gecontroleerd of die normen worden gehaald. Er wordt ook gesproken met de partijen op het moment dat die normen niet worden gehaald. Ik heb in Friesland bijvoorbeeld gezien dat er vijf ambulanceposten bij zijn gekomen als oplossing om sneller ter plekke te kunnen zijn. Zo kan per regio die oplossing verschillen en dat ligt aan de problematiek die er speelt. Ik vind dat de Minister ze daar ook op aan moet spreken. Ik heb ook begrepen dat hij een belangrijke rol ziet



weggelegd voor de regionale overleggen van de acute zorg. Daar moet het worden geregeld om maatwerk te kunnen regelen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Dijkma, afrondend.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Nu is het nog steeds zo dat het systeem eigenlijk dwingt tot concurrentie. Je ziet dat bijvoorbeeld in Twente, terwijl u zelf bij de spoedeisende hulp, volgens mij terecht, vraagt om samenwerking en afstemming. Daar is de Zorgverzekeringswet misschien gewoon niet het beste basisinstrument voor. Mijn vraag blijft daarom staan: als je kijkt naar wat er nodig is en naar wat u zelf aangeeft, is het dan niet verstandig om het adagium «samenwerken» hier zwaarder te laten wegen dan de marktwerking?

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ik vind het op deze manier wel een moeilijke discussie worden, want op heel veel plekken wordt er gewoon al goed samengewerkt binnen het bestaande systeem. De ruimte daarvoor is er ook. Het ligt misschien soms aan de partijen dat die niet wordt ingevuld, maar ik denk dan niet dat het helpt om het binnen een andere wet te regelen. Dan zullen diezelfde partijen diezelfde oplossing ook niet willen en diezelfde samenwerking ook niet gaan zoeken. Het moet dus wat ons betreft binnen het bestaande systeem worden opgelost, maar wij vinden tegelijkertijd dat de partijen moeten worden aangesproken als ze de door ons wettelijk vastgestelde normen niet halen of als de kwaliteit niet in orde is.

**De voorzitter:**

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog. Dan geef ik nu graag het woord aan Mevrouw Ellemeet en mevrouw Ellemeet spreekt namens de fractie van GroenLinks. Gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Alle voorgaande collega's hebben het erover gehad dat de spoedeisende hulp echt onder druk staat en dat we niet alleen de symptomen moeten bestrijden maar ook moeten kijken wat de oorzaken van die druk zijn. De griep epidemie is in die zin de figuurlijke druppel die de emmer doet overlopen. De huidige griep epidemie duurt niet exceptioneel langer dan die van de afgelopen vier jaar. Dat is ook iets om even in herinnering te brengen. Als dit soort epidemieën zich in de toekomst herhalen, moeten we daar goed op voorbereid zijn. Dan moet het structureel anders, want we redden het niet met noodoplossingen. De Minister geeft in zijn brief aan dat hij de partijen hiermee wil helpen, maar ik ben heel benieuwd wat die hulp dan concreet inhoudt. Kan hij daar iets meer informatie over geven?

Voorzitter. Een van de oorzaken die de drukte op de spoedhulp kan verklaren is de toename van het aantal ouderen. We weten ook dat die groep alleen maar groter gaat worden de komende jaren. Dus we zullen in eerste instantie moeten kijken hoe we kunnen voorkomen dat die ouderen op de spoedeisende hulp terecht komen door meer in te zetten op preventie en andere vormen van zorg dicht bij huis. Mijn vraag aan de Minister is of hij van plan is om juist op dat onderwerp, het voorkomen van ouderen op de spoedeisende hulp, met plannen te komen. Graag een reactie daarop.

Als ouderen op de spoedeisende hulp komen, moet er ook voldoende kennis zijn over ouderen. Ik heb vorig jaar al gepleit voor aparte ouderenposten op de spoedeisende hulp. Daar wilde de voorganger van deze Minister toen niets van weten. In het vorige overleg met deze Minister heeft hij gezegd dat hij hierover geen verdere uitspraak doet totdat het onderzoek af is over hoe de zorg voor ouderen op de spoedeisende hulp

het beste kan worden vormgegeven. Maar we zien dat er op sommige plekken in het land al in het veld wordt geëxperimenteerd met aparte spoedposten voor ouderen. Zo heeft Delft een speciale trauma-afdeling, omdat ouderen nu eenmaal een andere zorgvraag hebben en er daardoor vaak sprake is van bijkomende ouderenproblematiek. Ik heb in de brieven voor dit overleg niets meer gelezen over dat onderzoek en ik ben daarom benieuwd naar de stand van zaken. Graag een reactie.

Sommige ouderen kunnen vanuit de spoedeisende hulp of na een ziekenhuisopname niet direct naar huis. Er is op dit moment veel mogelijk wat betreft tijdelijke zorgvoorzieningen en al die zorgmogelijkheden zijn weer in verschillende wetten geregeld. Je hebt het eerstelijnsverblijf, hoogcomplex, laagcomplex, de grz, de Wmo-spoedzorg, de respijtzorg, meer uren wijkverpleging, acute respijtzorg en, niet te vergeten, de crisisbedden in de Wlz. Het is dus totaal niet overzichtelijk. De Minister heeft al eerder in een interview aangegeven dat de burgers niets zouden mogen merken van de ingewikkelde kanten van ons systeem en van alle schotten. Ik zou aanvullend daarop willen zeggen dat ik ook vind dat de zorgverleners geen last zouden mogen hebben van die schotten. Als een wijkverpleegkundige een oudere heeft waar hij een tijdelijke voorziening voor nodig acht, dan moet dat geregeld kunnen worden. Dan moet hij of zij niet aanlopen tegen gelabelde bedden en lege bedden die niet beschikbaar zijn voor ouderen. Ik ben benieuwd wat hij hier precies mee gaat doen. Graag een reactie daarop.

We zien natuurlijk al wel ontwikkelingen rond het eerstelijnsverblijf. Zo zijn de regionale coördinatiepunten bijvoorbeeld sinds kort landelijk dekkend. De Minister heeft in het vorige debat ook al aangegeven dat hij wil kijken of we die kunnen verbreden naar de geriatrische revalidatiezorg. Maar mijn vraag is wat hij hier verder nog mee wil en op welke manier we het eerstelijnsverblijf kunnen doorontwikkelen. We zien ook binnen het eerstelijnsverblijf dat zorgverleners worstelen met de beperkingen. Ook bij het hoogcomplex eerste lijnsverblijf kan er maar anderhalf uur medische zorg per week verleend worden en dat is soms gewoon niet genoeg. Dus graag een reactie daarop van de Minister.

Voorzitter, tot slot nog de arbeidsmarktproblematiek. Er is een personeels-tekort en de Minister wil daarom mensen aantrekken. Maar hij wil ook, zo lees ik in zijn brief, voldoende personeel behouden. Dat behouden is inderdaad ontzettend belangrijk. Het ambulancepersoneel roept bijvoorbeeld op om ook te investeren in het huidige personeel en in betere arbeidsvoorwaarden. De cao-onderhandelingen worden natuurlijk gevoerd door de werkgevers en de vakbonden, maar gaat de Minister ook iets doen, actie ondernemen, om mensen te behouden? Hoe ziet hij zijn eigen rol op dat terrein?

Ook medewerkers van de spoedeisendehulpafdelingen hebben last van de enorme werkdruk. Ze zijn zelfs vaker emotioneel uitgeput dan andere Nederlanders, zo blijkt uit onderzoek. Bovendien hebben zij door alle werkdruk niet eens de tijd om te herstellen.

**De voorzitter:**

Rondt u af?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik rond af, voorzitter. De situatie moet dus verbeteren om het huidige personeel te behouden. Ik heb het al eerder aangegeven in debatten: we moeten niet alleen de voordeur wijd openzetten voor nieuwe mensen, maar tegelijkertijd de achterdeur sluiten zodat we mensen in de zorg kunnen behouden voor de zorg. Graag een reactie daarop.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Sazias van de fractie van 50PLUS. Gaat uw gang.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Als je laatste spreker bent, zijn er natuurlijk al een aantal dingen gezegd. Maar ik wil toch de punten die belangrijk zijn voor 50PLUS even noemen.

De griepgolf van het afgelopen jaar heeft een aantal ernstige knelpunten zichtbaar gemaakt. Spoedeisendehulpdiensten werden overspoeld door grieppatiënten. Ook het personeel zelf kampte met de griep. Zo'n epidemie komt jaarlijks voor. Mevrouw Ellemeet zei dat die niet exceptioneel langer was. Gemiddeld duurt zo'n epidemie negen weken, maar dit jaar was het twaalf weken. Dat is wel een heel kwartaal, drie maanden. Dit jaar kostte dat dan ook 8.000 griepdoden. Tijdens de griep zijn vooral ouderen extra kwetsbaar en extra vatbaar voor longontsteking. Het is dan ook niet zo gek dat vooral veel ouderen zich melden bij de spoedeisende hulp. Dat is ook zonder griep-epidemie een steeds groter wordend probleem. Iedereen is ervan overtuigd dat er meer moet gebeuren. Maar als ik de brief van de Minister lees, valt het mij op dat er vooral heel veel wordt gepraat en overlegd. Er wordt bijvoorbeeld met het Landelijk Netwerk Acute Zorg besproken hoe de uitstroombmogelijkheden geoptimaliseerd kunnen worden en hoe ervoor kan worden gezorgd dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Ik heb gesproken met de voorzitter van de vereniging van spoedeisendehulpartsen en die vertelde mij dat er soms te rigide wordt omgegaan met de aanrijtijden, waardoor mensen niet op de juiste plek terechtkomen. Na aankomst op de spoedeisende hulp moeten zij dan weer verplaatst worden. Dat is toch ook niet wat we willen? Graag wil ik hierop een reactie van de Minister.

50PLUS vindt dat het hoog tijd is voor een concrete en stevige aanpak. Dat is vooral nodig voor kwetsbare ouderen, want er gaat meer mis rond de opname. Om te beginnen moet er preventief meer gebeuren. Ouderen wachten vaak te lang met naar de huisarts gaan bij beginnende griepverschijnselen. Ook de vaccinatiebereidheid moet weer omhoog, want ook bij de grieprik is die de laatste jaren naar beneden gegaan. Omdat de zorg voor ouderen na een ziekenhuisopname vaak niet optimaal is, komen ze ook vaak weer terug op de spoedeisende hulp. Volgens Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg, overlijdt 20% van de oudere patiënten na een opname. Als de overdracht na een ziekenhuisopname beter is en het bijvoorbeeld beter wordt overgedragen aan een wijkverpleegkundige, dan kan het aantal met een kwart dalen. Dat zal extra druk betekenen als het gaat om het aantal wijkverpleegkundigen, maar 50PLUS is van mening dat de zorg in de buurt van onschatbare waarde is en uiteindelijk de dure ziekenhuiszorg kan ontlasten. Dat betekent wel dat er ook meer geld naar de buurt moet. We stoppen nu 2,1 miljard in de verpleeghuizen. Dat vinden wij ook goed. Maar 90% van de ouderen woont nog steeds zelfstandig thuis. 50PLUS vindt dan ook dat investeringen ook daarnaartoe moeten. Is de Minister bereid om daar meer middelen voor los te maken, juist voor de zorg in de buurt?

Patiëntenfederatie Nederland wijst ons erop dat er ziekenhuizen zijn waar minder ervaren artsen in de achterwacht zijn voor de spoedeisende hulp. Dat kan ook bijna niet anders door het gebrek aan personeel. Dat betekent wel dat patiënten niet overal de garantie hebben op kwalitatief goede spoedzorg. Wat gaat de Minister eraan doen om ervoor te zorgen dat de expertise in elk ziekenhuis op orde is?

Mevrouw Ellemeet had het al even over de geriatrische trauma-units. Er zijn inmiddels al vijftien ziekenhuizen die zo'n ouderenpoli hebben. Deze afdelingen kunnen veel beter toegepaste zorg bieden aan ouderen. 50PLUS vindt dat een goede richting en wil ook graag van de Minister weten wat hij daarvan vindt en of hij dat zou willen stimuleren.

Tot slot. Het is al een paar keer gezegd, maar voor 50PLUS is een goede regionale dekking van basisziekenhuizen met een spoedeisende zorg heel erg belangrijk. Wij willen graag aansluiten bij wat daar eerder over gezegd is.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors deze vergadering tot tien voor drie. Daarna geef ik het woord aan de Minister voor de beantwoording in eerste termijn.

De vergadering wordt van 14.36 uur tot 14.51 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik verzoek iedereen om zijn of haar stoel weer in te nemen. We gaan verder met het debat over de spoedeisende zorg. Aan de orde is de beantwoording van de Minister in eerste termijn. Ik kijk even naar de leden. We zijn gewend om het strak te houden en twee interrupties toe te staan. Laten we dat ook nu doen. Mevrouw Dijkma heeft aangegeven dat zij deze vergadering tot haar grote spijt tussen 15.30 uur en 15.45 uur even moet verlaten.

Het woord is aan de Minister.

**Minister Bruins:**

Dank u wel, voorzitter. Ik wil graag over drie zaken inleidende opmerkingen maken: over de volle ziekenhuizen als gevolg van de griep, over de ambulancezorg en over de spoedeisende hulp en de sluitingen van de spoedeisende hulp. Daarna wil ik graag de vragen van de sprekers beantwoorden, waarbij ik de sprekersvolgorde zal aanhouden.

**De voorzitter:**

Ik wil u vriendelijk verzoeken om de vragen van mevrouw Dijkma in ieder geval voor 15.30 uur te beantwoorden. U kennende, neem ik aan dat u daar ruim voor 15.30 uur aan toekomt. Dat zou fijn zijn.

**Minister Bruins:**

Moet ik de vragen van u allemaal voor 15.30 uur beantwoorden? Hoor ik u dat zeggen? Goed. Ik doe een poging.

Voorzitter. De druk op de ziekenhuizen was de afgelopen periode vanwege de griep groot, en niet alleen in Nederland, maar ook in de omliggende landen. Niet alleen was er sprake van een grote zorgvraag, ook speelde het personeelstekort in de ziekenhuizen een rol. U heeft het allemaal genoemd. Ook kreeg het ziekenhuispersoneel soms de griep. Laat ik hier respect en waardering uitspreken voor alle professionals die in deze zeer drukke tijden bereid zijn geweest en eigenlijk nog steeds bereid zijn om deze extra zorg te verlenen en deze extra aandacht aan de patiënten te geven. Gelukkig is de griepepidemie inmiddels over haar hoogtepunt heen. De grootste drukte in de ziekenhuizen is daarmee achter de rug. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft de laatste tijd wekelijks contact met alle zorgverzekeraars om hun te vragen wat hun beeld is van de drukte in de ziekenhuizen tijdens de griepepidemie. Zelf heb ik contact gehad met het Landelijk Netwerk Acute Zorg, de koepel van de ROAZ'en. Hieruit bleek dat de druk op de verschillende ziekenhuizen hoog was, maar ook dat de ROAZ'en daar waar nodig de regie pakten en dat in de regio maatregelen werden getroffen om de druk onder controle te houden. Het was in een enkel geval nodig om planbare operaties uit te stellen. Dat is natuurlijk vervelend voor de patiënten die het betrof, maar het ging daarbij uiteraard alleen om operaties waarvan uitstel geen schadelijke gevolgen voor de gezondheid van de patiënt had.

Om de acties die al in gang zijn gezet om de druk in de acute zorg te beteugelen een extra steun in de rug te geven, heb ik op 22 maart met het Landelijk Netwerk Acute Zorg, Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ een aantal afspraken gemaakt, een paar voor de korte en een paar voor de lange termijn. Voor de korte termijn hebben we afgesproken dat de sector van de verpleeghuis-, verzorgingshuis- en thuiszorgorganisaties – dus de vvt-sector – zorgt voor een soepele toegang voor de patiënt en dat de sector waar nodig en mogelijk, een gezamenlijke extra capaciteit in de regio organiseert voor extra doorstroom van de ziekenhuizen naar de vervolgzorg. Belangrijk is dat de aanbieders geen belemmeringen ervaren in de financiering van de zorg. Even huiselijk gezegd: eerst de patiënt, dan het geld. Dat zou het credo moeten zijn.

Zorgverzekeraars Nederland heeft bevestigd dat zorgverzekeraars in de regio's waar problemen zijn, met de partijen afspraken moeten maken om tot een verlichting in de keten te komen. Daarbij is het voorbeeld van Rotterdam genoemd. In Rotterdam hebben de vvt-aanbieders een acute opnameafdeling met extra bedden gerealiseerd. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft aangegeven daarbij garant te staan voor de financiering van deze bedden tijdens de huidige epidemie. Dat vind ik een mooi voorbeeld van «eerst de bedden, dan het geld regelen».

Natuurlijk moeten de regionale coördinatiepunten voor inzicht in de beschikbare capaciteit van een eerstelijnsverblijf nu snel overal in werking zijn. Gisteren kwam dit al even aan bod in een ander debat, naar ik meen door een vraag van mevrouw De Vries. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor goede zorg aan veelal oudere patiënten en voor een vermindering van de druk op de SEH. Zorgverzekeraars Nederland heeft mij afgelopen week geïnformeerd over de laatste stand van zaken bij het landelijke netwerk van regionale coördinatiepunten. U heeft daar inmiddels ook een brief over ontvangen. Daarin staat: per 1 april functioneren in alle regio's de coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf; alleen in twee subregio's zal het centraal telefoonnummer pas per 1 mei actief zijn. Dat is in Amstelveel en in Goes. Ik ben erg blij dat dit landelijke netwerk voor eerstelijnsverblijf dan ook staat. Gisteren kwam ook al even aan bod dat zo'n netwerk zich moet doorontwikkelen – u zei het en dat zeg ik met u – bijvoorbeeld naar coördinatie van alle vormen van vervolgzorg, dus ook de geriatrische revalidatiezorg. Zorgverzekeraars Nederland heeft mij verzekerd dat ook aan de verbreding van deze coördinatiefunctie wordt gewerkt. Dat over de korte termijn.

Voor de langere termijn is het vooral belangrijk dat de partijen beter voorbereid zijn op toekomstige griep epidemieën en vergelijkbare situaties. Want we zien al een paar jaar dat er problemen ontstaan in de winterperiode en het moet niet zo zijn dat ziekenhuizen zichzelf ook volgend jaar weer laten verrassen door de griep. De ROAZ'en hebben mij laten weten dat zij het initiatief nemen om de afgelopen griepperiode te evalueren en per regio een plan te maken om beter voorbereid te zijn op een toekomstige griep epidemie. De koepel, het Landelijk Netwerk Acute Zorg, zal hierbij ook de vvt-sector, de zorgverzekeraars en de huisartsen betrekken. In die plannen zal in ieder geval centraal staan hoe «uiterwaarden» kunnen worden gecreëerd voor extra capaciteit bij piekdruk in de uitstroom van patiënten naar vervolgzorg. Wat mij betreft is dat dus: eerst de patiënt, dan het geld. Ook zal worden bekeken of nadere afspraken kunnen worden gemaakt om te voorkomen dat patiënten op de SEH terechtkomen. Acute zorg is over het algemeen goed voorspelbaar. Vooraf kan voldoende inzicht worden verkregen in de vraag naar zorg en de bijbehorende capaciteit.

Voorzitter. Ik heb met de partijen afgesproken dat deze regionale plannen voor de zomer van niet volgend jaar, maar van dit jaar gereed zijn zodat we bij de komende griep epidemie, die er ongetwijfeld weer aankomt, van die plannen gebruik kunnen maken.

Zoals ik al aangaf, is de druk op de ziekenhuizen tijdens de griep epidemie versterkt doordat ook mensen die in de zorg werken, ziek werden. Daarom vind ik het van belang dat meer personeel in de ziekenhuizen gebruikmaakt van de griepvaccinatie. LNAZ, het Landelijk Netwerk Acute Zorg, en ActiZ hebben aangegeven zich daar mede verantwoordelijk voor te voelen en actie te ondernemen in de richting van hun achterban.

Dit was mijn inleiding over de volle ziekenhuizen door de griep.

Voorzitter. Dan ga ik nu in op de verbetering van de ambulancezorg. We moeten nagaan wat de ambulancesector kan doen voor een verdere integratie in de keten van acute zorg opdat ook in de toekomst goede ambulancezorg kan worden verleend. Daarom wil ik met Ambulancezorg Nederland, AZN, de zorgverzekeraars en misschien nog een andere partij – misschien de koepel van huisartsen – een actieplan ambulancezorg maken. Het doel is de toegenomen drukte in de ambulancezorg te beteugelen en de responstijden weer binnen de norm te krijgen zodat tijdige en kwalitatief goede ambulancezorg gegarandeerd is voor nu en in de toekomst.

Daarbij heb ik een paar punten voor ogen. 1. Samen moeten we de instroom in de ambulancezorg optimaliseren. Ik hoor nog te vaak dat ambulances met spoed moeten aanrijden voor een bloedende vinger, om het zo maar figuurlijk uit te drukken. Door een betere triage in de gehele acute zorgketen moeten we ervoor zorgen dat elke patiënt erop kan rekenen dat de juiste zorgverlener op de juiste plaats is. De ambulance-sector is al een pilot met een gezamenlijke triage met de huisartsenpost en de wijkverpleging aan het onderzoeken. Als ik mij niet vergis, gebeurt dat in de regio Overijssel. Dat gaat over de instroom.

Ook in de doorstroom in de ambulancezorg kunnen we gezamenlijk verbeteringen doorvoeren. Als de ambulancedienst van tevoren goed in zicht heeft bij welk ziekenhuis de ambulance terecht kan, dan hoeft de ambulance niet meer nodeloos rond te rijden. Als ziekenhuizen patiënten ontslaan en besteld vervoer nodig is, dan moet de ambulancedienst in staat worden gesteld om dit gespreid over de dag te kunnen organiseren. Voor mij als Minister ligt er de belangrijke rol om de randvoorwaarden op orde te houden. Door de ambulanceverpleegkundigen te betrekken bij de volgende raming van het capaciteitsorgaan, in het komende jaar, zorgen we voor een scherp beeld van de personeelsvraag in de gehele acute zorgketen. Met extra financiële middelen – 10 miljoen per jaar – zorg ik voor een adequate financiering van de opleiding tot ambulancezorgprofessional. Met de jaarlijkse raming van de benodigde ambulancecapaciteit – daarover hebben wij eind vorig jaar gesproken – zorg ik voor een stabiele basis waarop verzekeraars en de RAV's, de Regionale Ambulance Voorzieningen, afspraken kunnen maken.

Er zijn waarschijnlijk nog meer acties nodig om de kwaliteit van de ambulancezorg verder te verbeteren. Daarom ga ik het gesprek aan met AZN en de zorgverzekeraars. Ik streef ernaar om dit actieplan kort na de zomer – ik denk in september – afgerond te hebben. Dan is het nog niet allemaal van de ene op de andere dag uitgevoerd, maar dan is er wel een duidelijk en gericht perspectief voor iedereen om in de sector te werken en te blijven werken. Ondertussen gaan we niet zitten wachten op dat actieplan. Als we tussentijds al iets kunnen doen, dan doen we dat graag.

Mevrouw **Dijksma** (PvdA):

Het lijkt me heel verstandig om te werken aan een actieplan voor de ambulancezorg, ook omdat we zien dat de aanrijtijden in het land in toenemende mate onder druk staan. Is het verminderen daarvan ook een van de belangrijkste doelstellingen van dat actieplan? Gaat u in dat actieplan dus heel gericht een aantal doelstellingen opnemen aan de hand waarvan we kunnen meten hoe succesvol die acties straks zijn?

Minister **Bruins**:

Ik heb, dacht ik, al gezegd dat ik in dat actieplan graag wil terugzien dat de responstijden weer binnen de norm kunnen worden gebracht. Dat moet dus een meetbare en merkbare norm opleveren. Het antwoord op de vraag van mevrouw Dijkma is dus ja.

**De voorzitter:**

Mevrouw Dijkma, afrondend.

**Mevrouw Dijkma (PvdA):**

Dat is heel goed en mooi. Heeft de Minister ook nagedacht over de vraag wat er gebeurt op het moment dat dat plan onvoldoende is? Heeft hij dan een instrument om die aanrijtijden bij de verantwoordelijke partijen echt af te dwingen?

**Minister Bruins:**

De Minister denkt de hele dag na. Daar kunt u van op aan; ook op vrijdagmiddag na vijf uur. Maar, nee, daar heb ik geen sluitend antwoord op. Ik ben eigenlijk erg blij dat ik Ambulancezorg Nederland voor het maken van zo'n actieplan nu aan mijn zijde tref. Daar hebben we met elkaar aardig wat gesprekken voor gevoerd. Ik ben dus blij dat we in dit stadium zijn gekomen. Ik begrijp de vraag van mevrouw Dijkma wel, maar ik wil nu nog even aan de zonnige kant blijven en ervan uitgaan dat ik dat plan tussen nu en ik hoop september kan maken.

Voordat ik overga tot het beantwoorden van de vragen wil ik nog graag een opmerking maken over het sluiten van afdelingen voor spoedeisende hulp.

Voorzitter. Ook het sluiten van afdelingen voor spoedeisende hulp, de SEH's, is onderwerp van gesprek. Het verdwijnen van lokale SEH's zorgt vaak voor onrust. Het raakt aan een gevoel van veiligheid dat burgers hebben. Ze vragen zich af of die zorg er nog wel is als zij die nodig hebben. Dat begrijp ik heel goed. Als je zorg nodig hebt, dan wil je die het liefst zo snel mogelijk tot je beschikking hebben en dat geldt zeker als spoedeisende zorg nodig is. Maar er kunnen goede redenen zijn om de locatieprofielen van ziekenhuizen te wijzigen of om de zorg te concentreren. Zo is het voor de kwaliteit van hoogcomplexere zorg vaak beter dat een arts regelmatig patiënten met een dergelijke aandoening behandelt. Verder is noch het budget voor de zorg, noch de hoeveelheid personeel in de zorg oneindig. We vragen zorgaanbieders dus om doelmatig te werken. De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik voel me natuurlijk wel medeverantwoordelijk voor het beschikbaar zijn van voldoende acute zorg in Nederland en voor het borgen van de toegankelijkheid van de acute zorg. Om daarvoor te kunnen zorgen, bevat het zorgstelsel verschillende randvoorwaarden. Om de spreiding en de bereikbaarheid van de basale acute zorg overeind te houden, bestaat de zogenaamde 45 minutennorm. U heeft daar eigenlijk allemaal over gesproken. Bepaalde afdelingen voor spoedeisende hulp en voor acute verloskunde in Nederland mogen op grond van deze norm niet gesloten worden. Het RIVM brengt op mijn verzoek jaarlijks in kaart om welke afdelingen het gaat. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij zijn er daarom voor verantwoordelijk dat er voor hun verzekerden voldoende zorg en voldoende toegankelijke zorg is. In dat kader moeten zij er onder meer voor zorgen dat de SEH's en afdelingen voor acute verloskunde die volgens de 45 minutennorm noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid van deze acute zorg, open blijven. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars en ik ondersteun de ziekenhuizen met een SEH of een afdeling acute verloskunde die niet gesloten mag worden, door aan hen onder voorwaarden een beschikbaarheidsbijdrage te verstrekken. Het klinkt wel veel als beleid, maar ik vind het belangrijk dat u weet dat aan het eind van de rit onder voorwaarden een beschikbaarheidsbijdrage kan

worden verstrekt aan ziekenhuizen die een SEH of een afdeling acute verloskunde hebben die niet gesloten mag worden en over die gevoeligheidsnorm heen komt. Dat is bijvoorbeeld gebeurd in Den Helder. Ik wil ook graag de indruk wegnemen dat het sluiten van SEH's betekent dat minder zorg beschikbaar is. Bij sluiting van SEH's is meestal geen sprake van het verdwijnen van behandelplekken, maar van een concentratie van deze zorg op één locatie. Dat heeft de NZa ook in beeld gebracht in de Marktscan acute zorg. Daaruit blijkt dat het aantal SEH's dat 24/7 open was tussen 2013 en 2016 is afgenomen van 94 naar 89, maar dat de totale capaciteit van de behandelplekken op SEH's in die periode met een dikke 4% is gestegen. De NZa heeft in de Marktscan acute zorg ook geconcludeerd dat het totale aantal SEH-bezoeken in de jaren 2013–2016 licht is gedaald. De druk op SEH's wordt kortom niet veroorzaakt door minder behandelplekken of door meer SEH-bezoeken, maar door andere factoren, bijvoorbeeld personeelstekorten.

Ik vind het natuurlijk wel belangrijk dat de ziekenhuizen die hun locatieprofielen wijzigen en bijvoorbeeld van plan zijn om een SEH te sluiten, hierover goed communiceren met alle partijen in de regio zoals de gemeenten en de burgers. Dat is misschien niet een wettelijke verplichting, zo zeg ik tegen de heer Hijink, maar het is wat mij betreft wel een fatsoensnorm. Zij – de gemeenten, de burgers, de inwoners – moeten de gelegenheid hebben om in dit proces hun bezwaren naar voren te brengen, zodat het ziekenhuis deze kan meewegen in zijn besluitvormingsproces. Goede communicatie is ook een manier om recht te doen aan de gevoelens van onrust onder de burgers in de omgeving van het ziekenhuis. Ik denk dat het belangrijk is dat het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, als dat het geval is, ook aangegeven hoe zij ervoor zorgen dat in de regio voldoende en tijdige zorg beschikbaar blijft, bijvoorbeeld door te benadrukken dat er geen sprake is van minder behandelplekken op de SEH's in de regio's, of door aan te geven dat andere SEH's tijdig kunnen worden bereikt. Een belangrijk deel van de spoedeisende zorg wordt natuurlijk ook aangeboden op de huisartsenpost. Als een ziekenhuis, bijvoorbeeld de ZiekenhuisGroep Twente, de huisartsenpost wil ondersteunen zodat daar zwaardere spoedeisende zorg kan worden aangeboden, dan vind ik dat een mooi gebaar in de richting van de mensen in de regio.

Voorzitter, dit vooraf. Het is nog geen half vier. Ik wil daarom nu de vragen gaan beantwoorden en ik begin bij de vragen van mevrouw Dijkma. Het eerste punt dat mevrouw Dijkma maakte, ging over het artikel dat zij samen met Marcel Levi heeft geschreven. Ik zal het even kort samenvatten: SEH uit de Zorgverzekeringswet en in de Wet bijzondere medische verrichtingen; dat zou het beste voor de samenwerking in de regio naar boven halen. In het artikel wordt betoogd dat het nodig is om de spoedeisende hulp uit de Zorgverzekeringswet te halen en te organiseren op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen. Ambulanceposten en ziekenhuizen zouden dan de opdracht krijgen om in elke regio een regioplan te maken waarbij ze hun zorg op elkaar afstemmen en samenwerken. Hierdoor zouden er voldoende ambulanceposten zijn om overal in Nederland binnen vijftien minuten voor de deur te staan; de kern van het artikel. Maar het uit de Zorgverzekeringswet halen van ziekenhuiszorg en ambulancezorg is wat mij betreft geheel niet aan de orde. Samenwerking binnen de regio om de acute zorg goed te organiseren is namelijk nu al een verplichting. Die verantwoordelijkheid ligt bij het ROAZ. Ziekenhuizen en ambulancediensten moeten er samen met de andere partijen in het ROAZ voor zorgen dat er 24/7 een werkend systeem voor acute zorg in de regio is. Ik zie en merk ook – dat beluister ik in de gesprekken met ROAZ'en en met de landelijke koepel – dat zij een steeds steviger positie in de regio innemen. Hun rol tijdens de griep epidemie is een goed voorbeeld. Specifiek voor ambulancezorg geldt dat deze al regionaal georganiseerd is. Dat de vijftienminutennorm niet overal wordt



gehaald, komt volgens de partijen niet door een gebrek aan geld, maar bijvoorbeeld door een tekort aan goed opgeleid personeel en soms door onverwacht hoge productiestijgingen.

Voorzitter. Zorgaanbieders en verzekeraars zijn aan zet, maar ik wil ook graag een stap verder zetten. Samen met AZN en de verzekeraars wil ik dat toekomstgerichte actieplan maken. Tot zover op dit punt. Dan heeft mevrouw Dijkma een vraag gesteld over...

**De voorzitter:**

Mevrouw Dijkma heeft een vraag, maar dat kunnen we misschien aan het einde van het blokje doen. Is dat goed, mevrouw Dijkma?

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Doe maar.

**De voorzitter:**

Gaat u verder, Minister.

**Minister Bruins:**

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de acute verloskunde in Emmen, Hoogenveen en Stadskanaal, de Treant Zorggroep? Eerst maar even het vraagstuk uitleggen. De Treant Zorggroep, waar de ziekenhuislocaties Bethesda in Hoogenveen, Refaja in Stadskanaal en het Scheperziekenhuis in Emmen – wie kent 't niet? – onderdeel van uitmaken, heeft in december de afdeling acute verloskunde in Emmen tijdelijk moeten sluiten vanwege het tekort aan kinderartsen. Treant heeft me laten weten dat de kinderartsen op de afdeling voor acute verloskunde en kindergeneeskunde op de locaties Bethesda en Refaja onder een hoge werkdruk staan. Daarom onderzoekt Treant op dit moment samen met onder meer de zorgverzekeraars in de regio verschillende scenario's. Als Treant voldoende nieuwe kinderartsen vindt, wordt verloskunde weer op alle drie locaties aangeboden. Als dat niet lukt, is concentratie van deze zorg op een of twee locaties nodig. Treant verwacht daarover dit voorjaar een beslissing te kunnen nemen. Ondertussen blijft het ziekenhuis zoeken naar nieuwe kinderartsen. Concentratie van de acute verloskunde bij Treant op een of twee locaties is niet in strijd met de eerder genoemde 45 minutennorm. Dat betekent dat de acute verloskunde in de regio ook bij concentratie op één locatie volgens deze norm voldoende bereikbaar is. Dat neemt niet weg dat ik het natuurlijk betreurt dat het ziekenhuis vanwege een tekort aan kinderartsen mogelijk tot deze beslissing moet komen. Dus laat ons reclame maken voor kinderartsen in Emmen! Ook in dit kader van het voorbeeld van Treant: de Minister heeft erop aangedrongen dat de afdeling acute verloskunde in het naburige ziekenhuis in Hardenberg niet mag worden gesloten, op basis van de gevoeligheidsnorm. Treant is aan het nagaan of het één of meer afdelingen voor acute verloskunde moet sluiten. Als er consequenties zijn voor Hardenberg als men bij Treant tot één locatie komt, dan moet er natuurlijk wel goed worden kortgesloten tussen Treant aan de ene kant en Hardenberg aan de andere kant.

Voorzitter. Dan: is de Minister bereid om inzicht te geven in hoe ziekenhuizen spoedzorg hebben georganiseerd? Ik vind dat eigenlijk vooral iets dat ROAZ'en moeten organiseren. Dat moet men in de regio bespreken en delen. Ik heb gezien dat het ROAZ in Amsterdam werkt met een acuut zorgportaal. Dat is een systeem dat niet voor ons is bedoeld, maar voor die regio. Met dat acuut zorgportaal kunnen ziekenhuizen de actuele beschikbaarheid van SEH-bedden doorgeven, waardoor zowel de meldkamer van de ambulance als de overige ziekenhuizen in de regio 24/7 inzage hebben in de regionale capaciteit. Eigenlijk vind ik dat ook het belangrijkste: dat het in de regio goed is georganiseerd.

Voorzitter, ik hoop dat ik daarmee in ieder geval de vragen van mevrouw Dijkma heb beantwoord.

**De voorzitter:**

Er is een vraag van mevrouw Dijkma. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Voorzitter. Ik wil toch graag even terugkomen op het wat meer beleidsmatige discussiepunt rondom het stelsel van de spoedzorg. De Minister zegt: eigenlijk is het nu al verplicht om regionaal een plan te maken, dus daar heb ik geen wetswijziging of ander systeem voor nodig. Maar, zo zeg ik een beetje kritisch, kennelijk wel een actieplan. Dus u moet nu wel veel moeite doen om alle partijen kennelijk op de reeds bestaande wettelijke verantwoordelijkheid te wijzen. Ik ben benieuwd naar uw visie op de vraag waarom dat op dit moment zo moeizaam van de grond komt. Heeft dat dan niet toch z'n oorsprong in de wettelijke basis? Of ligt dat aan een andere reden, namelijk aan een gebrek aan wil om samen te werken, wat net in de Kamer ook al even gesuggereerd werd? Wat is uw mening daarover?

**Minister Bruins:**

Ik vind het een mooie beleidsmatige vraag, maar ik hoop dat u mij die over een paar jaar nog eens wil stellen. De eerste indruk die ik van dit onderwerp heb gekregen in het kennismakingsronde van het eerste halfjaar is dat de samenwerkingsbereidheid hand over hand toeneemt. De ROAZ'en, de Regionale Overleggen Acute Zorg, vind ik een mooi voorbeeld. In de debatten in november heb ik u geloof ik verteld dat de mensen die naar zo'n vergadering van het ROAZ toe moeten dat in sommige regio's een paar jaar geleden nog met lange tanden deden of met weinig animo. Nu vinden ze dat je bij zo'n vergadering niet meer kunt ontbreken, omdat je dan de boot in de regio mist. Dat is een heel andere opstelling. Het is dus misschien door noodzaak gedwongen, misschien ook omdat de bomen in het financiële bos niet tot het einde groeien, of misschien omdat er veel politieke aandacht voor is; niet alleen van ons hier, maar ook in de regio. Het voorbeeld van Hengelo heeft u meermalen genoemd en er zijn ook andere. Ik merk dus dat de samenwerkingsbereidheid toeneemt. Ik kom straks nog op de regionale coördinatiepunten. Om te voorkomen dat er nog wordt geleurd met mensen, zoals ik het gisteren oneerbiedig noemde, zijn die punten nu landsdekkend. In november was daar nog geheel geen sprake van en op 1 april zijn die overal georganiseerd, met bijbehorend telefoonnummer. Er kan altijd meer, het kan altijd beter en het kan altijd strikter en eenvormiger, maar dat ze er zijn, laat zien dat partijen in de regio elkaar ook willen opzoeken. Dat is mijn voorlopige opvatting na vijf maanden.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Dijkma.

Mevrouw **Dijkma** (PvdA):

Dan rest mij alleen nog een principiële vraag. Kunt u mij uitleggen waarom u het vanuit het stelsel belangrijk vindt dat het onderdeel spoedzorg, waarbij je feitelijk eigenlijk niks te kiezen hebt als patiënt, toch onderhevig zou moeten blijven aan marktwerking?

**Minister Bruins:**

Er zijn allerlei voorbeelden te geven, maar laat ik eens het voorbeeld van de ambulances geven. Daar heb je marktpartijen en andere partijen, dus niet-marktpartijen. Ik vind dat dat prima werkt. Dat vind ik een onderdeel van het stelsel en dat kan volgens mij ook heel goed. Dat weet ik eerlijk

gezegd ook uit een eerder leven, waarin ik werkte bij een bedrijf dat ook een ambulancepoot had. Dat kun je slagvaardig inrichten en het was heel goed om te benchmarken met andere bedrijven, maar ook met andere organisaties, overheidsorganisaties dus. Ik vind dat dus heel goed. In het regeerakkoord staat ook dat we het stelsel van de zorg in Nederland niet willen veranderen. Ik denk dat dat ook heel goed zo kan worden georganiseerd, met een belangrijke rol voor zorgverzekeraars en andere private partijen, maar ook met publieke waarborgen. Die zullen altijd nodig zijn, en de mate waarin is hier in de Kamer onderwerp van gesprek. Voorzitter. Dan kom ik bij de vraag van de heer Hijink over de spoedzorg en het niet betrekken van de lokale gemeenschap. De heer Hijink noemde niet alleen het voorbeeld van Hengelo, maar ook van Blaricum en Woerden. Ik denk ik dat daar mijn opvatting over heb gegeven. Als zo'n vraagstuk ons onder ogen komt, checken wij bij onze contacten of er contact geweest is met het gemeentebestuur, met inwoners en soms ook met de or; niet zelden, maar misschien wel heel vaak met de or. Ik denk dat dat ook goed is en zo hoort. Dat hoort eigenlijk bij het goed managen van je ziekenhuis.

De heer **Hijink** (SP):

Ik denk dat dit antwoord heel veel mensen zal teleurstellen, omdat zij gewoon niet snappen dat deze regering en de vorige regering het systeem van spoedzorg en dergelijke helemaal uit handen hebben gegeven, en dat het dus zomaar kan gebeuren dat je als gemeenteraad overvallen wordt met besluiten over de sluiting van een ziekenhuis of van een afdeling voor spoedeisende hulp en dat je daar dan dus helemaal niks meer over te zeggen hebt. Mijn voorganger Kooiman heeft deze Minister pas nog schriftelijke vragen gesteld. Ik proef dan bijna een bepaalde desinteresse bij de Minister als hij antwoordt: ik wist het eigenlijk allemaal niet en het maakt mij ook niet uit of er een privékliniek aan de overkant van de weg komt. Er zit een soort desinteresse in waardoor ik me afvraag: wil hij eigenlijk wel betrokken zijn bij de manier waarop we lokaal en regionaal de zorg inrichten? Of zegt hij: nee, dat is nu eenmaal aan die marktpartijen, dus ze zoeken het maar uit? Dat is het gevoel dat heel veel mensen denk ik overhouden aan dit debat en aan voorgaande debatten.

Minister **Bruins**:

Nou, ik vind «desinteresse» niet de beste kwalificatie. Het goed organiseren interesseert me juist enorm, maar ik wil wel redeneren vanuit de passage in het regeerakkoord waarin we zeggen dat we dit stelsel willen behouden en misschien willen finetunen. Maar de combinatie van private partijen en publieke waarborgen bevalt me geweldig. Ik zal mij nooit voor een onderwerp wegdraaien en ik zal altijd voor een onderwerp willen inbuigen. Daarom vind ik het ook heel prima en voel ik me heel erg op m'n gemak als ik zo'n actieplan voor de ambulancezorg mag maken. Je zou ook kunnen zeggen: laat Gods water maar over Gods akker lopen. Dat lijkt mij niet terecht. Ik vind dat ik ook de rol heb om aan te jagen en om de goede vragen te stellen. Dat vind ik eigenlijk wel bij het stelsel behoren. Dat is dus een ander stelsel dan een stelsel van staatszorg, waarbij én provincies én gemeenten aan de bal zijn. Dat is dus een andere opvatting. Maar «desinteresse»? U moet van mij aannemen dat ik zeer geïnteresseerd ben in het stelsel, in het finetunen daarvan en in het vinden van de goede knoppen waar je aan zou kunnen draaien om het beter te maken, en dat is nog best complex.

Dan nog een opmerking over die gevoelige norm. Ik begrijp best dat mensen het prettig vinden om overal in de buurt een spoedeisende hulp, een SEH, te hebben, maar we moeten de doelmatigheid niet uit het oog verliezen. Dus het belang van zo'n 45 minuten norm is wel een gegeven. Daar gaf ik het voorbeeld van Hardenberg bij. Ik vind: als Treant een afspraak maakt over één, twee of drie locaties met gevolgen voor

Hardenberg, dan wil ik mij wel verzekeren of daarover het inhoudelijke gesprek is gevoerd met... Hoe heet dat ziekenhuis ook alweer? Zuwe Hofpoort? Of misschien heeft dat een andere naam; je moet je hand ook niet overspelen met dat soort dingen. Ik bedoel: met Hardenberg.

**De voorzitter:**

Afrondend, de heer Hijink.

**De heer Hijink (SP):**

Ik noemde in mijn eerste termijn al een onderzoek waaruit blijkt dat het concentreren van spoedeisende hulp helemaal niet tot kostenreductie leidt. Dat lijkt me een belangrijke afweging om mee te nemen: ook al lijken er op het eerste gezicht misschien ter plekke minder kosten te worden gemaakt, op de lange termijn en in de doorstroom naar andere afdelingen binnen een ziekenhuis leidt dat juist tot hogere kosten. Dat argument gaat dus eigenlijk helemaal niet op. Maar het gaat mij meer om de manier waarop dit gaat. In een stad als Hengelo is de gemeenteraad door alle partijen heen kwaad over hoe er met hun ziekenhuis wordt omgesprongen. Voor die partijen en die gemeenschap is er geen enkele manier meer om in te grijpen bij de besluiten die over de hoofden van mensen heen worden genomen. Ik zou me als ik deze Minister was toch afvragen of wij de lokale gemeenschap niet ergens een handvat of een haakje moeten geven om bij dit soort belangrijke besluiten gewoon te kunnen ingrijpen, want het gaat wel over hun zorg, over hun stad en over hun leefbaarheid.

**Minister Bruins:**

De Minister wil ook graag een beetje rolvast zijn.

Zo'n onderwerp als de sluiting van de SEH in Hengelo vind ik wel interessant, al vind ik dat eigenlijk nog een te mager woord, om te volgen. Laat ik daar het volgende over zeggen. De Ziekenhuis Groep Twente, met locaties in Almelo en Hengelo, heeft de afgelopen zomer laten weten dat ze moesten gaan bezuinigen om tot een structurele resultaatverbetering te komen. Er moet 10 à 15 miljoen worden geregeld. Inmiddels heeft de Ziekenhuis Groep Twente bekendgemaakt welke maatregelen men zal nemen om tot een financieel gezond ziekenhuis te komen. In het ziekenhuis zal een reductie van 150 fte aan arbeid plaatsvinden in de periode 2017–2019, grotendeels via natuurlijk verloop. Daarnaast zal er een wijziging plaatsvinden in het zorgaanbod op beide locaties. U weet dat. De SEH in Hengelo is sinds 1 april gesloten. De sluiting van de SEH in Hengelo levert geen problemen op met de zogenoemde 45 minuten norm. Inwoners uit de omgeving Hengelo kunnen onder meer terecht op de SEH in Almelo. Het ziekenhuis is momenteel met de huisartsenpost in Hengelo in gesprek over de ondersteuning van deze huisartsenpost door het ziekenhuis, zodat daar zwaardere spoedzorg kan worden verleend. Dat het ziekenhuis en de huisartsenpost constructief met elkaar in overleg zijn en dat die gesprekken in april naar verwachting positief kunnen worden afgerond, verheugt mij. Dat vind ik nou ook de betrokkenheid die je vanuit het departement mag verwachten. Gaat dat goed en worden daar de goede gesprekken gevoerd? Dan kun je zeggen dat je geen gesprekspartner aan die tafel bent, maar je je wel geïnteresseerd wilt opstellen. Ik ben blij dat het ziekenhuis er zo over denkt en dit gebaar maakt. Dat vind ik juist een goeie houding.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Een vraag van mevrouw Sazias.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Dank u wel, voorzitter. Het feit dat ziekenhuizen fuseren om bepaalde complexe zorg beter te bundelen kan toch helemaal losstaan van een basisziekenhuis dat regionale dekking geeft, en basisverzorging, spoedeisende hulp en verloskunde levert? Want dat fuseren zorgt er juist voor dat die regionale dekking achterblijft.

Minister **Bruins**:

Voorzitter, vindt u het heel erg als ik de vraag van mevrouw Sazias bij het mapje «vragen van mevrouw Sazias» beantwoord en de beantwoording op volgorde doe? Dan zit er enige logica in.

De **voorzitter**:

Goed.

Minister **Bruins**:

Ik hoop dat ik de vragen van de heer Hijink heb beantwoord, voorzitter.

De **voorzitter**:

Nou, niet helemaal naar tevredenheid denk ik...

Minister **Bruins**:

Dat heb ik ook niet betoogd!

De **voorzitter**:

... maar volgens mij komt u ook niet echt tot elkaar. Wilt u uw tweede interruptie gebruiken, meneer Hijink? Daar ziet hij vanaf, begrijp ik. Goed, we hebben straks ook nog een tweede termijn. Gaat u verder, Minister.

Minister **Bruins**:

Was mevrouw Van den Berg de derde spreker? Ik begrijp van wel.

De **voorzitter**:

Misschien kunt u mevrouw Van den Berg even als laatste doen. Zij is nu even weg, maar misschien dat ze straks weer terug is.

Minister **Bruins**:

Prima.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw De Vries. Kan een ziekenhuis een spoedeisende hulp zomaar tijdelijk sluiten, bijvoorbeeld tijdens een griepgolf? Wat voor afspraken hebben we daar eigenlijk over? Ik heb het al gehad over die 45 minuten norm. Bepaalde SEH's, de gevoelige SEH's, mogen op grond van deze norm niet sluiten, ook niet tijdelijk. Als het gaat om de ziekenhuizen die niet binnen die gevoeligheidsnorm vallen, dan geldt dat zich daar altijd uitzonderlijke situaties kunnen voordoen waarbij een tijdelijke stop voor de SEH kan gelden; soms maar voor heel even en soms alleen voor een specifiek onderdeel van de SEH, bijvoorbeeld de eerste harthulp. Zo'n stop betekent dan niet dat de betreffende afdeling helemaal is gesloten voor patiënten, maar het is wel een signaal aan de meldkamer dat het tijdelijk erg druk is op de afdeling en dat het beter is om naar een ander ziekenhuis dat dichtbij is te rijden als de zorg daar sneller kan worden verleend. Patiënten en ambulances moeten bij levensbedreigende situaties altijd terechtkunnen op deze spoedeisende hulpen.

Dan de volgende vraag. Kan de Minister met de ROAZ'en kijken welke goede praktijkvoorbeelden er zijn voor de aanpak van de griep epidemie, en hoe deze in andere regio's kunnen worden ingezet? De evaluatie heb ik net besproken. Die wordt gedaan door het Landelijk Netwerk Acute Zorg, oftewel de koepel van de ROAZ'en, en de ROAZ'en. Zij evalueren die

recente griep epidemie en daar kan dus onderling lering uit worden getrokken.

Dan het punt van het beter regelen van de inzetbaarheid. Dan gaat het over de opleiding tot SEH- en ambulanceverpleegkundige. Als ik het goed heb, is de vraag: wordt de inzetbaarheid beter en flexibeler als bijvoorbeeld de opleiding tot SEH- en ambulanceverpleegkundige hetzelfde wordt dan wel het aanvullende opleidingstraject wordt verkort? Dat zou dan helpen om personeel sneller en makkelijker in te zetten. Ik erken dat de sector wordt geconfronteerd met gestapelde opleidingen: eerst de hbo-opleiding verpleegkunde, dan de gespecialiseerde opleiding tot SEH- of ic-verpleegkundige en dan pas de opleiding tot ambulanceverpleegkundige. Met het oog op de flexibele inzetbaarheid zou het zeker helpen als er een gemeenschappelijke basisopleiding acute verpleegkunde is, waarbinnen je diverse specialisaties kunt volgen. Daar is ook de ambulancesector een voorstander van. Inmiddels werken de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de NFU aan een voorstel over hoe de verschillende opleidingen tot gespecialiseerde verpleegkunde omgevormd kunnen worden tot onder andere een modulaire opleiding acute verpleegkunde. Ik zal ervoor zorgdragen dat de ambulancesector bij die gesprekken aansluit.

Voorzitter. De VVD vindt het belangrijk dat er in Hengelo wordt ingezet op goede afspraken met de huisartsenpost, zodat een deel van de acute hulp in Hengelo overeind kan blijven. Daar ben ik het mee eens. Ik heb daar, zoals ik al eerder heb gezegd tegen de heer Hijink, geen rol in. Ik waardeer het wel dat de Ziekenhuis Groep Twente afspraken wil maken over de ondersteuning van die huisartsenpost in Hengelo, zodat daar meer zorg kan worden geboden. Ik heb begrepen dat de grootste zorgverzekeraar in de regio het ziekenhuis heeft laten weten er ook zo tegenaan te kijken. Wij onderhouden contact met het ziekenhuis. Dat hebben we ook nog vandaag gedaan. Ik wilde graag zo concreet mogelijk zijn in mijn antwoorden, omdat ik wel verwachtte dat wij vragen zouden krijgen over dit punt. Dit is wat ik er nu over mag zeggen.

Een andere vraag van mevrouw De Vries is of er sprake van is geweest dat de norm structureel niet wordt gehaald tijdens de laatste griepgolf. De norm luidt dat een regionale ambulancevoorziening ervoor moet zorgen dat in haar regio onder normale omstandigheden bij ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen vijftien minuten na aanname van een melding ter plaatse is. Ik neem aan dat u het over deze norm had, niet over de gevoelige norm waar we eerder over hebben gesproken. Over het algemeen rijdt de ambulance niet met spoed naar een patiënt met griepverschijnselen, dus in directe zin heeft, zo zou je kunnen zeggen, de griepgolf geen gevolgen voor de norm. Maar het gaat natuurlijk ook over de indirecte gevolgen van de griepgolf op deze norm, zoals de vraag of er voldoende gezond personeel beschikbaar is zodat de ambulances kunnen uitrijden en of SEH's niet vol liggen met grieppatiënten zodat de ambulance niet te lang hoeft te wachten op het overdragen van een patiënt. Ik heb van toezichhouders geen signalen ontvangen dat door de griepgolf de norm structureel niet werd gehaald. Wel heb ik geconstateerd dat bij een griepgolf de samenwerking beter moet. Er moet beter overleg zijn tussen de ziekenhuizen en de betrokken partijen in de acute zorgketen, zodat zij patiënten eventueel kunnen doorverwijzen naar andere ziekenhuizen in de regio. De maatregelen daarvoor heb ik u eerder genoemd. Dan de vraag wat er nog beter kan in de samenwerking in de acutezorgketen. Daar heb ik ook eerder over gesproken. Aan de hand van de griep epidemie volgt een evaluatie en die zal ook ons bereiken. Misschien nog één punt: het is een evaluatie van de ROAZ'en, dus de ziekenhuizen hebben het voortouw, maar zij zullen daar de verpleging en verzorging, de vvt-sector, ook bij betrekken. Ik verwacht dat die regionale plannen na die evaluatie in oktober gereed zijn.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank voor de antwoorden. Ik snap natuurlijk dat bij een gemiddeld griepgeval de ambulance niet gaat uitrukken. Wat we wel als signaal horen, is dat als men naar de SEH vervoerd moet worden er heel vaak doorgereden moet worden. We hebben voorbeelden gehoord van mensen die vanuit Nijmegen naar Rotterdam en Zwolle gebracht moesten worden. Dan lijkt mij de norm van die 45 minuten wel in het geding kunnen komen. De vraag is of dat veel is voorgekomen. Ik snap wel dat je bij piekbelastingen niet altijd kunt voorkomen dat de norm soms niet gehaald wordt, maar mijn vraag is of dat meer een structureel probleem is geweest.

Minister **Bruins**:

Volgens mij niet, want dan had ik vast die signalen gekregen. Die signalen hebben ons niet bereikt. Misschien kunnen wij bij het LNAZ nog eens dubbel checken of het daar aantallen van weet. Ik hoop dat wij door die regionale coördinatiepunten straks dat doorrijden echt tot een heel bloody bare minimum kunnen terugbrengen. Daar is het streven op gericht.

De **voorzitter**:

Afrondend, mevrouw De Vries. Ik zie dat het voldoende is. Gaat u verder, Minister.

Minister **Bruins**:

Mevrouw De Vries heeft uitgebreid gesproken over Hengelo, de situatie bij Ziekenhuis Groep Twente. Ik denk dat ik ingegaan ben op de vragen die daarover zijn gesteld. Op de piekbelasting in ziekenhuizen tijdens de griep epidemie ben ik in mijn inleiding ingegaan.

Mevrouw De Vries heeft nog gevraagd hoe de vaccinatiegraad in Nederland is ten opzichte van de ons omringende landen. Nee? Dan heb ik de vraag niet goed begrepen.

De **voorzitter**:

Volgens mij was dat mevrouw Sazias. Over de vaccinatie hebt u gesproken. Ik zou zeggen: neem uw kans.

Minister **Bruins**:

Dan wacht ik even af of de vraag bij herhaling in tweede termijn wordt gesteld. Ik dacht dat de vraag was of de vaccinatiegraad daalt of stijgt. Wij zien een dalende vaccinatiegraad en daar willen we dus wat aan doen door er bijvoorbeeld in de zorgsector meer op aan te dringen dat het eigen personeel wordt gevaccineerd.

Dan de vragen die zijn gesteld door mevrouw Ellemeet. Zij sprak over de druk op de SEH's en over het niet alleen de symptomen, maar ook de oorzaken bestrijden en zei dat de griep epidemie een druppel is. Ik denk dat ik daar inmiddels op ingegaan ben. Dan had zij de meer specifieke vraag wat het ministerie of de Minister doet om te voorkomen dat ouderen op de spoedeisende hulp terechtkomen. Kwetsbare mensen lopen extra risico op een ongeval. Deze mensen hebben soms extra ondersteuning nodig en zorg waarmee ongevallen kunnen worden voorkomen, bij wijze van voorbeeld. Door een goede samenwerking en communicatie in de eerste lijn kan aan een goede case finding worden gedaan. Het beste voorbeeld dat wij kennen is het programma SamenOud. Collega Hugo de Jonge werkt aan het Programma Langer Thuis. Daarin wordt meer specifiek op dit onderwerp ingegaan. Ik heb begrepen dat Hugo de Jonge dat nog voor de zomer aan uw Kamer presenteert.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het klopt dat Minister De Jonge met een plan komt, maar volgens mij zou het heel wenselijk zijn als de twee Ministers zich samen over dat vraagstuk buigen. Want het gaat natuurlijk ook over hoe we de kennis die we in ziekenhuizen hebben beter kunnen inzetten dicht bij die kwetsbare ouderen. Dus mijn vraag aan de Minister is hoe hij zijn eigen rol ziet in het uitwerken van de plannen om te voorkomen dat mensen op de spoedeisende hulp terechtkomen.

**Minister Bruins:**

Dan kijk ik toch eerst naar de burger die nu 1-1-2 belt voor spoedeisende hulp. Die komt nu terecht bij een ambulancemeldkamer en daar vertelt hij wat er aan de hand is. Ik zou graag willen naar een situatie waarin je zou kunnen spreken van een gezamenlijke triage. Die is nog steeds met die ambulancetriagist, een verpleegkundige. Maar als we daar op een handige manier ook de wijkverpleegkundige aan kunnen verbinden, een ggz-triagist of een triagist van de huisartsenpost, zou je veel directer kunnen toedelen, zeg ik dan maar huiselijk, waardoor je voorkomt dat er een overbelasting van bijvoorbeeld een ziekenhuis komt. Dat is waar in Overijssel mee wordt geëxperimenteerd en dit voorbeeld wil ik uitwerken in het actieplan dat ik u eerder noemde in mijn inleiding.

**De voorzitter:**

Afrondend, mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter. Ik ben het zeer met de Minister eens dat we meer moeten kijken naar een gezamenlijke triage als het gaat om die acute zorg, maar het is maar een deel van het verhaal. Naar mijn idee kunnen we ook echt nog wel stappen zetten door de kennis die we hebben op het gebied van ouderenzorg in de ziekenhuizen ook veel meer in de wijk in te zetten, dus door gebruik te maken van de klinisch geriaters en van de specialisten ouderengeneeskunde voordat deze ouderen in het ziekenhuis terechtkomen. Dat is volgens mij waar de twee portefeuilles elkaar raken. Ik zou deze Minister willen vragen of hij op dit onderdeel ook input geeft aan zijn collega, zodat dat in het Programma Langer Thuis een plek krijgt. Of komt hij zelf nog met een mooi plan dat we dan naast het plan van zijn collega kunnen leggen?

**Minister Bruins:**

Zo zijn de verhoudingen natuurlijk niet. Ik geef geen input aan mijn collega, maar ik kan met de pet in de hand, op goede gronden, wel voor deze combinatie van ons beider portefeuilles aandacht vragen en daar voel ik me ook wel toe uitgenodigd. Ook gisteren is in het debat, ik geloof naar aanleiding van vragen van mevrouw De Vries, over die geriatrische revalidatiezorg gesproken. Dat ik ook aandacht heb voor het Programma Langer Thuis en daarin ook een aandeel heb vanuit de Zorgverzekeringswet, is goed. Dat neem ik graag over. Ja. Voorzitter. Een andere vraag van mevrouw Sazias en mevrouw Ellemeet is als volgt. Inmiddels zijn er vijftien ziekenhuizen die beschikken over een ouderenpoli of een geriatrische trauma-unit. Deze afdelingen kunnen veel beter toegepaste zorg aan ouderen bieden. Is de Minister het met ons eens dat dit een goede richting is? Zou hij dat met de ziekenhuizen willen bespreken, zodat meer ziekenhuizen zo'n specialistische ouderenpoli openen? Tot zover de vraag. Voor mij staat voorop dat het belangrijk is dat ziekenhuizen zorgen voor voldoende geriatrische kennis. Ouderenpatiënten die op de spoedeisende hulp terechtkomen, hebben vaak meerdere medische aandoeningen. Het is van belang om kwetsbare ouderen te herkennen. Door dit tijdig te doen kan voorkomen worden dat een oudere weer snel op de spoedeisende hulp terugkomt doordat intussen de nodige aanpassingen in de woning zijn gedaan of er meer zorg thuis is geregeld.



Zorgverleners met geriatrische kennis kunnen achterhalen welke problemen een oudere heeft en of er sprake is van achterliggende problematiek die heeft gezorgd voor het letsel waarmee de oudere op de spoedeisende hulp terecht is gekomen. Het is natuurlijk aan de ziekenhuizen zelf om te bepalen hoe zij ervoor zorgen dat de benodigde geriatrische kennis aanwezig is. Zij kunnen deze kennis organiseren op de spoedeisende hulp, maar ziekenhuizen kunnen ook bijvoorbeeld een aparte trauma-unit inrichten. Zoals ik u eerder heb verteld, wordt momenteel een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de vraag hoe acute zorg voor ouderen in het ziekenhuis het beste kan worden vormgegeven. Dat gebeurt in de vorm van een wetenschappelijk artikel, nog voor de zomer, dacht ik. Eind dit jaar, hoor ik. Ik zal daar van mijn kant een opvatting bijdoen.

Mevrouw Ellemeet heeft verder gevraagd naar de ontwikkelingen ten aanzien van eerstelijns verblijf en de regionale coördinatiefunctie. Ik denk dat ik daar inmiddels voldoende op heb geantwoord.

Voor de tijdelijke zorgvoorzieningen gelden verschillende wetten; onoverzichtelijk. Ik heb betoogd dat het met de regionale coördinatiefunctie even niet uitmaakt welke wet telt. Het gaat om het goed coördineren, het praktisch coördineren, het niet meer leuren met patiënten. Dan is de wetgeving wat mij betreft eventjes iets aan de achterkant en is er in ieder geval een welkome voorkant. Dat gevoel bemerk ik ook bij de zorgverzekeraars, bij de een wat steviger dan bij de ander, maar het gesprek vlot.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Volgens mij is het een hele goede ontwikkeling dat we één voordeur hebben voor mensen die een vraag hebben over tijdelijk verblijf en dat we aan de achterkant kijken hoe we de financiering organiseren. We zien nu dat de regionale coördinatiepunten heel verschillend zijn ingericht per regio. Volgens mij is dat geen probleem, want iedere regio is verschillend. Maar we willen wel dat ze nog doorontwikkelen en daar heeft de Minister nog niet zo veel over gezegd. Hoe wil hij dat gaan faciliteren? Het ministerie heeft eerder budget beschikbaar gesteld voor het opzetten hiervan. Nu blijkt dat de aanbieders het voor eigen rekening hebben genomen. Ziet de Minister nog een verantwoordelijkheid voor hemzelf om die doorontwikkeling te faciliteren?

Minister **Bruins**:

Ik heb er dacht ik gisteren al iets over gezegd, dat ik vandaag heb herhaald. Het moet niet blijven bij deze regionale coördinatiefunctie. Misschien is het een beetje ondankbaar. Ik ben de zorgverzekeraars dankbaar voor hun inzet, waardoor het tot deze coördinatie is gekomen. Maar ik vind dat die verbreed moet worden, bijvoorbeeld naar de geriatrische revalidatiezorg. Ik zie ook nog wel andere vormen van verbreding voor me. Ik moet opnieuw het gesprek aangaan met de sector en daar wil ik de komende periode voor nemen. Daar wil ik u ook over informeren. Ik denk dat dit een handige manier kan zijn om ervoor te zorgen dat niet alleen de mensen in de goede bedden komen, maar wij ook beter inzicht hebben in welke bedden er beschikbaar zijn, wanneer er sprake van respijtzorg of een andere vorm van vervolgzorg. U moet me daar eventjes de tijd voor geven. Ik wil eerst zien of de coördinatiefunctie goed werkt. Maar dat die functie verbreed moet worden, ben ik met u eens. Laat ik proberen om voor het einde van het jaar u iets aan te bieden over de werking van de coördinatiefunctie, het hele land dekkend, met één telefoonnummer per regio. Misschien kan ik dan ook iets zeggen over het verstevigen, het uitbreiden van de regionale functie.

De **voorzitter**:

Afrondend mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank voor deze toezegging. Het is ook goed voor ons om in beeld te krijgen hoe het werkt. De Minister gaat nu in op zijn rol, maar mijn vraag was eigenlijk breder, namelijk hoe hij de coördinatiepunten zelf wil faciliteren. Er zijn veel goede voorbeelden, waarvan geleerd kan worden. In iedere regio wordt het wiel weer opnieuw uitgevonden. Hoe wil hij de komende maanden de onderlinge uitwisseling van kennis en goede voorbeelden faciliteren?

Minister **Bruins**:

Op dit moment is de extra bijdrage verwerkt in de ELV-prestatie, dus de prestatie Eerste Lijnsverblijf. Het is aan de zorgverzekeraar en de aanbieder om daarover goede afspraken te maken. Uit signalen hebben wij begrepen dat partijen nog niet overal tot afspraken zijn gekomen. Zorgverzekeraars kunnen hier proactiever in zijn. Ik begin een beetje goedgemutst aan het onderwerp, omdat zij zelf een actieve rol hebben vervuld bij het tot stand brengen van de regionale coördinatiepunten. U vraagt eigenlijk naar het punt van de financiën. Daar kom ik graag in tweede termijn op terug, dan kan ik dat even goed voorbereiden. Ik heb nog één vraag van mevrouw Ellemeet. Die gaat over het behouden van personeel, dus niet alleen de instroom maar ook het behoud van personeel. Daarover staat het meeste geschreven in het programma arbeidsmarkt in de zorg. We moeten leunen op meerdere pijlers. Het gaat om meer stages, soms ook over jobcarving, om extra middelen voor scholing ter beschikking stellen. Dat is dus een breed scala aan activiteiten dat – ik ben eerlijk – niet alleen op de ambulancezorg is gericht. Ik weet niet zeker of dat nou mijn keus moet zijn. Gelukkig zie ik dat er wat meer instroom is dan een paar jaar geleden, ook wat ambulancepersoneel betreft. We zijn er nog niet, maar in ieder geval zijn de randvoorwaarden van het bieden van inzicht in de capaciteitsbehoefte, van het aanbieden van goede opleidingen en van het beschikbaar stellen van financiering, aan de overheidskant op orde. En we zijn in gesprek met de sector om te kijken hoe we het personeel kunnen behouden en ook kunnen uitbreiden. Maar dat is soms weerbarstig. Niet iedereen in de sector denkt daar op dezelfde wijze over, om het voorzichtig uit te drukken. Daar wordt ook een arbeidsvoorwaardelijk aspect in gezien. Daarvan heeft u zelf gezegd dat dat iets is voor de cao-partijen. Maar het enthousiasme voor het vak in de zorg in z'n algemeenheid maakt deel uit van het arbeidsmarktprogramma dat collega De Jonge, collega Blokhuis en ik een paar weken geleden openbaar hebben gemaakt en waar ook nog iets van een campagne aan zal worden toegevoegd over het machtig mooie werk in de zorg. Dan de vragen van mevrouw Sazias. Eerst de vraag die mevrouw Sazias bij wijze van interruptie stelde: de specialisatie van ziekenhuizen kan toch worden losgekoppeld van basiszorg? Ik weet niet of je het kunt loskoppelen. Volgens mij is zowel de basiszorg, als complexe gespecialiseerde zorg nodig. Het gaat niet over of-of, wat mij betreft gaat het over en-en. De basiszorg is daarbij op een andere manier geschaald dan gespecialiseerde zorg. Het lijkt me ook doelmatig dat we het op die manier organiseren. We hebben universitaire medische centra en streekziekenhuizen, we hebben poliklinische centra en – ik kan de lijn doortrekken – we hebben ook huisartsenzorg en wijkverpleging. Dat heeft niet overal minimumnormen. Die doelmatigheidsnormen gelden wel voor specifieke activiteiten, zoals de spoedeisende hulp: die 45 minuten norm. Ik hoop dat dit een genuanceerd antwoord is op de vraag van mevrouw Sazias. Mevrouw Sazias is ook ingegaan op het voorbeeld van de Ziekenhuis Groep Twente. Ik denk dat ik daar voldoende op in ben gegaan. Dan de vraag om de vaccinatiegraad te verhogen. Wat gaat u doen om te zorgen dat meer mensen zich tegen griep laten vaccineren? Vaccinatie is gratis beschikbaar voor mensen van 60 jaar en ouder en mensen met bepaalde chronische ziekten. Deze mensen ontvangen een uitnodiging

voor de jaarlijkse griep prik bij de huisarts. Die griep prik is niet verplicht. Iemand kiest zelf om wel of niet van het aanbod gebruik te maken. Er zijn verschillende redenen waarom niet iedereen op de uitnodiging voor de griep prik ingaat, zoals: ik ben gezond, dus ik hoef geen prik, of: ik hoor niet bij de risicogroep, of: als ik moet werken, ben ik geen oudere. Dit heeft er ook mee te maken dat veel simpele verkoudheden een griepje heten in de volksmond, terwijl een echte griep echt ernstiger is. Voorts spelen hier de onbekendheid met de risico's van griep en het gebrek aan vertrouwen in de veiligheid en effectiviteit van het vaccin een rol. Ik vind het jammer dat de effectiviteit van ongeveer 50% van de griepvaccinatie dit jaar, ondanks de mismatch met het heersende virus, vergeleken wordt met de effectiviteit van de bekende kindervaccins, die ver boven de 90% zit. Het wordt bijna automatisch als amper effectief weggezet. Ik zie het anders, net als het RIVM. Het glas is voor ons halfvol. Stel je voor dat de helft van de mensen die met griep opgenomen moesten worden of als zorgverlener uitvielen, geen griep had gekregen. Voor het ziekenhuis en voor de samenleving als geheel is dus ook een vaccin met een relatief lage effectiviteit van groot nut. Ik wil dat mensen zelf de geïnformeerde keuze maken en ik zal met het RIVM bespreken om de informatie over de griepvaccinatie nog verder optimaal te maken. Op de knelpunten van de griepgolf en hoe we dat het komend jaar doen, ben ik ook al ingegaan.

Is de Minister bereid om meer middelen los te maken voor de wijkverpleegkundige hulp? Nee. Het financiële kader voor de wijkverpleging bedraagt voor 2018 al 500 miljoen meer dan het kader van drie jaar geleden. Minister De Jonge heeft tijdens de begrotingsbehandeling van VWS en tijdens het algemeen overleg over de wijkverpleging, 25 januari jongstleden, laten weten dat het budget voor de wijkverpleging de komende jaren verder zal groeien. Om dan nog meer middelen los te maken, dat zie ik niet als mijn doel.

De Patiëntenfederatie Nederland geeft aan dat er ziekenhuizen zijn waar minder ervaren artsen op de achterwacht voor de spoedeisende hulp werken. Dat betekent dat er voor patiënten niet overal de garantie is op kwalitatief goede spoedzorg. Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat de expertise in elk ziekenhuis op orde is? In de richting van mevrouw Sazias. Ik wil vooropstellen dat de bemensing op de spoedeisende hulp overal zo geregeld dient te zijn dat er sprake is van kwalitatief goede zorg. Op een SEH moet ook een arts aanwezig zijn die voldoende kennis en ervaring heeft met spoedeisendehulpverlening. Daar wordt ook toezicht op gehouden. Dat wordt gedaan door de inspectie. De bemensing op SEH's en de kwaliteit van zorg zijn onderwerpen die moeten worden geregeld in de richtlijnen voor de beroepsgroep. De afgelopen jaren hebben de partijen in de acute zorg gewerkt aan de totstandkoming van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, zoals dat heet. Dat kwaliteitskader is inmiddels in concept aangeboden aan het Zorginstituut. Hierin hebben de partijen, bovenop de al bestaande normen, onder meer opgenomen dat op elke SEH 24/7 ten minste één arts aanwezig moet zijn met ten minste twee jaar klinische ervaring. Dit is een van de normen waarvan de NZa op verzoek van het Zorginstituut de komende tijd eerst de financiële impact in kaart zal brengen. Op basis van onder meer de uitkomsten van de analyse van de NZa zullen partijen uiteindelijk beslissen over de definitieve inhoud van dat kwaliteitskader, dat uiteraard dan weer door het Zorginstituut zal worden getoetst.

Dan is er nog een vraag gesteld over de ouderenpoli's, door mevrouw Sazias, maar die heb ik richting mevrouw Ellemeet al beantwoord. Ik hoop dat ik daarmee ook die vraag heb beantwoord. Dan heb ik nog de vragen van mevrouw Van den Berg.

**De voorzitter:**

Zeker. Mevrouw Van de Berg heeft zich helaas moeten afmelden voor het vervolg, maar er wordt meegeluisterd.

**Minister Bruins:**

Dan op dicteesnelheid. Mevrouw Van den Berg sprak over inzicht in ouderenpoli's, of het landelijk overzicht van ouderenpoli's, die op verschillende manieren zijn georganiseerd. Ik heb al eerder gemeld dat daarover een wetenschappelijk artikel wordt geschreven en dat ik u daarmee zal informeren.

Dan de situatie op Voorne-Putten. Ambulances zijn te laat. Voldoet het RIVM-model hiervoor nog wel? Dat RIVM-model geldt voor heel Nederland, per veiligheidsregio, dus ook voor de regio Rotterdam-Rijnmond, waar Voorne-Putten onder valt. De zorgverzekeraar en de RAV Rotterdam-Rijnmond mogen zelf afspraken maken hoe zij de ambulancezorg in de regio invullen. Dat is het bestaande systeem, maar als we toch het actieplan ambulancezorg maken, wat samen met AZN en Zorgverzekeraars Nederland wordt opgesteld, dan hoort daar natuurlijk ook bij dat de randvoorwaarden op orde zijn. Geef me dan voor dat actieplan de gelegenheid om nog even te checken of het RIVM ook van mening is dat dit model nog houdbaar is, aan de hand van die casus van Voorne-Putten, waarover wij allemaal al eerder zijn geïnformeerd.

Dan heeft mevrouw Van den Berg gevraagd of de SEH bij de Noordwest Ziekenhuisgroep in Den Helder open blijft. Ik heb begrepen dat de zorgverzekeraars en de Noordwest Ziekenhuisgroep samen tot overeenstemming zijn gekomen over het locatieprofiel van Den Helder en de financiering daarvan door de zorgverzekeraars. Daarmee is in ieder geval voor de komende tijd gegarandeerd dat de SEH en de acute verloskunde in Den Helder openblijven.

Er is ook gevraagd naar mijn reactie op het actieplan wintersterfte van de seniorenorganisatie KBO-PCOB. Ik heb begrepen dat de KBO-PCOB graag wil dat de vaccinatiegraad onder risicogroepen wordt verhoogd; dat er voorlichting komt over het voorkomen van griep en longontsteking door een bewustwordingscampagne onder het grote publiek en dat de vaccinatie van zorgverleners verplicht wordt. De Staatssecretaris van VWS en ik zullen met de veldpartijen bespreken wat we kunnen doen om de vaccinatie bij griep te verhogen, zodat meer senioren beschermd zijn tegen griep.

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn. Ik zie dat er behoefte is aan een tweede termijn. Dan geef ik als eerste graag het woord aan mevrouw Dijkma. Gaat uw gang.

**Mevrouw Dijkma (PvdA):**

Voorzitter. Hartelijk dank aan de Minister voor zijn beantwoording en voor het actieplan dat hij aan het maken is met betrekking tot de ambulancezorg en spoedzorg. Ik denk dat dit inderdaad nodig is. Ik hoop ook dat het doel gaat treffen. Wat betreft de discussie over het stelsel heb ik het regeerakkoord gelezen, maar u zult mij niet kwalijk nemen dat ik mij daar niet aan gebonden voel. Daarover hebben we wel een verschil van mening. Ik denk dat het feit dat we zoveel moeten bijzetten om die regionale samenwerking mogelijk te maken of af te dwingen, toch ook wel iets zegt over wat de onderliggende basis is. Bij sommige kwesties binnen de zorg moet je vaststellen dat het iets anders is dan een heupoperatie, waarbij je kunt kiezen tussen ziekenhuizen en waarin men zich kan specialiseren. De spoedzorg is echt een andere kwestie.

Over de regionale verdeling heb ik nog één vraag. De Minister heeft aangegeven dat er natuurlijk goed overleg moet komen tussen de Treantinstellingen en het ziekenhuis in Hardenberg, maar ik ga niet mijn

hand overspelen door de naam te noemen. De vraag is of dat overleg alleen vanuit die instellingen moet komen. Of gaat de Minister op enig moment, mocht dat nodig zijn, ook afdwingen dat Hardenberg openblijft als die norm in gevaar komt? Wat is nou precies de rol? Misschien mag ik ten slotte aankondigen dat ik het verslag van dit algemeen overleg op de agenda wil laten plaatsen, omdat ik toch nog een principieel punt zou willen markeren.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink. Gaat uw gang.

**De heer Hijink (SP):**

Dank, voorzitter. Voor mij zijn er nog twee punten blijven hangen. Ik heb in eerste termijn gesproken over een van de onderzoeken over de kosten en de efficiëntie of de opbrengsten van het concentreren van spoedeisende-hulpdiensten. Daaruit blijkt dat het concentreren van spoedeisende-hulpdiensten helemaal niet leidt tot doelmatiger werken en dat het zelfs kan leiden tot hogere zorgkosten. Ik zou daar toch graag een reactie op willen van de Minister. Wij hebben vanochtend een debat over Careyn gevoerd. Dan merk je inderdaad wel weer dat schaalvergroting echt niet altijd leidt tot betere oplossingen en goedkopere zorg.

Dan de betrokkenheid van de lokale gemeenschap. Ik vind dat de Minister er toch te makkelijk aan voorbijgaat wat de impact van het sluiten van een ziekenhuis of van zulke belangrijke afdelingen is op de lokale gemeenschap of op een hele regio. Zij hebben daar feitelijk helemaal niks over te zeggen. Zo ging dat bijvoorbeeld ook in Hengelo. Belangrijke afdelingen van een ziekenhuis gaan dicht. Het ziekenhuis wordt in de ogen van de mensen stukje bij beetje ontmanteld. De gemeenteraad en de Minister zijn niet op de hoogte van de komst van een privékliniek aan de overkant van de weg van het ziekenhuis dat stukje bij beetje ontmanteld wordt.

Ik denk dat daar een groot gat zit, een democratisch tekort, op de controle op de beschikbaarheid van toegankelijke zorg voor mensen in de buurt. Ik ben blij dat mijn buurvrouw een VAO heeft aangevraagd, want anders had ik dat zelf gedaan. Ik denk dat wij toch het punt moeten maken dat de democratische zeggenschap van regio's, steden, gemeentes vergroot moet worden. Het kan niet zo zijn dat een zorgverzekeraar in overleg met bestuurders zegt, op grond van welke overwegingen dan ook, het prima te vinden dat een ziekenhuis uit de regio wegtrekt en dat de regio er zelf helemaal niks over te zeggen heeft. Volgens mij is dat niet acceptabel. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw De Vries.

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Dank u wel, voorzitter. Een paar korte punten, ook over Hengelo. De Minister heeft aangegeven dat de zorgverzekeraars en het ziekenhuis de bereidheid hebben uitgesproken om afspraken te maken met de huisartsenpost daar. Uit zijn woorden maak ik op dat die afspraken nog niet gemaakt zijn. Ik zou het wel goed vinden dat wij op de hoogte gehouden worden wat er daadwerkelijk afgesproken gaat worden.

Ik had in eerste termijn gevraagd naar de opmerking van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen dat er in de marktscan Acute Zorg wel gekeken wordt naar de behoefte aan plekken voor GRV en ELV, maar dat er door de piekbelasting ook problemen zijn bij isolatiebedden. Kan de piekbelasting voor dat soort zaken ook meegenomen worden bij de marktscan Acute Zorg? Is daarvoor voldoende capaciteit beschikbaar? Daar hoor ik nog graag een reactie op.

Dan nog twee korte punten. Bij het regionaal overleg over acute zorg krijgt de Minister een belangrijke rol. Ik ben wel benieuwd hoe wij hem

voldoende in positie kunnen brengen. Soms gaat samenwerking vanzelf, maar niet altijd. Ik ben wel benieuwd naar de visie van de Minister daarop. Dan het laatste punt wat mij betreft. Ik ben blij dat er een actieplan komt over ambulancezorg en spoedzorg. Misschien heb ik het niet goed begrepen, maar gaat dit alleen over triage en doorstroming of komen hierin ook andere aspecten aan de orde, zoals arbeidsmarkt, opleiding en regeldruk?

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet, aan u het woord.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Wat het meest nieuw voor mij was in de inbreng van de Minister, was dat hij zei dat het aantal spoedeisendehulpplaatsen in de afgelopen jaren is gedaald en niet toegenomen. Dat is een heel interessant gegeven, zeker in het licht van de problemen die we nu zien op de spoedeisende hulp. De Minister zei dat dit deels te verklaren is door personeelskrapte, maar volgens mij gaat hij voorbij aan een ander belangrijk element, namelijk dat we steeds meer ouderen op de spoedeisende hulp zien die daar met complexere zorgvragen terecht komen. Bij al onze vragen over ouderen en acute zorg zegt de Minister dat er wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan. Ik ben altijd heel erg voor wetenschappelijk onderzoek, maar ik vraag toch aan de Minister wat de onderzoeksvraag is en of die ingaat op al die elementen die wij hier benoemd hebben rond de problemen met ouderen op de spoedeisende hulp. Zou het niet verstandig zijn als de Minister naast dat wetenschappelijk onderzoek ook nog zelf het een en ander doet, bijvoorbeeld goede voorbeelden ophalen over hoe wij die ouderen de beste zorg kunnen geven?

Gezamenlijke triage voor acute zorg klinkt goed. Wanneer kunnen we de eerste resultaten daarvan zien? Hoe loopt dat proces? Ik ben ook blij met de toezegging van de Minister om te kijken naar de inzet van medisch-specialistische zorg op het gebied van langer thuiswonen. Hoe wil hij dat gaan doen? Hij wil dat oppakken en er met Minister De Jonge over doordenken. Misschien hebben wij wat langs elkaar heen gepraat, maar ik wil graag horen welke toezegging de Minister nu precies doet.

Dan als laatste punt de arbeidsmarkt. De Minister geeft een heel generiek antwoord dat we moeten kijken naar arbeidsomstandigheden en dan noemt hij bijvoorbeeld scholing. Het gaat mij erom hoe we zorgen dat we die mensen echt kunnen behouden. Wat gaat hij ophalen, als het gaat om arbeidsomstandigheden op het gebied van spoedeisende hulp en ambulancezorg? Hoe kunnen we die verbeteren? Graag een reactie.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording, ook al zijn we het vaak niet met elkaar eens. Wat 50PLUS betreft wordt er veel afgeschoven op de vrije markt en is de macht van de markt ook te groot. Op die manier zal die democratische zeggenschap waar de SP het over heeft, helaas, wat ons betreft, niet lukken.

Over de expertise op de spoedeisende hulp zegt de Minister wat de norm is: een arts met ten minste twee jaar ervaring, maar die klacht komt natuurlijk niet voor niks van de Patiëntenfederatie Nederland. Er zijn wel degelijk klachten. Heeft de inspectie die dan wel voldoende op het netvlies? Nogmaals, die klacht komt natuurlijk niet uit de lucht vallen. Ten slotte ben ik blij met de toezegging dat de Minister gaat werken aan verhoging van de vaccinatiegraad.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn wij gekomen aan het einde van de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik zie dat de Minister enkele minuten schorsing wil, dus ik schors de vergadering voor drie minuten.

De vergadering wordt van 16.09 uur tot 16.13 uur geschorst.

**De voorzitter:**

Ik geef de Minister graag gelegenheid voor de beantwoording in tweede termijn. Het woord is aan de Minister.

**Minister Bruins:**

Voorzitter, dank u wel. Er is nog een enkele vraag, allereerst die van mevrouw Dijkma hoe wij overleg afdwingen tussen Treant en de raad van bestuur van het ziekenhuis in Hardenberg. Wat mij betreft, is overleg afdwingen niet nodig, maar ik doe wel iets meer dan gewoon even de telefoon pakken. Als het erover gaat dat Treant goed afstemt met Hardenberg: daar hebben we een brief over gestuurd. Ik neem toch aan dat wij daar antwoord op krijgen. Sluiting van Emmen, indien van toepassing, zorgt ervoor dat de acute verloskunde in Hardenberg niet dicht mag, zeker niet zolang Emmen is gesloten. Dat zullen we dan ook wel weer aan Hardenberg laten weten. Dat moeten we nog doen, maar er gaat wel een brief uit. Dit bedoel ik met de vinger aan de pols houden en werkelijk inbuigen, in dit geval naar de regio Hardenberg-Emmen. Dat er verschil in zienswijze is over het zorgsysteem in Nederland zoals mevrouw Dijkma en de heer Hijink hebben betoogd, leidt vast wel weer tot een vervolggesprek, nietwaar? Daar zien wij naar uit.

Dan kom ik bij de heer Hijink: het concentreren van de SEH-functies levert geen geld op, maar het kost geld. Ik weet niet precies naar welk onderzoek de heer Hijink verwijst, maar ik wil hier niet aan uitlokking doen. Anders krijg ik straks dat onderzoek en moet ik nog reageren. Ik wil hier markeren dat het niet alleen over geld gaat, maar ook over de kwaliteit van de spoedeisendehulpfunctie. Dat vind ik ook belangrijk. Die moet van een zekere stevigheid en dikte zijn en er moeten mensen met ervaring zitten, dus ook op dat punt moet je doelmatig zijn.

De heer Hijink heeft nog een vraag gesteld over een privékliniek tegenover een ziekenhuis. Het is misschien een mooi beeld: aan de ene kant een ziekenhuis dat sluit en aan de overkant een privékliniek. Maar het zijn twee dingen waar wij niet zo heel veel mee kunnen. Ik probeer u uit te leggen hoe de spoedeisende zorg en de huisartsenposten in de regio Hengelo zijn georganiseerd in de toekomst en dat we voor dat vraagstuk duidelijk belangstelling hebben, dat we willen weten waar het om gaat en dat we er brieven achteraan schrijven als dat nodig is. Dat de burgers naar uw oordeel onvoldoende zijn betrokken en dat je op die grond tot een andere organisatie van de zorg moet komen, waarbij de regio meer aan zet is en niet private partijen, deel ik niet. Maar dat wist u al.

Dan in de richting van mevrouw De Vries. Wij hebben vandaag nog contact gehad met Ziekenhuis Groep Twente en ik heb geprobeerd u precies te informeren, voor zover ik u mocht informeren. Ik denk dat Ziekenhuis Groep Twente er geen bezwaar tegen heeft dat als er afspraken zijn gemaakt in de regio, dat wordt gecommuniceerd. Dan zijn wij graag bereid om ook uw Kamer op de hoogte te stellen.

Dan de Marktscan acute zorg en de piekbelasting bijvoorbeeld bij de griepacademie. Is er voldoende capaciteit beschikbaar? Kan dat mee in die marktscan van de NZa? Dat gaan we vragen met het vriendelijke verzoek om dat zo te doen. Ik moet het even aan de NZa vragen, maar ik denk dat het wel zal kunnen.

Dan het versterken van de positie van de ROAZ'en. Eerlijk gezegd ben ik er vrij positief over zoals het in de afgelopen periode gaat. Daarenboven hebben wij een AMvB in voorbereiding om de positie van de ROAZ'en te

versterken. Wij hebben het daar eerder over gehad, ik dacht in november vorig jaar. Ik denk dat wij dit najaar die AMvB gereed hebben. Die biedt dan een extra waarborg voor de versterking van de positie van ROAZ'en. Dan het actieplan ambulancezorg: wat is de inhoud? Mij staat voor ogen om het bijvoorbeeld te hebben over het verbeteren van de instroom door middel van de triage en over het verbeteren van de uitstroom: wanneer kun je terecht bij een ziekenhuis, wanneer kun je ook bij andere vormen van vervolgzorg of eerstelijnsverblijf terecht? Ik wil het vooral daarop richten. Ik wil eigenlijk niet opschrijven wat ook al in andere plannen staat. Maar als ik nog een goed idee heb over hoe ik bijvoorbeeld personeel kan behouden voor de ambulancezorgsector, dan voel ik mij vrij om die opmerkingen in dat actieplan te maken. Maar ik weet niet of dat lukt, want ik ben ook een klein beetje afhankelijk van partijen die het echte werk moeten doen, zoals Ambulancezorg Nederland.

Dan in de richting van mevrouw Ellemeet. Uw vraag in de eerste termijn, als ik die goed heb opgeschreven, was: wilt u stimuleren dat de goede voorbeelden van regionale coördinatiepunten voor vervolgzorg worden gedeeld, onderling en met ons? Dat wil ik doen. Ik wil ze eerst een tijdje laten functioneren, maar ik zeg graag toe dat ik uw Kamer nog dit jaar informeer over hoe het werkt in die regionale functie en ook over waar we voornemens zijn om die functie te versterken.

Een andere vraag van mevrouw Ellemeet gaat over het wetenschappelijk onderzoek – misschien is het beter dat ik zeg dat het een wetenschappelijk artikel is – dat in voorbereiding is. U vroeg wat de onderzoeksvraag is. Ik heb geen idee. Het is ook niet mijn artikel, haast ik mij daarbij te zeggen. Maar voordat ik dat artikel heb ... Nee, als ik dat artikel heb, wil ik graag mijn opvattingen daarbij geven en ook kijken waar ik actief nog iets kan toevoegen. Dus als ik dat artikel mag laten komen en er zelf het mijne bij mag leggen, dan zou dat misschien een praktische werkwijze zijn.

**De voorzitter:**

Ik zie een vraag van mevrouw Ellemeet. Kort.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Hier schrik ik toch wel een klein beetje van. Bij alle vragen over ouderen en spoedeisende hulp schermde de Minister met dit onderzoek. Maar nu weet de Minister eigenlijk niet eens precies waar onderzoek naar gedaan wordt, terwijl we ook weten dat we met urgente situaties rond ouderen en spoedeisende zorg zitten. Dus ...

**De voorzitter:**

Uw vraag!

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

... mijn vraag is: wat gaat de Minister zelf ... Vraag 1. Ik hoor graag wat de onderzoeksvraag is. En 2. Wat gaat de Minister nog doen, aanvullend aan dit onderzoek, om te kijken hoe we juist voor de ouderen de acute zorg kunnen verbeteren?

**Minister Bruins:**

Mevrouw Ellemeet moet niet schrikken. Dat vind ik vervelend en dat is ook niet de bedoeling. Ik wil juist laten zien dat wij geïnteresseerd zijn in het onderwerp. Ik wil ook meteen precies zijn dat het niet gaat over groot-schalig wetenschappelijk onderzoek, maar over een artikel. Ik vind dat als ik niet de auteur ben, ik eerst aan de auteur moet vragen wat de probleemstelling is. Dat wil ik best vragen en als de auteur dat wil prijsgeven, dan wil ik dat best met u delen. Geen enkel bezwaar. Maar daarna komt de vraag waar ik mijzelf ook voor gesteld zie: hoe kun je de geriatrische kennis op de spoedeisende hulp het beste organiseren, voorhanden krijgen, «implementeren» met een lelijk woord? Hoe kun je



die kennis het beste gebruiken in de praktijk? Ik dacht: als ik dat artikel heb gelezen, combineer ik dat met wat ik daar zelf van vind en wat ik daaraan toe kan voegen. Ik wil ook op dit punt kijken wat vanuit mijn verantwoordelijkheid aan kennis kan worden toegevoegd op de spoedeisende hulp. Ik heb al iets gezegd over de regionale coördinatiefunctie, waarvan ik denk dat de geriatrische revalidatiezorg erbij kan worden getrokken. Dat is één punt, maar er is vast meer en daar moet ik dan even de tijd voor hebben. Als ik het artikel mag afmaken ... afwachten en dan ga kijken of ik de probleemstelling bij u kan bezorgen, dan heb ik het artikel. Ik zal zorgen dat er snel een brief komt met mijn opvatting, niet zozeer alleen over dat artikel als wel ook over wat je vanuit de rijksoverheid op het punt van de geriatrische zorg extra kunt doen op de spoedeisende hulp.

**De voorzitter:**

Kunt u daar enige tijd voor aangeven? U bent afhankelijk van ...

**Minister Bruins:**

Dit jaar.

**De voorzitter:**

Dit jaar.

**Minister Bruins:**

Dat artikel komt in het najaar, dacht ik. Dan zorg ik dat u voor het eind van het jaar iets heeft. Ik heb het al gehad over het programma Langer Thuis dat collega De Jonge en dus ik ook ... Daar zit ook een passage in over de curatieve zorg. Dat programma is u al toegezegd. Daarover heb ik al gezegd dat ik vind dat daar ook een plekje is vanuit mijn verantwoordelijkheid.

Voorzitter. Dan het punt van de arbeidsmarkt: kun je nog wat concreter zijn voor de ambulancezorg? Daar heb ik eerder op geantwoord naar aanleiding van een vraag van mevrouw De Vries.

In het betoog van mevrouw Sazias zaten niet meer vragen in mijn richting, maar zat wel een stellingname. Daar heb ik kennis van genomen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde van de tweede termijn gekomen, maar mevrouw Sazias heeft nog een korte vraag.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Ja. Mijn vraag ging nog over de expertise en over de klacht van de Patiëntenfederatie die niet uit de lucht was komen vallen. Mijn vraag was of dat wel voldoende op het netvlies van de inspectie staat.

**Minister Bruins:**

Ik ben de inspectie niet, maar ik ga ervan uit dat bij de inspectie de vraag van de Patiëntenfederatie voldoende voor ogen staat. Als dat niet het geval is – u wilt dat vast checken – dan speelt u de klacht door in mijn richting en zal ik contact opnemen met de inspectie.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Ik doe dat bij dezen.

**Minister Bruins:**

Mooi, dank u wel.

**De voorzitter:**

Waarvan akte. Als de Minister daar voldoende informatie over heeft op deze manier, dan ga ik ervan uit dat daar een antwoord op komt.

Daarmee zijn we aan het einde van de tweede termijn gekomen. Ik heb een viertal toezeggingen die ik graag met u deel.

- De Minister gaat onder andere met Ambulancezorg Nederland en de zorgverzekeraars een actieplan ambulancezorg maken. Het streven is om dit in september klaar te hebben en daarna naar de Kamer te sturen.
- De Minister zal de Kamer voor het eind van het jaar informeren over de werking van de regionale coördinatiepunten en eventueel doorontwikkeling en uitbreiding.
- De Kamer wordt geïnformeerd over de afspraken die gemaakt worden tussen de Ziekenhuis Groep Twente en de huisartsenposten.
- De Minister zal het wetenschappelijk artikel over de spoedeisende hulp voor ouderen en zijn reactie op het artikel aan de Kamer sturen. Dat zal plaatsvinden voor het eind van het jaar. Op het moment dat de onderzoeksvraag eerder komt, zal die gedeeld worden.

Dat waren de toezeggingen. Mevrouw Dijkma heeft aangekondigd dat zij graag een verslag algemeen overleg wil agenderen. Wij zullen dat doorgeleiden naar de plenaire griffie, zodat dat ingepland kan worden met als eerste spreker mevrouw Dijkma.

Ik dank de Minister voor Medische Zorg en de ondersteuning van harte voor hun aanwezigheid en inbreng, ik dank de Kamerleden voor hun inbreng en ik dank de mensen die het debat hier dan wel op een andere manier gevolgd hebben voor hun belangstelling.

Sluiting 16.27 uur.