

Vergaderjaar 2018–2019

29 247

Acute zorg

Nr. 283

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 8 mei 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 april 2019 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. 16 januari 2018 inzake geriatrische kennis op SEH's (Kamerstuk 29 247, nr. 251);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 februari 2018 inzake verslag van de (uitkomst van de) hervatte besprekingen sociale partners en AZN (Kamerstuk 29 247, nr. 252);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vice-Minister-President d.d. 29 maart 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de reactie op het NZa-rapport: «Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?» (Kamerstuk 32 620, nr. 200);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juli 2018 inzake aanpak drukte in de acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 261);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 september 2018 inzake invulling van aangenomen moties en toezeggingen over positie regionale ziekenhuizen, spoedeisende zorg en over aanpak drukte in de acute zorg (Kamerstuk 27 295 en 29 247, nr. 168);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 november 2018 inzake actieplan ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 263);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 november 2018 inzake referentiekader ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 262);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 december 2018 inzake regionale aanpak griep ROAZ (Kamerstukken 29 247 en 32 793, nr. 265);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 13 december 2018 inzake stand van zaken rondom het nieuwe wetsvoorstel inzake de ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 266);**

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 januari 2019 inzake stand van zaken en het vervolg van het proces inzake de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen (Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr. 171);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 januari 2019 inzake monitor acute zorg 2018 (Kamerstuk 29 247, nr. 267);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 februari 2019 inzake antwoorden op vragen commissie over de concept algemene maatregel van bestuur beschikbaarheid acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 268);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 maart 2019 inzake stand van zaken ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 270).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Arno Rutte
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Bisschop, Dik-Faber, Geleijnse, Van Gerven, Ploumen, Raemakers, Renkema en Arno Rutte,

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

Aanvang 13.31 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag allemaal. Welkom bij dit algemeen overleg over acute zorg en ambulancezorg. Onze vaste voorzitters zijn verhinderd, dus aan mij de eer om de boel vandaag als voorzitter – later ben ik ook woordvoerder – in goede banen te leiden. We hebben een hele brede opkomst van sprekers en in totaal is er vier uur spreektijd. Dat dwingt ons tot enige discipline. Ik stel voor om twee interrupties in tweeën per fractie toe te staan, zowel tijdens de termijn van de Kamer als tijdens de termijn van de Minister. Ik heet de Minister voor Medische Zorg trouwens ook welkom. Ik zou zeggen: laten we maar gauw beginnen met de eerste spreker. Dat is mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. Vandaag spreken we over acute zorg, oftewel over spoedeisendehulpafdelingen en ambulances. In de eerste plaats willen wij met de Minister de ambulancemedewerkers en hun brancheorganisatie AZN complimenteren. Uit de factsheets die we ontvingen blijkt hun passie voor continue verbetering.

In de recente brief van de Minister wordt ingegaan op de vraag waarom in sommige omstandigheden de 15 minutennorm niet geheel wordt gehaald. Echter, het CDA heeft met collega's vragen gesteld over Gennepe, omdat het percentage – 63% binnen de norm – daar wel erg laag ligt. Kan de Minister daarop ingaan?

Met schriftelijke vragen en in debatten hebben wij eerder aandacht gevraagd voor Hoogeveen, Stads kanaal, Woerden en Flevoland. De mensen daar zijn ongerust omdat veranderingen worden aangekondigd zonder overleg en zonder duidelijke communicatie over hoe de zorg in de nieuwe situatie wordt ingericht. Het CDA waardeert het dat de Minister al met een concept-AMvB is gekomen die regelt dat overleg met regionale bestuurders en betrokkenen verplicht is bij wijzigingen in de acute zorg en dat hij daar zelfs al op handhaaft. Is de Minister bereid om toe te zeggen dat het RIVM voortaan altijd scenarioberekeningen over aanrijtijden zal maken bij wijzigingen, zoals recentelijk op ons verzoek is gebeurd voor Hoogeveen en Stads kanaal? Worden deze berekeningen ook opnieuw gemaakt als er zorgen zijn, zoals in Nunspeet, en bij discussies over een nieuwe locatie van een ziekenhuis, zoals bij Bravis, tussen Roosendaal en Bergen op Zoom?

Voorzitter. Vooral in minder drukbevolkte gebieden staat de norm soms zeer onder druk. Hoe wordt dat in het buitenland georganiseerd? Afgelopen week kreeg ik een demonstratie van technologie waarbij de arts in het ziekenhuis niet alleen mee kan kijken, maar ook mee kan voelen bij de patiënt die nog in de ambulance ligt. Hoe werkt bijvoorbeeld de Acute Zorg Unit die in het Dijklanderziekenhuis in Purmerend wordt geplaatst? Kan dat op meerdere locaties?

Voorzitter. Een groot punt van zorg is de zogenoemde time-out door ziekenhuizen. Het ziekenhuis zit dan tijdelijk vol. Bij een werkbezoek kreeg ik van ambulancemedewerkers mee dat dit nu soms twee keer per dag kan zijn, terwijl dit vroeger één keer per week gebeurde. Dit betekent dat er wel een ambulance met hoge snelheid over de weg raast, maar dat de

verpleegkundige te horen krijgt: zoek maar iets anders, want wij hebben geen plek. Het CDA vindt dat onacceptabel, want dat betekent dat er onvoldoende capaciteit is. Is de Minister bereid een overzicht te verstrekken van de time-outs per ziekenhuislocatie per dag vanaf januari 2018?

De voorzitter:

Dat leidt tot een vraag van mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Het valt me op dat mevrouw Van den Berg van het CDA in ieder debat als het gaat over de ziekenhuiszorg en de acute zorg eigenlijk heel erg kritisch is. Ze komt dan met een hele lange opsomming van kritiekpunten, maar ik vraag me af of mevrouw Van den Berg zich inmiddels realiseert dat ze een van de coalitiepartners is en dat ze medeverantwoordelijk is. Ik heb dus de volgende vraag aan mevrouw Van den Berg. Het is uw verantwoordelijkheid dat de spoedeisendehulpdiensten hand over hand sluiten, dat er steeds meer sluiten. Het is ook uw verantwoordelijkheid dat ziekenhuizen moeten sluiten vanwege de volumegroei beperking, die 0% is in 2020. Wanneer zegt u nou tegen de Minister: het is genoeg geweest; ik stop hiermee, ik trek mijn steun in, want ik kan mezelf niet belachelijk blijven maken door steeds kritische vragen te stellen en dit beleid te blijven steunen?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ten eerste zijn wij begonnen met een compliment, zowel aan de branche als aan de Minister. We zeggen als CDA niet dat de wereld niet kan veranderen en dat er nooit wijzigingen nodig zijn. Wij vinden het heel belangrijk dat er, als er een nieuwe situatie komt, uitgebreid overleg is met alle betrokkenen, zodat mensen vooraf heel duidelijk weten wat de nieuwe situatie is en waar ze terecht kunnen voor welke zorg.

De voorzitter:

Dat leidt tot een vervolgvraag van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Voormalig Minister Ab Klink zei: ik sta garant voor de 45 minuten norm; de Kamer kan mij aanspreken op die bereikbaarheid binnen 45 minuten. Daar stond een CDA'er voor. Deze Minister van de VVD gooit de 45 minuten norm gewoon overboord. Hij trekt zijn handen daar helemaal vanaf. Dat is niet meer belangrijk. Ik hoor mevrouw Van den Berg hier allemaal kritische vragen stellen, maar wat is het nou voor het CDA? Het is hom of kuit. Het is of wél een 45 minuten norm, of niet. Gaat het CDA nu met de vuist op tafel slaan en eisen dat de 45 minuten norm gehandhaafd blijft en dat er een plan van aanpak komt om die landelijke dekking weer voor elkaar te krijgen, of sluit het zich aan bij deze Minister, die zijn handen ervan af trekt?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb om te beginnen net mijn zorgen uitgesproken over de 15 minuten norm. Het gaat dan om het moment waarop een ambulance echt bij een patiënt is. Verder hebben wij in een vorig overleg met de Minister afgesproken dat hij opnieuw naar de 45 minuten norm gaat kijken en dat hij ook in kaart gaat brengen of die op dit moment nog wel goed berekend wordt. De Minister heeft dat ook toegezegd. Ik zou graag de uitkomst daarvan willen afwachten.

De voorzitter:

Wilt u meteen reageren? Het is aan u.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Mijn tweede interruptie dan maar.

De **voorzitter**:
Dat mag u zelf weten.

Mevrouw **Agema** (PVV):
De Minister heeft allang een brief gestuurd. Hij trekt zijn handen af van de 45 minutennorm. Ik ben echt verbaasd dat mevrouw Van den Berg niet eens op de hoogte is van die informatie en van die stukken en van het feit dat hij nu zegt: het is alleen maar een vuistregel, het is alleen maar een bereikbaarheidsnorm, maar het is geen wettelijke norm zoals de 15 minutennorm. Ik vraag het dus nogmaals: waar staat het CDA voor? Staat het CDA voor de 45 minutennorm, zoals oud-CDA-Minister Klink, of trekt het zijn handen ervan af, zoals de huidige Minister van de CDA?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
De 15 minutennorm is voor ons heel duidelijk een wettelijke norm. De 45 minutennorm wordt al sinds jaar en dag op een andere wijze berekend. Dat is ook de reden waarom ik vraag hoe dit soort zaken in het buitenland zijn georganiseerd. Ik lees ook in de brief van de Minister dat er op sommige momenten maar één spoedrit is in een achturige dienst. Ik zou dus ook van de Minister willen weten hoe je zaken anders zou kunnen organiseren om toch voor goede zorg te zorgen. Wij willen dat die zorg wordt geleverd, maar wij zeggen niet dat dat niet op een andere manier georganiseerd kan worden, bijvoorbeeld door een nieuwe technologie of door andere nieuwe mogelijkheden.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Weet mevrouw Van den Berg dat ze in het buitenland de term «a golden hour» hanteren? «A golden hour» is een norm voor aanrijtijden in derdewereldlanden. En op die norm zitten wij inmiddels dus ook, in de regio Flevoland en op Urk. Daar zitten we inmiddels al op die 60 minuten. Die norm voor derdewereldlanden is de actuele praktijk in Nederland geworden. Ik heb mevrouw Van den Berg drie keer gevraagd waar zij voor staat, maar zij verschuilt zich gewoon achter de Minister. Als mevrouw Van den Berg in het vervolg dus kritische vragen stelt over aanrijtijden, normen of wat dan ook, dan moet ze er ook bij zeggen dat zij de 45 minutennorm voor de mensen in Flevoland, op Urk en in andere delen van Nederland al lang en breed overboord gegooid heeft.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb juist ook gevraagd aan de Minister hoe het bijvoorbeeld in Finland is georganiseerd. Daar zijn enorm lange afstanden. Ik heb net aangegeven dat men met een nieuwe technologie niet alleen in de ambulance mee kan kijken, maar ook al mee kan voelen. Men is ooit gestart met een auto die heel snel kon rijden om iemand van A naar B te brengen, maar er zit nu al heel veel apparatuur in de ambulances. Wij zouden die nieuwe ontwikkelingen willen gebruiken om ervoor te zorgen dat die zorg geborgd blijft en dat die 15 minutennorm – want daar wil ik het toch eerst over hebben – gehaald gaat worden. Daar maken wij ons namelijk de meeste zorgen over. Wij maken ons er zorgen over dat dat bijvoorbeeld in Gennep ook nog niet gerealiseerd is.

De **voorzitter**:
Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Voorzitter. Ik heb het net over de time-out gehad. Ik ga over naar de opleiding van de spoedeisendehulpartsen. Die opleiding duurt drie jaar.

De beroepsvereniging wil de opleiding graag verlengen, zodat ze met dokters vergeleken kunnen worden en het ook een specialisme wordt. Wat vindt de Minister daarvan?

Een soortgelijk verzoek staat in de brief van de V&VN, de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden. De bevoegdheden van de ambulanceverpleegkundige en de bachelor medische hulpverlener sluiten niet op elkaar aan, terwijl de eerste, de tweede wel moet begeleiden tijdens een stage. Ik krijg daar graag een reactie op van de Minister.

Voorzitter. De implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen kost circa 26 miljoen euro, maar zou ook moeten leiden tot minder complicaties en minder onderzoek. Heeft de Nederlandse Zorgautoriteit intussen ook een leefbaarheidsanalyse uitgevoerd conform het aangenomen voorstel van het CDA en de PvdA? Is er met de brancheorganisatie van regionale ziekenhuizen ook gesproken over de wijze van implementatie van dit kwaliteitskader?

Ten slotte. We horen dat er de facto geen toezicht op is of het ROAZ de taken uitvoert die bij hem zijn belegd. Ik krijg daar graag een reactie van de Minister.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Mevrouw van den Berg, u ook bedankt. U bent ruim binnen de tijd gebleven. Dat is heel mooi. Maar u bent volgens mij nog niet helemaal klaar, want als ik het goed zie, wil de heer Van Gerven u nog een vraag stellen.

De heer Van Gerven (SP):

Ik had nog een vraag aan het CDA over de situatie van verloskundigen op Urk. De situatie daar is dramatisch. Er lopen nu vijf waarnemers rond om de zaak daar draaiende te houden. Het is echt heel instabiel daar. Nu heb ik gehoord dat de zorgverzekeraars weigeren om een adequate toeslag te geven aan de verloskundigen daar om hun werk goed te doen. Laat ik de situatie even schetsen. Er is één verzekeraar die een toeslag van 55% of iets in die orde geeft, waarvan de verloskundigen zeggen: daarmee kunnen wij voldoende waarnemers aantrekken en de zaak overeind houden. De andere verzekeraars zitten daar fors onder. Die weigeren dus een adequate toeslag, waardoor op korte termijn een faillissement is te voorzien van de verloskundigengroep daar. Mijn vraag is wat het CDA daarvan vindt.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat vind ik een zeer verontrustend bericht. We weten dat Urk het hoogste geboortecijfer in Nederland heeft. Juist daar is die verloskundige zorg extra belangrijk. Ik wil heel graag weten waarom de ene verzekeraar dit wel betaalt en de andere niet. Ik stel voor dat ik samen met de heer Van Gerven hierover schriftelijke vragen stel aan de Minister om dat eens uit te zoeken en om dat antwoord te hebben voordat we het debat hebben op 25 april over specifiek de IJsselmeerziekenhuizen en Slotervaart.

De heer Van Gerven (SP):

Volgens mij zit de Minister in deze zaal en luistert hij mee. Hij zou ook antwoord kunnen geven. We geleiden de vraag ook door naar hem. Maar ik wil het eigenlijk ook van het CDA weten. Zou er in deze specifieke situatie, waarin sprake is van acute nood – het is een instabiele situatie – niet één norm moeten gelden, één reële toeslag, waar alle zorgverzekeraars zich aan moeten conformeren? Dan komt er financiële rust bij de verloskundigen op Urk.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat zou ik wel een zeer wenselijke situatie vinden. Nogmaals, ik ben zeer benieuwd naar de argumenten. Waarom doet de ene zorgverzekeraar het wel en de andere niet? Ik wil dit ook bij de zorgverzekeraars op tafel leggen, want ik vind dit een onhoudbare situatie.

De voorzitter:

Voordat we verdergaan met de heer Van Gerven, moet ik formeel melden dat de heer Bisschop geen lid is van deze commissie, maar wel graag het woord wil voeren. Daar moeten wij als leden mee instemmen. Ik ga er impliciet maar van uit dat wij dat allemaal een heel goed idee vinden.

De heer **Bisschop** (SGP):

Ik kan mij voorstellen dat jullie collega Van der Staaij missen, maar ja... Ik hoop dat jullie dat manmoedig weten te dragen. Sterkte.

De voorzitter:

De heer Van Gerven twijfelt nog, maar die is bij dezen overruled. Het is niet anders. Ik geef hem wel het woord. Misschien is dat een goed alternatief.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Het brandt in ziekenhuisland. Het verdwijnen van spoedeisende hulpen en acute klinische verloskunde: het gaat maar door. In Stadskanaal, in Hoogeveen, in Lelystad. En andere plaatsen zullen volgen. Het vormt een bedreiging voor de veiligheid en toegankelijkheid van onze gezondheidszorg. En de Minister staat erbij en kijkt ernaar. Hij doet niets om die ongewenste trend van schaalvergroting te keren. Hij praat gewoon alles recht wat krom is. Hij graaft nu een groot gat in de gezondheidszorg op Urk en in Lelystad en Oost-Flevoland.

De Minister blijft maar benadrukken dat die 45 minutenorm geen prestatienorm is en dat het soms zelfs helemaal niet handig of nodig is om binnen 45 minuten in een ziekenhuis te zijn. Maar in de Wet toelating zorginstellingen, en straks in de Wet toetreding zorgaanbieders, staat toch echt dat zorgaanbieders alleen kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minutenorm om een spoedeisende hulpafdeling van een basisziekenhuis of een afdeling voor acute verloskunde te bereiken daardoor niet in gevaar komt. Wat bezielt de Minister om die 45 minutenorm, die als wettelijke norm wordt gehanteerd, te ontkennen? Wiens belang dient hij daarmee?

Dat de aanrijtijden in Lelystad en op Urk sinds de sluiting van de spoedeisende hulp in Lelystad zijn opgelopen tot ver boven de 45 minuten, kan de Minister toch niet afdoen met de opmerking – ik citeer – «de gemiddelde totale ritduur is toegenomen en overstijgt de 45 minuten, maar dit betekent niet dat er een prestatienorm wordt overschreden, aangezien de 45 minutenorm geen prestatienorm is»? Volgens de wet moeten mensen er binnen 45 minuten zijn. Daar zit toch geen licht tussen? Wat vindt de Minister van de bereikbaarheidsnorm voor acute verloskunde, die de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in zijn rapport «Een goed begin» voorstelt? Een zwangere in nood moet binnen een kwartier een ziekenhuis met klinische verloskunde kunnen bereiken. Is hij bereid die norm in het belang van de veiligheid van moeder en kind te accepteren en te realiseren? Gaat de Minister dus zijn belofte nakomen dat in Lelystad 24/7 spoedeisende hulp en klinische verloskunde worden gerealiseerd?

Wie heeft er eigenlijk voor gekozen om de heer Leerink te benoemen als toekomstverkenner zorg in Flevoland? Dezelfde persoon die eerder heeft gezegd dat Nederland toe kan met veel minder spoedeisende hulpen en dat concentratie de acute zorg beter maakt. Nou, dan kunnen we de uitkomsten van zijn verkenning wel voorspellen.

De Minister heeft een hallelujabrief geschreven over de ambulancezorg, maar de werkelijkheid is anders. We zien de druk op de ambulancezorg toenemen: steeds meer ritten en steeds minder bereikbare acute zorg. Dat vraagt veel van het ambulancepersoneel. Maar hoe staat het nu precies met de cao-onderhandelingen? Waar is de 19,3 miljoen, het extra budget voor 2018, gebleven? Heeft het personeel dit in zijn loonzakje ontvangen? Wordt het gebruikt voor het ouderenbeleid? Dat is broodnodig in de ambulancezorg. Het werken daar vraagt lichamelijk en geestelijk veel, gezien de aard van het werk en de vele crisismomenten. Wat vindt de Minister van de oplopende aanrijtijden bij A1-spoedritten? Wat gaat de Minister doen om het functioneren van de meldkamers te verbeteren? Ook dient er zo snel mogelijk duidelijkheid te komen over de toekomst van de ambulancezorg. De Tijdelijke wet ambulancezorg loopt in 2021 af. Wat de SP betreft is het glashelder: ongelukken doen niet aan marktwerking. De mening van het ambulancepersoneel is ook duidelijk. Uit een enquête van de SP bleek dat negen van de tien personeelsleden ertegen zijn. Ook een peiling van Maurice de Hond heeft dezelfde strekking. 80% van de bevolking ziet het niet zitten. Ook twee derde van de VVD-stemmers ziet er geen brood in. Ambulancezorg moet een publieke voorziening blijven, waarbij de huidige regionale ambulancevoorzieningen een permanente gunning krijgen. Kan de Minister toezeggen dat er geen aanbestedings-circus komt en dat de commerciële zorgverzekeraars er ook geen rol in gaan spelen?

Wat wordt de rol van de Regionale Overleggen Acute Zorgketen bij de beschikbaarheid van de acute zorg? Voorzitter, ik zie een interruptie.

De voorzitter:

We pauzeren de tijd hier. Ik geef het woord aan de heer Raemakers om zijn vraag te stellen.

De heer Raemakers (D66):

Ik heb een vraag over de ambulancezorg. De heer Van Gerven zegt dat de Minister er een hallelujabrief over heeft geschreven. Ik heb die brief natuurlijk heel goed gelezen en ik zie dat patiënten de ambulancezorg in Nederland gemiddeld heel goed waarderen, met een 9. De meldkamer bij spoedeisende ambulancezorg wordt gewaardeerd met een 8,6. We begrijpen dat er steeds meer drukte is, ook in de ambulancezorg, en dat er personeelstekorten en andere problemen zijn. Maar als ik deze cijfers lees, denk ik dat we ook best trots mogen zijn op het kwalitatief hoge niveau van de ambulancezorg. Daar komt bij – ik lees even verder in de brief – dat 95% van de meldingen wordt afgehandeld binnen de 15 minutennorm, conform afspraak. Ziet de heer Van Gerven dat ook? Ik weet dat er ook dingen niet goed gaan, maar ziet de SP ook dat er heel goede zorg wordt geleverd?

De heer Van Gerven (SP):

Er wordt uitstekende zorg geleverd door het ambulancepersoneel. Maar dat is in weerwil van de ontwikkelingen. We zien het aantal ritten behoorlijk fors toenemen, maar de budgetten houden geen gelijke tred. Er is een personeelstekort. Ik signaleer ook dat de Minister veel waardering heeft voor de sector. Vandaar mijn term «hallelujabrief». Maar aan de andere kant zien we ook verontrustende cijfers. Die 15 minutennorm wordt weliswaar in vele plaatsen gehaald, maar niet overal. Rotterdam is bijvoorbeeld een groot probleem. Er zijn meer plaatsen. We zien ook dat de aanrijtijd, dus wanneer men bij de patiënt aankomt, gemiddeld wel oploopt. Mevrouw Agema had het over het golden hour, maar het gaat eigenlijk over gouden minuten, of gouden secondes. Als je een hartinfarct of een hartstilstand hebt, telt elke minuut of seconde. We zien die aanrijtijden oplopen en vinden dus dat er wat moet gebeuren. Dat was de portee van mijn opmerking.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik ben het ook zeker met de heer Van Gerven eens. Als het gaat om reanimatie, het gebruik van een aed, is een heel snelle ambulance, die er in acht of negen minuten is, nog niet op tijd. Je moet sneller kunnen helpen. Misschien wordt dat in Nederland ook steeds vaker goed uitgerold. Ik vraag de heer Van Gerven welke plannen of maatregelen de SP voorstelt, los van dat idee over die aanbesteding, want dat is ook heel ingewikkeld. Heeft u verder nog ideeën, bijvoorbeeld over hoe dat personeelstekort kan worden aangepakt of hoe de drukte kan worden opgelost? Ik ben daar heel benieuwd naar.

De **voorzitter**:

Daar ben ik ook heel benieuwd naar, maar het moet niet een compleet nieuwe bijdrage van de heer Van Gerven worden. Graag concreet op het punt van de heer Raemakers.

De heer **Van Gerven** (SP):

We hebben vier uur, voorzitter. Maar zeker. Heel concreet: ik denk dat we eindelijk eens een einde moeten maken aan dat vijftien jaar lang soebatten over de toekomst van de ambulancezorg. Ongelukken doen niet aan marktwerking, dus laat dat idee van aanbesteden varen. Gun het permanent aan die 25 regionale ambulancevoorzieningen. Dan komt er rust in de tent. Dat is één. Dan kan men plannen voor de toekomst en is die discussie over al dan niet aanbesteden van tafel. Twee, het budget moet de behoefte volgen. Als er een fatsoenlijke raming is voor wat we nodig hebben aan ambulances, personeel en verder materieel, zorg dan dat dat er is, langjarig, en doe daar niet te ingewikkeld en te moeilijk over. Ik denk dat dit heel belangrijke uitgangspunten zijn om de sector de mogelijkheden te geven om te innoveren en om zo goed mogelijke zorg te leveren. Dat is het op hoofdlijnen.

De **voorzitter**:

Inderdaad, op hoofdlijnen. U heeft nog 45 seconden voor de rest van uw betoog, mocht die er nog zijn. Ik geloof het wel. Toch?

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja. De Minister hecht steeds meer waarde aan de Regionale Overleggen Acute Zorgketen, is mijn gevoel. De vraag is of de Minister aankoerst op het beleggen van de ambulancevoorzieningen bij de ROAZ'en. Daar is de SP geen voorstander van. Wij vinden dat het bij de veiligheidsregio's hoort. Dat is de goede schaal. Het is nu al gekoppeld. Er zijn 25 regionale ambulancevoorzieningen. We zouden graag zien dat de gunning gewoon bij de Minister blijft, hetzij lokaal, maar duidelijk publiek. Als het naar de Regionale Overleggen Acute Zorgketen gaat, komt namelijk ook het spook van de aanbesteding weer om de hoek kijken. Dat moeten wij niet willen. Dan...

De **voorzitter**:

Dat was 'm. We zijn door de tijd.

De heer **Van Gerven** (SP):

Oké, voorzitter, één zin.

De **voorzitter**:

Eén zin.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik maak mij grote zorgen.

De **voorzitter**:

Dat hadden wij nog niet begrepen uit uw betoog. Het is goed dat u dat nog even zei.
Ik geef het woord aan mevrouw Ploumen namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ik begrijp heel goed dat patiënten de ambulancetzorg en de ambulancemedewerkers een 9 geven. Ze doen namelijk fantastisch werk. De mensen onder ons die met hen te maken hebben gehad, kunnen dat allemaal bevestigen. Ook ik wil hen hier graag heel erg danken voor hun harde werk onder soms moeilijke en, lijkt mij, hele stressvolle omstandigheden.

Als ik met hen spreek en ik vraag naar de problemen, dan hebben ze het na enige aarzeling – ze praten eigenlijk het liefst gewoon over hun werk en wat het zo mooi maakt – over de hoge werkdruk, de slechte beloning en interim-managers die in- en uitvliegen zonder dat ze gevoel hebben voor het werk. De vraag is dus wat wij kunnen en moeten doen en wat de Minister moet doen om de ambulancemedewerkers in hun werk te gaan steunen. De heer Van Gerven deed daar overigens al een aantal suggesties voor. Graag een reactie van de Minister daarop.

Dan over de aanrijtijden en de bereikbaarheidsnorm. Mevrouw Agema sprak daar net al over in een interruptie. Er is een 15 minutennorm en er is een 45 minutennorm: 15 minuten waarin de ambulance ter plaatse moet zijn en 45 minuten waarin de patiënt in een ziekenhuis moet zijn. Wat mij nu zo stoort in de brieven van de Minister, is dat hij deze normen steeds bagatelliseert. Hij zegt dat de 45 minutennorm geen prestatienorm is en dat de 15 minutennorm geen medische onderbouwing heeft. Maar ja, als ze niet relevant zijn, waarom hebben we ze dan? Mijn oordeel is: ze zijn wel relevant en we halen ze niet. De ambulance wil op tijd zijn en de patiënt moet snel in het ziekenhuis zijn, maar helaas is de praktijk van alledag dat de normen niet gehaald worden. De 15 minutennorm werd in 2017 in drie van de 24 regio's gehaald. De 45 minutennorm is inderdaad geen prestatienorm, maar zegt natuurlijk wel iets over of we erin slagen om de acute zorg goed te spreiden over Nederland. Het is ook het enige hulpmiddel dat we hebben om die spreiding te kunnen beoordelen.

Daarom heb ik de volgende vragen aan de Minister.

Hoe kijkt de Minister, met dit in het achterhoofd, nu naar die normen? Vindt hij dat ze gewoon gehaald moeten worden of trekt hij ze in twijfel? Is hij het eens dat het maximumnormen moeten zijn en geen streefcijfers? Welke stappen gaat de Minister zetten om te zorgen dat de 15 minutennorm in elk geval overal gehandhaafd wordt? Als hij de 45 minutennorm geen goede indicatie vindt om te bepalen of de acute zorg op tijd is, wat heeft hij dan als alternatief voorstel? Hoe wil hij bereiken dat de spreiding van de zorg in Nederland zodanig is dat je er altijd zeker van kunt zijn dat je de juiste hulp krijgt? Wie heeft nu eigenlijk de eindverantwoordelijkheid, de regie zou je kunnen zeggen, voor de capaciteit in elk van de regio's?

Voorzitter. Ik kan ook niet anders dan spreken over de situatie in Flevoland. De bereikbaarheid van de acute zorg en de verloskundige zorg staat daar onder druk door het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen, dat zich in een bizarre 48 uur voltrok en waar de patiënten nu nog elke dag last, zorg en verdriet van hebben. De laatste brief van de Minister deed me wel van de stoel vallen. Als een van de opties voor een oplossing suggereerde hij: «Bedden beschikbaar stellen die kunnen worden gehuurd om thuis op de benedenverdieping te kunnen bevallen»; eventueel vertrek per ambulance kan dan sneller. Dat is toch echt wel tamelijk gek in de achttiende economie van de wereld, op een plek die gewoon midden in het land ligt. Mensen moeten dus straks maar een bed beneden zetten – dat bed moeten ze dan zelf huren – omdat ze anders niet op tijd naar het ziekenhuis kunnen. De Minister kan toch niet anders dan het met mij eens zijn dat dat echt een ongehoorde suggestie is. Ik vraag hem wat wel

fatsoenlijke oplossingen zijn voor de problematiek van de verloskunde en de acute zorg in Flevoland.

De **voorzitter**:

Nog 45 seconden.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik heb nog twee vragen over de spoedzorg. Welke stappen wil de Minister zetten en is hij hopelijk aan het zetten om ervoor te zorgen dat de spoedzorg voor elke Nederlander altijd bereikbaar en toegankelijk blijft? Wanneer gaat hij de Kamer exact informeren over de aanvullende maatregelen naar aanleiding van het rapport van de NZa, die constateert dat de druk op de spoedzorg toeneemt?

Dank u wel.

De **voorzitter**:

U ook bedankt. Ik geef het woord graag aan de heer Geleijnse namens 50PLUS.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. We kennen zoals we hier aanwezig zijn allemaal, denk ik, het voorbeeld van een goede week geleden. Een oudere man heeft ruim 100 dagen in een ziekenhuis in Almelo moeten verblijven omdat er in de omgeving geen geschikte woon-zorgplek voor hem beschikbaar was. Ruim 100 dagen wonen in een ziekenhuis: het is hartverscheurend. Ondanks de goede zorgen van het betrokken personeel is een ziekenhuis geen plaats om te wonen. Dit is helaas niet het enige geval. Op meerdere plaatsen wonen vooral oudere mensen in een ziekenhuis, omdat er geen plaats voor hen is in een verzorgingshuis of verpleeghuis. 50PLUS heeft daarover al eerder aan de bel getrokken. Het probleem is groot en zal steeds groter worden. Dat begint vaak op een afdeling spoedeisende hulp, na een incident, een val of omdat het thuis ineens gewoon niet meer gaat. Daarom moet de doorstroom vanuit ziekenhuizen naar vervolgzorg worden verbeterd. Daarbij is het niet alleen van belang dat er voor de spoedeisendehulpafdelingen een goed inzicht is in beschikbare bedden met de juiste specialistische zorg, maar ook dat er een goed inzicht is in de beschikbare plaatsen voor vervolgzorg in een verzorgingshuis, in een verpleeghuis of thuis met thuiszorg. De Minister schrijft in de brief die vandaag op de agenda staat, dat de daarvoor ingerichte coördinatiefuncties nog niet allemaal even bekend en werkbaar zijn. 50PLUS is benieuwd of er al resultaten te melden zijn naar aanleiding van de uitvraag van Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ. Zijn nadere afspraken nog dit jaar nodig? Is de Minister eigenlijk tevreden met de voortgang? Valt er eigenlijk wel wat te coördineren als er gewoon onvoldoende plaatsen beschikbaar zijn?

Voorzitter. Verschillende belangenorganisaties pleiten voor een betere uitwisseling van actuele, relevante patiëntengegevens. Het kan voor patiënten letterlijk van levensbelang zijn dat zorgverleners beschikken over die gegevens. Technisch is het mogelijk. Het wordt nu overgelaten aan zorgaanbieders in de regio om die uitwisseling goed te regelen. Is de Minister bereid de regie te pakken? Veel mensen weten nu niet dat zij toestemming moeten geven bij de huisarts om hun medische gegevens voor relevante partijen, zoals de spoedeisende hulp, beschikbaar te maken in spoedsituaties. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat dit bekender wordt bij de patiënten? Is de Minister het met 50PLUS eens dat patiëntengegevens, uiteraard van patiënten die daar toestemming voor hebben gegeven, ook over de regiogrenzen heen moeten kunnen worden uitgewisseld?

Voorzitter. Dan de deelname van zorgverzekeraars aan de Regionale Overleggen Acute Zorgketen. De Minister schrijft dat in een aantal regio's

de zorgverzekeraar nog niet deelneemt. Is de Minister bereid dit te bevorderen of af te dwingen? Schriftelijk heeft 50PLUS de Minister gevraagd waarom er is gekozen voor een inspanningsverplichting bij het maken van afspraken over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg. Het antwoord is wat ons betreft niet geheel bevredigend. Is de Minister echt van mening dat er voldoende instrumenten zijn om bepaalde resultaten af te dwingen?

Voorzitter. Het gebruik van de digitale triagesystemen op de meldkamer ambulancezorg lijkt een van de redenen te zijn voor de toename van het aantal spoedinzetten. Ambulancezorg Nederland doet daarom onderzoek naar de rol van deze systemen. Hoe staat het met dit onderzoek? Hoe staat het met de voorgenomen publiekscampagne met het doel dat mensen weten met welke vraag ze op welk moment bij welke zorgverlener terecht kunnen?

Dan de laatste vraag over het actieplan: waarom wordt het toenemende geweld tegen hulpverleners, dus ook het geweld tegen medewerkers acute zorg en ambulancezorg, niet genoemd in het actieplan? Dit speelt toch echt een hele grote rol als het gaat om de aantrekkelijkheid van deze banen. Is de Minister bereid dit alsnog een plaats te geven?

Voorzitter. Ik lees nu een aantal Whatsappberichten voor van een goede vriend, een ambulanceverpleegkundige. Ik vroeg hem eens naar punten voor dit overleg. «Ik denk dat een van de grootste problemen blijft zitten in het tekort aan personeel en de hoge verwachtingen van zowel publiek als bijvoorbeeld de verzekeraars aan de prestaties, en in het salarisplafond, dat qua verantwoordelijkheid en werkdruk, met name in de Randstad, gewoon belachelijk is. Docenten verdienen ruim meer dan ambulancepersoneel, maar zij kunnen wel staken. Op de ambulance heb je een enorme verantwoordelijkheid en een sociaal belangrijke functie, maar daardoor kun je ook geen kant uit als het gaat om werkonderbrekingen voor een beter salaris.» En tot slot. «Ik vermoed dat er een hoop ervaring en professionaliteit verloren zullen gaan de komende jaren. Ik denk dat de bubbel een keer gaat barsten.» Hij is vorige maand gestopt met werken in de ambulancezorg. Welk antwoord kan ik hem en zijn voormalige collega's geven namens deze Minister als het gaat om werkdruk, tekort aan personeel, salaris, uitstroom, de normen en de aanrijtijden? Is er in het budgettair kader voldoende geld uitgetrokken voor de salarissen van alle medewerkers in de acute zorg en de ambulancezorg, ook na 2019?

Dank u wel. Ik zie u heel kritisch naar de klok kijken.

De voorzitter:

Het zijn twee seconden. Het is wel heel scherp gepland door de heer Geleijnse; een afgerond betoog. Knap werk. Maar of het binnen de tijd is, is natuurlijk niet het enige wat ertoe doet. Ik geef het woord graag aan de heer Raemakers namens D66.

De heer Raemakers (D66):

Voorzitter, dank u wel. We spreken vandaag over ambulancezorg en acute zorg. We hadden het net al even over de ambulancezorg. Die is in Nederland van hoog niveau en is de afgelopen jaren aantoonbaar beter geworden. Patiënten geven de ambulancezorg een 9, maar het kan natuurlijk altijd beter. Daarom zijn we blij dat er een actieplan is voor de ambulancezorg.

We zien dat er ook bij de acute zorg, de spoedeisende hulp, de huisartsenposten, stappen worden gezet om de kwaliteit verder te verbeteren, bijvoorbeeld met het kwaliteitskader. Ook daarvoor geldt dat we natuurlijk moeten kijken hoe we de kwaliteit van zorg verder kunnen verbeteren. Als je de stukken hebt gelezen voor dit algemeen overleg, weet je dat het gaat over triage, regie, ordening, drukte, krapte, spreiding, doorstroom, uitstroom, vervolgzorg en ketenzorg. Als je de praktijk kent, weet je dat

dat neerkomt op heel veel mannen en vrouwen die heel hard werken om te zorgen dat alle patiënten snel en op de juiste manier geholpen worden. Dat is even de menselijke samenvatting. Ik denk dat dat heel belangrijk is. Dat is ook al door meerdere sprekers gezegd.

Ik heb voor vandaag drie punten. Eén is de gegevensuitwisseling bij spoed, twee is het personeelstekort en mogelijke ervaringen in het buitenland en drie is de griep prik. Ik begin bij punt één: gegevensuitwisseling bij spoed. Collega Geleijnse had het er zojuist ook al over. Wij hebben een brief gekregen van de Patiëntenfederatie. Daarin wordt aangegeven dat als patiënten in de ambulance zitten en er bepaalde medische informatie nodig is, die informatie nu niet gegeven kan worden als de patiënt daarvoor niet vooraf toestemming heeft gegeven bij de huisarts. Ik vind dat toch wel een vreemde gang van zaken. Juist wij als D66 vinden privacy ontzettend belangrijk, maar ja, het is in je eigen belang dat je zo goed mogelijk wordt geholpen. Bij spoed kun je niet nog even allerlei formulieren ondertekenen, dus waarom kan dat nou niet makkelijker geregeld worden? Vraag één zou zijn: kan hier niet meer campagne en voorlichting voor komen? Dat is ook een beetje wat de heer Geleijnse vraagt. Mijn tweede vraag is eigenlijk een suggestie aan de Minister: moeten we niet naar een ander systeem toe? Moeten we voor spoed bijvoorbeeld niet naar een opt-outsysteem? Dan word je voor spoedzorg geacht die toestemming te hebben gegeven, tenzij je daar bezwaar tegen hebt gemaakt. Is dat misschien een uitkomst? Ik hoor graag wat de Minister daarvan denkt.

Voorzitter. Dan ga ik over naar mijn tweede onderwerp, het personeelstekort. Daar heeft mevrouw Van den Berg al hele wijze woorden over gesproken. Ik zie een paradox. Aan de ene kant zie ik in de stukken dat er een enorme drukte is in de acute zorg, dat we niet genoeg personeel hebben, dat het allemaal onder druk staat. Aan de andere kant hoor ik ook geluiden – dat zei mevrouw Van den Berg ook – over ambulances die gemiddeld één rit per dag hebben, of misschien minder dan één rit. Wij vinden het met z'n allen heel belangrijk dat er, ook op het platteland, altijd een ambulance is die er evengoed in die 15 minuten kan komen, maar daar zit dus wel een spanning in. Hoe kunnen wij de beschikbare capaciteit beter, slimmer inzetten? Ik heb twee concrete vragen aan de Minister. Een: kunnen er slimmere combinaties worden gemaakt tussen ambulancezorg en de acute zorg, de spoedeisende hulp, de huisartsenpost? Twee: hoe doen ze dit bijvoorbeeld in Scandinavië, Noorwegen, Zweden, Denemarken, Finland? Dat zijn toch dunbevolktere landen dan Nederland, in algemene zin. Kan er niet eens een onderzoek worden gedaan om te zien wat wij kunnen leren van met Nederland vergelijkbare landen?

De voorzitter:

Ik weet niet of het hierover gaat, maar u heeft in ieder geval een vraag uitgelokt bij mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Jazeker. Het is altijd goed om te leren van een ander, maar ik zou de heer Raemakers eigenlijk iets anders willen vragen. Hij zegt dat er een spanning is omdat de ambulance op sommige plekken maar één keer per dag of minder wordt ingezet. Ik zie ook een spanning omdat we moeten constateren dat maar in 3 van de 24 regio's die 15 minuten norm wordt gehaald. Dat lijkt mij een urgenter probleem dan het probleem dat de heer Raemakers schetst. Hoe kijkt de heer Raemakers daartegen aan?

De heer Raemakers (D66):

Dat klopt. Het ligt volgens mij overigens wel iets genuanceerder. Ik heb dat gisteren ook allemaal gelezen. Mevrouw Ploumen noemde een percentage en het blijkt inderdaad dat het in die gevallen niet altijd wordt

gehaald. Het is natuurlijk al erg genoeg dat het soms niet wordt gehaald, maar dat heeft soms ook gewoon een bepaalde reden, zoals slecht weer. Als er heel veel sneeuw of ijzel ligt, betekent dat al dat die 15 minutennorm een keer niet gehaald kan worden. Dat merk je dan natuurlijk waar die afstand het grootst is. Op het platteland merk je dat dus als eerste. Enerzijds is dat natuurlijk reden tot zorg en moeten we kijken hoe we dat beter kunnen organiseren. Anderzijds is dat ook wel iets wat een beetje inherent is aan de ambulancezorg. Dat blijkt ook wel als je de historie van dit dossier bekijkt. Die 15 minutennorm is geen keiharde medische norm, maar een maatschappelijke norm, waarvan we met z'n allen hebben gezegd: onder normale omstandigheden zou je er binnen 15 minuten moeten kunnen zijn. Soms is dat niet zo, dus we moeten kijken of we dat kunnen verbeteren, maar ik geef richting mevrouw Ploumen aan dat er soms externe omstandigheden zijn waardoor het gewoon niet kan.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Wat betreft doorrijden in de sneeuw kunnen we inderdaad wel iets leren van Noorwegen en Finland, maar dat was eigenlijk niet mijn vraag. Dit begrijpen we allemaal, maar twee dingen baren mij erg grote zorgen. Een: in 3 van de 24 regio's wordt de norm wel gehaald. Je zou dus kunnen zeggen: eigenlijk wordt hij nergens altijd gehaald. Twee: die 15 minutennorm wordt nu gerelativeerd door de heer Raemakers, net als door de Minister, maar als ik het wel heb, is die norm gewoon opgenomen in de wet. En we hebben toch wel als basisuitgangspunt dat we de wet volgen en handhaven. Wil de heer Raemakers daar nog eens op reageren?

De **voorzitter**:

We gaan het zien.

De heer **Raemakers** (D66):

Zeker. Ik ben ervoor om alles te doen wat wij kunnen om ervoor te zorgen dat die 15 minutennorm vaker gehaald wordt. Daar moeten we volgens mij alles voor inzetten. Maar het ligt niet altijd aan het geld. Het ligt soms aan het personeel, maar mevrouw Ploumen heeft gelijk dat het ook niet altijd aan het personeel ligt. Het is dus een heel complex, veelkoppig monster, om het zo maar even te zeggen. Er is niet één makkelijke oplossing om daar nu voor te zorgen. In het interruptiedebat met de heer Van Gerven noemde ik al de ontwikkeling van de reanimatiezorg en de bewustwording die daarvoor wordt ingezet. Op steeds meer plaatsen in Nederland komen aed's te hangen. Ik geloof dat we dat ook heel erg moeten versterken, dus ik zou niet al onze middelen en oplossingsideeën alleen op dit vraagstuk willen zetten. Ik denk dat het om het hele systeem en de hele keten gaat. Waar we het kunnen versnellen, moeten we dat doen, maar dat kan niet altijd.

De **voorzitter**:

U kunt uw betoog vervolgen, tenzij mevrouw Ploumen haar tweede interruptie wil inzetten. En dat doet zij.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ja, dat doe ik. Ik ben het best met de heer Raemakers eens dat meer geld niet altijd de oplossing is, maar zou hij dan eens willen reageren op de vraag die ik aan de Minister heb gesteld, namelijk: wie is nou eigenlijk eindverantwoordelijk voor de capaciteit in een regio? Dat is eigenlijk de hamvraag. Is er eigenlijk wel iemand die, nog even los van de financiële mogelijkheden, zegt: dit is er nodig in deze regio en ik neem de verantwoordelijkheid om dat te regelen? Zou de Minister daar niet een meer prominente rol in moeten hebben?

De heer **Raemakers** (D66):

Ik denk hierbij aan twee zaken. Volgens mij is in de stukken helder beschreven dat het regionale ambulancevoorzieningen zijn. Bij bijvoorbeeld de ambulancezorg heeft de inspectie, de IGJ, echt een verantwoordelijkheid om te kijken of het allemaal wel klopt. Wat kan de Minister daaraan doen? Volgens mij zijn er eerder in dit huis voorstellen ingediend door meerdere partijen. Ik denk bijvoorbeeld aan mevrouw Van den Berg, die vroeg: kun je per regio de zorgvraag in kaart brengen? Dat is volgens mij een taak waarbij de Minister met de regio's kan kijken welke zorg er in een bepaalde regio is. Volgens mij kan de Minister dat best faciliterend doen. Dat zijn een beetje de twee richtingen waarin ik denk.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank aan de heer Raemakers. Kijk, als je maar lang genoeg doorvraagt, kom je steeds dicht bij elkaar, is mijn beleving. Ik zal even toetsen bij de heer Raemakers of hij dat ook vindt. Het klopt dat mevrouw Van den Berg dit aan de Minister heeft gevraagd. Het is goed dat de Minister dat gaat doen, maar zou het dan ook niet logisch zijn als de Minister niet alleen maar faciliteert en analyseert, maar ook handelt en verantwoordelijkheid neemt? Zouden we daar toch niet meer nadruk op moeten leggen en daar voorstellen voor moeten doen of steunen?

De heer **Raemakers** (D66):

Dat vind ik een best wel moeilijke vraag. De Minister gaat die zo meteen ongetwijfeld zelf beantwoorden. Wij gaan ongetwijfeld ook voorstellen doen. Dan wil ik ook de voorstellen van de Partij van de Arbeid heel serieus bekijken, maar ik kan nu niet in algemene zin zeggen dat ik alle voorstellen van de PvdA zal ondersteunen. Dat is wel heel jammer. Maar dat voorstel over Noorwegen en Zweden kan ik wel steunen.

De **voorzitter**:

Er gebeurde bijna iets heel bijzonders, maar de heer Raemakers redt zich er net uit. Maar dat lokt wel weer een vraag uit bij de heer Renkema.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Dat lokt zeker nog een vraag uit, zeker als hij eindigt met Scandinavië. Het fascineert mij wel dat de heer Raemakers verwijst naar landen als Noorwegen en Zweden. Dat zijn heel dunbevolkte gebieden. De discussie in Scandinavië gaat niet over aanrijtijden, maar over aanvliegtijden, want daar is de ambulance meestal een helikopter. Mijn vraag gaat eigenlijk toch nog even over die 15 minuten. Want wij zijn geen dunbevolkt land; wij zijn een redelijk dichtbevolkt land. Nu woon ik zelf in een krimpregio, waar steeds meer voorzieningen verdwijnen. Zegt de heer Raemakers hier nu – dat wil toch wel van hem horen – dat die wettelijke norm van 15 minuten in elke regio van Nederland, of dat nou de Randstad, Oost-Groningen of Zuid-Limburg is, gewaarborgd moet blijven?

De heer **Raemakers** (D66):

Ik vind dat de wettelijke norm van 15 minuten, zoals die op dit ogenblik wordt toegepast, gewaarborgd moet blijven. Overigens wordt die ook in 95% van de gevallen gehaald, dus als je alle gevallen bij elkaar optelt, blijkt het in 95% van de gevallen binnen 15 minuten te kunnen. Heel vaak kan het ook, met dank aan het geweldige ambulancepersoneel dat we hebben, in 9 minuten. Daar heb ik ook van alles over gelezen. Dus mijn antwoord zou «ja» zijn.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Als zou blijken dat dat in een aantal regio's waar de basisvoorzieningen steeds meer onder druk komen te staan, niet het geval is, dan steunt de

heer Raemakers dus beleid dat erop gericht is om die 15 minuten altijd te realiseren?

De heer **Raemakers** (D66):

Dan steunt de heer Raemakers vooral – dat is ook mijn oproep aan de Minister – creatieve voorstellen voor hoe we ervoor kunnen zorgen dat mensen zo snel mogelijk zorg krijgen. Of ze nou precies binnen 15 minuten in de ambulance zitten, vind ik niet de meest relevante vraag. Ik wil dat iedere patiënt in Nederland zo snel en zo goed mogelijk geholpen wordt. Als je een ambulance in komt en de ambulancebroeders of -zusters niet mogen zien welke allergieën je hebt, om maar eens wat te noemen, staat dat daaraan in de weg. Alles wat de zorg kan verbeteren, wil ik aangrijpen.

De **voorzitter**:

De heer Renkema wil nog even doorvragen.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik word altijd een beetje zenuwachtig als het woord «creatief» valt. Als er creatieve oplossingen komen, is die 15 minutennorm blijkbaar niet meer zo belangrijk. Mijn vraag was een redelijk gesloten vraag. Als de 15 minutennorm in bepaalde regio's onder druk komt te staan, steunt D66 dan beleid dat erop is gericht om die wel te realiseren? Blijft die norm absoluut? Dat is mijn vraag; ik herhaal hem gewoon.

De heer **Raemakers** (D66):

Het is een beetje een herhaling van zetten, want ik kan nu niet in algemene zin aangeven dat ik alle voorstellen, zonder ze gezien te hebben, ga steunen. Ik heb de Minister juist uitgedaagd en heb gevraagd: hoe kunnen we loskomen van die 15 minutennorm? Want het gaat niet om precies die 15 minuten. De 15 minutennorm is een middel en het doel is zo snel mogelijk de beste zorg voor alle patiënten. Daar gaat het om. Het gaat mij niet om het middel. Het gaat mij om het doel en hoe we dat kunnen bereiken. Als we daar rigoureuze middelen voor moeten inzetten of daar hele nieuwe ideeën voor nodig hebben, dan zeg ik «graag», als we die patiënten daarmee beter helpen. Als u per se een antwoord wilt, is dat dus: dat ligt eraan.

De **voorzitter**:

Nog geen blind vertrouwen in GroenLinks; dat was er net ook nog niet in de Partij van de Arbeid. Misschien nog een vervolgvraag van de heer Renkema? Nee? Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg, die nog wel een vraag heeft voor de heer Raemakers.

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

Voordat meneer Raemakers overgaat naar de grieprik, wil ik nog even terugkomen op de gegevensuitwisseling in de zorg. We hebben daar eind januari een apart overleg gehad met de Minister. Toen hebben wij ons er samen voor ingezet dat alle gegevens niet zomaar overal moeten kunnen worden doorgezet, maar dat daar strenge voorwaarden voor moeten zijn. Voor alle planbare zorg kan gewoon rustig worden besloten welke gegevens worden meegegeven, maar wat moet er nou in een acute situatie – want daar praat je over – bekend zijn? Volgens mij hadden we toen een lijstje gemaakt en daarop stonden alleen de ziektes die iemand heeft, de allergieën en het medicijngebruik. Nu hoorde ik de heer Raemakers net zeggen dat je in zo'n ambulancezorgsituatie eigenlijk toch die informatie moet hebben. Maar toen hebben we duidelijk gezegd: of iemand ooit een blindedarmoperatie heeft gehad, is compleet irrelevant als hij op dat moment een gebroken been heeft. Dus ik wil even van de

heer Raemakers weten of hij nou terugkomt op ons gemeenschappelijke voorstel of dat hij daar een aanpassing van wil.

De heer **Raemakers** (D66):

Nee, zeker niet. Kijk, ik ben geen allergieëxpert en ik ben niet degene die in de ambulance weet welke informatie nodig is. Ik zie alleen als politicus dat ik een zorgwekkend signaal van de Patiëntenfederatie krijg – we hebben er overigens ook andere brieven over gekregen – waarin zij zeggen: dit is op dit moment een obstakel. Ik vind privacy heel erg belangrijk. Ik vind dat er niet meer gegevens moeten worden gedeeld dan strikt noodzakelijk. Als twintig jaar geleden een of andere operatie is ondergaan, is dat waarschijnlijk niet relevant voor een ambulancerit in 2019. Maar als het veld heel duidelijk aangeeft «dit is een knelpunt; politiek, doe er iets mee», dan wil ik daar graag iets mee doen. Misschien biedt het eerdere voorstel van mevrouw Van den Berg aan mij daar al soelaas voor, maar dat weet ik niet. Dat hoor ik dan graag van de Minister.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg, een vervolgvraag?

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

Ja. Dat hoor ik dan ook graag van de Minister, temeer daar we toen in dat overleg hadden begrepen dat de huisarts in echt acute situaties al wel ook zonder toestemming informatie zou mogen delen. Dat wachten we dan graag af.

De heer **Raemakers** (D66):

Eén korte zin daarover. Ik kan me nog herinneren dat dat afgelopen januari hier in dit huis inderdaad het antwoord was. Ik wil die vraag doorgeleiden naar de Minister: hoe zit het nou?

De **voorzitter**:

Dat horen we zo, maar u heeft nog ruim een minuut voor de rest van uw betoog.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik wil het nog even hebben over de griepepidemie en de grieprik. Waarom is dat relevant voor dit AO? Natuurlijk omdat het bij de stukken zit, maar ook omdat je merkt dat er in de acute zorg ontzettende druk kan komen van allerlei grieppatiënten met allerlei complicaties die daar binnen worden gebracht. Dat is één. Twee. Het is ook relevant als je een enorm personeelstekort hebt en een deel van je personeel uitvalt omdat ze de griep hebben. Er is dus een urgentie om te kijken of we niet iets met die grieprik moeten. Staatssecretaris Blokhuis heeft al gezegd dat hij gaat onderzoeken of een verplichting voor al het zorgpersoneel om de grieprik te nemen een mogelijkheid is. Er is vanuit het zorgveld heel veel verzet gekomen tegen dat idee. Ik wil deze Minister uitdagen. Kunnen we niet wat toevoegen aan dat onderzoek dat nu gedaan wordt? Kan bijvoorbeeld een zorginstelling die dat nodig acht zelf bepalen om alleen maar nieuw zorgpersoneel aan te nemen dat bereid is om die grieprik te halen, ook om nieuwe jonge zorgmedewerkers te stimuleren om dat te gaan doen? Zou de Minister eens naar andere creatieve mogelijkheden kunnen kijken om zorginstellingen daar meer mogelijkheden toe te geven en dus geen algemene verplichting te verkiezen, maar creatieve oplossingen? Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

U ook bedankt. Dan geef ik het woord graag aan de heer Renkema namens GroenLinks.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Gelukkig hebben we in Nederland medewerkers zowel in de ambulances als in de spoedeisende hulp die er staan op het moment dat het voor patiënten een heel spannende en ook dringende situatie is. Dringend, want dat is namelijk de betekenis van het woord «acuut»: iets waar meteen iets aan gedaan moet worden; iets is dringend. Wij als GroenLinks vinden dat dit ook geldt voor een aantal elementen van het beleid rondom de acute zorg, want ook daar is wat ons betreft werk aan de winkel. Ik wil graag vier onderwerpen langslopen met daarbij steeds concrete vragen aan de Minister. De onderwerpen zijn de ambulancezorg, de monitoring, het eerstelijnsverblijf en preventie.

Ik begin met de ambulancezorg. Het personeelstekort is overal in de zorg een groot probleem, maar dat 40% van het huidige verpleegkundig ambulancepersoneel alleen al vanwege de pensioengerechtigde leeftijd binnen afzienbare tijd vertrekt, baart ons grote zorgen. Wat doet de Minister aan het behoud van personeel? Op welke manier komt hij tegemoet aan de wensen en zorgen van mensen op de ambulances?

Voorzitter. Zou het daarbij interessant kunnen zijn om te onderzoeken of ambulanceverpleegkundigen niet ook een zelfstandige bevoegdheid zouden kunnen krijgen voor een aantal nu nog voorbehouden handelingen? Dat kan mogelijk hun vak nog aantrekkelijker maken en ook zorgen voor nieuwe instroom van anderen.

Voorzitter. Voor goede ambulancezorg is het belangrijk om realtime informatie beschikbaar te hebben. Het gaat dan zowel over bedden capaciteit – waar moet je naartoe? – maar zeker ook over patiëntgegevens. Deze informatie is nog lang niet altijd in voldoende mate aanwezig. We hebben daar eerder met een motie op aangedrongen. Toen ging het specifiek over bedden capaciteit. Wat kan en gaat de Minister hieraan doen?

Tot slot ben ik nog nieuwsgierig naar de visie van de Minister op de psycholance. Ik ben me ervan bewust dat dit een onderdeel is van de portefeuille van Staatssecretaris Blokhuis. Dit is momenteel een project in de ggz in een aantal regio's, maar ik ben wel nieuwsgierig naar de opvatting van de Minister of dit gewoon een voorziening kan worden in elke ambulanceregio.

Het tweede onderwerp is de monitoring. In een van de brieven van de Minister geeft hij aan dat ook voor de acute zorg regiobeelden belangrijk zijn. Hierover zijn in de hoofdlijnenakkoorden en in het kader van de juiste zorg op de juiste plek ook afspraken gemaakt. Zo gaf de Minister in oktober vorig jaar zelf aan dat hij daarmee aan de slag wilde. Hoe staat het met die regiobeelden, vraag ik hem.

Over de afbakening van de regio's is nog steeds veel onduidelijk. Hoe neemt hij hier regie? Kan de Minister hierover een update geven?

De NZa geeft in haar monitor terecht aan dat aantoonbaar effectieve initiatieven in de acute zorg standaardpraktijk zouden moeten worden, maar dit gebeurt nog maar zeer beperkt. Wat hierbij meespeelt is het not invented here-syndroom. Dit vraagt om meer sturing, want anders blijven partijen naar elkaar wijzen. Wat gaat hij hieraan doen?

Het derde onderwerp is het eerstelijnsverblijf. Volgens mij zijn we het er allemaal over eens dat een tijdelijk verblijf een belangrijke schakel is in de acute zorg. Beschikbaarheid van bedden moet dan ook alle prioriteit hebben. Toch is er nog steeds onzekerheid over de structurele bekostiging van coördinatiepunten die hier inzicht in moeten geven. Hoe gaat de Minister hier zo snel mogelijk de knoop over doorhakken?

Voorzitter. Het is lang niet altijd mogelijk om bij het verzoek om een bed in een tijdelijk verblijf al bij de aanvraag aan te geven onder welke wet deze betreffende patiënt geschaard moet worden. Bij de bespreking van onze initiatiefnota Lachend tachtig is een motie aangenomen om te kijken hoe er eerst een wet geregeld kan worden en daarna pas het label of de wet erbij gezocht kan worden. Zijn er al stappen gezet bij de uitvoering van

deze motie? Hoe staat het hiermee? Ook dit kan immers helpen bij een spoedige doorstroming in de acute zorg. Tot slot preventie. We hebben het ook genoemd de kracht van de eerste schakel. In alle stukken over de acute zorg schittert preventie door afwezigheid. Hoe kunnen we voorkomen dat een acute zorgsituatie ontstaat en er een zorgvraag komt? Daar is nog een wereld te winnen. Acute zorg is altijd de kracht van de keten. Wij denken dat de eerste schakel hier de belangrijkste is. Laten we vooral beginnen bij het begin. Hoe komt het dat ook de cijfers van de instroom van ouderen richting het ziekenhuis zo schrikbarend hoog zijn? Het begint aan de voorkant. Uit cijfers blijkt dat veel patiënten het ziekenhuis binnenkomen met klachten die ook thuis opgelost hadden kunnen worden. Thuis, dat is immers de plek waar wij allemaal het liefst zien dat mensen zo lang mogelijk en zo plezierig mogelijk kunnen verblijven. Is het kabinet bereid om daarin te investeren? Zo is in het Verenigd Koninkrijk de praktijk dat een team 24 uur per dag bij iemand thuis kan komen. Zij constateren bijvoorbeeld dat iemand een longontsteking ontwikkelt, maar dat de situatie niet acuut is. Dit team kan ter plekke voor medicatie en extra behandeling zorgen. Als iemand weer stabiel is, gaat hij naar de huisarts. Als diezelfde huisarts de patiënt wat langer in beeld heeft, kan hij ook weer tijdiger ingrijpen omdat hij de voorgeschiedenis kent en volgt. Dit is gezien onze structuur in Nederland ook haalbaar, maar het vraagt om investeren. Is de Minister bereid om voor dit cruciale voortraject, de eerste schakel, stappen te gaan zetten? Graag een reactie op dit punt van de Minister. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

U ook bedankt. Geen nadere vragen? Dan geef ik het woord graag aan de heer Bisschop namens de SGP.

De heer Bisschop (SGP):

Voorzitter, dank u wel. Zoals collega's terecht constateren: de zorg in Nederland is van hoog niveau, maar tegelijkertijd is er heel veel reden tot zorg over de handhaafbaarheid en de uitvoering van acute zorg. Die staan in feite gewoon onder druk. De oorzaken zijn al genoemd: personeelstekort, vergrijzing, sluiting spoedeisende hulp en toenemende aanrijtijden, met name in de provincie. Door dit alles dreigt de acute zorg in de knel te komen, bijvoorbeeld in Flevoland, Drenthe en Zuidoost-Groningen. Voor Flevoland ligt er nu een heel pakket met feiten en cijfers over de zorg. Het is zaak dat daar voortvarend knopen worden doorgehakt met het oog op de toekomst. Mijn concrete vraag aan de Minister is: hoe houdt de Minister grip op dit proces? Er is terecht veel over te doen geweest. Het is een kwetsbare situatie. Door strak de vinger aan de pols te houden, zou de Minister mogelijk een hele goede invloed kunnen uitoefenen.

Als het gaat over de uitvoering van de motie-Van der Staaij over de aanrijtijden, geeft de Minister aan dat op 27 maart een gesprek heeft plaatsgevonden met de Gelderse regionale ambulancevoorzieningen en een afvaardiging van enkele Gelderse gemeenten. Goed dat het gesprek op zo korte termijn is gevoerd. De SGP is nu wel erg benieuwd naar het vervolg. Hoe houdt de Minister in het vervolgtraject de regie? Hier spelen ook andere belangen een rol. De aanwezigheid van de Minister kan helpen om de vaart erin te houden. U ziet: wij hebben hoge verwachtingen van de Minister. Op welke wijze houdt de Minister de Kamer op de hoogte van het vervolg?

Voorzitter. De regionale ambulancevoorzieningen gaven in een gesprek aan dat er in de gehele regio geen sprake is van verslechtering van ambulancezorg. Als je die zin leest en je laat hem op je inwerken, dan klinkt het op het eerste gezicht mooi, maar er zit wel een addertje onder het gras. In bepaalde specifieke gemeenten en gebieden is de ambulancezorg al jaren onder de maat. Dat er geen verslechtering van een heel

beroerde situatie optreedt – er wordt ver beneden de norm gepresteerd – is mooi, maar absoluut geen prestatie om positief over te zijn. Ik vraag de Minister daarom of de verschillen binnen de regio's serieus worden bekeken. Hoe gaat de Minister daarmee om?

Het is de Minister ongetwijfeld bekend dat er ook in andere delen van het land zorgen leven over de aanrijtijden. Als de Minister daar nog niet mee bekend was, dan hebben collega's daar voldoende duidelijkheid over verschaft. Denk aan bepaalde gebieden in Zeeland. Is de Minister bereid om ook in andere regio's gesprekken te organiseren met gemeenten en regionale ambulancevoorzieningen om te kijken hoe de aanrijtijden kunnen worden geoptimaliseerd?

Tot slot een paar andere vragen. Ik lees in het actieplan dat er wordt nagedacht over een nieuwe urgentieclassificatie voor ambulanceritten. Het huidige onderscheid zou niet langer voldoen. De vraag aan de Minister is: kan hij wat nader duiden waarom er behoefte is aan meer classificaties? Kan de Minister daarbij ook garanderen dat het opnieuw trekken van lijntjes tussen het urgentieniveau van de verschillende ambulanceritten er niet voor zorgt dat het ambitieniveau en de kwaliteit van de zorg daaronder gaan lijden?

Volgens de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland verdwijnt er de komende vijf jaar naar verwachting 40% van de huidige ambulanceverpleegkundigen. Dat klinkt heel zorgelijk, met name omdat de toename van de vraag naar ambulancezorg zich in de toekomst waarschijnlijk zal doorzetten. Ik heb een paar vragen aan de Minister. Is het duidelijk waarom sprake is van zo'n grote uitstroom? Vergrijzing en pensionering zijn te calculeren, maar dit is meer dan alleen maar een vergrijsd personeelsbestand. Wat is de oorzaak en welke mogelijkheden ziet de Minister om deze fantastische verpleegkundigen voor de acute zorg te behouden? Is er voldoende inzicht in de instroom van de nieuwe bacheloropleiding medisch hulpverlener? Draagt deze bachelor voldoende bij aan het terugdringen van het personeelstekort?

Voorzitter, ik laat het hierbij. Ik dank u zeer.

De voorzitter:

U ook bedankt. Ik geef het woord graag aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. De afgelopen 50 jaar is er in de acute zorg ongelofelijk veel verbeterd. Als je in de jaren zestig een ambulance nodig had, belde je naar je huisarts of de ambulancedienst. De ambulance met daarop een begeleider met EHBO-diploma bracht je naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis en pas daar startte de zorg. Nu bel je naar 112 en begint de zorgverlening eigenlijk al bij de verpleegkundige centralist. Vervolgens neemt de ambulanceverpleegkundige de zorg over zodra de ambulance ter plekke is en gaat daarmee door tijdens de rit. De ambulance brengt de patiënt naar het meest geschikte ziekenhuis, waar de zorg wordt voortgezet, op een goed uitgeruste spoedeisendehulp post.

Voorzitter, ik denk dat we dankbaar mogen zijn voor de hoogwaardige zorg die we in ons land hebben en het is natuurlijk niet voor niets dat de sector zulke goede cijfers krijgt. Dat betekent niet dat we achterover kunnen leunen. In de monitor acute zorg geeft de NZa aan dat er drie belangrijke uitdagingen zijn om de acute zorg toekomstbestendig te organiseren. Samengevat gaat het om samenwerken en kennis delen. De uitdaging is om met beperkte middelen en menskracht te kunnen voldoen aan een groeiende zorgvraag. Intussen wordt er ook gewerkt aan kwaliteitskaders voor de spoedzorg en de ambulancezorg.

Voorzitter, ik heb over dit alles uiteraard een aantal vragen. Het nieuwe Kwaliteitskader Spoedzorgketen mag er niet toe leiden dat de bezettingsnormen onhaalbaar zijn. Het Zorginstituut toetst niet of deze normen ook

voor bijvoorbeeld streekziekenhuizen en krimpregio's haalbaar zijn. Het toetst of landelijk werkende koepels de indiening van de kwaliteitsstandaard onderschrijven. Als dat zo is, gaat het Zorginstituut er dus vanuit dat aanbieders uit alle geledingen en delen van het land inbreng hebben gehad en dat hun belangen ook voldoende zijn afgewogen. Is dit niet een te snelle conclusie? Ook Zorgverzekeraars Nederland trekt hierover nu aan de bel.

Voorzitter. Van de Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen heb ik begrepen dat er drie niveaus SEH's zijn, waarbij de kwaliteitseisen ook verschillen. Betekent dit ook dat bij het vaststellen van normen in het kwaliteitskader een differentiatie mogelijk is?

Voorzitter. Het aantal spoedeisendehulpdiensten is gedaald van 107 in 2003 naar 83 nu, maar ondertussen zijn er ook spoedposten en spoedpolis bij gekomen. Hiervoor geldt geen uniforme inrichting. Een SEH kan wat anders zijn dan een spoedpoli. Zou het niet goed zijn om van de spoedpost een nieuwe standaard te maken, naast de SEH, zodat ook voor patiënten duidelijk is wat ze daar voor zorg kunnen verwachten?

De uitwisseling van kennis en implementatie van best practices gaat niet vanzelf. De NZa bepleit dat op landelijk niveau één partij de verantwoordelijkheid draagt om te zorgen dat effectieve initiatieven snel ook standaardpraktijk worden. Dat is veel meer dan het aanbieden van een digitaal platform voor uitwisseling. Ziet de Minister hierin ook een rol voor zijn ministerie? Zo niet, waarin dan wel?

Vanaf afgelopen maandag kunnen patiënten vanuit de Oost-Achterhoek direct per ambulance vervoerd worden naar het St. Agnes-Hospital in het Duitse Bocholt. Ziet de Minister meer mogelijkheden voor deze grensoverschrijdende samenwerking binnen de euregio? En heeft de Minister er zicht op wanneer het nieuwe Kwaliteitskader Spoedzorgketen wordt geïmplementeerd? Hoe worden hierbij de afspraken uit het kwaliteitskader gemonitord, bijvoorbeeld aan de hand van de aanbevelingen van de NZa?

Voorzitter. Ook anderen hebben er al over gesproken: in de ambulanciezorg is het van levensbelang dat realtime informatie beschikbaar is over de plek waar de patiënt naartoe gebracht kan worden en dat gegevens over de gezondheid van de patiënt ook realtime beschikbaar zijn. Nu is er een aantal regio's waar huisartsen, ambulance en spoedeisende hulp de gegevensuitwisseling op orde hebben, maar door gebrek aan regie blijft de landsbrede implementatie uit, laat staan dat de gegevensuitwisseling tussen de regio's op orde is. Ook patiënten zijn vaak niet door hun huisarts gevraagd om toestemming te geven voor uitwisseling van gegevens. Wat gaat de Minister doen om deze problemen op te lossen?

Voorzitter. Nog een punt dat ook door anderen aan de orde is gesteld – dat heb je als je de zoveelste spreker bent – en wel de normen in het kwaliteitskader. Hoe krijgen de 15 en 45 minuten normen wat de Minister betreft hierin een plek? Hij heeft aangegeven dat de 45 minuten norm wat hem betreft ook herijkt wordt. Wat is de stand van zaken daarvan? De veldpartijen hameren op meer kwalitatieve en gedifferentieerde normen. Dat 95% van de spoedritten binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn, zegt namelijk nog niets over de kwaliteit van de geleverde zorg. Hoe beoordeelt de Minister dit en hoe wordt geborgd dat het nieuwe kwaliteitskader goed aansluit op het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, bijvoorbeeld op het terrein van informatie-uitwisseling?

Dan de aed's. De Minister schrijft dat burgerhulpverlening met een aed van absoluut belang is, maar om een landelijke dekking van 6 minutenzones te krijgen, moeten er ten minste 30.000 aed's zijn geregistreerd. Uit de antwoorden op schriftelijke vragen van mij bleek dat er vorig jaar pas 16.000 aed's geregistreerd waren. Slechts in 11% van Nederland was er sprake van dekkende 6 minutenzones en Amsterdam laat het afweten. Hoe staat het er nu mee en wanneer wil de Minister 100% dekking hebben?

Voorzitter. Ik zie dat ik aan de vijf minuten ben. Mijn allerlaatste vraag: er zijn veel veranderingen in de acute zorg en de ambulancezorg. Hoe worden burgers en patiënten hierbij betrokken? Uit onderzoek weten we dat burgers inhoudelijk te weinig weten van de ambulancezorg. Hier is nog veel te winnen. Communicatie en informatie naar de patiënt moeten dus wat ons betreft ook zeker een plek krijgen in het kwaliteitskader. Dank u wel.

De voorzitter:

U krijgt nog een klein stukje extra spreektijd voor het antwoord op een vraag van de heer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik moet nog even de woorden op me in laten werken, maar ik ga de volgende vraag stellen aan mevrouw Dik-Faber. Zij vroeg het eigenlijk aan de Minister, maar wat vindt zij zelf van de huidige normen en aanrijtijden die we hebben, de 15 minutennorm en de 45 minutennorm? Wat is de mening van de ChristenUnie daarover?

Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):

Ik heb ook de sheets bekeken van Ambulancezorg Nederland. Volgens mij hebben we die allemaal gekregen. En daaruit is voor mij heel helder geworden dat het goede richtlijnen zijn en dat ze ook waardevol zijn. We moeten ze dus niet zomaar overboord gooien, maar ze zijn ook niet alleszeggend. Ze zeggen namelijk niks over de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd. Het zijn dus ook geen zorginhoudelijke richtlijnen. Dat is de zoektocht die ik ook graag met de heer Geleijnse wil gaan inzetten: of en hoe moeten we deze normen nu zien en hoe moeten we ze gaan verankeren? Want je kan inderdaad binnen 15 minuten ter plekke zijn. Dan is de norm gehaald, maar is daarmee dan ook de zorginhoudelijke norm gehaald? Dát is echt de vraag die ik hier op tafel leg. We komen nog te spreken over het kwaliteitskader. Laten we zien hoe het daarin een plek heeft gekregen. Ik ben graag bereid om hierover samen met de heer Geleijnse nog verder te spreken met de sector.

De voorzitter:

De heer Geleijnse. Nee? Prima. Dan is mevrouw Dik-Faber helemaal klaar en is het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. In twee jaar tijd zijn er vijf spoedeisendehulpverleningsposten gesloten. Als we de failliete ziekenhuizen van de IJsselmeergroep meetellen, dan komen we op zeven; tel ik Hoogeveen en Stadskanaal mee, dan komen we op negen. Van de 104 spoedposten in 2006 zijn er in 2019 nog 81 over. En als de toekomstverkenners voor Flevoland zijn zin krijgen, dan gaat dat aantal ook nog eens gehalveerd worden. Dat terwijl het aantal patiënten dat spoedeisende zorg nodig heeft, groeit met ruim 5% per jaar. Dat terwijl het aantal 75-plussers de komende twintig jaar verdubbelt en hun zorgvraag vermoedelijk ook. Je zou dan ook verwachten dat de acutezorgsector hierop inspeelt en uitbreidt. Maar nee hoor, de almachtige wijsheid is: afbraak. Het is totale gekte, op geen enkele redelijkheid of logica gestoeld, maar het is wel het beleid. Niet alleen vindt deze Minister dat het sluiten van spoedeisendehulpverleningsposten geen probleem is; hij begeeft zich wat betreft responstijd ook al op een hellend vlak. Zijn voorgangers stonden nog pal voor de 45 minutennorm. Ik citeer oud-Minister Klink: «Ik sta garant voor de 45 minutennorm. De Kamer kan mij aanspreken op de bereikbaarheid binnen 45 minuten». En ik citeer oud-Minister Schippers: «Ik ben verantwoordelijk voor de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp binnen 45 minuten. Ik zal niet toestaan dat de 45 minutennorm wordt overschreden.» Die taal

nam de huidige Minister moeiteloos over. Ik citeer: «We moeten het houden bij de regeling die bestaat voor een 45 minuten-gevoelige zorg.» Maar nu het kolossaal misgaat met de 45 minuten-norm, draait hij en is het: «Die 45 minuten zijn een vuistregel. De 45 minuten-norm is geen bereikbaarheidsnorm. Het gaat om een modelmatige spreidingsnorm.» Voorzitter. Dit is onacceptabel. Het beleid zou zich moeten richten op het aanscherpen van de 45 minuten-norm en niet op het opheffen daarvan. Welke van die talloze communicatiemedewerkers heeft bedacht dat dit allemaal wel kon? Op welke planeet heeft de Minister bedacht dat hij dit kan maken, dat hij de bereikbaarheid in acute situaties zulk geweld aan kan doen, dat hij zijn handen ervan af kan trekken als het hem uitkomt? Terwijl de suggestie gewekt wordt dat een ambulance een soort ziekenhuis op wielen is, hebben onderzoekers in Spanje becijferd dat juist het verkorten van de aanrijtijd van 25 tot 15 minuten het aantal sterfgevallen met een derde terugbrengt. Ook in Amerika spreken ze inmiddels van een golden... niet het golden hour, maar die ten minutes huppel-depup. Wij hanteren al een wettelijke aanrijtijd van vijftien minuten. In plaats van dat we die aanscherpen, wordt er verslapt. In 2017 werd die wettelijke aanrijtijd überhaupt maar in 3 van de 25 regio's gehaald. Hoe gaat de Minister in dezen om met zijn wettelijke verantwoordelijkheid voor de aanrijtijd van vijftien minuten?

Onderzoek in Zweden toonde aan dat 12% van de dodelijke verkeersslachtoffers had kunnen overleven als ze eerder in het ziekenhuis waren geweest. Kortom, hoe sneller in het ziekenhuis, des te groter je overlevingskansen. Dit is een waarheid als een koe. Dit is logica. Maar niet in dit huis, niet bij deze regering en ook niet bij de communicatiemedewerkers van de Minister. Als we dan horen dat de responstijd in Flevoland boven de 15 minuten ligt en in Urk zelfs boven de 60, dan moeten toch alle alarmbellen afgaan. De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert dat zogenaamde golden hour als norm voor spoedzorg in ontwikkelingslanden, in derdewereldlanden. Dat gaan we in een modern land als Nederland, een land dat altijd koploper wil zijn bij van alles en nog wat, toch zeker niet overnemen? Ik vraag de Minister om afstand te nemen van zo'n lage norm.

De casus van de heer Salomonson van 71 jaar met botbreuken in zijn been illustreert de stand van onze spoedzorg. Meneer viel in Lelystad van zijn fiets, brak zijn been op drie plaatsen en werd met de ambulance naar het MC Zuiderzee gebracht, waar de röntgenafdeling nog open was. Daar constateerden ze dat hij zo snel mogelijk geopereerd moest worden. Er volgde een belronde. Sneek, Zwolle, Heerenveen, Almere, Harderwijk: nergens was plek. In de tussentijd liep hij een infectie op. Uiteindelijk kon hij acht dagen later terecht in Harderwijk. «Zo snel mogelijk opereren» werd dus acht dagen. Ook niveautje derde wereld.

Of neem de casus van de zwangere vrouw die wegens groeiachterstand van haar kindje voor een controle naar Zwolle werd verwezen, dit uitstelde omdat ze vanwege de grote afstand eerst vervoer moest zien te regelen, en intussen van de trap viel. Bij controle in Zwolle bleek haar baby te zijn overleden. Inmiddels komen ook de signalen over zorg mijden weer binnen, bijvoorbeeld van een meneer die niet naar Harderwijk wil, omdat zijn vrouw hem dan niet kan komen opzoeken.

Voorzitter. Dit is te gek voor woorden. Het is ronduit tragisch. Zo wil de Minister de spoedzorg in ons land toch niet inrichten? Ik wil visie van de Minister horen. Ik wil de Minister houden aan de 45 minuten-norm, waar zijn voorgangers zich ook met verve aan hielden. Bij een beetje tegenwind zetten we toch niet onze normen overboord? Hij moet nu iets doen, nu het moeilijk wordt. Hij moet ergens voor staan. Hij moet de acute zorg redden. Hij moet de ziekenhuiszorg redden. Als hij dat niet doet, dan moet hij plaatsmaken voor iemand die het wel aandurft.

De voorzitter:

Ik hoor een punt. Mooi zo. Precies op tijd. Ik vraag mevrouw Van den Berg om even het voorzitterschap over te nemen, zodat ik mijn eigen bijdrage aan dit debat kan leveren.

Voorzitter: Van den Berg

De **voorzitter**:

Oké. Dan zou ik graag het woord willen geven aan meneer Rutte.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Heel wat van mijn collega's hebben vandaag al de loftrumpet gestoken over de spoedeisende zorg en ambulancezorg in dit land, en heel terecht. Op 20 februari werd bij het programma EenVandaag een uitspraak gefactcheckt die ik had gedaan in het programma De Hofbar, namelijk dat wij de allerbeste ambulancezorg van heel Europa hebben. Twee volstrekt onafhankelijke deskundigen kwamen tot de conclusie dat zowel ten aanzien van wat het personeel kan en doet in de ambulance als ten aanzien van wat zich allemaal bevindt in die ambulance, mijn uitspraak feitelijk juist was. Dat verbaast mij ook niet. Ik denk dat iedereen die hier weleens met ambulancebroeders spreekt of een dag met ze mee heeft gewerkt, kan zien dat de ambulancezorg in Nederland van topniveau is, echt internationaal topniveau. Dat maakt ook wel dat er in discussies over ambulancezorg en de spoedeisende keten in dit land niet zomaar gemeten kan worden aan normen in andere landen, gewoon omdat onze ambulance andere dingen doet en kan dan bijvoorbeeld een ambulance in België. Die is kaal. Hij rijdt wel heel snel; hij is snel ter plaatse en brengt je naar het ziekenhuis, maar ondertussen word je veel minder behandeld dan hier. Dat is een enorm verschil. Iedereen die beweert dat het niet zo is, spreekt simpelweg niet de waarheid.

Dat neemt natuurlijk niet weg dat er zorgen zijn ten aanzien van normen. Je zult maar in Lelystad wonen – ik zie die meneer hier zitten – en een spoedeisende post hebben gehad, waardoor je vroeger een veel kortere aanrijtijd had dan nu. Dat hebben we nog niet opgelost. Ik vind dat ook ongemakkelijk. Er zijn geen middelen beschikbaar om de spoedeisende post in Lelystad weer open te doen. In de tussentijd vind ik ook dat waar je ook woont in Nederland, in Groningen – daar woon ik zelf – maar ook in Lelystad, je erop moet kunnen rekenen dat er snelle en goede zorg is. Er mag geen verschil zijn tussen stad en land. Er kunnen regionaal wel verschillen zijn in de inrichting. Er kunnen regionaal specifieke uitdagingen zijn. Maar uiteindelijk moet iedereen op dezelfde normen en dezelfde kwaliteit van zorg kunnen rekenen. Waar dat niet zo is, zullen we toch echt met elkaar aan de slag moeten, maar dan wel graag in overleg met alle betrokkenen en alle deskundigen.

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van meneer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wou nog even terugkomen op het begin van het betoog van de heer Rutte. Hij is blij dat zijn bewering dat we in Nederland de beste ambulancezorg van Europa hebben, waar bleek te zijn. Nou is dat gebeurd onder het gesternte van het niet aanbesteden van de ambulancezorg. Dat is al sinds jaar en dag een langdurige gunning onder regie van de Minister. Vindt de VVD gezien die resultaten dat we dan ook maar definitief af moeten stappen van het spookbeeld dat de ambulancezorg gebaat zou zijn bij aanbestedingen?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

In Nederland hebben we de ambulancezorg qua inrichting wel een beetje bijzonder geregeld. We hebben een samenspel tussen particuliere aanbieders en overheidsaanbieders, verdeeld over regio's. Dat schuurt met de Europese wet- en regelgeving. Tegelijkertijd ben ik zelf wel een beetje van de praktische school: als het functioneert, hoef je er ook niet al te veel aan te veranderen. Ik vind aanbesteden dus geen doel. Ik vind hooguit dat als er in de toekomst een andere ingunning komt waarbij de ene aanbieder in de problemen komt en een andere het echt beter kan doen, daar enige ruimte voor zou moeten zijn. Maar aanbesteden als doel? Nee, zo zie ik dat zeker niet. Ik ben juist heel tevreden met de manier waarop het op dit moment functioneert.

De voorzitter:

Meneer Van Gerven, afsluitend.

De heer Van Gerven (SP):

Het is toch nog niet helemaal duidelijk. De VVD is de enige partij – misschien samen met D66, maar dat weet ik niet zeker, want we hebben nu een nieuwe woordvoerder – die iedere keer wilde proberen om het aan te besteden. We hebben destijds Minister Hoogervorst gehad. We hebben ook Klink gehad, die het nog even probeerde, maar daar snel van terug moest komen. Minister Schippers heeft het later weer geprobeerd, maar is ook weer teruggefloten. Er is totaal geen draagvlak voor en ook geen reden, en de sector wil weten waar hij aan toe is. Kunnen wij niet gewoon afspreken dat we overgaan tot permanente gunning en afstappen van die aanbesteding? Dat hoeft ook helemaal niet van Europa als wij het zelf permanent gunnen en als een soort nutsvoorziening zien. Laten we dat als uitgangspunt nemen. Als het permanent gegund is aan een regionale ambulancevoorziening, kunnen we natuurlijk kijken hoe dat binnen zo'n ambulancevoorziening fatsoenlijk geregeld kan worden.

De heer Arno Rutte (VVD):

De heer Van Gerven en ik zouden het principieel en ideologisch op allerhande manieren heel erg oneens kunnen zijn, maar het kon ook weleens verschrikkelijk meevallen. In het verleden is het bijvoorbeeld gebeurd dat de publieke ambulancevoorziening in Zeeland onder druk kwam te staan en dat een private aanbieder toen zei: ik ben bereid om dat over te nemen. Die aanbieder doet dat inmiddels, en die doet dat goed. Ik vind het belangrijk dat we die ruimte met elkaar wel houden, zodat andere partijen die dat goed kunnen, daarop kunnen instappen als de zorg onder druk komt te staan. Ik ben er niet op uit dat we er een commercieel circus van maken. Nee, die behoefte voel ik niet. Wat mij betreft komen we dus met een permanente wet die rust in de tent brengt. Hoe die er precies uitziet, weet ik op dit moment ook niet – het schijnt nogal een ingewikkelde toestand te zijn, juist vanwege het vertrekpunt dat er op dit moment ligt – maar die wet kon nog weleens dichter bij de heer Van Gerven liggen dan hij op dit moment zelf suggereert.

De voorzitter:

De heer Rutte vervolgt zijn betoog.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter. Ik zou mij vandaag willen focussen op iets waar ook de heer Renkema op wees: preventie. Uit de getallen blijkt dat het gebruik van ambulances echt waanzinnig is gestegen sinds 2012. Het aantal ritten is inmiddels 1,3 miljoen, terwijl we in 2012 nog onder de miljoen zaten. Dat is waanzinnig veel. Voor een deel kun je dat niet voorkomen. Spoedeisende hulp is spoedeisende hulp. Iemand die op straat ligt omdat hij aangereden is, moet soms met een ambulance mee. En zo kunnen we meer voorbeelden verzinnen. Maar steeds vaker hebben we toch wel het

gevoel dat mensen die last hebben van bijvoorbeeld een chronische aandoening zoals COPD, die heel lang stabiel is, maar zo af en toe opvlamt en heel ernstig wordt, uiteindelijk via een ambulance in het ziekenhuis terechtkomen. En dat terwijl je absoluut voorkomt dat de ziekte escaleert en dat de patiënt in de ambulance of op de spoedeisende hulp terechtkomt als je die op een andere manier, met slimme zorg, gewoon netjes in de gaten houdt.

Ik heb er bij de begroting aandacht voor gevraagd dat we dit soort zorg ruim baan moeten geven en dat de tijd van de pilots en de experimenten echt voorbij is. Deze zorg moet beschikbaar zijn voor iedere patiënt die daar baat bij kan hebben, voor iedere chronische patiënt. Dan heb ik het bijvoorbeeld over patiënten met COPD en patiënten met hartfalen. Een ander voorbeeld waarbij gebruik kan worden gemaakt van andere vormen van meetbare zorg zijn mensen die last hebben van hartkloppingen, van boezemfibrilleren. Dat is een aandoening die zich vooral voordoet op het moment dat iemand in rust komt, dus 's avonds of in het weekend. Als het in één keer opkomt, ligt zo'n patiënt voordat hij het weet in de ambulance op weg naar de spoedeisende hulp, terwijl je kunt voorkomen dat het escaleert en dat de patiënt daar terechtkomt als je deze patiënten met slimme zorg monitort. Dan kan er namelijk tijdig worden bijgeschakeld, bijvoorbeeld door medicatie aan te passen. Veel comorbide kwetsbare ouderen zouden enorm geholpen kunnen zijn als we personenalarmering in huis zouden aanleggen en meer ruimte zouden geven aan wijkverpleegkundige zorg. Daarmee voorkomen we onvoorstelbaar veel spoedeisende hulp. Ik zou heel graag willen dat er voor de toekomst van de spoedeisende hulp plannen komen waarin wij dit soort zaken, dit soort oplossingen, ruim baan geven, en graag ook een beetje snel.

Tot slot de verkeerdebedproblematiek, waarbij je iemand die op de spoedeisende hulp komt, niet kwijtraakt. Dat punt is door een aantal van mijn collega's ook al aangeraakt. In mijn eigen regio – dat is ook de regio van de heer Renkema – is er een coöperatie die ZorgnaZorg heet. Die coöperatie zorgt ervoor dat in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe geen enkele patiënt onnodig in een ziekenhuisbed ligt, nooit. Alle capaciteit van verpleeghuizen en eerstelijnsverblijven is in beeld.

Patiënten worden altijd geplaatst. Dat is al drie jaar het geval. Ik heb daar al meerdere keren aandacht voor gevraagd. Er wordt in meerdere regio's al over gesproken, zo van «goh, wat een goed idee», maar ondertussen gebeurt het nog veel te weinig. Ik vind dat dat niet kan. Er zijn goede voorbeelden, net als bij die slimme zorg thuis. Laten we er nu alsjeblieft voor zorgen dat er wordt opgeschaald.

Dank u wel.

De voorzitter:

Ik zie dat de heer Geleijnse een interruptie wil plegen.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik wil even iets factchecken uit het begin van de inbreng van de heer Rutte. Zei u nou dat we aan tafel moeten als de normen en de aanrijtijden in de verschillende regio's, platteland, stad, afwijken? Heb ik u dat horen zeggen?

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik vind dat we toe moeten naar een normering die duurzaam is en die recht doet aan de veranderingen in de vorm van de ambulancezorg die geboden wordt. Die is namelijk anders dan in het verleden. De 15 minutennorm stamt bijvoorbeeld uit 1971. Toen was ambulancezorg echt anders dan nu. Tegelijkertijd moet er wel een norm blijven waar mensen zich vertrouwd bij voelen, ook als het gaat om de snelheid. Er moeten nieuwe en goede normen komen die daar recht aan doen en die ook niet per regio verschillen, want ik vind niet dat je, als je in Amsterdam woont,

meer moeten kunnen vertrouwen op een ambulance dan als je in Loppersum woont. Het zou trouwens weleens andersom kunnen zijn, omdat je in Amsterdam meer congestie hebt dan in Loppersum, maar daar gaat het niet om. Er moet één norm gelden, waar je ook woont. Dat moet ook een norm zijn die recht doet aan de aard van de zorg en die we met elkaar goed kunnen waarmaken.

De voorzitter:

De heer Geleijnse, afrondend.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank voor deze toelichting. Heeft de heer Rutte van de VVD dan naast mogelijk nieuwe normen en veel meer aandacht en geld voor preventie, ook nog andere oplossingen voorhanden?

De heer Arno Rutte (VVD):

Ik vind het vooral heel erg belangrijk dat er door de betrokkenen bij deze zorg, door de mensen die daar dagelijks mee bezig zijn en die weten hoe de spoedeisende keten eruit moet zien, echt opnieuw wordt nagedacht over vragen als «hoe ziet dat er dan uit?», «wat zijn de normen waaraan we willen voldoen?», «wat moet er inhoudelijk aanwezig zijn en binnen welke tijd?» en «waar kun je dan op rekenen?». Dan moet je ook alles meenemen. De heer Raemakers had het al over de inzet van heel veel burgervrijwilligers. Bij een hartstilstand heb je bijvoorbeeld geen responstijd van een kwartier, maar van drie, vier minuten. Bij dat soort aandoeningen moet je dus binnen drie, vier minuten een burgerhulpverlener ter plaatse hebben. Zo kunnen dingen wel gaan veranderen. Ik vind het heel belangrijk dat we straks weten hoe het er uitziet. Dan kom je ook op de vraag hoe we dat kunnen organiseren en hoe we dat kunnen waarmaken. Het kan best zijn dat daar andere dingen voor nodig zijn, maar wel graag in die volgorde.

De voorzitter:

Er zijn geen interrupties meer.

Voorzitter: Arno Rutte

De voorzitter:

De Minister fluisterde net in mijn oor dat hij behoefte heeft aan een schorsing van een kwartier. Laten we dat dus doen. We zien elkaar terug om 15.10 uur.

De vergadering wordt van 14.54 uur tot 15.12 uur geschorst.

De voorzitter:

We beginnen twee minuten later dan gepland. We zitten krap in de tijd. Ik vraag iedereen om te gaan zitten, zodat we kunnen gaan beginnen. Ik geef het woord graag aan de Minister, die heeft aangegeven dat hij zijn beantwoording in drie blokken gaat doen. Als ik het niet goed heb, dan hoor ik dat. Hij begint met een blok over de ambulancezorg, inclusief de antwoorden op de vragen daarover, en daarna volgt een blok over de acute zorg, inclusief de antwoorden op de vragen daarover. Hij eindigt met de overige vragen die er dan nog liggen. Ik geef het woord graag aan de Minister.

Minister Bruins:

Ja, dat leek mij handig omdat u veel heeft gesproken over de ambulancezorg. Eigenlijk heeft iedereen dat gedaan. Iedereen heeft ook iets gezegd over andere vormen van acute zorg. Het blokje overig kan dan heel klein blijven.

Voorzitter. Ik ga het eerst hebben over de ambulancezorg. Voordat ik de vragen ga beantwoorden, wil ik eerst een paar algemene opmerkingen maken. Velen van u hebben het gezegd en ik zeg het u na: ik ben trots op de ambulancezorg in Nederland. Ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs staan vrijwel dagelijks voor cruciale keuzes. Ruim 6.000 ambulancemedewerkers in Nederland zetten zich in de meldkamer en op de ambulance met hart en ziel in om hulp te verlenen aan wie dat nodig heeft.

Voorzitter. Het totaal aantal ritten is tussen 2012 en 2017 met 17% gestegen. Daarbinnen is ook het aantal spoedeisende ritten enorm gestegen. Het gaat dan om de A1- en A2-ritten. Dat waren er in 2012 nog 774.000. Vijf jaar later waren dat er 200.000 meer: 975.000. U heeft dat gelezen in de brief die ik u heb geschreven. Ik vind het werkelijk heel bijzonder dat de sector zo'n grote efficiencyslag kan maken en door de jaren heen gelijkblijvende prestaties laat zien. In de periode tussen 2012 en 2017 zijn de landelijke gemiddelde responspercentages blijven schommelen tussen 92,4% en 93,4%. 93,4% is geen 95%, zoals wel hoort bij de 15 minuten norm. Die prestaties zijn dus onder de wettelijke norm. Onder normale omstandigheden is in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen vijftien minuten na aanname van de melding ter plaatse.

Voorzitter. De 15 minuten norm wordt al jaren niet gehaald door de meeste regio's. Dat ligt aan allerlei oorzaken. Je zou kunnen verwijzen naar de paper die AZN heeft gemaakt. Daar staan een aantal voorbeelden in van waarom de 15 minuten norm onder normale omstandigheden moet worden gehaald. Maar soms zijn er bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld grote infrastructurele projecten, sneeuwval, gladheid, gelijktijdige inzet van ambulances en een griepgolf. Dat zijn allemaal bijzondere omstandigheden. Daarnaast is er een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen en is er een toenemend aantal kwetsbare ouderen dat langer thuis blijft wonen. Ook worden patiënten sneller ontslagen uit het ziekenhuis. U heeft dat eigenlijk ook allemaal genoemd. Dat geeft ook extra druk op de 15 minuten norm. Er is ook een toenemende vraag. Zowel zorginstellingen als huisartsen verwijzen vaker naar de ambulancezorg. Wat ook een rol speelt, zijn de mondige burgers. Burgers bellen, al dan niet met hun mobiele telefoon, makkelijker naar 112.

Voorzitter. Het is goed om te constateren dat de NZa ziet dat zorgverzekeraars zich duidelijk inspannen om de RAV'en, de Regionale Ambulance Voorzieningen, beter te laten presteren. De landelijke cijfers over de responstijden van 2018 zijn in het begin van de zomer beschikbaar. Op basis van gesprekken met verzekeraars constateert de NZa tienden van procenten vooruitgang tussen 2016 en 2018 in de responspercentages. Gezien de grote toename van de vraag naar ambulancezorg is het op z'n minst mooi dat er gelijkblijvende prestaties zijn te zien. Ambulancezorg Nederland geeft aan dat ze ook in de komende periode streven naar het behalen van de wettelijke norm van vijftien minuten. Het streven naar het behalen van de wettelijke norm blijft. Daarnaast is er een pleidooi voor een breder kwaliteitskader ambulancezorg. Ik wil stap voor stap die verbetering blijven zien van de responstijden.

Daarnaast hebben we nog een aantal andere werkzaamheden te doen. Die heb ik vrij uitgebreid in de brief van eind vorige week benoemd. Ik noemde daarin zes acties. Ik wil ze hier alle zes noemen. Ten eerste ontwikkelt de sector een kwaliteitskader ambulancezorg, waarin wordt toegewerkt naar inzichtelijke zorgnormen. Hiermee wordt de 15 minuten norm een onderdeel van een breder palet aan kwaliteitsnormen. Dat is één.

Twee: u heeft in november vorig jaar het actieplan ambulancezorg ontvangen, dat ik samen met AZN en Zorgverzekeraars Nederland heb opgesteld en heb ondertekend. In de afgelopen maand heb ik nogmaals

met beide partijen benadrukt dat het actieplan wat mij betreft geen papieren werkelijkheid is. We blijven er vol op inzetten. In het actieplan staan heel veel voorstellen. Ik wil er drie noemen. De ambulancesector gaat zich versneld inzetten op de evaluatie en herinrichting van de urgentieclassificatie in de ambulancezorg. Het streven is het bieden van de juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip en op de juiste plaats. Dat is één. Twee: los van dat structurele traject gaat de ambulancesector onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om op korte termijn op verantwoorde wijze scherper af te bakenen welke urgentie de zorgvraag van patiënten heeft. Anders gezegd: vooruitlopend op de nieuwe urgentieclassificatie wordt nu al gekeken welke A1-inzetten acuut zijn en welke minder acuut zijn. Het doel daarvan is om de ALS-verpleegkundigen zo veel mogelijk vrij te spelen voor het inzetten van de grootste spoed. Drie: omdat niet elke melding aan te rijden is met ambulances en omdat voor sommige aandoeningen, bijvoorbeeld een reanimatie, zelfs een responstijd van vijftien minuten te lang is, is adequate burgerhulpverlening door middel van borstcompressie, beademing en defibrillatie met een aed van absoluut belang. Alle RAV'en hebben in gezamenlijkheid via de stichting HartslagNu één landelijk systeem ingericht om burgerhulpverleners te alarmeren die met gebruik van een aed hulp kunnen bieden in geval van een hartstilstand. De volgende actie is dat er vanuit AZN en VWS wordt ingezet op het mogelijk maken van het opleiden en behouden van personeel dat breed inzetbaar is in de ambulancezorg. Dat is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg. U heeft dat eigenlijk allemaal genoemd. In de sector is ook de functie van de bachelor Medische Hulpverlening geïntroduceerd. Tot en met 2018 zijn er 28 afgestudeerde BMH'ers ingestroomd in de ambulancezorg. Sinds september vorig jaar kent de opleiding tot BMH ook een duale variant voor ambulancechauffeurs. Er zijn inmiddels zeventien ambulancechauffeurs uit de sector gestart met deze opleiding. In september verwachten we een nieuwe lichter die zal gaan starten. Voorzitter. Een vierde punt is dat verzekeraars en ambulancediensten zorgen voor een optimale spreiding en beschikbaarheid van de beschikbare ambulancecapaciteit, onder andere door extra aandacht te besteden aan dynamisch ambulancemanagement. We hebben weleens daarover gesproken aan de hand van de situatie op Urk, waar een ambulance is toegevoegd die niet in het DAM is ondergebracht. Maar in veel gevallen is extra aandacht voor dynamisch ambulancemanagement juist heel nuttig en bruikbaar.

De voorzitter:

U krijgt een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ja, over dat dynamisch ambulancemanagement. Is dat niet gewoon verhullend taalgebruik voor de noodzaak dat ambulances noodgevallen moeten dichtrijden, omdat de spoedeisendehulpdiensten steeds verder uit elkaar gaan liggen? Zijn dat geen mooie woorden voor het dichtrijden van tekorten?

Minister Bruins:

«Dynamisch ambulancemanagement» wil zeggen dat als er ergens een ambulance wordt ingezet, een andere ambulance uit die regio gaat kijken of hij een eindje moet opschuiven. Het gaat over het rondrijden van ambulances, zodat er nooit ergens een kale plek ontstaat.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Als de afstand tussen de eerstehulpdiensten, de acutehulpdiensten, groter wordt, dan is er meer dynamisch ambulancemanagement nodig, want dan worden de afstanden langer en dan schuift alles in elkaar. Dus hoe je

het ook wendt of keert, dan worden de ambulances toch intensiever ingezet, omdat er in bijvoorbeeld Lelystad geen acutehulp post meer is.

Minister Bruins:

Dat laatste is inderdaad het woord dat ik ook zou willen kiezen. Zo'n ambulance wordt dan intensiever ingezet en dat vind ik een goed idee. Dan staat die niet de hele dag stil op een plek. Daar is door de heer Raemakers ook een vraag over gesteld, maar daar kom ik later op terug. In plaats van de hele dag een ambulance ergens neerzetten met hooguit één patiënt per dag, zorg je er met dynamisch ambulancemanagement voor dat de ambulance flexibeler is en intensiever wordt ingezet, hetgeen de inzet van die ambulance ten goede komt en ook voordelig is voor het behoud van de bekwaamheid van ambulancemensen.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen twijfelt...

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik bewaar hem even.

De voorzitter:

... maar bewaart haar interruptie. Ik kijk nog even naar de Kamerleden. Nee? Dan geef ik het woord terug aan de Minister.

Minister Bruins:

Voorzitter. Ik heb nog andere voorbeelden van acties die wij in het werk stellen. Ik maak onder andere werk van het feit dat RAV-bestuurders een proactieve rol krijgen bij het wijzigen van het zorglandschap. Wij hebben het al eerder gehad over de concept-AMvB acute zorg. Ik vind het belangrijk dat RAV'en daarbij een belangrijke stem in het kapittel hebben, dat zij niet het laatste wiel aan de wagen zijn en dat zij ook hun verantwoordelijkheid kunnen nemen in de aanpassing van het zorglandschap. Tot slot de zesde actie die ik heb genoemd in de brief en die ik ook hier wil noemen: het landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Bij de spreiding en beschikbaarheid moet men rekening houden met de toekomstige groei en beter aansluiten bij de bedrijfsvoering van RAV'en. Het referentiekader is in het verleden altijd uitgegaan van de vraag naar ambulancezorg die zich twee jaar eerder voordeed. Praktisch gezien betekent dat dat de sector altijd achterloopt. Daarom wil ik het model door middel van indexatie toekomstgericht gaan maken, zodat je kunt inspelen op de behoefte van morgen. Daarnaast laat ik het RIVM onderzoeken of het rekenmodel zelf moet worden vernieuwd om elke RAV eenzelfde betere basis te geven voor het verlenen van goede en tijdige ambulancezorg. In dit traject wordt ook bezien of onder andere burenhulp beter geborgd kan worden in het model. Waarom is dat laatste van belang? Omdat wij nu meten per regio, maar het soms heel prettig is om te weten dat er net over de grens van de regio weleens een standplaats is van een ambulance. Dat kan enorm helpen voor de aanrijtijden. Daarom is intergemeentelijk overleg ook zo van belang.

Voorzitter. Dit waren een aantal algemene opmerkingen over de ambulancezorg. Ik ben heel blij met de trots en waardering die u uit heeft gesproken voor de ambulancebroeders en ambulancechauffeurs in Nederland. Misschien mag ik daar nog één cijfer bij noemen. Het budget dat in de afgelopen jaren voor de ambulance wordt gebruikt, is enorm gegroeid. Ik weet niet zeker of ik dat in de brief heb gezet, maar ik dacht het wel. Dat is tussen 2012 en 2019 gestegen van 470 naar 670 miljoen euro. Er is dus echt flink geld bij gekomen.

Voorzitter. Er zijn een aantal vragen gesteld over de ambulancezorg en die wil ik graag proberen te beantwoorden. Mevrouw Van den Berg sprak over Gennep. Zij zei dat het percentage van 63%, dat binnen de norm ligt,

wel erg laag is. Ik herken de Kamervragen die mevrouw Van den Berg daarover heeft gestuurd. Ik heb die eind februari beantwoord. Ik heb daarin aangegeven dat de norm voor responstijden niet geldt voor de gehele regio. Maar u kan ervan op aan dat zorgverzekeraars en RAV'en samen de verantwoordelijkheid nemen om een zo groot mogelijke gezondheidswinst voor alle inwoners in de kop van Noord-Limburg te bewerkstelligen en continu bezig zijn om de ambulancezorg in hun regio zo optimaal mogelijk in te richten. Daarbij zijn bijvoorbeeld burenhulpafspraken van groot belang. Je kijkt dan weliswaar naar een andere ambulanceregio, maar die is toch dichtbij. Door een andere samenwerking tussen de drie hier betrokken RAV'en, AmbulanceZorg Limburg-Noord, RAV Brabant Midden-West-Noord en RAV Gelderland Zuid is de inzetbare capaciteit van deze RAV'en anders ingedeeld, waardoor in totaal meer mensen binnen vijftien minuten bereikt kunnen worden. Daarmee wordt dus een verbetering van het responspercentage voor de hele regio bereikt.

De voorzitter:

Dat leidt tot een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Daar wil ik toch wel even op ingaan, want we hebben een discussie gehad over de vraag of 95% gehaald wordt of dat het 93,6% is. Ik wil onmiddellijk aannemen dat het voor de hele regio verbeterd is, maar toch vind ik het wel een hard gelag dat er tegen één locatie wordt gezegd: sorry, het klopt ongeveer voor de hele regio, maar voor uw locatie is het 30% lager. Ik wil het niet over 1% hebben, maar 30% kan ik niet met droge ogen uitleggen.

Minister Bruins:

Ik begrijp dat het ingewikkeld is. Ik ben even in de cijfers van Gennep gaan kijken. In 2018 waren er 451 spoedritten A1 in Gennep. Er zijn 18.000 A1-inzetten in de betreffende regio. Als je dat op elkaar deelt, is dit ongeveer 2,4% op een heel jaar. Noord-Limburg heeft in totaal 24 ambulances. Dan is het begrijpelijk dat een RAV en een zorgverzekeraar ervoor kiezen om de beschikbare ambulances daar in de regio in te zetten waar ze het meest nodig zijn en dat betekent dat de ambulances vervolgens langer moeten rijden als er een oproep vanuit Gennep komt. Ik leg nog maar even uit hoe onze 15 minutennorm werkt. Ik zal straks nog een beetje meer vertellen over de pro's en contra's van die 15 minutennorm, maar dat is wel de wettelijke norm die we hebben afgesproken. En er is dus een regionale norm bij normale situaties.

De voorzitter:

Een vervolgvraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik begrijp dat er naar het totaal wordt gekeken. De Minister geeft aan dat de inwoners van Gennep maar voor 2,4% van de ambulanceritten zorgen. Nogmaals, het kan best zijn dat je de zorg dan op een andere manier wilt organiseren, maar ik vind het moeilijk verteerbaar dat je zegt: dit geldt voor heel Nederland, maar niet voor Gennep en dat is nou jammer. Kan de Minister aangeven hoe hij op een andere manier toch goede zorg wil organiseren? Want nogmaals, ik vind dit echt een te groot verschil.

Minister Bruins:

Ik ben aan het uitleggen dat een 15 minutennorm een wettelijke norm is. Ik wil daar ook niet vanaf. Het is een regionale norm over een heel jaar gemeten. In de gesprekken die ik onlangs met AZN had, zeiden ze ook: dit geldt niet specifiek voor Gennep, want als we een heel slechte winter hebben door gladheid, dalen onze responspercentages en komen we

nooit meer aan de 95% over het hele jaar. Het is superingewikkeld, dus er is van alles te zeggen over het halen van die 15 minuten norm in 95% van de situaties onder normale omstandigheden. Ik heb net een aantal acties genoemd, waaronder de urgentieclassificatie die huisartsen bijvoorbeeld gebruiken. Die is veel verfijnder. We moeten kijken of die soelaas kan bieden als een onderdeel van veel maatregelen. Want in het geval er echt een spoedrit is, moet die ambulance er ook kunnen zijn. Me moet de echte spoedritten uit het totaal van de A1- en A2-ritten halen. Dat is onderdeel van het kwaliteitskader waar AZN mee bezig is, namelijk kijken of er in de afgelopen jaren niet te makkelijk A1-of A2-ritten zijn uitgegeven. Ik vind dat een zeer interessante discussie. Zou dat kunnen helpen om ervoor te zorgen dat we daar waar het echt noodzakelijk is, naar een veel hoger percentage kunnen komen, ook wat betreft individuele gemeenten? Maar pas op: we hebben met elkaar een regionale norm afgesproken. Dat is een regionaal gemiddelde.

De voorzitter:

Mevrouw Agema wil een vraag daarover stellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind het toch wat ingewikkeld worden. Kan de Minister dat laatste nog eens wat duidelijker toelichten? Hij heeft het over het verminderen van het aantal A1-ritten. Kan hij dat nader toelichten?

Minister Bruins:

Dan moet ik eventjes terug naar mijn inleidende woorden. De ambulance-sector wil versneld inzetten op de evaluatie en herinrichting van de urgentieclassificatie in de ambulancezorg. Het gaat dan om de indeling van de categorieën. Wat hoort er in A1? Wat hoort er in A2? Wat hoort er in B1? Ik gaf zojuist als voorbeeld in de richting van mevrouw Van den Berg dat huisartsen weer net een andere urgentieclassificatie hanteren. Als ik het goed heb, gaat die van U0 tot en met A5. De indeling zou je goed kunnen maken op basis van de beschikbare kennis van de afgelopen jaren. Als je zou kunnen zien dat er een zekere vervuiling – dit is een heel lelijk woord, maar ik gebruik het hier toch – in de A1- of A2-ritten heeft gezeten, dan is dat misschien een opstapje om kennis te verwerven om een betere urgentieclassificatie te maken die kan helpen dat je in meer regio's naar de 15 minuten norm kunt. Zo heb ik het proberen op te schrijven in de brief. Ik zie nog geen wave over tafel gaan, maar dat is misschien ook niet zo heel gemakkelijk. Als er een zekere vervuiling zit in die A1-ritten en misschien ook in de A2-ritten en als wij de inzet van onze schaarse mensen en middelen verfijnder kunnen indelen, zal mij dat dierbaar zijn. Dan heb ik het over auto's en mensen en niet over geld. Ik vind de opzet van AZN dus heel mooi. VWS is betrokken bij de opzet van dat kwaliteitskader. Er zitten dus veel meer elementen in en dit is er een van. Wij verwachten de eerste proeven nog voor de zomer. Ik denk dat ik die voor juni wel kan krijgen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is toch heel lastig voor mij om een interruptie op te maken, want ik heb geen idee waar de Minister het over heeft. Wat hij bedoelt met de term «vervuiling»? Wat is vervuiling van A1-ritten concreet? Wat bedoelt hij daar nou mee? Het kan toch niet zo zijn dat ik al mijn interrupties moet opmaken aan de vraag: waar heeft de Minister het over? Wat bedoelt hij concreet met vervuiling van A1-ritten? Wat moet er dan gebeuren?

De voorzitter:

Dat is een heldere vraag.

Minister Bruins:

Ik dacht dat ik net in mijn inleiding een aantal voorbeelden had gegeven. Die A1-ritten worden soms ook gebruikt voor verwijzingen van een huisarts naar een zorginstelling. Dat is, als je het op de keper beschouwt, geen A1-rit, maar daar wordt wel een ambulance voor gebruikt. Ik heb zojuist ook de mondige burger genoemd, die makkelijker 112 belt en vaker weet welke antwoorden hij moet geven om de inzet van de ambulancetzorg kansrijker te maken, terwijl dat per saldo niet een A1-rit rechtvaardigt. Als we daar meer helderheid over zouden kunnen krijgen, denk ik dat daar een stukje van de puzzel kan worden gelegd. Daarom ben ik enthousiast over het kader waar de sector aan werkt en heb ik dat hier willen noemen.

De voorzitter:

Mevrouw Agema vindt hier nog wat van.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik begrijp dat de Minister over vervuiling spreekt, omdat hij vindt dat er te vaak gebruikgemaakt wordt van een A1-rit. De A1-rit wordt volgens hem te vaak ingezet. Maar dat is toch een oordeel dat je van tevoren niet kunt vellen? Wat gaat er nou concreet gebeuren? Ik probeer een vraag te stellen en ik probeer te reageren op de Minister. Wat gaat er nou gebeuren als dit werkelijkheid wordt? Zegt een triagist dan aan de telefoon: dit gaan we niet doen? Zullen mensen gewoon worden afgewezen? We weten dat er heel veel situaties te bedenken zijn waarbij je achteraf misschien de conclusie trekt dat een A1-rit niet nodig was geweest. Maar dat kun je eigenlijk vaak van tevoren helemaal niet inschatten, omdat mensen allerlei complexe en rare klachten kunnen hebben, die in het ene geval hartstikke dodelijk zijn en terwijl die de andere keer overdreven of onterecht blijken te zijn geweest. Gaat het concreet gebeuren dat mensen bij de voordeur worden afgewezen? Het afwijzen van mensen voor A1-ritten kan toch niet de bedoeling zijn van de Minister?

De voorzitter:

Helder. Ik wil mevrouw Agema er wel op wijzen dat we de interrupties in tweeën zouden doen. Ik sta het voor deze ene keer in drieën toe, maar ik ga daar geen gewoonte van maken in dit debat.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Eigenlijk vind ik dat dit mijn eerste interruptie is, hoor, want ik vind echt...

De voorzitter:

Mevrouw Agema, u gaat niet over wat u vindt. Ik ben hier de voorzitter. U deed een interruptie in drieën. Dat sta ik deze ene keer toe. Daar laat ik het bij.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik accepteer niet dat u tegen mij schreeuwt.

De voorzitter:

Ik probeer duidelijk te maken...

Mevrouw **Agema** (PVV):

U schreeuwt tegen mij.

De voorzitter:

Ik probeer u duidelijk te maken dat de spelregels in dit debat voor iedereen hetzelfde zijn. We doen interrupties in tweeën. Voor deze ene keer sta ik een interruptie in drieën toe.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik accepteer niet dat u tegen mij schreeuwt.

De voorzitter:

Ik neem daar kennis van.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind het echt onbehoorlijk. U bent toch ook gewoon parlementariër? Zo spreekt u toch niet tegen een collega?

De voorzitter:

Ik zou het hierbij willen laten. De spelregels...

Mevrouw **Agema** (PVV):

U mag het toch met mij eens zijn dat de Minister heel erg onduidelijk was in zijn verhaal en dat ik gewoon verduidelijkende vragen heb gesteld? Dan hoeft u toch niet tegen mij te gaan schreeuwen hier? Ik vind dat echt niet kunnen, hoor.

De voorzitter:

We hebben spelregels in dit debat. Interrupties gaan in tweeën. Mevrouw Ploumen kreeg net ook een antwoord waar ze misschien wel in een derde keer iets over wilde zeggen. Er gelden voor u geen andere regels dan voor welke andere parlementariër dan ook.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vraag niet om andere regels.

De voorzitter:

U maakt gebruik van andere regels. Die sta ik dus niet toe. In dit ene geval wel, en daar houd ik het bij.

De Minister.

Minister Bruins:

Het is van ongelofelijk belang dat wij de schaarse capaciteit gebruiken voor de goede ritten. De vraag naar welke betere classificatie van A1-ritten je zou kunnen komen, is een vraag die voor professionals van ongelofelijk belang is. Daarom is het onderzoek dat nu daarnaar wordt gedaan door AZN, van groot belang. Want we willen natuurlijk wel zeker stellen dat we de 15 minuten norm in ere houden voor die ritten waar die norm echt noodzakelijk voor is. Om de heer Bisschop op dit punt te antwoorden: wij willen niet af van de ambitie van die 15 minuten norm zoals we die hebben neergelegd in de wet.

Aan de andere kant kunnen we het ons niet permitteren om zomaar met dichte ogen elke rit als een spoedrit te laten bestempelen. Ik zeg niet dat dit gebeurt, ik gebruik hier een beetje een te algemene opmerking, maar het gaat erom de echte spoedritten door het meest gekwalificeerde A1-ambulancepersoneel te laten uitvoeren. Dat is waar de inzet van AZN op is gericht. Ik vind dat een creatief idee.

Weet ik nu al of dat dé oplossing is? Nee. Als ik de oplossing had geweten, had ik u die met meer woorden verteld. We komen hier dus echt nog wel over te spreken. Maar dat AZN deze stap heeft gezet als onderdeel van een veel breder kader, vind ik supergoed.

De voorzitter:

Mevrouw Agema voor een tweede interruptie?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat dan maar, voorzitter. Het kan natuurlijk nooit zo zijn dat we op voorhand gaan beslissen dat A1-ritten maar niet meer moeten doorgaan. Want de andere kant gebeurt ook gewoon. Die andere kant gebeurt ook

gewoon; ik kan me nog herinneren dat mijn eigen vader zich niet goed voelde. Maar ja, hij was nog bij zinnen, dus er kwam geen ambulance. Een kwartier later lag hij op de spoedeisende hulp en drie kwartier later lag hij op de operatietafel in een ander ziekenhuis. Het was volkomen onterecht dat er geen ambulance was uitgestuurd. Dus er wordt ook heel erg vaak ten onrechte níét een ambulance uitgestuurd. Het blijft ménsenwerk. Als de Minister dan een beleid wil gaan voeren waarbij er op voorhand geweigerd moet worden of op voorhand minder A1-ritten gedaan moeten worden, is dat verkeerd beleid. Ik zou graag willen dat de Minister van dat spoor afstapt. Want het blijft mensenwerk en het blijft een inschatting en het blijft heel ingewikkeld om het van tevoren allemaal in te kunnen zien.

Minister Bruins:

Ik ben het er van harte mee eens dat het heel ingewikkeld is. Die triagist, een verpleegkundige, moet de afweging maken. Die moet die afweging zorgvuldig maken. Ik zou ook niet willen dat we daar op een andere manier mee omgaan. Tegelijkertijd gaat het er wel om, te zorgen dat de echte spoedritten komen voor de mensen die die echt acuut nodig hebben en dat we kijken hoe we de mensen die wat meer uit gemak 112 hebben gebeld, eruit kunnen zeven. Dit is niet een makkelijke vraag. En dit is ook niet een makkelijke oplossing. Maar als u vraagt «hoe wil je werken aan een versteviging van die 15 minutennorm en je niet neerleggen bij een gemiddeld percentage in Nederland 92%-93% maar dat opstuwen naar boven?» dan zeg ik dat dat sowieso moet komen uit het kwaliteitskader waar AZN aan werkt en dat dit een heel bruikbare route is. Ik vind het belangrijk om dat hier te benoemen. Ik zie uit naar het vervolg op dit punt. Daar ben ik blij mee.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Voorzitter. Na Gennep gaan we naar het RIVM. Mevrouw Van den Berg vroeg of ik bereid ben toe te zeggen dat RIVM voortaan altijd scenarioberekeningen over aanrijtijden zal maken bij wijzigingen in het zorgaanbod. Mevrouw Van den Berg noemde daarbij Hoogeveen en Stadskanaal als voorbeelden. Eerder heeft zij een motie ingediend die vraagt te borgen dat bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie, de effecten daarvan op de aanrijtijden van ambulances en de benodigde capaciteit bij andere ziekenhuizen in kaart worden gebracht. Ik ben nog bezig met het aanpassen van de concept-AMvB over de beschikbaarheid van acute zorg. U weet dat; u heeft die concept-AMvB van mij gekregen. Ik overweeg om in dat kader ziekenhuizen die plannen hebben om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten, te verplichten om een gevoeligheidsanalyse te laten maken door het RIVM. Daarbij zou dan in beeld gebracht moeten worden in hoeverre de 45 minutennorm door de wijziging in het geding komt. Ook moet dan helder worden of er andere ziekenhuizen gevoelig worden voor de 45 minutennorm en wat de wijziging betekent voor de aanrijtijden van ambulances.

Nog een andere vraag van mevrouw Van den Berg. Vooral in minder dichtbevolkte gebieden staat de 45 minutennorm soms onder druk. Hoe wordt dat in het buitenland georganiseerd? In het debat in februari hebben we uitgekruist dat de 45 minutennorm een spreidingsnorm is, zonder medisch-inhoudelijke, laat staan wetenschappelijke, onderbouwing. Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd om mij te adviseren over een meer medisch-inhoudelijke onderbouwing van een spreidingsnorm voor spoedeisende ziekenhuiszorg. Daarbij heb ik ook gevraagd om te bezien hoe er in andere landen wordt omgegaan met dit vraagstuk en wat Nederland daarvan kan leren.

Een andere vraag van mevrouw Van den Berg gaat over de bevoegdheden van de ambulanceverpleegkundige en de BMH'er, de bachelor Medische Hulpverlening. Die zouden niet op elkaar aansluiten, terwijl de eerste de tweede tijdens de stage moet begeleiden. Het is goed om hier een misverstand weg te nemen. De BMH'ers die door ambulanceverpleegkundigen worden begeleid, zijn geen stagiaires maar afgestudeerde BMH'ers. Ze krijgen bij de start van hun functie een inwerkperiode. Dat vind ik een goede zaak. Daar hoort ook begeleiding bij. In de ambulancezorg is dit georganiseerd in de vorm van een traineetraject, onder auspiciën van AZN. Na de inwerkperiode zijn de BMH'ers volledig zelfstandig werkzaam in de rol waarvoor ze zijn opgeleid. Dat betekent: een breed inzetbare professional met een brede medische basisopleiding. Hiermee kan de BMH'er aan het werk op de SEH, in de operatieve zorg en op de ambulance. Dit rechtvaardigt dat een BMH'er bepaalde handelingen zelfstandig kan uitvoeren.

Dan een vraag die ik niet direct kan beantwoorden, naar de technologie in ambulances. Hoe werkt de acutezorgunit die in het Dijklander Ziekenhuis in Purmerend wordt geplaatst? Kan dat op meerdere locaties gebeuren? Ik denk dat ik mij maar even ga vervoegen bij dat Dijklander Ziekenhuis, om daar meer van te leren kennen. Daarna kom ik op een passend moment graag terug op de vraag of het voorbeeld navolging verdient.

Dat waren de vragen van mevrouw Vanden Berg. Dan kom ik bij de vragen van de heer Van Gerven. Hij constateert, ik denk terecht, dat ik een steeds groter waarde hecht aan de ROAZ. Ik vind dat dat van een vergadertafel waar je wel aan kon ontbreken, steeds meer een verplichtende tafel wordt voor overleg tussen partijen in de acutezorgketen. Maar u vroeg mij of ik plannen heb om de ambulances onder te brengen bij de ROAZ. Voor één keer ben ik het eens met de SP: ik heb geen plannen om die onder te brengen bij de ROAZ.

Op de vraag naar de toekomstige regio-indeling van ambulancezorg ga ik graag in in mijn brief over de inrichting van de ambulancezorg. Ik hoop u die rond te zomer te presenteren. Want de heer Van Gerven heeft gelijk: we hebben nu de Tijdelijke wet ambulancezorg en die moet worden opgevolgd door een niet-tijdelijke wet, whatever that may be. Mijn puzzel zit hem met name in...

De voorzitter:

Het is wel gewoon een wet?

Minister Bruins:

Ja, het is een wet. Ja. Een tijdelijke wet is ook een wet. Maar de «T» moet van de «TWAZ» af.

Mijn puzzel zit hem in de vraag hoe ik het element «kwaliteit» er zo goed mogelijk in krijg. Dat is de kwaliteit waar we eerder over spraken in het kader van de AZN, die werkt aan een kwaliteitskader. Dus dat element zit erin. Maar sowieso vind ik dat de kwaliteit van ambulancezorg van ongelofelijk belang is. Dus ik ben aan het puzzelen hoe ik het thema van de kwaliteit in een niet-tijdelijke, gewone wet op de ambulancezorg kan organiseren. U hoort nader van mij.

De voorzitter:

Dat leidt wel tot een vraag van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Jazeker, want we weten dat de Minister met een nieuwe wet moet komen. Dank dat hij in ieder geval niet de ROAZ tot aanstuurder van de RAV's gaat maken. Daar was ook totaal geen draagvlak voor onder het ambulancepersoneel, noch in de samenleving. Kan de Minister toch nog eens ingaan op de vraag of het nodig is de ambulancezorg aan te besteden? Hij

heeft het element van kwaliteit opgeworpen, maar je hebt geen aanbesteding nodig om dat te realiseren. Is de Minister dat met mij eens?

Minister Bruins:

Ik ben een beetje aan het puzzelen of ik het wel of niet met u eens ben. Ik ga mij hier op dit moment echt eventjes niet over uitlaten. Ik heb zojuist toegezegd dat ik rond de zomer een brief bij u ga bezorgen over de hoofdlijnen van de inrichting van de ambulancezorg vanaf 2021. Dan wil ik mijn mind opgemaakt hebben en niet nu daar al kleine hapjes uit nemen.

De heer Van Gerven (SP):

De Minister duikt. Ik weet niet of ze er in de coalitie al uit zijn. Dat gaan we binnenkort wel weer horen. Dan een andere vraag in dit kader. Vaak wordt er geschermd met: het moet van Europa. Kan de Minister bevestigen dat we het echt in eigen hand hebben als eigen land, als Nederland of wij de ambulancezorg al dan niet aanbesteden? Kan hij ook bevestigen dat als we het zien als een nutsvoorziening en iets wat we nu op die manier organiseren, we dat ook zo kunnen voortzetten binnen de bestaande regels?

Minister Bruins:

Wat kan is dat wij hier nu over onze wetgeving spreken en dat ik u een voorstel moet doen over de hoofdlijnen van de inrichting van de ambulancezorg. Dat is niet aan Europa. Dat is aan ons. Dat gebeurt hier in deze commissie. Dat ga ik u voorleggen. En voordat ik u met een wettekst om de oren sla, ga ik u eerst de contouren van de inrichting van de wet op de ambulancezorg presenteren, en dat doe ik rond de zomer.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Op de vraag over de aanrijtijden van de A1-ritten ben ik inmiddels uitvoerig in mijn inleidende woorden ingegaan. Dat was ook een vraag van de heer Van Gerven.

Dan de vraag wat ik ga doen om het functioneren van de meldkamer te verbeteren. In het actieprogramma heb ik afgesproken dat we gaan kijken naar kennis en competenties op de meldkamer, bijvoorbeeld naar medisch management en logistieke coördinatiefuncties op de meldkamer. In het kader van de uitwerking van dat actieplan is dit een van de punten die ik oppak.

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot de cao Ambulancezorg? Ik denk dat kort na de zomer de onderhandelingen voor de cao, die moet ingaan per 2020, van start zullen gaan. Daarbij is het uitgangspunt dat de cao Ambulancezorg waar mogelijk en gewenst de bepalingen van de cao Ziekenhuizen volgt. Daar waar dat niet mogelijk en niet gewenst is, behoudt de ambulance-cao sectorspecifieke afspraken. Het is dus niet de intentie om direct helemaal op te gaan in de cao Ziekenhuizen, maar om een stapsgewijs proces te hebben van harmonisatie met behoud van de eigen cao. Dat is de stand van zaken. Dat waren de vragen van de heer Van Gerven, als ik ze goed genoteerd heb.

De voorzitter:

Dat is voor de heer Van Gerven een aanwijzing om een vraag te stellen.

De heer Van Gerven (SP):

Nee, ik wou graag een antwoord op de vraag over heel concreet de 19 miljoen. Er is afgesproken dat er in 2018 19 miljoen ingezet zou worden voor de arbeidsvoorwaarden van het personeel. Ik heb begrepen dat er

een gat zit van 13 miljoen die ze niet hebben gekregen, en 6 miljoen wel. Mijn vraag is eigenlijk: hoe zit dat precies?

De voorzitter:

Die vraag kwam uit de eerste termijn inderdaad.

Minister Bruins:

Mij wordt gemeld dat het extra geld nu wordt uitgegeven. Eigenlijk verklaarde ik dat impliciet in mijn eerdere spreektekst, maar ik wil dat wel herhalen. Het extra geld wordt nu uitgegeven. Dat is de informatie waarover ik nu beschik.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen die door mevrouw Ploumen zijn gesteld. Hoe haal je overal de 15 minuten norm? Ik denk dat ik op dat punt uitgebreid ben ingegaan in de eerdere tekst.

Dan de vraag van de heer Geleijnse. Hij vroeg welk antwoord hij kan geven aan de medewerker, zijn vriend, die gestopt is met werken in de ambulancezorg. Wat u hem zou kunnen vertellen, is dat goede werkomstandigheden voor ambulancemedewerkers belangrijk zijn. U vindt dat, de sector vindt dat en ik vind dat. Er is net een nieuwe cao. Na de zomer zullen nieuwe cao-onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers starten. Ik denk dat u hem dat niet eens hoeft te vertellen, want ik denk dat hij dat wel weet. Ik hoop dat de trots die vanmiddag uit het debat spreekt rond de mensen die werken in de ambulancezorg, duidelijk is. Ik zou eigenlijk wel een kopje koffie willen drinken met uw vriend. Kijken of ik hem terug kan winnen voor de sector.

De voorzitter:

Dat kan sowieso. Even in de volgorde der dingen. Ik had de heer Van Gerven over het hoofd gezien voor een eerdere interruptie. Ik wil hem even de ruimte geven en dan kom ik bij de heer Geleijnse.

De heer Van Gerven (SP):

Er was nog een vraag blijven liggen. Die ging over de 45 minuten norm.

Minister Bruins:

Die wou ik bij een ander onderdeel meenemen. Die komt.

De voorzitter:

Dan kom ik alsnog bij de heer Geleijnse en de kop koffie tussen zijn vriend en de Minister. Maar misschien gaat zijn vraag wel heel ergens anders over.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik moet een beetje spaarzaam zijn met wat ik zeg, anders krijg ik het met u aan de stok, voorzitter. Ik wil vragen of de Minister nog apart ingaat op de uitstroom de komende vijf jaar en de alarmerende cijfers die gepubliceerd zijn daarover. Anders wacht ik nog even met een inhoudelijke vraag daarover.

Minister Bruins:

Dat komt. Vraag me even niet wanneer, want de stapel antwoorden is heel dik, maar u mag me daaraan houden.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Oké.

Minister Bruins:

Ik had nog een andere vraag van u opgeschreven. Die gaat over optreden tegen agressie tegen hulpverleners everywhere, maar ook tegen ambulancepersoneel. Ik heb al een paar keer een werkbezoek gebracht aan Ambulancezorg Nederland, onder andere bij het presenteren van de nieuwe uniformen van de mannen en vrouwen, en dan is dit het eerste onderwerp. Dan gaat het dus niet over de nieuwe kleding, maar over veilig werk. Handen af, poten af, van mensen die werken voor de publieke zaak. Wij hebben dat niet willen herhalen in het actieplan of het kwaliteitskader omdat het daarin heel erg gaat over de 15 minuten norm en de bereikbaarheid van acute zorg, maar ik ben het helemaal met u eens dat wij pal moeten blijven staan voor mensen die werken in het publieke domein. Zij verdienen onze waardering, aandacht en respect. Dat gezegd hebbende, vind ik het plezieriger en interessanter om daar apart een keer bij stil te staan. Ik heb het niet in dit actieplan meegenomen omdat het dan een «nebenbei» zou worden. Dan krijgt het niet de aandacht die het zou moeten hebben. Dat is de reden dat het geen onderdeel uitmaakt van het actieplan ambulancezorg. Dat het geen onderdeel is van het kwaliteitskader begrijp ik ook, maar impliciet zit de aandacht voor veilig werken natuurlijk zeker opgesloten in opleidingen en in de aandacht voor het werven van mensen. Tot zover de vragen van de heer Geleijnse.

Dan de vraag van de heer Raemakers van D66 over het personeelstekort: de paradox tussen de drukte en tegelijkertijd de stilstaande ambulance. De heer Raemakers vroeg hoe andere landen dat doen en of ik dat kan onderzoeken. Dat lijkt me een goed idee. Ik weet dat AZN onlangs in verschillende andere landen heeft gekeken hoe de ambulancezorg daar is georganiseerd. Ik zal kijken of zij over deze paradox – een paradox is een schijntegenstelling en dit is eigenlijk echt een tegenstelling – iets op papier kunnen zetten.

Dan de vraag van de heer Renkema over de psycholance. Die zit inderdaad in het dossier van collega Blokhuis. Ik weet dat er in veel regio's pilots zijn en worden gedaan met passend vervoer voor personen met verward gedrag. Ik laat mij vertellen dat de eerste resultaten van die pilots diffuus zijn en dat collega Blokhuis op dit moment in overleg is met de betrokken partijen over het vervolg. Dat zijn Ambulancezorg Nederland, GGZ Nederland, de politie en de VNG. Dan gaat u vragen wanneer ik daar meer over weet, maar dat moet ik aan collega Blokhuis vragen.

De heer Renkema heeft ook gevraagd of ik wil onderzoeken of ambulance-medewerkers meer bevoegdheden kunnen krijgen opdat het werk van de ambulancemedewerker interessanter en aantrekkelijker wordt. Ik vind dat de bevoegdheden voor ambulanceverpleegkundigen in eerste instantie worden bepaald door het veld zelf. Mocht er aanleiding zijn om de bevoegdheden verder te reguleren, dan kan er altijd een aanvraag worden gedaan bij het Zorginstituut. Maar het gesprek vindt echt in het veld zelf plaats. Deze vraag ken ik eerlijk gezegd niet uit het veld.

De heer Renkema heeft gevraagd naar de instroom van de bachelor Medische Hulpverlening. Tot nu toe zijn er in totaal 260 BMH'ers opgeleid. Dat is zeker niet genoeg om de tekorten op te vangen, maar zover zijn we nog niet. Op dit moment loopt er een experiment in het kader van de Wet BIG. Daarmee kunnen we goed bepalen hoe dit nieuwe beroep optimaal is in te zetten en de potentie zo veel als mogelijk kan worden benut.

Voorzitter. Dan een vraag die zowel is gesteld door de heer Renkema als door de heer Bisschop, namelijk over het percentage van 40% van het ambulancepersoneel dat gaat vertrekken. Ik moet eerlijk zeggen dat ik dat signaal van die 40% niet herken. Het capaciteitsorgaan heeft een dergelijke conclusie ook niet opgenomen in het capaciteitsplan. Voor elke beroepsgroep geldt dat er jaarlijks mensen met pensioen gaan, dus ook in de ambulancezorg. De verwachte uitstroom in de ambulancezorg is volgens het capaciteitsorgaan 6% per jaar. Dat is vergelijkbaar met de

uitstroom van andere gespecialiseerde verpleegkundigen. De grootste oorzaak van de uitstroom is het feit dat de pensioengerechtigde leeftijd wordt behaald. Om de uitstroom te compenseren is het nodig dat er voldoende personeel wordt opgeleid. Het goede nieuws is dat we gelukkig zien dat de opleiding tot ambulanceverpleegkundige erg populair is en dat er bijna voldoende wordt opgeleid door de sector om de uitstroom te compenseren. Echter, om ook de verwachte groei en de zorgvraag aan te kunnen, adviseert het capaciteitsorgaan om jaarlijks meer op te leiden, namelijk 310 ambulanceverpleegkundigen per jaar. De instroom ligt nu in de orde van grootte van 180 per jaar. Ook dat is een cijfer dat ik herken uit de slide van AZN.

Naar aanleiding van de motie zegt de heer Bisschop dat er ook in andere provincies vragen en zorgen over aanrijtijden zijn, namelijk in Zeeland, Drenthe en Overijssel. Hij vroeg of ik daar ook signalen van heb gehad en of ik daarover het gesprek aan wil gaan. Ik heb niet die signalen uit die gebieden, maar uit het gesprek met de Gelderse partijen, dat we onlangs hebben gehad, werd duidelijk dat RAV'en en gemeenten elkaar vaak goed kunnen vinden in lokaal overleg. Dat vind ik heel belangrijk. Daar hebben ze mij, in ieder geval niet altijd, bij nodig. Als partijen er onderling niet uitkomen en niet tot het goede gesprek komen, dan wil ik daar best in bemiddelen. Ik ga bijvoorbeeld op 15 april naar Drenthe om daar over de zorg te spreken, ook over acute zorg en ambulancezorg.

De heer Bisschop heeft ook gevraagd hoe we ervoor zorgen dat met de nieuwe urgentieclassificatie het ambitieniveau niet naar beneden wordt bijgesteld. Ik denk dat ik daar voldoende op in ben gegaan.

Dan het punt dat er in bepaalde gemeenten ver onder de 95%-norm wordt gepresteerd. Kijk ik daar als Minister naar? Welzeker. Hier las ik het antwoord in dat ik net al aan mevrouw Van den Berg heb gegeven, want dat is precies hetzelfde antwoord op precies dezelfde vraag.

Mevrouw Dik-Faber vroeg hoe de 15 minutennorm en de 45 minutennorm een plek krijgen in het kwaliteitskader ambulancezorg. Tijdigheid krijgt een plaats in het nieuwe kwaliteitskader ambulancezorg, maar de 45 minutennorm is geen ambulancenorm, dus die wordt niet meegenomen. Mevrouw Dik-Faber zei ook dat veldpartijen hameren op kwalitatieve en gedifferentieerde normen. Hoe beoordeelt de Minister dat? Dat is opgenomen in het actieplan ambulancezorg. Kwaliteitsnormen kunt u nu al zien in de factsheet van AZN, maar daarin is ook te zien dat er ook andere normen dan alleen de tijdsnormen worden opgenomen in het kader dat AZN aan het voorbereiden is. Dat lijkt mij een goede zaak.

De voorzitter:

Er is een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik probeer even goed te begrijpen wat de Minister zegt. In relatie tot kwaliteit relativeert hij de 45 minutennorm. Hij moet me corrigeren als ik hem verkeerd begrepen heb hoor, maar hoor ik dat zo goed?

Minister Bruins:

Ik zei zojuist dat ik behoefte heb aan een betere onderbouwing van de spreidingsnorm – dat is die 45 minutennorm – omdat ik in het debat merk dat we steeds vanuit twee invalshoeken naar die 45 minutennorm kijken. Het is een spreidingsnorm voor spreiding van zorg over Nederland. Het is niet een prestatienorm. Ik hoor uw Kamer vragen of we ook een norm kunnen bepalen die wetenschappelijk en/of medisch onderbouwd is, liefst allebei, om te kijken of we iets beters kunnen krijgen dan die 45 minutennorm. Dat begrijp ik heel goed, want dat vind ik zelf ook belangrijk. Dat moeten we dan ook vastleggen op de een of andere manier, misschien eerst in een beleidsregel en daarna in een wettelijk kader. Hoe maakt mij niet zo veel uit, maar het is wel iets wat we moeten

hanteren, want het ongemak moet eruit. Dat is het verschil tussen de spreidingsnorm en de prestatienorm.

De voorzitter:

Een vervolgvraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Oké. Als je ernaar kijkt als prestatienorm, moet je je realiseren dat het in veel gevallen prima is om binnen 45 minuten in een ziekenhuis te zijn, maar dat het in een aantal gevallen een heel slechte prestatie zou zijn. Ik verwijt niemand iets, maar ik kreeg het voorbeeld aangereikt van een vrouw in barensood. Als het dan 45 minuten duurt voor ze in het ziekenhuis is, is dat voor het baby'tje misschien wel te laat. Is dat wat de Minister bedoelt met de prestatienorm? Dat terwijl de bereikbaarheid meer gaat over het dynamische ambulancemanagement: hoe is de dichtheid van de acute hulp georganiseerd en welke rol spelen ambulances daarin? Begrijp ik het dan goed?

Minister Bruins:

Zo zie ik het ook. Het gaat om de kwaliteit van zorg. Die wil je proberen te verankeren. Dat is wat anders dan een spreiding over het land heen. De kwaliteit van zorg moet voorop staan. Het kan voor moeder en baby inderdaad veel te lang zijn, die 45 minuten. Ik heb in het debat in februari het voorbeeld genoemd van iemand met een acute hartstilstand. Dan zijn 45 minuten ook niet goed. Hij is gedateerd, maar we hebben 'm wel. Kunnen we 'm beter maken? Dat is de vraag die ik heb voorgelegd aan de Gezondheidsraad. Dit wordt nog ongelooflijk complex. Ik hoop namelijk dat er een resultaat uitrolt, maar de vervolgstap is de vraag hoe we het gaan regelen met de bekostiging. Dat wordt dus nog een stevige dobber. Maar we moeten de olifant in hapjes eten.

De voorzitter:

Als onderdeel van die maaltijd wil de heer Van Gerven een vraag stellen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Daar ga ik nog even op door, voorzitter. De bereikbaarheidsnorm of de spreidingsnorm is een kwaliteitsnorm en is een prestatienorm. Waarom creëert de Minister nou zo veel mist? Ik pak de beleidsregel van de Wet toelating zorginstellingen erbij. Daarin staat letterlijk: zorgaanbieders kunnen volgens de huidige beleidsregels WTZi alleen stoppen of tijdelijk stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minutennorm om een spoedeisendehulpafdeling van een basisziekenhuis te bereiken daardoor niet in gevaar komt. Dat is een prestatienorm. Bij het debat over Lelystad hadden we modelmatige, niet kloppende, berekeningen van het RIVM; de praktijk was heel anders. Daarin kwam de 45 minutennorm net niet in gevaar. Dat scheelde twee minuten. Wil de Minister erkennen dat de 45 minutennorm gewoon een harde prestatienorm is in het kader van de WTZi?

Minister Bruins:

Ik dacht dat ik juist duidelijk had uitgelegd in de richting van mevrouw Ploumen dat ik van mening ben dat die 45 minutennorm een spreidingsnorm is en dat ik zoek naar een norm die ons een meer medisch inhoudelijke onderbouwing kan bieden. Soms zijn die 45 minuten echt niet de goede norm namelijk. Ik dacht dat wij in het debat van februari ook hadden gesproken over het feit dat de behandeling gelukkig niet meer pas begint als de patiënt met de ambulance in het ziekenhuis is, zoals 30, 40 jaar geleden. De behandeling begint eigenlijk al op het moment dat de patiënt wordt opgehaald. Soms wordt de patiënt thuis al behandeld of op de plek waar de ambulance de patiënt treft. Dat vind ik sprongen

voorwaarts. Dat soort elementen wil ik graag betrekken bij het inrichten van een nieuwe norm. Daar heb ik advies bij nodig en dat heb ik aan de Gezondheidsraad gevraagd.

De heer **Van Gerven** (SP):

De Minister beantwoordt mijn vraag niet. De 45 minuten norm is gewoon een prestatienorm. Die 45 minuten norm is in het verleden bedacht. Situaties veranderen inderdaad – dat klopt – maar het was óók een kwaliteitsnorm. Het ging over 15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabilisatie en dan in maximaal 25 minuten naar een ziekenhuis. Het was dus wel degelijk een keiharde prestatienorm. Laat ik het eens heel concreet maken richting Lelystad. De kwaliteitsnorm voor acute verloskunde is als volgt. Als je er bij acute baren nood langer dan twintig minuten over doet, dan nemen de risico's op mortaliteit en morbiditeit bij moeder en kind toe. Is dat voor de Minister een reden om per direct de acute verloskunde en spoedeisende hulp in Lelystad weer te organiseren? De medische wetenschap geeft namelijk aan dat dit eigenlijk zou moeten.

Minister **Bruins**:

Ook deze vraag is in het vorige debat natuurlijk al meerdere malen op verschillende manieren gesteld en aan bod gekomen. Ik hou overeind dat die 45 minuten norm een spreidingsnorm is en dat ik naar een betere onderbouwing wil. Ik wil ook altijd dat op gezag van de zorgverlener de ambulance, als die noodzakelijk is, zo snel mogelijk bij de patiënt is en zo snel mogelijk naar het ziekenhuis kan. Maar voor de meneer of mevrouw met een hartstilstand is drie kwartier echt te lang.

De **voorzitter**:

De concrete vraag ging over de vrouwen in baren nood.

Minister **Bruins**:

Het is afhankelijk van wat de zorgprofessional zegt: wanneer is het nodig om de ambulance in te zetten? Dan moet die er natuurlijk zo snel mogelijk zijn.

Voorzitter. Eens even kijken waar ik was gebleven. Ik was bij de vragen van mevrouw Dik-Faber gebleven. Zij vroeg of ik meer mogelijkheden zie voor grensoverschrijdende samenwerking. Ambulancezorg Nederland en de RAV'en in de Duitse grensregio hebben de wens om landelijke afspraken te maken over grensoverschrijdende prehospitalische zorg. In het project PREpare is aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden de grensoverschrijdende acute zorg in het Euregiogebied verder geoptimaliseerd. Ook is bijscholing verleend aan zowel Nederlands als Duits ambulancepersoneel voor de grensoverschrijdende activiteiten. Om de competenties van de bemanning op de ambulance op hetzelfde niveau te krijgen is er in Duitsland de opleiding tot Notfallsanitäter ontwikkeld. Inmiddels is gestart met de inzet overdag en 's avonds. De Duitse ambulance is in een halfjaar tijd ruim 50 keer uitgerukt om Nederlandse patiënten te helpen. Deze inzet zal ertoe leiden dat de aanrijtiden ook in deze regio verbeteren. Het PREpare-project is inmiddels afgerond. Er wordt naast een evaluatie een convenant opgesteld waarin partijen de afspraken over de inzet vastleggen, zodat ook in de toekomst de inzet is geborgd. In dit jaar, in 2019, vind er een rondetafelbijeenkomst plaats met zowel Duitse als Nederlandse verantwoordelijke ministeries en de ambulancezorg om in de grensregio te inventariseren waar problemen liggen om verdergaande samenwerking in gang te zetten en om mogelijke oplossingen die er al in te praktijk zijn, te delen. Hierbij zijn vanuit Nederland in elk geval ervaringsdeskundigen vanuit PREpare en vanuit Maastricht aanwezig. Weer wat geleerd.

Ik heb nog een laatste vraag liggen over ambulancezorg. Daarna stap ik over naar acute zorg. Mevrouw Dik-Faber vroeg hoe wordt geborgd dat

het nieuwe kwaliteitskader ambulancezorg goed aansluit op het kwaliteitskader voor de spoedzorgkeren, bijvoorbeeld op het terrein van informatie-uitwisseling. In het kwaliteitskader ambulancezorg worden bestaande kaders en instrumenten meegenomen, dus ook het kwaliteitskader spoedzorg. Informatie-uitwisseling is een van de onderdelen van het kwaliteitskader ambulancezorg. Hiermee heb ik hopelijk de vragen over ambulancezorg beantwoord, voorzitter. Dan heb ik nog een flink stapeltje over de acute zorg.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de commissie. De heer Renkema heeft nog een interruptie.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik wil nog even reageren op een van de antwoorden die de Minister heeft gegeven. Hij zegt dat hij geen signalen krijgt dat er iets aan de hand is met de bevoegdheden van het ambulancepersoneel. Wij hebben als commissie een brief gekregen van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Die geeft vrij nadrukkelijk aan dat de introductie van die nieuwe bachelor ertoe leidt dat niet altijd helder is welke handelingen door welke professional kunnen worden gedaan. Ik heb gevraagd of daar helderheid over zou kunnen komen en of dat tot meer instroom zou kunnen leiden. Ook los daarvan lijkt het me belangrijk dat helder is wat iemand met die bachelor mag doen en wat ambulanceverpleegkundigen mogen doen. Het stelt mij niet gerust als de Minister zegt dat hij dat signaal niet gekregen heeft. Mijn vraag is eigenlijk of hij bereid is het gesprek te voeren met de beroepsvereniging om deze problematiek scherper te krijgen.

Minister Bruins:

Dat lijkt mij een goed idee. Ik volg de redenering van de heer Renkema. Als er onhelderheid is, kan dat mensen misschien afstoten, al is dat een groot woord. Het stimuleert in ieder geval niet om in deze sector actief te worden. Dus als dat helpt, zal ik kijken of ik met de beroepsgroep of misschien ook met AZN tot die helderheid kan komen. Dat doe ik graag.

De voorzitter:

Volgens mij wordt hier naast mij een toezegging genoteerd. De heer Geleijnse had ook nog een vraag.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik ben een beetje in vertwijfeling; dat is misschien wel het beste woord. Zowel de Kamer als de Minister heeft het vandaag al heel veel gehad over de nieuwe normen en gezegd dat we eens na moeten denken over nieuwe richtlijnen en dergelijke. Dat is allemaal prachtig, maar het kan toch niet zo zijn dat wij dan als Kamer u niet meer af mogen rekenen op de huidige normen en regels. Ik heb namelijk een beetje het gevoel dat het bij voortdurend als een soort excuus naar ons toekomt: u moet niet te kritisch zijn; het komt wel goed; we moeten naar de nieuwe normen kijken. Maar ondertussen gaan we maar door. Ik krijg zo echt het gevoel dat ik op deze manier mijn werk niet kan doen.

Minister Bruins:

Ik heb u vorige week een vrij uitgebreide brief gestuurd over wat ik vind dat er nodig is in de ambulancesector. Daar zit een hele waaier aan acties onder, waarbij ik voor het gemak het hele actieplan ambulancezorg niet helemaal heb gefileerd op alle 24 punten, maar gewoon even in één cluster heb gezet. Ik ben het met de heer Geleijnse absoluut eens dat wij een mooie ambulancesector hebben, maar dat die ons niet kan brengen in een situatie waarin we zegen: dat hebben we goed gefikst; daar hoeven

we geen fluit meer aan te doen. Dat hoort u mij ook niet zeggen. Ik vind dat wij snoeihard bezig moeten zijn om meer personeel te werven, om een kwaliteitskader te maken, om de gemeenten er beter bij te betrekken en om allerlei acties in te zetten opdat wij de spoedzorg, de acute zorg, in Nederland goed organiseren. Dat geldt dus ook voor de ambulancezorg. Ik beoog eigenlijk om u precies en adequaat en op een kort moment voor dit debat over de acute inzet, mijn inzet, te informeren. Daarmee probeer ik u juist informatie aan te reiken over wat ik doe. Daarover wil ik hier verantwoording afleggen. Ik denk ook dat dat de goede werkwijze is.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dat bestrijd ik ook niet. Een goede, uitgebreide brief vlak voor een debat is altijd prettig. Hij was deze keer ook ruim op tijd. Maar bij mij blijft toch de continue verwijzing naar de nieuwe regels hangen. Ook in reactie op de heer Van Gerven werd weer gezegd: we zijn er nog mee bezig. Maar die 45 minuten norm speelt wel echt nú, ook in Lelystad. Dat zijn de huidige afspraken, maar ik krijg elke keer het gevoel dat u toch een beetje probeert dat als excuus te gebruiken: daar kunt u niet te lang op ingaan; u moet dat maar even naast u neerleggen; u moet maar even afwachten. Dat gevoel is gewoon nog niet weg. Dat kan aan mij liggen, maar misschien wilt u alsnog eens een poging doen.

Minister **Bruins**:

Ik denk dat mijn inzet elke dag moet zijn dat ik laat zien dat het mij ernst is, bijvoorbeeld met zo'n 15 minuten norm, maar ook met de 45 minuten norm. Wat ik daarvan vind? De ene is een spreidingsnorm. Dat blijf ik volhouden en daar acteer ik ook naar. Daar ga ik ook op een andere manier mee om dan met die 15 minuten norm. U hoort mij ook niet zeggen dat we af moeten van die 15 minuten norm. Als er als onderdeel van een groot pakket tegelijkertijd vervuiling zit in die spoedritten, dan moeten we dat thema wel aanpakken, want anders jagen we daar een hele sector mee over de kling. Dat is misschien een groot woord, maar we maken hen het leven dan wel ongelooflijk zwaar. Als AZN aanbiedt te kijken naar een kwaliteitskader, waar ook die 15 minuten norm weer onderdeel van is, maar dat veel rijker is omdat er ook andere elementen rond de kwaliteit van zorg in worden opgenomen, dan ben ik daar heel erg voor. Wij zitten daarover aan tafel met AZN. Maar zolang wij dat nieuwe kader nog niet hebben en nog niet besproken en vastgesteld hebben, vind ik dat wij ons moeten baseren op wat er nu geldt. Voorzitter. Ik stap over naar de acute zorg.

De **voorzitter**:

Dat zou je denken... Dat had ik ook gedacht, maar de heer Renkema wil toch nog een vraag stellen over dit onderdeel.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Ik wil niet het risico lopen dat we het straks niet meer over de ambulanceverpleegkundigen kunnen hebben, omdat dit blokje wordt afgesloten. Ik wil daar toch nog een vraag over stellen. Ik en andere Kamerleden hebben onze zorgen uitgesproken over de uitstroom van ambulanceverpleegkundigen die stoppen. Door de beroepsvereniging wordt een percentage genoemd van 40%. De Minister relateert dat en zegt: het gaat over 5% tot 6% per jaar. Maar als je het voor een periode van vijf tot zes jaar berekent, dan heb je het toch over een flink aantal mensen dat uitstroomt. Mijn vraag is: deelt de Minister de zorg over deze grote uitstroom en wat gaat hij doen om genoeg mensen te werven? Ik ben nog niet onder de indruk van de aantallen die door de nieuwe bachelor worden opgeleverd. Het gaat om enige tientallen. We hebben echt een probleem als we niks doen aan die uitstroom. Ik kan me voorstellen dat het, naast het nadenken over het opleiden van mensen, er ook toe doet hoe zij hun werk ervaren.

Hoeveel zeggenschap ervaren zij in hun werk? Hoe ervaren zij überhaupt het werken in deze sector? Mijn vraag is eigenlijk de volgende. Ik heb zonet de toezegging gehoord dat de Minister een gesprek gaat voeren met de beroepsvereniging. Is de Minister bereid om ook op dit punt het gesprek met hen aan te gaan? Hoe zien zij hun eigen positie? Hoe zien zij de aankomende uitstroom? Hoe zien zij het opleidingsbouwwerk dat er nu ligt? En wat kunnen we doen om dit beroep aantrekkelijker te maken voor jonge mensen? Wil de Minister ook daarover het gesprek met hen voeren?

Minister Bruins:

Het lijkt me prima om daar ook met de beroepsvereniging het gesprek over te voeren. Ik ben daar altijd graag toe bereid. Maar ook dit wil ik niet wegleggen in zo'n gesprek. Ik heb het voorbeeld genoemd van de bachelor Medische Hulpverlening. Ik denk dat dat een extra route is om te komen tot meer mensen en mankracht op de ambulance. Het zou me dierbaar zijn als we die route bewandelen. Ik geef u na dat het nog geen grote aantallen zijn, maar ik heb ook gezegd dat de instroom wel flink toeneemt. Dat vind ik fijn om vast te stellen. Ik vind het ook fijn om vast te stellen dat uit de berichten die ik krijg, naar voren komt dat de uitstroom vooral komt door pensionering en niet omdat het zo beroerd werk is, om het maar even iets te huiselijk te zeggen. Mensen hebben recht op pensionering, maar er is ook veel animo bij mensen om aan de slag te gaan. Dat zien we aan de instroom. Maar natuurlijk zijn we hier nog niet mee klaar. Ik verwijs maar even naar het debat dat we hebben gehad over het actieprogramma Werken in de Zorg. Ik wijs ook op de acties die zijn genoemd in het plan dat ik u in november vorig jaar heb aangeboden en dat samen met AZN en ZN is opgesteld. Daarin staat beschreven of je tot verkorte opleidingen en meerdere instroommomenten kunt komen. We benoemen ze hier niet allemaal uitgebreid, maar ze zitten er wel degelijk in. Poetst dat het probleem weg? Is het daarmee opgelost? Dat zijn te grote woorden, maar het zijn kleine stapjes vooruit.

De heer Renkema (GroenLinks):

Ik wil daar nog iets aan toevoegen. De heer Geleijnse van 50PLUS heeft ook een voorbeeld genoemd van iemand uit zijn omgeving die ermee stopt. Het is niet alleen een kwestie van mensen die hun pensioengerechtigde leeftijd behalen. Er zijn altijd allerlei push- en pullfactoren om te blijven of te vertrekken. Naast de bevoegdheden en de ruimte die zij krijgen, is het ook belangrijk hoe zij hun eigen rol zien en hoe zij die ervaren, en welke zeggenschap zij in hun werk ervaren. Want er is veel werkdruk, ook door de 15 minutennorm die we zelf hebben afgesproken; laat dat heel helder zijn. Dat moet wat mij betreft ook onderdeel zijn van het gesprek om te komen tot een aantrekkelijker beroep. Is de Minister daartoe bereid?

Minister Bruins:

Ik heb geloof ik al drie keer gezegd dat ik graag met de beroepsgroep in gesprek wil. Ik was eigenlijk van plan om de vriend van de heer Geleijnse daarmee terug te winnen voor het vak. Ik leg de lat hoog.

De voorzitter:

Is dat een toezegging?

Minister Bruins:

Wel om het gesprek aan te gaan. Tegelijkertijd moeten we in dat gesprek ook precies zijn. Ik kan niet af van die 15 minutennorm. Daar kan ik niet mee marchanderen. Maar dat hoor ik u ook niet vragen, want dat kunnen we niet doen.

De voorzitter:

Kunnen we daarmee voor nu in de eerste termijn het onderdeel ambulanzorg afronden? Ja. Dan gaat de Minister over naar het blokje acute zorg.

Minister Bruins:

De acute zorg is het andere thema waarover we vanmiddag spreken. De 45 minuten norm is al ter sprake gekomen. U weet dat ik de Gezondheidsraad om advies heb gevraagd. Het feit dat er een norm is die ervoor zorgt dat er voldoende spreiding en beschikbaarheid van acute ziekenhuiszorg zal blijven, neemt niet weg dat er SEH's en acuteverloskundeafdelingen kunnen sluiten. We hebben dit in de afgelopen maanden meermalen bediscussieerd. Als partijen in het veld het voornemen hebben om een afdeling al dan niet tijdelijk te sluiten, dan vind ik het belangrijk a dat deze zorg elders in de nabijheid wordt opgevangen, en b dat het proces daaromheen goed verloopt, want de continuïteit van de acute zorg in de regio moet geborgd zijn. Wat het proces betreft zijn de trefwoorden: vroegtijdige betrokkenheid en vroegtijdig commitment van alle veldpartijen. Om die reden heb ik u vorig jaar de concept-AMvB acute zorg toegestuurd, waarin ik heb uitgewerkt wat ik in zo'n situatie van alle betrokken partijen precies verwacht. Uw Kamer heeft daar inmiddels vragen over gesteld en er heeft inmiddels ook een internetconsultatie plaatsgevonden. Ik zal de AMvB in de komende tijd aanscherpen, maar ik vind het wel belangrijk dat de zorginstellingen in een dergelijke situatie nu al handelen in lijn met de concept-AMvB.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen, een halve interruptie.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Heel fijn. Dank u, voorzitter. De Minister zegt: als partijen in het veld besluiten om de spoedeisende hulp te sluiten, dan kan dat, maar dan moeten ze dat op een verantwoorde manier doen. Zo parafraseer ik hem even. Je kunt er van alles van vinden dat partijen in het veld dat kunnen besluiten, maar de Minister moet het toch met mij eens zijn dat de mensen die in Lelystad een beroep konden doen op de acute zorg, dat nu door de sluiting niet kunnen, ook niet binnen de normen die wij aanvaardbaar achten? Dat is toch de praktijk gebleken?

Minister Bruins:

Ik formuleerde het net iets preciezer. Het gaat er mij niet alleen om dat het proces goed verloopt, maar ook dat de zorg elders in de nabijheid wordt opgevangen. Wanneer komt de overheid in beeld? Als er een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verstrekt. Die hebben we aangeboden op beide plaatsen. Dat is mijn antwoord.

De voorzitter:

U moet het hierbij laten, mevrouw Ploumen. Maar we hebben nog een tweede termijn en die biedt altijd nog kansen. Ik geef het woord aan de Minister.

Minister Bruins:

Voorzitter. Nog even over het opvangen van de zorg in de nabijheid en het proces rondom de voorgenomen opschorting of sluiting van acute zorg: dat moet zorgvuldig verlopen. Ik vind het heel belangrijk dat ons dat niet meer overkomt. Wat mij betreft ligt daarvoor de basis in de hoofdlijnenakkoorden die ik vorig jaar heb gesloten met verschillende partijen in het veld. Daarbij is bepaald dat er regiobeelden moeten komen. Onder anderen mevrouw Van den Berg heeft daar de vinger op gelegd. Het is belangrijk om een beeld te hebben van een regio, een soort foto met feiten van het aanbod van zorg in een regio, om ervoor te zorgen dat de basis in een regio op orde is. Ik breng de brief die u in februari heeft

gekregen van Zorgverzekeraars Nederland in herinnering, waarin zij schrijven dat zij de regie zullen nemen bij het opstellen van die regio-beelden. Belangrijk hierbij is dat zorgverzekeraars er binnen de grenzen van de mededinging voor zorgen dat hun zorginkoopafspraken voor de acute zorg in de regio congruent zijn, dus in lijn met elkaar. Dat is met name gericht op de toegang tot de acuteczorgketen, de geboortezorg, de spoedeisende huisartsenzorg en de coördinatiefuncties voor het eerste-lijnsverblijf.

Verzekeraars zijn erop aanspreekbaar dat voor iedere verzekerde de toegang tot de acute zorg geborgd is. Zo willen zij er samen voor zorgen dat de basis op orde is. Ik laat mij vertellen dat er in mei van dit jaar, dus komende maand, meer toelichting over dit onderwerp vanuit de verzekeraars is te verwachten. Zij gaan dan concreet laten zien hoe zij zorgen voor een goed werkbaar situatie in de regio wat betreft de verantwoordelijkheidsverdeling en congruent inkoopbeleid. Ik ga komende maand met de zorgverzekeraars spreken over de uitwerking van hun plannen. Ik ondersteun de zorgverzekeraars en de andere partijen bij de totstandkoming van die foto's per regio, die regiobeelden. Via het RIVM stel ik een basisset ter beschikking met het huidige zorgaanbod, de toekomstige bevolkingssamenstelling en de zorgvraag. De verwachting is dat de eerste versie van de dataset komende maand beschikbaar kan worden gesteld. Ik vind dat heel belangrijk, zodat er in elke regio op basis van dezelfde gegevens kan worden gewerkt.

Voorzitter. Daarnaast stel ik voor maximaal 7 miljoen euro aan vouchers ter beschikking. Die vouchers kunnen worden aangevraagd door een samenwerkingsverband van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren, maar ook door een patiëntvertegenwoordiger en een zorgaanbieder. Maar bij voorkeur zijn het gemeenten, GGD's, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, aanbieders van ondersteuning en welzijn, en burger- en patiëntparticipatie. Het gaat om vouchers voor procesondersteuning en vouchers voor het inhuren van expertise. Daarnaast stimuleer ik op verschillende plekken in het land «de Juiste Zorg op de Juiste Plek»-bijeenkomsten. Nogmaals, daarnaast hebben we een virtuele vindplaats georganiseerd van tientallen goede voorbeelden: www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl.

Voorzitter. Naast het eerdere punt van de adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad met betrekking tot de 45 minuten norm, de concept-AMvB acute zorg, waarin ik uitwerk wat ik bij een wijziging van het acutezorgaanbod precies van alle betrokken partijen verwacht, de brief aan de koepels om nu reeds te handelen conform de concept-AMvB acute zorg en de ondersteuning bij de totstandkoming van de regiobeelden, heb ik met grote regelmaat contact met ziekenhuizen waar een voornemen bestaat tot het wijzigen van het acutezorgaanbod. Ik ga bijvoorbeeld over anderhalve week naar Drenthe en Zuidoost Groningen om met verschillende partijen te spreken over de visie van het kernteam op de toekomst van het ziekenhuislandschap in de regio. U heeft eerder gevraagd of ik een soort visiebrief kan maken over de ontwikkelingen in de medische zorg. Die wil ik u nog voor het zomerreces presenteren. Dit moest ik even kwijt, want anders krijgt u dat allemaal partje per partje te horen in antwoord op de vragen die u heeft gesteld.

Ik kom toe aan de vragen over de acute zorg. Na dit mapje heb ik nog een klein mapje overig. We hebben al gesproken over de 45 minuten norm. De eerste vraag kwam van mevrouw Van den Berg. Is de Minister bereid om een overzicht te verstrekken van time-outs, dus van SEH-stops, per ziekenhuislocatie per dag, vanaf januari 2018? De beschikbare informatie over SEH-stops – ik neem aan dat mevrouw Van den Berg dat bedoelt – is door de NZa opgenomen in de Monitor acute zorg, die u in januari van mij heeft ontvangen. In 2020, dus volgend jaar, verschijnt er weer een monitor acute zorg van de NZa. Dat is één.

Mevrouw Van den Berg stelde nog een vervolgvraag. Wat vind ik ervan dat de beroepsvereniging de opleiding tot SEH-arts graag verlengt, zodat ze met dokters vergeleken kunnen worden en ook een specialisme worden? Op dit moment heeft de SEH-arts een privaatrechtelijke profielerkenning vanuit de KNMG. Het is geen wettelijk erkend specialisme op grond van artikel 14 van de Wet BIG. Hiervoor kan de representatieve beroepsvereniging een aanvraag indienen. Het Zorginstituut heeft de taak om aanvragen voor de regulering van nieuwe beroepen en specialismen op inhoud te beoordelen en daarover advies uit te brengen. Dat is een procedureel antwoord. Als de beroepsvereniging een aanvraag heeft ingediend, dan moet er eerst advies worden uitgebracht door het Zorginstituut.

Mevrouw Van den Berg stelde ook een vraag over de leefbaarheidsanalyse. Heeft de NZa intussen een leefbaarheidsanalyse uitgevoerd met betrekking tot het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, conform het voorstel van het CDA en de PvdA? Zoals u weet, heb ik verschillende acties ondernomen om mij ervan te verzekeren dat de partijen alle publieke belangen voor ogen houden, onder meer via het Zorginstituut. Mevrouw Van den Berg vroeg naar de NZa, maar ik heb deze vraag gesteld aan het Zorginstituut. Ook heb ik de partijen naar aanleiding hiervan een brief gestuurd over de budgetimpactanalyse van de NZa. Dat was het eerste stukje van de vraag van mevrouw Van den Berg.

Dan het tweede deel van de vraag. Is er met de SAZ gesproken over de wijze van implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen in de regionale ziekenhuizen? Jazeker. Dat zeg ik in uw richting, maar ook in de richting van mevrouw Dik-Faber. Er is recent gesproken met de SAZ. Zij hebben mij laten weten dat de gesprekken over het Kwaliteitskader Spoedzorgketen nog gaande zijn, maar dat zij tevreden zijn over de manier waarop het proces verliep. De koepel van regionale ziekenhuizen, de SAZ, heeft mij tevens laten weten tevreden te zijn over de manier waarop de koepel via de NVZ betrokken is bij dit proces. Ik zal hier nog op terugkomen aan de hand van mijn reactie op de initiatiefnota die mevrouw Van den Berg eerder heeft aangeboden.

Dan nog een vraag van mevrouw Van den Berg. Zij zei: wij horen dat er de facto geen toezicht is op de vraag of het ROAZ de taken uitvoert die bij hen zijn belegd. Ik zou willen antwoorden dat er toezicht is georganiseerd op de partijen die samenwerken aan de ROAZ-tafel, hetzij door de NZa, hetzij door de inspectie. Maar behalve dat de ROAZ-voorzitters samenwerken in het landelijk overleg van ROAZ' en is er geen apart toezichthoudend orgaan. Je zou kunnen zeggen dat wij regelmatig met ze spreken, maar dan zijn ze een gesprekspartner. Wij zijn geen toezichthouder in een dergelijk gesprek. Dat waren de vragen die ik had genoteerd van de zijde van de CDA-fractie.

Dan kom ik bij de heer Van Gerven.

De voorzitter:

Voordat u dat doet, is er eerst een vraag van mevrouw Dik.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik heb er even op zitten kauwen. De Minister gaf aan dat de koepelorganisaties de kwaliteitsstandaard onderschrijven zoals die bij het Zorginstituut wordt geschreven. ZN trekt in een brief aan ons aan de bel omdat zij zich zorgen maken, met name over de positie van de SEH in regionale ziekenhuizen et cetera. Dat is precies het punt dat ik gemaakt heb. Via de koepels wordt er een akkoord gegeven, maar heeft het Zorginstituut niet alleen zicht op die koepelorganisaties maar ook op hoe het specifiek uitwerkt voor een ziekenhuis in Drenthe of Zuidoost Groningen, waar de Minister naartoe gaat?

Minister Bruins:

Ik heb deze vraag al zien aankomen, dus ik heb ter voorbereiding op dit debat gevraagd: kunnen we dubbelchecken bij SAZ of ze tevreden zijn over het verloop van het proces tot nu toe? We zijn nog niet aan het einde van de streep, dus het is een procesantwoord. Dat heb ik net ook gezegd. Zij zijn tevreden over hoe het proces tot dusverre loopt. Ze zijn tevreden over de manier waarop ze erbij worden betrokken. Als er andere signalen zijn, dan keer ik mij daar niet vanaf en wil ik ze graag weten. Maar ter voorbereiding op dit debat heb ik deze check gedaan en was er tevredenheid bij de SAZ.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Er is dus tevredenheid bij de koepelorganisatie. Dat is ook precies wat het Zorginstituut toetst: is er tevredenheid bij de koepelorganisatie? Maar ZN geeft aan: let nou op wat er in de individuele ziekenhuizen gebeurt. Ik wil niet zeggen dat dit een slechte koepelorganisatie is, maar je zou toch echt op het niveau van ziekenhuizen willen kijken of de dingen goed gaan en of de acute zorg daar voldoende geborgd is. De zorgverzekeraars zijn straks ook in de lead als het gaat om het maken van de regiobeelden. Als zij nu aan de bel trekken en zeggen «let op uw zaak; is de toegang tot de acute zorg wel voldoende geborgd?», dan vraag ik mij af of we niet voorbij de koepelorganisatie op het niveau van de ziekenhuizen moeten gaan kijken.

Minister **Bruins**:

Het is moeilijk om al die ziekenhuizen afzonderlijk te bespreken. Daarom kijk ik naar de stichting, naar de SAZ. Ik heb bij hen gecheckt of het proces goed verloopt. Dat is zo. Ik denk dat ze het gesprek over de inhoud nog voeren. Daar zijn ze nog niet uit, maar geef de partijen even de ruimte om daar een slag in te maken. Ik voel precies waar uw vraag zit. Ik zal zorgen dat ik mij in de komende periode ook verzeker van de betrokkenheid van de SAZ.

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

Hierop aansluitend het volgende. De Minister zei terecht dat het het Zorginstituut en niet de NZa is dat die brief van de Minister heeft ontvangen over de leefbaarheidsanalyse. Het Zorginstituut heeft een duidelijke budgetimpactanalyse gemaakt, anders weten we niet met elkaar dat het 26 miljoen zou betreffen voor de implementatie. Maar is er nu ook echt een leefbaarheidsanalyse gemaakt? Of wordt dan verwezen naar het gesprek met de koepel?

Minister **Bruins**:

Ik denk dat het beste antwoord is dat er gebruik is gemaakt van de kennis van het Zorginstituut bij het opstellen van die budgetimpactanalyse. Het is dus geen apart document, maar ik heb aan de hand van de in de motie meegegeven opdracht gevraagd: Zorginstituut, wil je je ervan verzekeren dat elementen van leefbaarheid worden betrokken bij dat gesprek? Daarop heb ik een bevestigende reactie gekregen van het Zorginstituut.

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

Ik krijg nu toch een beetje een kip-eigevool. Nu wordt er van tevoren een duidelijke berekening gemaakt door het Zorginstituut, uitkomend op 26 miljoen. Vervolgens wordt dan besproken hoe dat misschien in de regio kan worden geïmplementeerd, terwijl de aangenomen motie hierover vroeg om eerst te kijken wat dat betekent voor de leefbaarheid in de regio en voor regionale ziekenhuizen, voordat wordt besloten tot een bepaald kwaliteitskader.

Minister **Bruins**:

Ik vind het vervelend als daar onduidelijkheid over blijft bestaan. Het Zorginstituut en de SAZ staan beide pal voor het behoud van de

leefbaarheid en het bewaken van het element van de leefbaarheidsanalyse. Ik denk dat ik op een rijtje laat zetten wat het Zorginstituut op dat punt heeft besproken en nog gaat bespreken, opdat ik u daarover proper kan informeren. Het is niet een soort balletje-balletje, waarin de ene na de andere koepel verdwijnt. Zo is het niet. Het Zorginstituut heeft die taak goed opgenomen. Maar ik kan kijken of ik dat niet iets preciezer op de inhoud kan verwoorden.

De voorzitter:

Ik zie instemmend geknik en ik zie ook dat dit als toezegging wordt opgeschreven. Dat gaat de goede kant op. Dan komt u volgens mij nu alsnog op de antwoorden op de vragen van meneer Van Gerven.

Minister Bruins:

De heer Van Gerven vroeg: wat wordt de rol van het ROAZ bij de beschikbaarheid van spoedzorg? Het ROAZ heeft nu al een rol bij de beschikbaarheid van spoedzorg, want daarin moeten afspraken worden gemaakt over de beschikbaarheid van acute zorg. Die afspraken moeten zodanig zijn dat er, huiselijk gezegd, geen witte vlekken zijn in het aanbod van acute zorg. Er moet zicht komen op de actuele beschikbaarheid van acute zorg. Dus ik vind het belang van het ROAZ bij de beschikbaarheid van de spoedzorg nu al groot. Dat in de richting van de heer Van Gerven. Dan in de richting van de heer Geleijnse.

De voorzitter:

Er is toch nog een vraag van de heer Van Gerven. Een halve interruptie heb ik nog voor u in de aanbieding. Dat kunt u vast.

De heer Van Gerven (SP):

Dat kan ik zeker. Ik had nog een vraag liggen over de verloskundigen, Urk en de toeslagdiscussie met de zorgverzekeraars.

De voorzitter:

Die vraag zou in het mapje overige kunnen zitten.

Minister Bruins:

Ik weet nu zeker dat die in het mapje overige zit.

De voorzitter:

Dat klinkt wat overbodig, maar dat is niet zo: die vraag komt dus nog aan bod. Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dan de vragen van de heer Geleijnse. Hij vroeg hoe de publiekscampagne acute zorg eruit gaat zien. Op dit moment bereid ik een informatiecampagne voor waarvan het doel is om burgers te informeren over waar zij op welk moment het beste terecht kunnen met acute zorgvragen. Dat doe ik samen met partners als InEen, Ambulancezorg, de zorgverzekeraars, de SEH-artsen. Het doel van de campagne is naast het informeren ook het voorkomen van een te groot beroep op de acute zorg op momenten waarop dat niet nodig is. Er zal daarbij ook nadrukkelijk aandacht zijn voor geruststelling waar dat nodig is, omdat ook een niet-levensbedreigende situatie voor een patiënt als heel acuut kan worden ervaren. U krijgt geen grote posters, maar we hebben al een app. Misschien kunnen we die preciseren voor dit doel. Aan de ene kant moet acute zorg altijd goed bereikbaar zijn, maar maak er aan de andere kant alleen gebruik van als het nodig is. Daar zit natuurlijk een bepaalde spanning, dat ben ik aan het uitzoeken in deze campagne.

Hoe zit het met het overzicht en de werkbaarheid van de regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf? In mijn brief van 10 december heb ik

aangegeven dat voortkomend uit overleg met de zorgverzekeraars ActiZ en NZa begin 2019 een gezamenlijke uitvraag doen naar de werking en problemen van alle regionale coördinatiefuncties. Als daaruit blijkt dat in bepaalde regio's de coördinatiefunctie nog niet goed is ingevuld, hebben partijen afgesproken om hiervoor nog dit jaar nadere afspraken te maken. De uitvraag zal tevens dienen als nulmeting voor de werking en verbreding van de regionale coördinatiefunctie. Mijn collega De Jonge rapporteert daarover nader voor de zomer, in het kader van de voortgangsrapportage van Langer Thuis.

De heer Geleijnse vroeg of ik wil bevorderen dat zorgverzekeraars deelnemen aan het ROAZ-overleg. De verplichting om aan het overleg deel te nemen, geldt alleen voor de zorgaanbieders. Zij moeten immers de zorg organiseren en leveren. Zorgverzekeraars kopen in bij de zorgaanbieders en zorgen door de keuze bij wie ze inkopen, welke zorg en hoeveel zorg voor invulling van hun zorgplicht. Uiteraard hebben zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht voor hun verzekerden wel een belang bij een goede en efficiënte organisatie en levering van de zorg. Vandaar dat het traumacentrum verplicht is om hen uit te nodigen voor vergaderingen van het ROAZ. Zij krijgen dus altijd een uitnodiging daarvoor. De zorgverzekeraars hebben er zelf ook belang bij om deel te nemen aan het ROAZ. Wat daar wordt afgesproken, is namelijk behulpzaam voor de zorginkoop. In overleggen die ik heb laat ik niet na om aan te geven hoe belangrijk ik het vind dat verzekeraars al deelnemen aan het ROAZ. Mijn beeld is ook dat dat in toenemende mate het geval is. Zojuist zei ik in de richting van de heer Van Gerven dat de tijd van het ROAZ als een min of meer vrijblijvende afspraak waar je aan tafel kunt komen, echt voorbij is.

Mevrouw Ploumen vroeg wanneer de Kamer wordt geïnformeerd over de rapportering van de NZa dat acute zorg onder druk staat. U heeft die informatie al. Ze komt uit de NZa Monitor en die is kort na het Kerstreces, begin januari aan u toegestuurd. U heeft nog even tijd, want het staat niet op zichzelf. We zijn bezig met verschillende partijen in de acute zorg om een agenda te maken op basis van die monitor. We maken daarmee een handelingsperspectief bij die monitor. Ik wil u daar voor de zomer over informeren.

Mevrouw Ploumen sprak over het beschikbaar stellen van bedden, als een oplossing voor de problematiek bij verloskunde in Flevoland. Even om te preciseren: het beschikbaar stellen van bedden is een oplossingsrichting die is genoemd door zorgprofessionals in de regio als een van de oplossingen. Ik heb hem op het lijstje laten zetten, of preciezer: de toekomstverkenner heeft hem op het lijstje erbij gezet. Er wordt aan verschillende van die oplossingsrichtingen gewerkt. Ik verwacht de uitkomsten van de gesprekken en het advies van de toekomstverkenner voor de zomer.

De heer Renkema vroeg hoe het zit met de verbreding en financiering van de regionale coördinatiefuncties voor tijdelijk verblijf. ZN en ActiZ hebben het voortouw genomen in het beschrijven van de minimale invulling van de vier functionaliteiten van de regionale coördinatiefunctie, inclusief verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de relevante zorgverleners en zorgaanbieders. Op basis hiervan kan worden gekeken of een uniforme separate bekostiging mogelijk is, in plaats van de huidige bekostigingsmogelijkheid via de tarieven. Ik verwacht ook hier voor de zomer dat duidelijk kan zijn of een uniforme separate bekostiging mogelijk is. Hiermee is wat mij betreft de basis op orde en wordt vervolgens gewerkt aan de verdere verbreding van de coördinatiefuncties.

Zou de Minister stappen willen zetten om een model uit het Verenigd Koninkrijk, waarin 24/7-teams thuis alvast een begin kunnen maken met medicatie en behandeling, wat mogelijk dan weer kan zorgen voor een minder snelle toestroom in de acute zorg? Kan zoiets ook in Nederland? Om eerlijk te zijn ken ik het Engelse model niet precies, maar ik vind dat de insteek van de heer Renkema wel goed is: het voorkomen van zorg in

een ziekenhuis door opvang of behandeling van mensen voordat ze aan ziekenhuiszorg toe zijn. Eigenlijk is dat in lijn met de recente hoofdlijnenakkoorden: het voorkomen van ziekenhuiszorg door meer investeringen in de eerste lijn, zowel door huisartsen als door wijkverpleging. Deze professionals kunnen immers vele van de door u genoemde taken uitvoeren. We stimuleren deze beweging ook financieel door het afremmen van de groei van de ziekenhuiszorg en door meer groeimogelijkheden voor huisartsen en wijkverpleging. Dat is immers de hoofdrichting van de hoofdlijnenakkoorden. Als de heer Renkema vraagt of ik bereid ben te bekijken of we iets kunnen leren van het model in Engeland, dan zeg ik dat ik daartoe graag bereid ben.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Op dit punt krijg ik toch graag wat verdere specificering. Het gaat ons niet alleen om de juiste zorg op de juiste plek. Het gaat hier ook heel specifiek over ambulanceritten. Op een gegeven moment, halverwege het debat, was er onduidelijkheid over vervuiling van ritten, over A1-ritten, en over een bepaalde hiërarchie die er ook achteraf in ritten zit. Het Engelse model komt eigenlijk op het volgende neer. Voordat een ambulance op een oproep ingaat, wordt er 24/7 – en dat is best ingewikkeld – gekeken of er in plaats daarvan mensen naartoe kunnen worden gestuurd om te kijken wat er nodig is. Dat vraagt om hele goede patiëntinformatie. Het is absoluut niet de bedoeling om dat te doen bij een verkeersongeval, maar je kunt je heel goed voorstellen dat er ook situaties zijn waarin er vanaf een bepaald adres wordt gebeld, er goede patiëntinformatie is en vervolgens blijkt dat een ambulancerit op dat moment niet nodig is. Daarvoor heb je wel een soort van mediumoplossing nodig. De vraag is niet alleen of het interessant is om in het algemeen te kijken naar de inzet van huisartsen en wijkverpleegkundigen, maar ook of er in de acute zorg een soort van tussenoplossing is en om die optie te verkennen. Mijn concrete vraag is dan of de Minister bereid is om die optie te verkennen als onderdeel van de acute zorg in Nederland.

Minister **Bruins**:

«Verkennen» is een groot woord, maar ik vind het wel interessant. Ik ga me er dus eventjes in verdiepen. Misschien doe ik dat wel samen met AZN, want die hebben een rondje gemaakt voor in ieder geval een deel van de acute zorg. Een idee levert bijna nooit alleen maar voordelen op. Meestal zit er ergens anders wel een scherp randje aan. Ik vind dat we de creativiteit... Ik geloof dat we dat woord van u niet mogen gebruiken, maar ik vind het toch wel belangrijk dat we zoeken naar instrumenten die ons behulpzaam zijn bij toekomstvast acute zorg. Ik wil dus graag kijken hoe ik de informatie uit Engeland op een handige manier kan gebruiken.

De **voorzitter**:

De heer Renkema nog even heel kort.

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Heel kort. «Creativiteit» is voor ons zeker geen vies woord, hoor. De Minister zegt dat het woord «verkennen» een groot woord is, maar dat hij zich er wel in wil verdiepen. Kan hij iets meer toezeggen op dit punt?

De **voorzitter**:

We gaan het zien.

Minister **Bruins**:

Verdiepen, verkennen, contact leggen met AZN, samen met u op reis naar Engeland?

De heer **Renkema** (GroenLinks):

Het kan ook via een motie, zeg ik alvast.

Minister Bruins:

O, maar dan zeg ik helemaal niks meer. Dan kijk ik gewoon even naar de tekst van de motie. Ik wil er wel serieus naar kijken, maar voordat we nou heel Europa onder de loep nemen... Ik hoop eigenlijk dat AZN ook in Engeland is wezen kijken. Ik weet dat niet. Misschien kan ik al leentjebuur spelen bij hun informatie. Dat is eigenlijk wat ik wil.

Voorzitter. Een andere vraag van de heer Renkema ging over de stand van zaken rondom het verschaffen van inzicht in de acute ziekenhuisbedden. U weet dat de koepel van de ROAZ'en het initiatief heeft genomen tot het introduceren van een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over beschikbare bedden in de acute ziekenhuiszorg. Ik heb van die koepel, het LNAZ, begrepen dat alle ROAZ'en hieraan prioriteit willen geven. Een concreet plan van aanpak wordt uitgewerkt. Op dit moment is het LNAZ bezig met een programma van eisen waarin staat beschreven waaraan het systeem moet voldoen. Vier ROAZ-regio's in de Randstad, waar op korte afstand van elkaar veel ziekenhuizen zijn, zijn al aangesloten op het Acuu Zorgportaal, waarin de beschikbaarheid van acute bedden zichtbaar is. Er zijn ook regio's die werken met een pilot. Op grond van de AMvB over de beschikbaarheid van acute zorg, waarvan u een concept heeft ontvangen, zal ik de deelnemers aan de ROAZ ook opleggen zich maximaal in te spannen om afspraken te maken over het inzichtelijk maken van de beschikbaarheid van de genoemde ziekenhuisbedden. Dit is echt een belangrijk punt voor heel Nederland.

De heer Renkema heeft ook een punt gemaakt van het elv. Op een gegeven moment is er een overkoepelend overzicht voorgesteld om per regio in kaart te krijgen waar de elv's zijn. De heer Renkema vroeg hoe het daarmee staat. Ik denk dat ik die vraag net heb beantwoord in de richting van de heer Geleijnse. Is dat niet zo? Volgens mij wel. Het bieden van inzicht gebeurt steeds beter. Sommige regio's zijn er wat vooruitstrevender mee, zie Noord-Nederland, dan andere regio's. Ik denk dat het gaat slagen om dit per regio in kaart te brengen, omdat de regio's vinden dat dit belangrijk is.

De voorzitter:

Ik wilde nog zeggen dat «elv» staat voor «eerstelijnsverblijf».

Minister Bruins:

Sorry, ja.

Dan de stand van zaken van de motie-Renkema/Ellemeet of -Ellemeet/Renkema of -Lachend tachtig over het denken vanuit mensen en het gebruiken van de beschikbaarheid die er is, in plaats van het denken vanuit gelabelde bedden voor de verschillende schotten. De motie-Renkema/Ellemeet verzoekt om een inventarisatie van initiatieven waarbij de verschillende vormen van tijdelijk verblijf via één ingang worden georganiseerd en te onderzoeken op welke wijze een dergelijke aanpak breder in Nederland kan worden ingezet. De offerteprocedure voor deze inventarisatie is momenteel gaande. Ik verwacht de inventarisatie na het zomerreces aan uw Kamer te kunnen toezenden.

Dan een meer algemene vraag van de heer Renkema. In oktober heb ik een brief gestuurd over de juiste zorg op de juiste plek. De verschillende ingrediënten heb ik inmiddels allemaal wel genoemd: het belang van regiobeelden, de basisdataset, de vouchers waarvoor budget beschikbaar is, het organiseren van regiobijeenkomsten en het organiseren van een virtuele vindplaats. Straks zal ik in reactie op een vraag van de heer Rutte nog een paar acties benoemen. Het is een hele baaierd aan voortgang. De heer Bisschop vroeg naar de toekomst van de zorg in Flevoland. Hij snapt dat de Minister gaat wachten welke plannen er worden ontwikkeld,

maar vraagt mij om te zeggen in hoeverre ik daar zelf bij betrokken ben en hoe het zit met mijn regio. Er ligt een helder tijdspad en een uitgebreide factsheet. Daar is de SGP al blij mee. Daar ben ik dan weer blij mee. U weet dat de toekomstverkenner aan de slag is. Hij moet uiterlijk 1 juli rapporteren. Elke maandagochtend hebben wij een overleg met de toekomstverkenner. Dat is dus heel regelmatig. Ook de NZa en de IGJ zijn aangehaakt bij dit proces. Ik verwacht daar wel wat van. We laten het niet tot 1 juli betijen, zeg ik in de richting van de heer Bisschop.

Mevrouw Dik-Faber heeft een vraag gesteld over het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Heeft de Minister er zicht op wanneer het Kwaliteitskader Spoedzorgketen kan worden geïmplementeerd? Dat heb ik nog niet. Het Zorginstituut verwacht dat het kwaliteitskader nog deze maand wordt ingediend. Daarin moeten dan ook afspraken zijn gemaakt over de termijn van implementatie van de verschillende normen. Maar er zit dus wel schot in de zaak. Hoe worden de afspraken uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen gemonitord? Dat gebeurt via de IGJ en de NZa. Beide zullen de implementatie volgen via hun toezicht. Is bij het vaststellen van normen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen een differentiatie mogelijk voor verschillende niveaus van SEH's? Ik vind dat dat aan de betrokken veldpartijen is. In principe is dit natuurlijk een optie; zie in dit geval ook het addendum bij de IC-richtlijn van 21 augustus 2018, waarin met name voor kleinere ziekenhuizen vanuit doelmatigheidsoverwegingen nadere afspraken zijn gemaakt.

Mevrouw Dik-Faber heeft nog een vraag gesteld over het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Het mag er niet toe leiden dat de bezettingsnormen onhaalbaar zijn. Het Zorginstituut toetst de normen niet, maar vaart op het oordeel van de koepels. De vraag van mevrouw Dik is of dat terecht is, als ik haar vraag goed heb genoteerd. Naar aanleiding van het verzoek dat u heeft gedaan tijdens het AO van 13 februari heb ik recent met de NVZ en de SAZ gesproken. Ze hebben laten weten dat de gesprekken over het kwaliteitskader nog gaande zijn, maar dat ze tevreden zijn over hoe het proces verloopt. Maar we zijn er nog niet. De inhoud moet nog uitwijzen of die tevredenheid blijft, zoals ik u eerder heb gezegd. De vraag over de 45 minuten norm en welke acties ik daar moet plegen, heb ik beantwoord. Dan de vraag hoe burgers en patiënten worden betrokken bij alle veranderingen in de acute zorg en de ambulancezorg. Ik heb al benadrukt dat als er sprake is van een wijziging in het zorgaanbod, goede communicatie daarover met de betrokkenen in de regio van groot belang is. Daarom zal ik in de AMvB over de beschikbaarheid van acute zorg regelen dat zorgaanbieders het aanbieden van acute zorg op een bepaalde locatie alleen geheel of gedeeltelijk kunnen opschorten of beëindigen als hierover van tevoren wordt overlegd met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, ook in de eerste lijn, en als gemeenten en inwoners van tevoren worden geïnformeerd en gehoord. Dat vind ik belangrijk. Op die manier kunnen zij hun zorgen uiten en suggesties doen. De zorgaanbieder kan deze zorgen en suggesties meewegen in de besluitvorming. Ik vind het ook belangrijk dat de zorgaanbieder laat weten wat hij heeft gedaan met zorgen en suggesties. Ik vind dat een belangrijk onderdeel van nette besluitvorming. Ik zal ook bevorderen dat er een handreiking komt voor het vormgeven van dergelijke ordentelijke besluitvormingsprocessen.

Mevrouw Dik-Faber had ook een vraag over het maken van een nieuwe standaard voor de spoedpoli. Een spoedpoli is iets tussen huisartsenpost en SEH in. Hoe de acute zorg en de spoedzorg worden ingericht, is maatwerk. Dat ligt vaak aan de behoefte in een regio. Er is geen specifieke standaard, maar de zorg kan wel worden aangeboden. Tot zover op dat punt.

Voorzitter. Mevrouw Agema heeft gezegd dat het beleid zich moet richten op het aanscherpen van de 45 minuten norm in plaats van op het verslappen daarvan. Ik heb aangegeven dat de 45 minuten norm als spreidingsnorm een norm is die naar mijn mening te weinig van een

medisch-inhoudelijke onderbouwing vergezeld gaat. Ik vind dat dat anders moet. Daarom heb ik de Gezondheidsraad gevraagd om een advies. Als ik dat advies heb, wil ik dat best naast de situaties leggen die mevrouw Agema heeft beschreven uit bijvoorbeeld Spanje en de Verenigde Staten. Als mevrouw Agema zou vragen hoe ik mijn verantwoordelijkheid zie voor de 45 minuten norm, dan is dit de werkwijze die mij voorstaat: het vragen van een advies voor een medisch-inhoudelijke onderbouwing van de 45 minuten norm.

De voorzitter:

Dat leidt tot een aanvullende vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

De voorgangers van de Minister stonden pal voor die 45 minuten norm, voor die bereikbaarheidsnorm, voor die spreidingsnorm; geef het een naam. Ze zagen in hoe belangrijk dat is. We zitten in Nederland nu in een situatie waarin die norm keihard overschreden wordt. In Flevoland en op Urk wordt het uur zelfs overschreden. Ik vind het dan werkelijk waar onbestaanbaar dat Onze Minister nu zegt: ja, maar nu ga ik eens even een advies vragen. Dat kan niet. Hij moet net als zijn voorgangers, toen de situatie nog niet zo acuut was, pal staan voor die norm, want we zien dat hoe langer het duurt tussen de patiëntstabilisatie en het ziekenhuis, hoe meer problemen er ontstaan. We hoeven die onderzoeken ook niet te gaan doen, want er zijn al stapels onderzoeken naar gedaan. Zolang de Minister niet pal staat voor die 45 minuten norm en die niet handhaaft, zolang hij de woorden van zijn voorganger niet overneemt maar zich juist terugtrekt en zegt dat hij even onderzoek gaat doen, lopen er mensen risico. Dat gebeurt onder verantwoordelijkheid van de Minister. Daarom vind ik dat de Minister nu moet opstaan en moet zeggen dat de 45 minuten norm wordt gehandhaafd. Ik vraag hem ook om op te staan en dat te doen.

Minister Bruins:

Ik heb ook in dit debat opnieuw aangegeven dat ik pal wil staan voor de kwaliteit van zorg. Ik heb ook eerder in dit debat aangegeven dat de 45 minuten norm ook in de bestaande situatie kan leiden tot brokken. In het geval van een hartstilstand is die 45 minuten norm niet de goede norm. Daarom wil ik toe naar een medisch-wetenschappelijke onderbouwing van de 45 minuten norm. Daarom vind ik het belangrijk om pal te staan voor de kwaliteit van zorg.

Mevrouw Agema (PVV):

Er zijn nu vrouwen op Urk die tijdens de bevalling in de problemen komen en die vervolgens ruim een uur in een ambulance liggen, op weg naar een ziekenhuis elders in Nederland. Dat is wat er nu aan de hand is, en de Minister duikt. Hij duikt daarvan weg door te zeggen dat hij nu eerst een wetenschappelijke norm wil. Zijn voorgangers zeiden dat ze voor die 45 minuten norm stonden. Natuurlijk moet het scherper als het scherper moet, maar dat is helemaal niet de vraag die nu voorligt. De actuele situatie is dat nu, op dit moment, vrouwen op Urk in de problemen komen tijdens de bevalling en een horrorrit moeten maken door heel Nederland. Voor die situatie moet de Minister een stokje steken. Ik wil gewoon een toezegging van hem. Anders vraag ik een VAO aan en dan is het weer tijd voor een motie van wantrouwen.

Minister Bruins:

Wij hebben de 45 minuten norm in dit debat al wel zeven of acht keer betiteld als een spreidingsnorm. Ik vind dat we daarnaast op zoek moeten naar een meer medisch-inhoudelijke norm. Daarom vraag ik daarover

advies aan de Gezondheidsraad. Dat is, denk ik, een belangrijke stap om aan te geven dat ik pal sta voor de kwaliteit van zorg in Nederland.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dan heb ik nog vragen over dit onderwerp liggen van de heer Rutte. Kan ik het nazorgbeleid dat in Noord-Nederland wordt gevoerd breder implementeren? De coöperatie ZorgnaZorg fungeert als een van de regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf en is vorig jaar, samen met vijf andere regio's, als goed voorbeeld opgenomen in de publicatie «Regionale coördinatie tijdelijk verblijf. Verslag van 6 goede voorbeelden». Het is uitdrukkelijk de bedoeling om datgene wat ZorgnaZorg doet, namelijk patiënten zonder onnodige wachttijd laten doorstromen naar de juiste zorginstelling, ook in andere regio's van Nederland vorm te geven. Dat gebeurt ook al. Daarbij is het belangrijk dat er landelijk overeenstemming is over wat de coördinatiefuncties moeten gaan doen. Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ hebben het voortouw genomen om de minimale invulling van de taken en de functionaliteiten van de coördinatiefuncties te beschrijven. Vervolgens is het aan iedere regio om te bepalen hoe die invulling van taken vorm krijgt. Dat kan in een coöperatie zijn, zoals ZorgnaZorg, maar het kan wat mij betreft ook in een ander samenwerkingsverband.

De voorzitter:

Ik heb daar namens de VVD-fractie nog een vraag over. Ik snap dat regio's verschillend zijn en dat je het soms anders moet doen. Maar ik constateer wel dat de werkwijze van ZorgnaZorg inmiddels al meer dan drie jaar bestaat en dat andere regio's er nog steeds over aan het nadenken zijn. Wanneer mogen we er nou op rekenen dat dit in elke regio goed geregeld is?

Minister Bruins:

Dat is natuurlijk wel een hele lastige vraag, omdat je al die regio's niet aan een touwtje hebt. Ik vind het een stap voorwaarts dat ik de publicatie «Regionale coördinatie tijdelijk verblijf. Verslag van 6 goede voorbeelden» kan delen met andere regio's als een wenkend perspectief. Ik denk dat ik een actieve rol kan vervullen in het bereiken van landelijke overeenstemming over de inhoud van de coördinatiefunctie door dat gesprek te voeren met de zorgverzekeraars en met ActiZ. Dat wil ik ook graag doen. De hoe-vraag, dus of dat via een coöperatie moet, wil ik echt overlaten aan de regio zelf.

De voorzitter:

Ik hoorde ook geen harde deadline. Dat snap ik ook wel. Laat ik het iets anders formuleren. Wanneer is de Minister tevreden en wanneer blijft hij nog ontevreden ten aanzien van de coördinatie van deze vormen van zorg? Waar ligt de grens van tevredenheid? Dan weten we ook wanneer we misschien moeten opschalen en wanneer we moeten zeggen: dit gaat niet goed; er moet meer gebeuren.

Minister Bruins:

Ik zou u graag een concreet antwoord willen geven, maar dat is voor mij op dit moment een slag in de lucht. Collega De Jonge stuurt de Kamer voor de zomervakantie een brief. Daarin zal ik deze vraag van een concreet antwoord voorzien. Dat is dus voor de zomer. Voorzitter. Dan heb ik nog één vraag uit dit mapje. Wat doet de Minister om slimme zorg onder de aandacht te brengen? Ik ben een groot voorstander van het onder de aandacht brengen van slimme zorg bij

partijen. Dat kan natuurlijk via een website als dejuistezorgopdejuisteplek.nl, maar het kan natuurlijk nog op veel meer manieren. Een mooi voorbeeld zijn de vormen van beeldbellen, die in 2017 en 2018 echt enorm veel vaker zijn gebruikt. Dat helpt chronische patiënten. Als chronische patiënten eerder en vaker in beeld zijn bij hun zorgaanbieder, hun zorgverlener, dan kan er vaker worden voorkomen – dat is uw achterliggende gedachte – dat een beroep moet worden gedaan op acute zorg. Wat kan ik nog meer doen? Dit jaar is de Subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt gestart. Daar verwacht ik wel wat van. Twee. De NZa is bereid om de bekostiging aan te passen in die zin dat specifiek dbc's kunnen worden geopend voor slimme zorg sneller bij de patiënt. Dat vind ik een concrete actie. Ten derde. In de hoofdlijnenakkoorden hebben we van slimme zorg een thema gemaakt, opdat zorgverzekeraars hiervoor sneller en makkelijker gaan contracteren. Die drie acties zijn er dus voor hier en nu.

De voorzitter:

Ik heb namens de VVD-fractie nog een vraag ten aanzien van dit thema. Het blijft toch ongemakkelijk. Als een COPD-patiënt in de Achterhoek gebruik kan maken van hele slimme telemonitoring en een COPD-patiënt die net 4 kilometer verderop woont, in Haaksbergen, om maar een dorp te noemen – dat ken ik goed; daar kom ik vandaan; daar zit bijvoorbeeld ook een COPD-patiënt die ik persoonlijk heel goed ken – zegt «hé, die telemonitoring lijkt me ook wel wat», kan het zo zijn dat hij die toch niet krijgt, omdat hij gebruikmaakt van zorg in Enschede. Het antwoord van de Minister is: daar heb je een subsidieregeling voor, er is een andere bekostiging en er zijn hoofdlijnenakkoorden. Maar als het ziekenhuis daar zegt «ik kom er niet uit met de verzekeraar» of «ik wil eerst een pilot doen» en de verzekeraar zegt «ja, maar het kan al lang, ga eens aan de slag» en er ondertussen niets gebeurt, wat hebben we dan nog achter de hand?

Minister Bruins:

Ik zit nog in het stadium van verleiden. Wij brengen de goede voorbeelden in kaart en plaatsen die op die website. Via vouchers maken we het makkelijker om die voorbeelden naar elders over te poten. Ik vind dat we in die fase zitten. U gaf een voorbeeld. Juist bij het beeldbellen is er een sprongetje gemaakt van 11% naar 21% van de aanbieders die inmiddels gebruikmaken van beeldbellen. Dat is snel gegaan, dus het zetten van een lampje op dit soort voorbeelden helpt. Dat is volgens mij de meest praktische werkwijze. Daar ga ik ook mee door. Er gaat geen ziekenhuisbezoek voorbij of ik vraag aandacht voor het thema van slimme zorg, vaak gerelateerd aan e-healthtoepassingen. Dat was het mapje acute zorg. Dan heb ik nog een mapje varia.

De voorzitter:

Ik kijk naar de Kamer. Kunnen wij door naar het mapje varia? Er wordt gevraagd of er nog ruimte is voor een tweede termijn. Dat hangt af van hoe snel de behandeling van het mapje varia gaat, maar wat mij betreft gaan we daar wel een poging toe doen. Als we allemaal een heel klein beetje uitloop hebben, wordt het makkelijker; en anders niet. Maar ik neem aan dat mensen nog wel een antwoord op hun vragen willen, dus we gaan snel door.

Minister Bruins:

Ik zal me haasten, voorzitter. De heer Van Gerven vroeg wie er heeft gekozen voor de heer Leerink in Flevoland. Dat hebben we al aan snee gehad in het vorige debat. Ik heb gekozen voor de heer Leerink. Hij heeft veel ervaring vanuit de kant van ziekenhuizen maar ook vanuit de kant van

verzekeraars. Ik heb zijn naam bij alle betrokken partijen in Flevoland gepolst. Dat is een.

Twée: de aanrijtijden Urk-Lelystad. Kan de Minister het niet zo laten? Is het niet volgens de wet? De aanrijtijden van de ambulance naar de patiënt voldoen nog steeds aan de daarvoor geldende 15 minuten norm. Over de 45 minuten norm hebben wij het inmiddels uitvoerig gehad.

Wat vindt u van de bereikbaarheidsnorm voor verloskundige? Er is geen aparte bereikbaarheidsnorm voor acute verloskundige. Over de 15 minuten norm en de 45 minuten norm hebben we het inmiddels uitvoering gehad.

Hoe zit het met de achterwacht voor verloskundigen op Urk en de vergoeding door verzekeraars? Ik heb begrepen dat verzekeraar Zilveren Kruis met verloskundigenpraktijken in gesprek is om de samenwerking binnen het verloskundig samenwerkingsverband te verbeteren, bijvoorbeeld door het delen van de achterwacht. Daarnaast vinden er gesprekken plaats over de financiering van de achterwacht. De NZa heeft me laten weten dat zorgverzekeraars op dit moment een tariefsverhoging van 54% boven het reguliere tarief kunnen afspreken. Zilveren Kruis is bereid om dit tarief op deze manier toe te kennen. Andere zorgverzekeraars blijken hierin terughoudender te zijn. NZa heeft contact gelegd met Zorgverzekeraars Nederland om hier actie op te ondernemen, aan te geven wat er mogelijk is en dit signaal ook door te geven. Daarnaast legt Zilveren Kruis dit signaal zelf neer bij Zorgverzekeraars Nederland en daarmee ook bij andere verzekeraars. Het is dus onderwerp van gesprek, maar het is nog niet afgerond.

De heer **Van Gerven** (SP):
Wat vindt de Minister zelf?

Minister **Bruins**:

De Minister vindt zelf dat die gesprekken tussen de verzekeraars onderling moeten worden afgewacht.

Dan de vraag van D66 om de griep prik onder zorgpersoneel verplicht te stellen, zoals de heer Raemakers zelf stelde. Naar aanleiding van de griepgolf 2017–2018 laat collega Blokhuis onderzoek doen naar de wenselijkheid en mogelijkheid om griepvaccinatie onder nieuw zorgpersoneel verplicht te stellen door de werkgever. De uitkomsten van dat onderzoek verwacht hij dit najaar. De suggestie van D66 wordt daarin meegenomen.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik heb een vraag over hoe dat op dit moment juridisch zit. Stel je voor dat je een zorginstelling bent en dat je nu al zo'n beleid zou willen voeren, waarin je zegt: wij nemen mensen die niet bereid zijn om die griep prik te halen, niet in dienst. Zou dat op dit moment juridisch mogen of niet?

Minister **Bruins**:

De vraag of dat mogelijk is moeten we toch echt eventjes parkeren bij Blokhuis, bij dat onderzoek waarvan u de resultaten krijgt. Ik weet toevallig van andere landen dat het daar onmogelijk was om zorgpersoneel te verplichten tot die vaccinaties, tot het halen van de griep prik. Ik moet hieruit geen conclusies voor Nederland trekken, maar dit is een voorbeeld uit een ander land. Wat we natuurlijk wel kunnen doen, is flink veel reclame maken voor de griep prik. U weet dat ik dat heb gedaan. Ik heb voor 36 of 44 verschillende ziekenhuizen filmpjes ingesproken. Ik ben graag bereid om dat opnieuw te doen.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik ben in ieder geval blij met de toezegging dat onze suggestie zal worden meegenomen in het onderzoek. Ik zou daarover wel heel graag een

termijn willen afspreken. Loopt dat onderzoek op dit moment? Is dat bezig? Kan het bijvoorbeeld voor de zomer? Want het lijkt me belangrijk dat we vóór de mogelijke epidemie van 2019–2020 weten waar we aan toe zijn. Kan dat onderzoek bijvoorbeeld voor of rond de zomer zijn afgerond?

Minister Bruins:

Ik zei net dat Blokhuis de resultaten van het onderzoek dat hij in gang heeft gezet, dit najaar verwacht, maar ik begrijp uw vraag, dus ik zal met hem overleggen of hier voor het naderende griepseizoen al inzicht in is, opdat dat al bruikbaar is voor de komende griepgolf. Ik heb er zo mijn twijfels over of dat kan, maar niet geschoten is altijd mis. Die actie onderneem ik dus bij collega Paulus.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Ik heb nog twee vragen liggen. De ene gaat over de 16.000 geregistreerde aed's en een tekort in Amsterdam. Wanneer is er een 100% dekking? De inzet is dat er over enkele jaren in heel Nederland een 6 minutenzone is. Het is dan ook van belang dat er zo veel mogelijk beschikbare aed's worden geregistreerd. Ik heb het belang van dat registreren ook onderstreept in mijn brief aan de gemeenten. Op dit moment zijn er, zo begrijp ik, ongeveer 19.000 aed's geregistreerd. Maar als mevrouw Dik-Faber zou vragen wanneer het gefixt is, moet ik haar dat antwoord schuldig blijven. Ik heb geen jaartal waarvan ik kan zeggen: dan is er 100% dekking. Ik heb wel gemaand tot aansluiting van alle gemeentes en tot registratie van de aed's.

Voorzitter. Tot slot de uitwisseling van patiëntgegevens. Meerderen van u hebben daarnaar gevraagd. Kan het makkelijker? Is er een campagne nodig? Is een ander systeem mogelijk? Twee antwoorden. Eén. Over het onderwerp gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders heb ik u gezegd dat wij een wet gaan maken. De contouren van die wet krijgt u nog voor de zomervakantie. Ik stuur u deze week nog een brief waarin de voortgang staat van waar ik in december mee ben begonnen. Het veilig uitwisselen van gegevens is niet een kwestie van drie systeempjes aan elkaar koppelen. Het is een ongelofelijk ingewikkelde aangelegenheid, zowel in taal als in techniek. Het moet straks ook werken. Leveranciers moeten meedoen. Zorgaanbieders moeten meedoen. Tegelijkertijd moet ook de zorg doorgaan. Niet iedereen moet alleen maar bezig zijn met het laden van systemen. Er is dus nog heel veel werk aan de weg, maar uit eerdere debatten heb ik ook bij u geproefd dat er ruimte en noodzaak is om zo'n wettelijke verplichting te maken. Dus daarover spreken wij elkaar binnenkort nader. Ik stuur u deze week een brief over de voortgang van de voorbereiding van die wet.

Twee. De vraag van de heer Raemakers was nog iets concreter, namelijk over de situatie dat iemand in de ambulance geen toestemming kan geven. Dat is toch van vitaal belang, zo paraphraseer ik dan maar even. Mogen dan de zorgverlener, het ziekenhuis, het ambulancepersoneel of de huisarts die gegevens gebruiken? Het antwoord daarop is: ja. Daar is ook nog veel meer over te zeggen, maar dit is een soort aanvulling op het debat dat wij in januari hebben gehad over gegevensuitwisseling. Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Ik werp een blik op de klok. Er is een vraag van de heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Ik had deze interruptie bewaard. Wij hebben inderdaad gezien dat het op basis van de wet mogelijk is, maar wij krijgen ook brieven van verschil-

lende regio's, die zeggen: in onze regio zijn er minder goede afspraken over gemaakt, waardoor wat misschien op basis van de wet mogelijk is, in een bepaalde regio toch niet goed genoeg gebeurt. Mijn vraag zou de volgende zijn. De Minister heeft natuurlijk aangegeven dat hij over die gegevensbescherming meer regie gaat nemen. Maar betekent dat dan ook dat de regionale vrijblijvendheid, waarbij het dus in de ene regio slechter is geregeld en de patiëntveiligheid daar mogelijk in het geding is, straks niet meer mogelijk is?

Minister Bruins:

Patiëntgegevensveiligheid is overal in Nederland van belang, dus ik heb iets preciezer nodig wat de zorg of kritiek is die de heer Raemakers heeft ontvangen vanuit een regio of vanuit regio's. Als ik dat iets preciezer krijg, zal ik proberen daarmee rekening te houden, hetzij nog in de brief van deze week en anders ter voorbereiding van de brief van 1 juli.

De heer Raemakers (D66):

Tot slot wil ik een principiële vraag stellen over privacy en patiëntveiligheid. Wij vinden allemaal, mijn partij ook, dat privacy heel belangrijk is. Maar je zou ook kunnen beargumenteren dat er omstandigheden zijn waarin we zeggen: deze patiënt is in levensgevaar en het is zo acuut dat iemand, een zorgverlener of de overheid, moet besluiten dat de eigen patiëntveiligheid van de patiënt voor zijn of haar privacy gaat, omdat dit in het belang is van de patiënt. Zo'n redenering zou je kunnen verdedigen. Hoe denkt de Minister daarover?

Minister Bruins:

Ik denk dat we daar heel duidelijk over moeten zijn, want dat is inderdaad een principiële vraag. Laat ik die niet even uit de losse mouw beantwoorden. Dat moet op schrift gebeuren. Wij moeten met elkaar het gesprek voeren over de vraag wat voorrang heeft. Is dat altijd de privacy, of zeggen we: altijd de gezondheidsaspecten van iemand? Dat gesprek zullen we hebben en dat voer ik graag, want ik vind dat van belang voor het draagvlak voor een wet over die veilige gegevensuitwisseling.

De voorzitter:

Dank u wel. Een blik op de klok leert ons dat wij eigenlijk nog vijf minuten hebben in dit algemeen overleg. Ik kijk heel even naar de bode. Is er ruimte voor wat uitloop, of niet? Die is er. Dan geef ik de commissie in overweging dat we een tweede termijn doen van maximaal één minuut. Daar moeten we ons echt aan houden, want anders lopen we helemaal uit de pas. Ik zal zelf afzien van een tweede termijn, om wat tijd en ruimte te bieden. We gaan snel beginnen, bij mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Op de eerste plaats wil ik de Minister graag danken voor de antwoorden, maar ook voor de toezegging dat hij in de algemene maatregel van bestuur de verplichte berekening van aanrijtijden gaat opnemen, en voor de toezegging dat hij nog terugkomt op de leefbaarheidsanalyse en op wat het zorginstituut daarbij doet. Ik ben ook blij dat hij in gesprek gaat met de VNVN. Collega Renkema heeft daar ook naar gevraagd. Ik heb even wat appcontact gehad met mevrouw Bolle hier in de zaal. Men zit toch vanaf 2012 al te wachten op nieuwe beroepsprofielen en op wetgeving. Dus het is heel fijn dat de Minister in gesprek gaat. Ik wil toch graag een VAO aanvragen, want over de time-outs waar ik naar vroeg, dus het aantal stops per ziekenhuis vanaf 2018, zei de Minister dat dit in de Monitor acute zorg 2018 staat. Ik heb het nog even gecheckt. Excuus dat ik een paar keer op mijn iPhone zat te kijken. Ik dacht: heb ik wat over het hoofd gezien? Ik kan in ieder geval alleen totalen ontdekken. Een van die totalen is dat 7.000 uren aan eerste harthulp niet beschikbaar

was. Als ik dat even omreken met 24 uur per dag, komen we toch op bijna 300 dagen waarop een heel ziekenhuis eigenlijk even dicht is. Daarvoor toch graag een VAO.

De voorzitter:

Dat staat genoteerd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik had dat al gevraagd.

De voorzitter:

Ik ben net even op de formele regels gewezen. Een VAO aanvragen kan pas in de tweede termijn. Mevrouw Van den Berg is u dan voor. Er komt in ieder geval een VAO.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee hoor, voorzitter, dat is echt niet waar. Meneer Van Gerven heeft een vorige keer ook in de eerste termijn om een VAO gevraagd.

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

Dat is ook de reden waarom ik hier zat. Degene die het VAO aanvraagt, is de eerste spreker.

De voorzitter:

Ik ga hier over de orde. We gaan in het Reglement van Orde nog even nakijken wie er gelijk heeft. Als het Reglement van Orde zegt «tweede termijn», dan is het tweede termijn en dan is mevrouw Van den Berg de eerste spreker. Als blijkt dat het in de eerste termijn kan, is dat mevrouw Agema. We zoeken het nog uit. Dat lijkt mij het beste. Ik geef het woord aan de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. Dat moet dan even goed nagekeken worden. Ik had toen een vooraankondiging gedaan van een VAO plenair. Mevrouw Lodders was toen de voorzitter. Zij ging erin mee dat dit voor ging. Maar goed, laten we het nog even goed uitzoeken, zodat we in ieder geval procedureel precies weten hoe het zit. Dan kunnen we verdere discussie over VAO's voorblijven.

Dan een constatering. De Minister heeft feitelijk de WTZi, de Wet toelating zorginstellingen, op het punt van de 45 minuten norm afgeschaft. Het is gewoon een prestatienorm en we moeten constateren dat de Minister zegt: ammehoela, laat maar zitten, ik doe een onderzoek bij de Gezondheidsraad en we gaan wel zien wanneer dat komt. Maar dat kan natuurlijk niet, dus dat moeten we plenair verder bediscussiëren.

Afrondend, voorzitter. Is de Minister het eens met het feit dat een ambulance geen ziekenhuis is? Een ambulance is geen barensmachine. De verloskundigen en de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte stellen in hun rapport «Een goed begin» dat binnen een kwartier – ik herhaal het nog maar eens, meneer de voorzitter – een ziekenhuis moet kunnen worden bereikt door een vrouw in barensnood.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef het woord aan mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ik heb nog een vraag over die 45 minuten norm, die volgens de Minister een spreidingsnorm is. Mijn vraag is: wat gaat de Minister doen, hangende het onderzoek van de Gezondheidsraad, om de huidige norm nu te handhaven? De norm voor de handhaving waarvoor

hij verantwoordelijk is. In de wetenschap, zeg ik erbij, dat de norm niet gehaald wordt in Lelystad, onder andere. Ik vind het dus prima dat er onderzoek wordt gedaan naar de best mogelijke norm, maar we hebben nu deze norm. Die moet nu worden gehandhaafd en hij wordt nu niet gehaald. Dus wat gaat de Minister daar nu aan doen?

Dank u wel.

De voorzitter:

U ook bedankt. De heer Geleijnse heeft het woord.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank u wel. Ik dank de Minister voor de beantwoording. Ik sluit mij volledig aan bij de woorden van mevrouw Ploumen. Ik was aanvankelijk blij dat de Minister uiteindelijk zei dat de huidige afspraken en normen voor hem leidend zijn en dat wij hem daarop kunnen afrekenen. Later bij het interruptiedebat met mevrouw Agema ging ik daar toch weer aan twijfelen. Dus ik hoop dat de Minister daar nog op wil ingaan. We hebben het gehad over de publiekscampagne. Ik vraag de Minister of hij bereid is om er met ouderenorganisaties eens over te spreken om te zien hoe we de doelgroep ouderen in het bijzonder daarbij kunnen betrekken.

De laatste vraag gaat over de triagesystemen. Ik heb gelezen dat de digitale triagesystemen onderwerp zijn van onderzoek. We hebben het gehad over A1, A2 en B1. Maar wat zit er nog meer in dat onderzoek? Wordt daar bijvoorbeeld ook de mondige burger bij betrokken? Misschien kan de Minister daar nog wat uitgebreider op ingaan. Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel Het woord is aan de heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Ik ben blij met de toezeggingen die we van de Minister hebben gekregen, bijvoorbeeld als het gaat over gegevensuitwisseling in de zorg en de brief die spoedig gaat komen. Ik ben ook blij met de toezegging over het personeelstekort en de buitenlandse ervaringen. Ten derde ben ik blij dat onze suggesties over de grieprik worden meegenomen in het onderzoek. Ik ben blij dat dat wordt overgebracht.

Ik wil nog één ding corrigeren dat ik in de eerste termijn net iets verkeerd heb gezegd. Ik had gezegd dat in 95% van de gevallen er sprake was van «binnen 15 minuten», maar dat moet 18 minuten zijn. Dat even voor het verslag.

De voorzitter:

Waarvan akte. Het woord is aan de heer Renkema.

De heer Renkema (GroenLinks):

Dank u wel. Ik wil me graag aansluiten bij de vraag van mevrouw Ploumen over de 45 minuten. Ik ben blij dat de Minister heeft benadrukt dat hij niet af wil van de 15 minuten norm. Wij hechten daar zeker ook in de krimpregio's aan. In ben blij voor de aandacht voor het aantrekken van voldoende instroom van gespecialiseerde verpleegkundigen in de acute zorg en de ambulancezorg. Ik ben ook blij dat de Minister in gesprek wil gaan met de beroepsvereniging. Ik denk dat de visie en de ervaring van deze professionals essentieel zijn voor de toekomst. Ik hoor ook graag van de Minister wanneer wij worden geïnformeerd over de uitkomsten van dat gesprek.

Tot slot over het voorbeeld van het Verenigd Koninkrijk. Dat was geen losse flodder. Wij denken echt dat het mogelijk is om naast de ambulancezorg een 24/7-alternatief te ontwikkelen, om echt zo efficiënt mogelijk

om te gaan met de inzet van ambulances. Ik ben nieuwsgierig naar de verdieping dan wel de verkenning die de Minister gaat uitvoeren op dit punt.

Dan mijn allerlaatste punt: ik zal volgende week Staatssecretaris Blokhuis bevragen over de psycholance en ik hoop van harte dat hij dan niet verwijst naar de Minister.

De **voorzitter**:

We gaan het zien.

Het woord is aan de heer Bisschop

De heer **Bisschop** (SGP):

Voorzitter. Ik beperk mij ertoe mijn dank uit te spreken voor de beantwoording van de vragen en zie af van verdere vragen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dik.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden. Ik zou hier nog heel lang over kunnen spreken, maar ik zal proberen me te beperken. De bezettingsnormen in het nieuwe kwaliteitskader blijven voor mijn fractie, maar volgens mij ook voor Zorgverzekeraars Nederland en ik hoop ook voor de Minister, een punt van aandacht. Het gaat erom dat wij niet alleen via de koepels kijken hoe het uitwerkt. De Minister gaat ook naar krimpgebieden toe binnenkort, dus ik hoop dat hij daar zijn oor te luisteren wil leggen, om te horen hoe dat uitpakt.

Over de betrokkenheid van burgers en patiënten heeft hij aangegeven dat hij die wil verankeren in een AMvB als er veranderingen in de zorg aan de orde zijn. Ik vind dat heel erg goed, maar het gaat mij ook om het kwaliteitskader. Burgers hebben soms vragen, bijvoorbeeld: waarom ga ik, als ik bepaalde zorg nodig heb, in de ambulance naar ziekenhuis A, terwijl ik eigenlijk naar ziekenhuis B wil? Het lijkt mij heel goed dat burgers meer kennis krijgen over de acute zorg.

De **voorzitter**:

Toen was de tijd om.

Het woord is aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. In de voorbije periode heb ik driemaal een plenair debat aangevraagd. Tot driemaal toe is dat debat geblokkeerd en ben ik verwezen naar dit debat. Ik heb toen ook driemaal gezegd dat het mij te doen was om de vertrouwensvraag. Dat is heel ernstig en dat doe je niet zo vaak als Kamerlid. Ergo, na twaalfenhalf jaar zou de motie van wantrouwen tegen deze Minister ook de eerste zijn die ik ooit heb ingediend. Dus ik nam het mijn collega's ook ernstig kwalijk dat mij die kans is ontnomen, tot driemaal toe. Driemaal ben ik naar dit debat verwezen.

Voorzitter, het probleem wordt met de dag groter, omdat de Minister dus gewoon zijn handen aftrekt van die 45 minuten norm en de actuele zorgelijke situatie in de regio Flevoland natuurlijk gewoon laat bestaan. Daarom wil ik nog steeds de gelegenheid hebben om een motie van wantrouwen in te dienen. Ik heb dat in de eerste termijn ook gezegd. Je kunt dat in eerste termijn gewoon doen. Dat kun je plenair doen en je kunt dat in commissieverband doen. Ik wil nu die gelegenheid krijgen. Ik wacht hier nu al twee maanden op en wil graag daartoe in de gelegenheid worden gesteld, omdat het gaat om een actuele situatie, waarin we moeten voorkomen dat mensen daadwerkelijk overlijden in een

ambulance, op weg naar de spoedzorg, omdat er iets misgaat tijdens een bevalling.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is een beperkt aantal vragen gesteld aan de Minister. Ik stel hem graag in staat om te antwoorden. Ik neem aan dat dat direct kan.

Minister Bruins:

Voorzitter. In het betoog van mevrouw Van den Berg zat geen vraag meer aan mij. Zowel de heer Van Gerven als mevrouw Ploumen hebben gesproken over de 45 minuten norm. Die 45 minuten norm wordt gehandhaafd. Acute zorg mag niet sluiten als een ziekenhuis gevoelig is in verband met de 45 minuten norm. Als er sprake is van een gevoelig ziekenhuis, stel ik een beschikbaarheidsbijdrage ter beschikking. Dat gebeurt in de praktijk nu al meermalen in Nederland. U weet dat ik dit aanbod ook heb gedaan in Lelystad.

De heer Van Gerven zei: de ambulance is geen ziekenhuis. Nee, dat is ook zo, een ambulance is geen ziekenhuis. Maar ambulances hebben met het personeel dat op de ambulance zit een enorme kwaliteitsslag gemaakt in de afgelopen tientallen jaren. Dat vind ik echt fantastisch.

Mevrouw Ploumen sprak over de spreidingsnorm. Ik zeg dus dat die 45 minuten norm wordt gehandhaafd.

De heer Geleijnse vroeg: ben je bereid om bij de publiekscampagne ouderen te betrekken? Het lijkt me heel handig om dat te doen.

Dan over de digitale triage. Kun je de mondige burger meenemen als het gaat om acties in de ambulancezorg? Ja, in het onderzoek naar triage is aandacht voor allerlei mogelijke oorzaken van overtriage, dus ook voor het aspect van de mondige burger.

In het betoog van de heer Raemakers zat geen vraag aan mij meer.

De heer Renkema wil graag weten wanneer de uitkomsten er zijn van het gesprek met VNVN. Ik ga proberen om dat voor het AO van 26 mei bij u te hebben.

In het betoog van mevrouw Dik-Faber zaten geen vragen aan mij.

In het betoog van mevrouw Agema zat wel een boodschap, maar geen vraag aan mij.

De voorzitter:

Ik heb nog wel een korte vraag aan u, want er zat net een toezegging verstopt in uw antwoord aan de heer Geleijnse. Kunnen wij die nog heel even terughoren? Dan noteer ik die.

Minister Bruins:

Aan de vraag naar acute zorg willen we extra aandacht besteden in de vorm van een campagne. Dan moet je niet zozeer denken aan een poster en dat soort dingen, maar meer aan een werkwijze, een benadering. Ik heb het voorbeeld genoemd van een appje dat nu in gebruik is. Ik wil daarin precies nagaan wanneer je nu een beroep doet op acute zorg en wanneer niet. De heer Geleijnse heeft gevraagd: kun je daarbij ook specifiek de groep ouderen betrekken? Dat vind ik interessant, omdat het over een appje gaat en niet iedereen daarmee makkelijk uit de voeten kan. Het lijkt mij goed om daarover ook met ouderen te communiceren, maar daar moeten we even een praktische werkvorm voor zoeken. Niet alleen over de techniek, maar ook om hen gerust te stellen. We willen niemand afhouden van acute zorg.

De voorzitter:

Dank u. Dat staat genoteerd. Dan ga ik door de lange lijst van toezeggingen heen. Daarbij volgen we voor het allereerst in deze commissie een nieuw model, namelijk dat daar waar mogelijk per toezegging ook een

naam wordt genoemd van degene aan wie de toezegging is gedaan. Dat is spannend. Het is een lange lijst.
Toezegging nummer 1. Rond de zomer, voorafgaand aan het wetsvoorstel inzake ambulancezorg...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, een punt van orde. Kan dit schriftelijk? Dat doen we ook vaker.

De **voorzitter**:

Ik vind dat een heel goed voorstel. Ik hoor heel veel collega's hiermee instemmen. Dat is prima. Dat moeten we wel even voor het VAO doen, natuurlijk, dan weten we ook wat er is toegezegd. Los daarvan, er is een VAO aangevraagd, dus er kunnen sowieso moties worden ingediend. Er wordt mij op het hart gedrukt dat in principe de eerste spreker degene is die het VAO in tweede termijn heeft aangevraagd. Mocht dat nog anders zijn, dan komen we daarop terug. Maar de moties kunnen in ieder geval worden ingediend. De procedures gelden voor iedereen, maar ik kom er nog op terug.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik trek altijd aan het kortste eind.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wilde vragen of mevrouw Agema nog even wil luisteren naar een punt van orde. We hebben een VAO. De vertrouwensvraag is aan de orde, dus ik wil voorstellen om het VAO vanavond te houden. Dat zou mijn voorstel zijn, omdat de vertrouwensvraag aan de orde is. Ik heb begrepen dat er vanavond ook op een ander vlak al een motie van wantrouwen wordt ingediend. Mocht dat onoverkomelijk zijn, dan uiterlijk morgen. Ik kijk dan ook even naar mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat debat is al drie keer geblokkeerd. Dan gaat mevrouw Van den Berg hier nu vandaag expres op de eerste plek zitten, om mij nog een keer te kunnen blokkeren. Ik word er werkelijk waar echt helemaal niet goed van! Dat is hoe de coalitie te werk gaat: blokkeren, blokkeren, blokkeren, blokkeren, blokkeren, blokkeren.

De **voorzitter**:

Dan reageer ik even op het punt van orde. Het verzoek van de heer Van Gerven is duidelijk. Er komt sowieso een VAO. Ik leg het voor aan de leden van de commissie.

De heer **Raemakers** (D66):

Volgens mij kunnen wij hier nu niet bepalen wanneer het VAO is, maar moet dat plenair worden geregeld. Volgens mij kan dat morgen bij de regeling van werkzaamheden als iemand dat wil. Maar volgens mij kunnen wij daar nu niet over besluiten, ook niet met een punt van orde.

De **voorzitter**:

De heer Raemakers heeft waarschijnlijk gelijk, dat denk ik wel. Maar het kan wel op korte termijn.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Als wij het ermee eens zijn, zouden wij volgens mij de commissievoorzitter moeten verzoeken om morgen bij de regeling te verzoeken het VAO nog heden in te plannen. Dan zou het dus morgen in de loop van de dag geagendeerd moeten worden.

De **voorzitter**:

Ik krijg nu de tip: het zou nog wel vandaag kunnen, maar dan moet dat via een extra regeling van werkzaamheden. Wij kunnen dat niet hier nu regelen. Het VAO komt er. We gaan het op korte termijn doorgeven, maar dat komt dan aan de orde bij de regeling van werkzaamheden. Daar kan elke motie worden ingediend die u maar wilt.

De heer Geleijnse.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Heel kort hoor. Mevrouw Agema gaat nu weg, maar ik begrijp haar gevoel heel goed na alle regelingen van werkzaamheden. Maar ik denk dat het gewoon goed is dat wij vandaag duidelijkheid hebben, als die er al niet is, op basis van het Reglement van Orde. Want soms lukt het, ook in andere commissies, om inderdaad in de eerste termijn een VAO aan te vragen. Ik denk dat het voor alle leden gewoon fijn is, niet alleen hier, om daar voor eens en voor altijd duidelijkheid over te hebben.

De **voorzitter**:

We laten dat uitzoeken, maar mevrouw Van den Berg wil er nog iets over zeggen.

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

Omdat mijn naam nu een paar keer genoemd is, vind ik het toch prettig om even te reageren. Ik heb dit eerder een keer meegemaakt in de vaste commissie voor Economische Zaken. Toen was het in ieder geval heel duidelijk: het is de eerste spreker in tweede termijn die het VAO mag aanvragen. Ik weet nog dat mevrouw Agema dat een vorige keer eerder riep. Ik zeg heel eerlijk: ik was toen compleet verbaasd dat, omdat meneer Van Gerven het eerder riep, maar nog in eerste termijn, hij het VAO toegekend kreeg, terwijl u hier op deze plaats zat en u toen dus volgens mij recht had op dat VAO.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja maar nu zit u daar en blokkeert u het.

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

Nee, ik ben hier vandaag gaan zitten omdat ik graag de eerste spreker wilde zijn, zowel voor de inbreng als voor het aanvragen van het VAO.

De **voorzitter**:

We worden het niet eens. Ik laat het uitzoeken, maar voor zover ik weet geldt vooralsnog gewoon: wie het in tweede termijn aanvraagt, krijgt gewoon het VAO. De rest kan ook gewoon spreken. Laten we het daarbij houden.

Ik rond dit AO af en wens iedereen een fijne avond.

Sluiting 17.42 uur.