

Vergaderjaar 2013–2014

29 247

Acute zorg

Nr. 189

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 27 mei 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 april 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 november 2010 betreffende de nadere analyse van de ambulancezorg op Walcheren (Kamerstuk 29 247, nr. 134);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 09 februari 2011 betreffende tijdsintervallen in de ambulancezorg, analyse van spoedinzetten in 2009 (Kamerstuk 29 247, nr. 140);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 juli 2011 betreffende de aanbidding van het onderzoeksverslag van het RIVM naar de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp in Nederland (Kamerstuk 29 247, nr. 149);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 03 juli 2012 betreffende de ontwikkelingen ambulancezorg naar aanleiding van AD artikel (Kamerstuk 29 247, nr. 179);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 juni 2013 betreffende beantwoording van de vragen van de commissie over de beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende Hulp (SEH) 2013 en 2014 (Kamerstuk 29 247, nr. 185);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 juli 2013 betreffende de Actualisatie Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2013 (Kamerstuk 32 854, nr. 19);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 03 juli 2013 betreffende de beantwoording van vragen van de commissie over een voorgenomen aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit over de bekostiging van de ambulancezorg (Kamerstuk 32 854, nr. 18);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 september 2013 betreffende de analyse gevoelige ziekenhuizen 2013 (Kamerstuk 32 854, nr. 20);**

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 27 januari 2014 betreffende de Marktscan ambulancezorg 2010-2013 (Kamerstuk 32 854, nr. 22).**

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

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

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

Voorzitter: Van Gerven
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Van Gerven, Klever en Rutte,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 15.31 uur.

De **voorzitter**: Welkom bij dit algemeen overleg over ambulancezorg. Mevrouw Dijkstra van D66 is verhinderd. Zij laat zich verontschuldigen. We hebben een spreektijd van vier minuten. Ik heb begrepen dat de meeste fracties daar voldoende aan hebben.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. In het algemeen zijn patiënten heel tevreden over de ambulancezorg, en vol lof over het ambulancepersoneel. Dat blijkt uit onderzoek van het NIVEL. Dat is een compliment voor de sector, die in acute situaties zo snel mogelijk zorg moet verlenen, zeker gezien de overgangsfase waarin de ambulancezorg zich bevindt. De sector heeft te maken met de nieuwe wet van vorig jaar, een nieuwe bekostigingsstructuur dit jaar en de concentratieplannen van de spoedeisende eerste hulp in de toekomst.

Zo tevreden als de patiënten zijn, zo ontevreden blijken de zorgverzekeraars. Ik ben het met ze eens over één aspect, namelijk het ontbreken van transparantie over de kwaliteit. De enige kwaliteitsindicatoren zijn de 15 minuten- en 45 minutennorm. Die houden in: binnen 15 minuten aanwezig zijn en binnen 45 minuten in het ziekenhuis. Het is goed dat deze normen er zijn. Het lijken echter standaardnormen te worden, in plaats van de maximaal toegestane rijtijden. Omdat andere instrumenten ontbreken om de kwaliteit te meten, focust alles zich op de rijtijden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de ontwikkeling van de zogenaamde Rapid Responders, oftewel ambulancemotoren. Die zijn snel ter plekke en halen de 15 minutennorm. Maar dan? Hoe vaak moet er dan alsnog gewacht worden op een ambulance om de patiënt naar het ziekenhuis te vervoeren? Ik ga ervan uit dat dit gemonitord zal worden, want ik vraag me af of patiënten over deze situatie wel zo tevreden zullen zijn. Ik kom terug op de kwaliteit. Wanneer kunnen we die meten? Komen er daarnaast indicatoren bij? Wie neemt het voortouw? Heeft het Kwaliteitsinstituut hierbij een rol? Daar zie ik graag een reactie van de Minister op. Hoe tevreden is het ambulancepersoneel verder? Hoe staat het met de werkdruk? Zijn zij blij met de soloambulance en de grotere verantwoordelijkheid of voelen ze zich juist kwetsbaarder? Agressie en bedreiging van ambulancepersoneel komt immers steeds vaker voor. Hoe is inmiddels de situatie in Amsterdam, waar vorige maand het personeel in opstand kwam tegen de directie? Wat vindt de Minister van de inzet van de psycholance in Amsterdam, die verwarde mensen naar de noodopvang brengt? De politie vervoerde in 2012 gemiddeld vijf mensen per dag naar de opvang met een politiewagen, en daar gaat nu de psycholance voor rijden. Het lijkt mij een dure oplossing.

De **voorzitter**: Mevrouw Klever, ik moet u even onderbreken. De woorden voorafgaand aan «psycholance» noopten mevrouw Bouwmeester al tot een interruptie.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Mevrouw Klever wijst op de toename van het geweld tegen ambulancepersoneel. Ik heb begrepen dat dit per regio erg verschilt. De regio Haaglanden, waar ik zelf heb meegelopen met de ambulancemedewerkers, kent aanzienlijk minder incidenten dan

andere regio's. Elk incident is er één te veel, dat ben ik zeer met mevrouw Klever eens. Is zij met mij van mening dat het interessant is om te kijken waarom er in de ene regio meer geweld plaatsvindt dan in de andere? Wat kunnen regio's daarbij van elkaar leren?

Mevrouw **Klever** (PVV): Volgens mij is elke vorm van geweld tegen ambulancepersoneel onacceptabel en moet de politie hard optreden. Wat de ene regio van de andere kan leren is volgens mij een ander debat, bedoeld voor Veiligheid en Justitie. Wat ze van elkaar kunnen leren, laat ik aan mevrouw Bouwmeester. In elk geval is het onacceptabel. Ambulance-medewerkers redden levens, en het is van het grootste belang dat zij hun werk ongestoord kunnen doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Wij zijn het zeer met de PVV eens dat deze mensen hun werk goed moeten kunnen doen. Elk incident is er één te veel. Als we echter een stapje verder gaan dan het uitspreken van afkeuring, is het dan een oplossing om te bekijken waar het goed gaat? Misschien helpt dat de mensen in regio's waar het niet goed gaat. Ik probeer mee te denken met een oplossing. Vindt mevrouw Klever dat ook een oplossingsrichting?

Mevrouw **Klever** (PVV): Ja, ik snap de vraag van mevrouw Bouwmeester, maar daar klinkt de suggestie in door dat het aan de aanpak van de ambulancemedewerkers ligt. Ik denk dat ze dat niet bedoelt, maar dat idee krijg ik een beetje, omdat ze onderzoek voorstelt naar waar het wel en niet werkt. Dat lijkt mij een onderwerp voor politie en justitie, en niet voor een ambulanceoverleg. Het enige wat ambulancemedewerkers doen, is proberen om snel ter plaatse te zijn en hulpbehoevende mensen zo snel en goed mogelijk hulp te verlenen.

De **voorzitter**: Gaat u verder met uw betoog, mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Klever** (PVV): Klever is de naam. Ik had het over de psycholance. Dat lijkt mij een dure oplossing. De vraag aan de Minister is of dit niet beter kan via ziekenvervoer per taxi. Dat lijkt mij efficiënter. Dan kan de psycholance vervangen worden door een psychotaxi. Verder ben ik blij dat het spoedzorgplan van de zorgverzekeraars, om de spoedeisende eerste hulp in het Noorden te concentreren, van de baan is. De zorg wordt niet beter als de reistijd naar de spoedeisende hulp met zes tot acht minuten toeneemt. Die zou juist met zes tot acht minuten moeten afnemen. Ik begrijp nog steeds niet hoe de zorg beter wordt van het sluiten van spoedeisendehulpverleningsposten. Elke seconde telt immers in de acute zorg.

Tot slot. We zitten nu met een tijdelijke wet. Hoe staat het met het traject naar de permanente wet, en wat is de planning?

De heer **Rutte** (VVD): Ik heb met interesse naar mevrouw Klever geluisterd. Zij zei wijze dingen in het begin van haar betoog. Een eenzijdige focus op minutennormen zegt niet altijd iets over kwaliteit. Ze eindigt echter met het verhaal dat elke seconde telt, en dat we ons wellicht dus wel eenzijdig moeten focussen op tijd. Kan ze dat nader toelichten?

Mevrouw **Klever** (PVV): Het klopt dat ik heb gezegd dat we de minutennorm moeten halen, maar mijn betoog was juist dat het erop lijkt dat de 45 minutennorm een standaardnorm wordt. Het zou inhouden dat het goed zou zijn als je maar binnen die 45 minuten blijft, terwijl het een maximumnorm is. Uitgangspunt zou moeten zijn: hoe eerder hoe beter. In dat kader eindigde ik mijn betoog met de plannen van de zorgverzekeraars, waarin spoedeisendehulpverleningsposten gesloten zouden worden. Dan zou

die minutennorm in gevaar kunnen komen. De 45 minuten worden dan ofwel niet gehaald, ofwel als standaard gebruikt. Het gaat ervan uit dat het met 45 minuten wel goed zou zijn, terwijl het in sommige gevallen zo is dat elke seconde telt.

De heer **Rutte** (VVD): Ik denk dat mevrouw Klever en ik het voor een groot deel met elkaar eens zijn. We vinden snelheid van belang, maar ook andere vormen van kwaliteit. Dat geldt voor de kwaliteit van de verpleegkundige op de ambulance, maar dat geldt ook voor de kwaliteit van de spoedeisende hulp waar de patiënt op terecht komt. Als hij terecht komt op een spoedeisende hulp van ondermaatse kwaliteit, dan is hij daar niet mee geholpen. Hoe ziet mevrouw Klever de balans tussen 45 minuten onderweg naar een ondermaatse spoedeisende hulp, of 50 minuten naar topzorg?

Mevrouw **Klever** (PVV): De heer Rutte gaat uit van ondermaatse spoedeisende hulp. De signalen dat er spoedeisendehulpdiensten ondermaats zouden zijn, heb ik niet gekregen. Wat dat betreft kan ik zijn betoog niet helemaal volgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Sterke ambulancezorg is van groot belang voor goede zorg. Het redt mensenlevens. Het CDA wil zijn waardering uitspreken voor het ambulancepersoneel. Het is een bijzonder beroep. Je moet goed tegen onverwachte situaties kunnen en je moet op alles voorbereid zijn. Het mooie is dat bij heel veel mensen in de samenleving dezelfde soort waardering bestaat voor het werk op een ambulance.

Een tijd geleden is de Tijdelijke wet ambulancezorg ingevoerd. Daarmee hebben we een ander systeem gekregen. Eén norm is echter nog steeds erg belangrijk en is ook in de wet opgenomen: de aanrijtijd van vijftien minuten. Dit zorgt voor een snelle toegang tot ambulancezorg. Het gaat hier natuurlijk om het zogenaamde «golden hour». Als je op tijd zorg krijgt, vergroot dat de kans op overleving en genezing. In het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit staat dat slechts 7 van de 24 regio's de aanrijtijd van 15 minuten halen: 17 regio's slagen er dus niet in om de wettelijke norm te halen. Het CDA vindt dit zorgelijk en wil dat de regio's wél de norm halen. Daarom heb ik twee vragen aan de Minister. Wat zijn de achterliggende oorzaken waardoor ze in die regio's de aanrijtijd van vijftien minuten niet halen? Wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat de wettelijke norm wel gehaald wordt?

Goede ambulancezorg begint bij een meldkamer die goede triage kan doen. De tijd dat er één soort ambulance was, ligt namelijk ver achter ons. Het gaat er dus om de juiste ambulance naar het juiste spoedgeval te sturen. Het CDA hoort geluiden uit het veld dat er steeds meer niet-verpleegkundigen in de meldkamer zitten. Dat lijkt ons geen wenselijke ontwikkeling. Klopt het dat het aantal niet-medisch geschoolde mensen in de meldkamer toeneemt? Wat vindt de Minister hier zelf van?

Een andere belemmerende factor bij het verbeteren van kwaliteit is het feit dat ziekenhuizen de regionale ambulancevoorziening niet mogen informeren over de gezondheidsuitkomsten van de patiënt. Het is dus lastig om iets te zeggen over de kwaliteit van de ambulancezorg.

Mevrouw Klever had het er net ook al over. Hoe kijkt de Minister tegen deze belemmering aan en wat is zij van plan hieraan te doen?

Er zijn ook problemen in de grensstreek. Nederlandse ambulances mogen wel in Duitsland hulp verlenen, maar Duitse ambulances mogen niet in Nederland hulp verlenen. Dit komt omdat Duitse verpleegkundigen niet alle handelingen mogen doen. Ik vind dat een onpraktische situatie, want problemen houden niet plotseling op bij de grens. Ik verzoek de Minister of zij wil helpen dit probleem te verhelpen. Het gaat hier om regelgeving. Kunnen we kijken naar een praktische oplossing, zodat de Duitse

ambulance, als de nood aan de man is, toch in Nederland zorg kan verlenen?

Het is mooi dat je bij sportverenigingen en op openbare plekken in steden en dorpen Automatische Externe Defibrillatoren vindt. Ik zal ze vanaf nu gemakzuchtig tot AED's afkorten. Er zijn zelfs initiatieven – en dat vind ik echt een mooie ontwikkeling – waarbij vrijwilligers in samenwerking met de hulpdiensten snel hulp kunnen verlenen aan mensen die een hartstilstand krijgen. Toch hoor ik verhalen uit de praktijk dat er de nodige knelpunten zijn rond de kosten van de gebruikte pads en het uitlezen en onderhouden van de AED's. Het College voor zorgverzekeringen verwijst hiervoor naar de polisvoorwaarden van de verzekeraars. Zij zouden daaraan moeten denken en die zouden dat moeten dekken. Wil de Minister dit een duwtje geven? Wil zij met Zorgverzekeraars Nederland in overleg treden om te bezien hoe dergelijke AED's en de goede initiatieven daaromtrent ondersteund kunnen worden?

We hebben goede ambulancezorg in Nederland. We moeten ervoor zorgen dat we goede kwaliteit behouden. Ook moeten we ervoor zorgen dat de ambulancemedewerkers die dat mooie werk doen, dat op de beste manier kunnen blijven doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ambulancezorg redt levens. Er werken professionele en gepassioneerde mensen. Dat heb ik ervaren toen ik maandag een hele dag met hen meeging op de ambulance. De ambulances werken in een zorglandschap dat zeer aan het veranderen is en volop in beweging is.

De Tijdelijke wet ambulancezorg zal in 2018 vervangen worden. Dat biedt kansen voor een hernieuwde visie op en inzet van ambulances. Wat de Partij van de Arbeid betreft worden ambulances meer gedifferentieerd ingezet en komt er meer ruimte voor nieuwe initiatieven, zoals het goede initiatief van de psycholance. Een gedifferentieerde inzet werkt alleen indien de uitvraag bij de meldkamer goed verloopt. Het is daarom noodzakelijk dat ook na opschaling van de meldkamer, als gevolg van de plannen van Opstelten, er mensen met een gespecialiseerde zorgachtergrond de telefoon aannemen. Hoe beter de uitvraag in eerste instantie loopt, des te groter de kans dat de juiste ambulance met het juiste personeel wordt ingezet. Dit verhoogt de kwaliteit: hooggespecialiseerd waar dat moet (A1), ondersteunend waar dat kan (B en planbaar vervoer) en specifiek waar nodig (psycholance). Welke toekomstvisie heeft de Minister op de gedifferentieerde inzet van ambulances? Op welke manier wordt de ruimte voor nieuwe initiatieven, zoals de psycholance – waarvoor mijn complimenten – vergroot? Welke kwaliteitseisen gelden er voor een centralist? Welke opleiding moet iemand volgen om de juiste keuzes te kunnen maken, vooral na opschaling van de meldkamer? Hoe wordt de kwaliteit van zorg gemeten als de normen zijn gericht op tijd? Hoe kan een verpleegkundige zijn eigen handelen achteraf analyseren als het ziekenhuis de gegevens niet mag delen? De PVV- en CDA-woordvoerder vroegen hier ook al naar. Het aantal A1-ritten is enorm toegenomen. Is onderzocht hoe dit komt? Is er bijvoorbeeld een link met het gebruik van verschillende uitvraagssystemen in de verschillende meldkamers? Hoe kan gedifferentieerde inzet van ambulances leiden tot meer kwaliteit? Hoe wordt dit eigenlijk gemeten? Is de Minister nog steeds van mening dat meer marktwerking in het ambulancevervoer niet wenselijk is, maar alleen een financiële prikkel kan introduceren die niets met kwaliteit te maken heeft?

Vanwege de plannen voor de opschaling van zorg en de toename van het aantal krimpregio's kan de noodzakelijke inzet van ambulances snel wijzigen. De Partij van de Arbeid is van mening dat concentratie van zorg via de kwaliteitslijn moet lopen. Eventuele sluiting van de spoedeisende hulp moet regiobreed worden bekeken. In Den Haag heb je vier spoedposten. Het plan is om Zoetermeer te sluiten. Dat is natuurlijk niet erg

logisch. Hoe worden de ambulancediensten betrokken bij de plannen over opschaling en concentratie van de spoedeisende afdelingen? En wat als er andere afdelingen sluiten? Dat heeft namelijk meteen gevolgen voor de toevoer van de ambulance en de rittijden.

Er zijn een aantal gevoelige ziekenhuizen in Nederland. Als die omvallen, heeft dat ook gevolgen voor de 45 minuten norm. Er zijn regio's die qua toegang afhankelijk zijn van kwetsbare infrastructuur. Zijn er noodplannen voor het geval er bijvoorbeeld een tunnel dicht is? Dat is de grote zorg die mensen in bijvoorbeeld de omgeving van Spijkenisse hebben. Ik heb nog een vraag over de transparantie van meldingen. De Minister weet dat de PvdA erg voor transparantie is. Nu blijkt echter dat, als je willekeurige adressen intoetst, je kunt zien dat er een ambulance is geweest. Wat vindt de Minister daarvan met het oog op de privacy van patiënten? Het lijkt ons niet helemaal de bedoeling dat je kunt zien hoe vaak ergens een ambulance is geweest. In delen van het land schijnt dat echter wel te kunnen.

Ik rond af. Wij zien graag een toekomstvisie van de Minister op de inzet van de ambulance in relatie tot de veranderende vraag in de zorg, maar ook tot het veranderende aanbod. Wil de Minister dit voorafgaand aan het wetgevingsproces naar de Kamer sturen? Dan kunnen we het eerst hebben over kwaliteit alvorens we het in wetgeving gieten.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Vandaag is het ook weer zo: als je in een algemeen overleg laat aan de beurt bent, zijn veel, ook verstandige, dingen al gezegd. Dat geldt voor alle voorgaande sprekers. Zij krijgen allemaal een compliment. Wie weet zegt u, voorzitter, straks ook nog verstandige dingen. Dan sluit ik me daar in tweede termijn misschien nog bij aan.

Als er een ambulance nodig is, is het van belang dat die snel ter plaatse is en dat die na de noodzakelijke handelingen snel bij een spoedeisende hulp kan komen als dat nodig is. Daar hebben we normen voor. Dat zijn de belangrijkste normen die op dit moment gelden voor de ambulancezorg. De VVD maakt zich een beetje zorgen over het gegeven dat dit zou kunnen leiden tot een wat eenzijdige focus op aanrijtijden, maar kwaliteit is meer dan de aanrijtijd alleen. De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland stuurde ons daar deze week een mail over. Zij sprak de vrees uit dat een eenzijdige focus op aanrijtijden kan leiden tot ambulancepersoneel dat te weinig te doen heeft en daardoor vaardigheden zou verliezen. Nou wil ik niet pleiten voor langere aanrijtijden, maar wel voor meer kwaliteitsnormen, zodat we een betere balans kunnen vinden. Dan kunnen we definiëren wat we verwachten van de kwaliteit van de ambulancezorg. Het is niet zo dat er allerhande signalen zijn dat het niet deugt. Integendeel, maar we hebben er niet veel grip op, buiten de aanrijtijden. Ik hoor graag van de Minister hoe wij samen met het veld kunnen komen tot een breder palet aan kwaliteitsnormen in de ambulancezorg.

Met de tijdelijke wet op basis waarvan nu ambulancezorg wordt geleverd, zijn regionale monopolisten gecreëerd. Dat was ook nodig om snel verbetering te creëren in de bestaande situatie en om, althans tijdelijk, te komen tot iets wat conform de Europese regels is. De VVD vindt dat er op termijn toch ruimte moet zijn voor nieuwe toetreders. We zijn zeker niet voor cowboys, noch voor een race naar de patiënt zoals ze in Amerika kennen. We vinden echter wel dat, als een concessie afloopt, ook nieuwe toetreders een kans moeten krijgen om op basis van heldere voorwaarden die scherp moeten zijn in kwaliteit en prijs, toegang tot deze markt te krijgen. Kan de Minister aangeven of we bij een volgende vergunningverlening – dat zal waarschijnlijk bij de nieuwe wetswijziging het geval zijn – die ruimte ook gaan creëren?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil graag wat helderder krijgen wat de heer Rutte aan de Minister vraagt. Is dit een pleidooi om stevigere marktwerking in de ambulancezorg in te voeren?

De heer **Rutte** (VVD): De term «marktwerking» is erg bezoedeld, zeker bij de ambulancezorg, omdat die het beeld oproept dat je meerdere aanbieders op een traject gaat zetten en dat die gaan strijden om de patiënt. Daar is zeker geen sprake van. Ik kan me wel voorstellen dat je ook ruimte biedt aan andere partijen als de concessie afloopt, zodat we de prijs en de kwaliteit scherp kunnen houden. Die ruimte zou ik willen blijven creëren en die is er op dit moment niet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dan vraag ik mij af hoe de heer Rutte dit gaat verenigen met de oproep van zijn coalitiepartner PvdA tot geen nieuwe prikkels tot marktwerking in de ambulancezorg. Daar doet hij nu wel een pleidooi voor door te zeggen dat hij het aantal vergunningverleningen wil verbreden ten opzichte van de huidige situatie. In de huidige situatie bestaat al ruimte om na het aflopen van de concessie ook anderen de concessie te geven. Graag krijg ik een reactie van de heer Rutte op die waarneming.

De heer **Rutte** (VVD): Of er ruimte is aan het einde van de concessie is nog maar zeer de vraag. Dat hangt af van de wetgeving die we krijgen. Wat de VVD betreft moet in de definitieve wet niet met oneindige concessies gewerkt worden, maar moeten we blijven werken met tijdelijke concessies waarbij na afloop van de periode bekeken wordt wie in een bepaalde regio de beste aanbieder is tegen de beste prijs. Het is mogelijk dat de PvdA daar anders over denkt. De PvdA is ook een andere partij. Kwaliteit heeft ook veel te maken met de veiligheid van ambulancemedewerkers. Voor de VVD geldt sinds jaar en dag: handen af van hulpverleners. Dat is en blijft de norm. We hebben niet voor niets de mogelijkheden gecreëerd waarbij het Openbaar Ministerie bij geweld tegen hulpverleners zwaarder kan eisen. We zien gelukkig ook dat deze eisen langzaam maar zeker toenemen. Dat is een goede zaak. Het gaat namelijk niet alleen om de aanrijtijd, maar ook om de kwaliteit van de hulpverlening zodra de ambulance ter plaatse is. Het is en blijft onacceptabel dat ambulancepersoneel op zo'n moment tijd, aandacht en energie kwijt is aan idioten die hen bedreigen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Eerst een compliment terug: de PvdA en de VVD vinden elkaar helemaal in het sturen op kwaliteit. Mijn vraag gaat echter over agressie en geweld. Ik vroeg het net ook al aan de PVV. We vinden geweld allemaal onacceptabel. Je blijft af van iemand die andermans leven komt redden. Trouwens, je blijft überhaupt van mensen af. Er zijn veel maatregelen genomen, waaronder het eisen van zwaardere straffen door het OM. Denkt de heer Rutte dat het ook tijd is om naar de voorkant te kijken? Waarom heeft de ene regio er veel meer last van dan de andere regio? Wat zou je kunnen leren van elkaar wat dat betreft? Blijkbaar zijn straffen achteraf niet altijd een reden voor mensen om iets te laten.

De heer **Rutte** (VVD): Wij zijn er niet op tegen om situaties te vergelijken en te bekijken wat we daarvan kunnen leren om geweld terug te dringen. Dat zou wellicht inzicht kunnen geven. Dat staat echter los van het feit dat idioten die een ambulancebroeder lastigvallen in hun kraag moeten worden gevat en een stevige straf moeten krijgen.

Voorzitter: Klever

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Begin januari presenteerde de SP het onderzoek getiteld Ambulancepersoneel aan het woord. Op de voorkant prijkt een foto. Ik zal «m laten zien. Ik val niet op mannen, maar wat een stuk! Ik zal de Minister overigens niet vragen om haar persoonlijke oordeel, want ik wil geen huwelijk op het spel zetten. De man die hier op de foto staat, representeert die groep eigenlijk heel goed. Het is een kleine, hechte groep van een paar duizend mannen en vrouwen, ontzettend betrokken bij het werk. Overal waar je komt, zie je dat. Dat spreekt ook uit de enquête, waar ontzettend veel mensen aan hebben meegedaan. Het gaat om 1.700 medewerkers uit een groep van een paar duizend. Dat geeft de betrokkenheid aan. De waardering bij het publiek is enorm.

Het punt van de agressie is al genoemd, hoewel het kwantitatief niet zo'n groot probleem is als vaak wordt gedacht. Dat maakt het echter niet minder reëel. Is er een relatie tussen de verschillen in agressie en het handelen van het ambulancepersoneel? Of gaat het om externe factoren? Die vraag kan vandaag misschien beantwoord worden.

Uit de enquête komt ook de problematiek van ouder ambulancepersoneel naar voren. Er zijn weinig ambulancemedewerkers die hun 67ste halen. Het is vaak heel stressvol werk. Oudere mensen kunnen dat niet altijd meer zonder problemen aan. Er moet een goede regeling komen, hetzij financieel, hetzij qua arbeidsperspectief om dit te tackelen. Graag een reactie van de Minister.

Wat ook opviel, is dat men zei: eerst de patiënt en dan de cijfers. Het ambulancepersoneel wordt gek van de registratie die nu al moet worden bijgehouden. Gisteren ontvingen wij een buitengewoon aanmatigende brief van de zorgverzekeraars. De ambulancesector is een sector waar zij nog geen grip op hebben en waar het goed gaat. Ik wil dat toch maar even zeggen. Laten wij die zorgverzekeraars uit de buurt houden! In de brief pleiten zij voor meer cijfers, meer transparantie, meer concurrentie en weet ik niet wat allemaal. Als wij dat toestaan, helpen zij die hele sector ook aan gort, net zoals zij erin geslaagd zijn om ontzettend veel onrust te creëren in de ziekenhuissector. Graag een reactie van de Minister. Wil zij haar mening gestand doen en opnieuw zeggen dat privatisering van deze sector niet aan de orde is?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik geef de SP helemaal gelijk dat de strekking van de brief van Zorgverzekeraars Nederland was: geef ons maar de macht, laat ons maar bepalen wie er een vergunning krijgt en dan komt het allemaal goed. Dat vond ik ook een beetje aanmatigend. Maar wat zij terecht opmerken, is dat zij meer op kwaliteit willen meten. Dat zou goed voor de patiënt en de medewerkers zijn. Vindt de heer Van Gerven dat wel een terecht pleidooi van de zorgverzekeraars?

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, dat vind ik helemaal geen goed pleidooi. Verzekeraars kunnen kwaliteit niet meten en dat moeten zij ook vooral niet doen. Dat moet de sector zelf doen. Dat moeten de professionals onderling doen. Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat het geld goed verdeeld wordt en dat de zorg goed wordt ingekocht. Ik zie de zorgverzekeraars veel meer als een financieel orgaan: zij moeten ervoor zorgen dat het geld daar komt waar het moet zijn. Zij moeten vooral op fraude controleren, niet bij de ambulancediensten, maar elders. Dat verzaken zij. De kwaliteitsvraag moet belegd worden bij de professionals zelf en niet bij al die afzonderlijke verzekeraars. Anders krijgen wij daar nog meer vraag naar cijfers en gegevens, waar wij niets mee opschieten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Nu ben ik in verwarring. De heer Van Gerven zegt dat de zorgverzekeraars het geld eerlijk moeten verdelen op

basis van kwaliteit. Dat is waar het aan ontbreekt. Daarom heb ik hem gevraagd of hij het belangrijk vindt dat de kwaliteit wordt gemeten, zodat zorgverzekeraars in tegenstelling tot wat zij nu doen, niet alleen op geld sturen. En daarop zegt de heer Van Gerven ook nee. Hoe wil hij dan dat die kwaliteit voor de patiënt en het ambulancepersoneel centraal komt te staan?

De heer **Van Gerven** (SP): Het is heel simpel. Je hebt 25 RAV's en je hebt een zak geld. Dat moet gewoon netjes verdeeld worden over die ambulancevoorzieningen. Punt. Dat hebben wij uitbesteed aan de verzekeraars, die elk een bepaalde regio moeten bedienen. Voor de kwaliteit hebben wij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Wij hebben de sector zelf. De ene ambulancevoorziening moet naar de andere kijken. Hoe doen zij het, hoe doen wij het, wat zijn de aanrijtijden, etc.? Dat is in onze visie niet primair aan de zorgverzekeraar. De controle op kwaliteit moet door anderen geschieden. Degenen die het allemaal doen, moeten er gewoon voor zorgen dat het geld netjes verdeeld wordt naar de hoeveelheid werk die een ambulancevoorziening verricht.

De heer **Rutte** (VVD): Het is geen nieuws dat de SP niet veel op heeft met zorgverzekeraars. Zij wil hun rol zo klein mogelijk maken. Er zijn allereerste ideologische verschillen tussen de manier waarop de VVD hiernaar kijkt en de SP. Dat kan. Daar gaan wij het ook niet over eens worden in dit debat. Ik heb de brief van Zorgverzekeraars Nederland ook gelezen. Volgens mij zeggen de zorgverzekeraars niet veel meer dan dat zij zich weleens zorgen maken over de kostenontwikkeling en de eenzijdige kwaliteitsontwikkeling. Zij suggereren dat zij een keer meekijken naar de kwaliteit en de prijs. De rekening moet natuurlijk wel worden betaald. Ik zie niet waarom dat moet worden weggezet als een schandalige brief. Waarin zit nou het schandaal van deze keurige brief?

De heer **Van Gerven** (SP): Het is helemaal geen keurige brief, het is een brief vol verwijten aan de ambulancesector, het is gewoon een motie van wantrouwen richting de sector. Hoezo kostenexplosie? Wij hebben een paar jaar geleden duidelijke afspraken gemaakt met de ambulancebranche. Wij wilden het niet naar de markt brengen, maar legden wel een taakstelling op. Dat is allemaal keurig uitgevoerd. De cijfers zijn in te zien. Het is eigenlijk prima geregeld. En vervolgens komen de verzekeraars, die zeggen dat er sprake is van een kostenexplosie en dat zij niet kunnen controleren. Waaruit blijkt dat? Waaruit blijkt dat de kwaliteit niet op orde zou zijn? Is er een smoking gun?

De heer **Rutte** (VVD): Is er een smoking gun? Die vraag wil ik wel beantwoorden. Er ligt gewoon een keurige brief van de zorgverzekeraars waarin zij zeggen dat voorkomen moet worden dat een monopoliepositie leidt tot een overschrijding van het budgettair kader. Dat is niet zo'n heel rare vraag. Daar maakt men zich zorgen over. Er staat nergens dat er een explosie van kosten is, maar als de betaler van de rekening wil men meekijken om ervoor te zorgen dat de kosten inderdaad binnen het kader blijven. Daar is toch helemaal niets raars en zeker niets schandaligs aan?

De heer **Van Gerven** (SP): Er is afgesproken: er zij een monopolie. Dat hebben wij politiek besloten. Wat is nou het gekke bij dat monopolie? Dat monopolie is er uitstekend in geslaagd om de kosten te beheersen. Dat is wat ik constateer. En wat is dan het probleem? Wij zijn toch niet uit op zinloze werkverschaffing, op nog meer administratie, op nog meer controleurs, op nog meer cijfers die niks zeggen? Je moet gewoon een goede verdeelsleutel hebben. Je kunt discussiëren over de verdeelsystematiek. Aan de ene kant heb je de beschikbaarheid en aan de andere kant

het aantal ritten. Daar kun je het over hebben, maar that's it. Verzekeraars, blijf vooral uit de buurt!

Ik kom op de triage, waarover ik een motie overweeg. 112 is een zeer aangelegen punt. Er is voortdurend strijd over wie de telefoon opneemt. De burgemeester vindt zichzelf belangrijk. De medische sector vindt zichzelf belangrijk. Die en die vindt zich belangrijk. Het is altijd een gevecht in die meldkamers, maar de meeste meldingen zijn medische meldingen. Wat de SP betreft blijven het er 25 en worden het er geen 10. Anders worden die meldkamers veel te groot. Is de Minister met de SP van mening dat de telefoon van 112 opgenomen moet worden door een medisch onderlegde triagist?

Anderen hebben al gewezen op de spoedeisende hulp. Wat ons betreft gaat er geen enkele dicht. Als er ergens een kwaliteitsprobleem is, moet dat opgelost worden. Het is geen schaalgroottevraagstuk, het is gewoon een organisatievraagstuk. Als een SEH niet goed aangestuurd wordt, moet je de manager of de dokter wegsturen, maar de voorziening behouden.

Heeft de Minister een appreciatie van Amsterdam? De inspectie is er wezen kijken en het is de vraag of alles daar op orde is.

Voorzitter: Van Gerven

De vergadering wordt van 16.06 uur tot 16.16 uur geschorst.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er gebeurt ontzettend veel in de gezondheidszorg, en de ambulancezorg heeft daar direct mee te maken. Ik noem een paar voorbeelden. De ambulancezorg heeft te maken met de veranderende zorgvraag, omdat mensen ouder worden, maar ook omdat mensen langer thuis wonen. Men heeft bovendien te maken met de veranderingen in de ziekenhuiszorg. Denk aan de verdergaande specialisatie van complexe zorg. Daarnaast zien wij een toenemende samenwerking tussen mobiele acutezorgverleners, zoals huisartsenposten, de acute ggz en de ambulancediensten. Al die ontwikkelingen hebben natuurlijk een directe invloed op het werk van mensen op de ambulance. De ambulancezorg functioneert bij uitstek midden in de keten van de acute zorg en dus moeten de ambulancediensten snel en flexibel kunnen inspelen op veranderingen bij de ketenpartners. En dat doen ze ook. Natuurlijk ontstaat er soms onrust als er dingen veranderen. Ik verwijs naar de discussies rondom ziekenhuizen in Dokkum, Emmen en Spijkenisse. Het bijplaatsen van ambulances zorgt ervoor dat de basis-SEH binnen 45 minuten bereikbaar blijft als onderdelen van het ziekenhuis wegvallen.

Ik ben ook oprecht onder de indruk, niet alleen door wat ik lees en door wat er uit enquêtes komt, maar ook door werkbezoeken en het meerijden met ambulances. Ik ben echt onder de indruk van de gedrevenheid van het personeel op de ambulances. Dat is echt opvallend. Er is een grote betrokkenheid om patiënten zo goed mogelijk te behandelen. Dat gebeurt soms in heel lastige omstandigheden. Je voelt het als je uitrijdt terwijl je niet goed weet waar naartoe. Je kunt het lezen, maar als je zelf in die ambulance zit, is het een ander gevoel. Ik heb dat van dichtbij mogen meemaken bij de lancering van de publiekscampagne De mensen van de ambulance. Ik vind het echt een sector waar wij trots op mogen zijn. Ik heb dat overigens bij alle sprekers terug gehoord.

De veiligheid van ambulancemedewerkers staat bovenaan; ook dat delen wij met elkaar. Wij hebben helemaal niks met die agressie. Daarom hebben wij forse stappen gezet samen met het Ministerie van Veiligheid en Justitie en van Binnenlandse Zaken in het Actieplan Veilig Werken in de Zorg; de heer Rutte refereerde er al aan. In de periode 2012–2015 stel ik hiervoor 10,4 miljoen beschikbaar. Wat zijn de knelpunten? Waarom doen mensen geen aangifte? Het kabinet heeft het inmiddels mogelijk gemaakt

dat zorgverleners onder nummer aangifte kunnen doen. Voor het verhalen van de schade wordt waar mogelijk gebruikgemaakt van het expertisecentrum Veilige Publieke Taak, waar praktische ondersteuning wordt geboden. Ook stimuleren wij dat zorgwerkgevers, politie en Openbaar Ministerie regionale afspraken maken. Daarbij wordt het voor werkgevers makkelijker om aangifte te doen van agressie en geweld tegen hun werknemers. Werkgevers en werknemers worden voorgelicht over het feit dat iedereen die weet heeft van een strafbaar feit aangifte mag doen, dus ook de werkgevers. Met het doen van aangifte door de werkgever gaat naar de dader en het slachtoffer een krachtig signaal uit dat het slachtoffer niet alleen staat. Bovendien hoeft een werknemer die slachtoffer is geweest van agressie of geweld de administratieve last niet te dragen. De werkgever neemt het papierwerk van de werknemer over.

Daarnaast is er een landelijke campagne van Ambulancezorg Nederland om agressie tegen ambulancewerkers verder terug te dringen. Op 11 maart heb ik die campagne, getiteld De mensen van de ambulance mogen lanceren samen met betrokken partijen. Wat daar gebeurt is heel belangrijk. Heel vaak weten mensen niet precies hoe het zit met het werk dat gedaan wordt. Als je het niet begrijpt of niet weet, dan ben je misschien eerder agressief of opgewonden, omdat het niet gaat zoals je denkt dat het zou moeten gaan. Er kan al heel veel medische hulp geboden worden als je nog niet eens in de ambulance ligt. Wat gebeurt er eigenlijk precies in een ambulance? Is dat een bus of is dat eigenlijk een ziekenhuisje op wielen? Er zijn een heleboel dingen die je met het publiek kunt delen om meer begrip te krijgen. Wat doet het ambulancepersoneel eigenlijk als zij aan komen rijden? Het is ongelooflijk belangrijk dat daar meer aandacht voor komt en dat er kennis over wordt overgedragen. Daarnaast is het belangrijk om met behulp van trainingmethoden te leren om agressie te voorkomen of te verminderen. Er werd gevraagd of het uitmaakt. Ja, het maakt ontzettend veel uit. Sommige mensen kunnen die agressie veel beter begeleiden, neutraliseren en down spelen dan andere mensen. Dat is een onderdeel van de opleiding die jaarlijks door ongeveer 200 aankomende ambulancemedewerkers wordt gevolgd. Het is ontzettend belangrijk dat wij mensen toerusten om om te gaan met dreigende agressie en oplopende agressie. Het maakt duidelijk uit.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het is goed en indrukwekkend dat er zo veel wordt gedaan om de veiligheid te vergroten. Is het onderdeel van de campagne en van de brede inzet dat er wordt bekeken in welke regio's meer en in welke regio's minder geweldsincidenten plaatsvinden?

Minister **Schippers**: Er worden best practices uitgewisseld, maar het gaat er in het centrum van Rotterdam anders aan toe dan in andere delen van Nederland. Dat kan overigens heel onverwachts uitpakken. Het is belangrijk dat ervaringen en best practices worden uitgewisseld. Er worden heel veel trainingen gegeven, waarin de ervaringen natuurlijk ook verwerkt worden. Het moet duidelijk worden dat bepaalde manieren van omgaan met agressie effectiever zijn dan andere.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik vraag mij af of het écht vergeleken wordt. Met een vergelijking gevolgd door een analyse van de gegevens, kun je je inzet aanpassen. Uitwisselen vind ik heel vrijblijvend. Is er iemand, bijvoorbeeld Ambulancezorg Nederland of een andere toezichthouder, die echt analyseert waar die verschillen in zitten? Die verschillen zijn echt heel groot, ook binnen de G-4.

Minister **Schippers**: Wel naar individuele handelingen, maar er is geen algemeen landelijk onderzoek naar de verschillen tussen delen van het land. Wij hebben ons geconcentreerd op de vraag hoe wij ambulanceme-

dewerkers beter kunnen toerusten. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat agressie überhaupt niet optreedt?

Ik kom op de triage. Ik vind het belangrijk om te schetsen hoe het nu gaat. Als je mobiel belt, krijg je de meldkamer in Driebergen. Als je dan zegt dat er een ongeluk is gebeurd waaraan medische gevolgen vastzitten, schakelt men je door naar de ambulancemeldkamer in de regio. Als je van een vast nummer belt, ga je meteen naar de algemene meldkamer in jouw regio, waarna je wordt doorgeschakeld naar de ambulancemeldkamer. Daar zit een verpleegkundige die je helpt. Wat is er nieuw? Driebergen verdwijnt. Je wordt direct naar de centrale in jouw regio doorverbonden, waar een multicentralist, dus iemand van de politie of de brandweer of een ambulancemedewerker, de telefoon opneemt. Dat komt dus in de plaats van de Driebergenschakel. Die persoon vraagt wat er nodig is en waar je bent. Het is best mogelijk dat uit jouw melding blijkt dat er ergens een gigantisch ongeluk gebeurd is waarbij iemand met zijn hoofd door de voorruit van zijn auto geslagen is. Dan wordt meteen een ambulance gestuurd. Als er verder daadwerkelijk medische vragen zijn, schakelt men door naar de verpleegkundige. Momenteel woedt in het veld een discussie over de vraag wanneer er moet worden doorgeschakeld naar de verpleegkundige. Dat onderzoeken wij in pilots. Ik hoor geluiden van burgemeesters, van hoofden van veiligheidsregio's, dat die hele triage door verpleegkundig opgeleiden wel zou kunnen worden vervangen door telefonistes. Geen denken aan. Dat zal mijn wittekolominzet en tevens -resultaat zijn. Geen sprake van. De pilots gaan over de vraag hoe wij het in de praktijk goed moeten laten lopen. Als iemand met zijn hoofd door de autoruit is gegaan, moeten wij meteen een ambulance sturen, maar bij het overgrote deel van de meldingen wordt gewoon doorgeschakeld naar iemand die daar een specifieke opleiding voor heeft.

De **voorzitter**: Ik heb een aanvullende vraag aan de Minister. Stel iemand belt met de mededeling dat hij zich niet goed voelt. Wordt zo iemand in principe doorgeschakeld naar een medisch triagist? Is dat de inzet van de Minister?

Minister **Schippers**: Wij voeren nu pilots uit om erachter te komen in welke gevallen meteen een ambulance wordt gestuurd omdat het ernstig lijkt, en in welke gevallen het oordeel wordt overgelaten aan de verpleegkundige of de verpleegkundig opgeleide centralist. De pilot gaat niet over de vraag of wij de verpleegkundig opgeleide eruit kunnen halen en of wij het kunnen overlaten aan een telefonist. Ik hoor die geluiden wel van hoofden van veiligheidsregio's. Dat is hun goed recht, dat mogen zij uiten, maar ik zeg: geen sprake van. Dat is dus helder gemarkeerd.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik dank de Minister voor haar garantie dat die uitruil niet plaatsvindt. Hoe gespecialiseerder iemand is, hoe beter zo iemand zich aan de telefoon een oordeel kan vormen. Moet er iemand van Rapid Response heen op een motor of in een auto? Moet er een A1-ambulance of een A2-ambulance heen? In de praktijk gaat dat niet altijd optimaal. Het is natuurlijk mensenwerk, maar hoe beter de gespecialiseerde persoon achter de telefoon, hoe beter de kwaliteit van de hulp. Wordt dat ook in de pilot meegenomen? Het lijkt mij wel relevant.

Minister **Schippers**: Die pilots gaan de komende maanden van start. Het punt van mevrouw Bouwmeester wordt daarbij meegenomen. Het wordt steeds moeilijker, zeker door de differentiatie. Ik ben op het opleidingscentrum voor ambulanceverpleegkundigen geweest en ik ben onder de indruk geraakt van wat daar gebeurt. Het wordt echt heel erg zakelijk aangepakt. Ik maak mij geen zorgen over de kwaliteit. Er wordt wel steeds meer gevraagd. Het is van belang dat wij er mensen op zetten die eerder meer dan minder weten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit vind ik een geweldig antwoord. Kwaliteit is leidend en differentiatie ook. Wordt die pilot geëvalueerd en kan die evaluatie naar de Kamer komen?

Minister **Schippers**: De pilot moet nog beginnen en zal een jaar duren. Zodra ik de gegevens heb en mij er een oordeel over kan vormen – dat is wel belangrijk, want met een bak gegevens kun je op zichzelf niets – informeer ik de Kamer erover.

De **voorzitter**: Dat wordt dus ergens in 2015.

Minister **Schippers**: Mevrouw Bouwmeester vroeg naar het professionaliseren van de opleiding tot ambulanceverpleegkundige. Na het voltooien van de SOSA-opleiding (Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverleners) is iemand deskundig en bekwaam voor het functioneel zelfstandig uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen. Om de functiegerichte opleiding tot ambulanceverpleegkundige te professionaliseren en een onafhankelijke toetsing te organiseren, heeft de ambulance-sector een nieuwe structuur opgezet, waarbij het College Zorg Opleidingen erkenningen afgeeft voor de opleiding. Dit komt tegemoet aan de behoefte aan transparantie en kwaliteitsontwikkeling van de post-initiële opleiding ambulancezorg. Het Besluit functionele zelfstandigheid zal hierop worden aangepast.

De heer Van Gerven vroeg of wij meer dan tien regionale locaties van de meldkamer kunnen inrichten. Alles kan, maar wij hebben wel een afspraak gemaakt in het Transitieakkoord meldkamer van de toekomst. Daarvan wil ik niet afwijken.

Ik kom op de kwaliteit. De aanrijtijd is natuurlijk een belangrijke norm, maar hij stoelt niet op medische inzichten. De norm is er om een zekere spreiding over het land te garanderen, maar hij is niet medisch te onderbouwen. De kwaliteit van onze ambulancezorg is zo toegenomen dat de norm verlengd zou kunnen worden. Waarom doe ik dat niet? Omdat ik door die 45 minuten norm een goede spreiding creëer van SEH's en acute basiszorg. Het is niet zo dat er helemaal geen kwaliteitsnormen zijn. Wij hebben inzetcriteria voor de Rapid Responders. Wij hebben inzetcriteria voor de zorgambulances, wij hebben hygiënenormen, wij hebben onderhoudsnormen voor de apparatuur. Ook het oefenen is ontzettend belangrijk. Er zijn een heleboel veldnormen waar ook de ambulancevoorziening aan moet voldoen. Het is belangrijk dat je op een gegeven moment de kwaliteit van de geleverde zorg beter kunt beoordelen.

Ik ben zelf heel erg tegen onnodige formulieren. Ik heb het idee dat wij soms een heleboel normen en kwaliteitsindicatoren hebben waarvan je je kunt afvragen of ze echt bijdragen aan de kwaliteit of die kwaliteit goed meten. Wij moeten daarin echt opschonen. Dat laat onverlet dat er registraties nodig zijn voor overdracht. Dat is ongelooflijk belangrijk, want bij overdracht gaan heel veel dingen mis. Ik denk ook aan de opbouw van het medisch dossier. De ambulancezorg is gewoon partner in de keten. Ik heb uitgebreid met ambulancemedewerkers gesproken. Zij zeiden: wat enorm zou helpen, is een epd. Als wij in een ambulance het epd van een patiënt kunnen zien, weten wij meteen waar hij allergisch voor is en kennen wij gelijk zijn medische historie. Dat zou heel behulpzaam zijn. Naast deze criteria, die heel erg sterk gaan over de feitelijke normen rond apparatuur, hygiëne en dergelijke, moeten wij normen maken voor wat goede zorg van de ambulanceverpleegkundigen is, ingestoken door de mensen die het werk doen. Immers, zij weten wat kwaliteit is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik sloeg aan op het woord «epd». De ambulancemedewerkers die ik heb gesproken, zeiden ook dat zij heel graag gegevens zouden uitwisselen met het ziekenhuis, omdat dat de kwaliteit tijdens de rit, maar ook achteraf bevordert. Dan kunnen zij zien of

zij een goede inschatting hebben gemaakt. De Minister zegt dat zij graag het epd zouden inzien. Ik snap welke agenda daar achter zit, maar daar hebben wij het nu niet over. Het schijnt dat men de gegevens niet mag uitwisselen. Op welke manier kan die barrière worden weggehaald? Als voorloper op een mogelijke elektronische uitwisseling zou dat kunnen helpen.

Minister **Schippers**: Ik heb natuurlijk altijd een agenda, net als iedereen, maar mijn opmerking over het epd heb ik niet verzonnen. Het is mij verschillende keren gezegd door ambulancemedewerkers: had ik maar een epd, want dan wist ik precies ... Dat zou de mensen enorm behulpzaam zijn. Dat lijkt mij logisch. Immers, zij verlenen acute zorg aan mensen die zij verder niet kennen. Het is evident dat zij die kennis moeten hebben. Mevrouw Bouwmeester wijst op de onmogelijkheid om informatie uit te wisselen met het ziekenhuis vanwege het medisch beroepsgeheim. Ik vind dat ongewenst en zal graag bekijken of wij hier iets mee kunnen, of wij iets kunnen doen om dit beter te laten verlopen. Ik zeg toe dat ik dat bestudeer.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik dank de Minister voor deze toezegging. Het is precies wat de ambulancemedewerkers tegen mij zeiden: zowel tijdens de rit als achteraf verhoogt het de kwaliteit. Wanneer komt de Minister hiermee terug naar de Kamer?

Minister **Schippers**: Het ligt heel ingewikkeld. Wij bekijken het medisch beroepsgeheim ook op andere terreinen. In hoeverre is het in het belang van de patiënt en in hoeverre is het in het belang van anderen? Ik kan dat zo niet zeggen. Is het goed als ik na de zomer de voortgang op dit punt meld? Als wij dan nog niks hebben, zal ik laten weten waarom dat zo is.

Mevrouw **Klever** (PVV): Wij hebben een andere visie op het epd. Als mensen een zorgpas bij zich zouden dragen, zouden ambulancemedewerkers ook heel snel kunnen zien welke allergieën mensen hebben. Mijn vraag gaat echter over de kwaliteitsindicatoren. Ik ben het met de Minister eens dat wij niet een hele berg formulieren moeten invullen, maar er moet wel iets meer inzicht in de kwaliteit zijn dan alleen die aanrijtijden. Dat komt ook naar voren uit de marktscan van de NZa. De autoriteit adviseert ook om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Hoe staat de Minister tegenover dat advies?

Minister **Schippers**: Er wordt hard aan gewerkt door het veld en door betrokkenen om op dit punt daadwerkelijk progressie te maken. Wij willen in ieder geval focussen op indicatoren die echt iets zeggen in plaats van op hele waslijsten. Momenteel wordt in een veldtest de haalbaarheid bekeken van een meting van pijnintensiteit en de bestrijding van pijn op de ambulance, de doorlooptijd van CVA-patiënten vanaf de melding tot aan de deur van een ziekenhuis, de doorlooptijd van dotterpatiënten vanaf de melding tot het PCI-centrum, het percentage van op de meldkamer gemiste patiënten met een hartstilstand, het percentage eerstehulpritten zonder vervoer dat later alsnog gevolgd wordt door ambulancezorg en het percentage bestelvervoerritten dat op de afgesproken tijd is afgelopen. Er gebeurt dus van alles. Ik deel de oproep tot meer kwaliteitsindicatoren dan alleen de vraag of de apparatuur goed en op de juiste manier onderhouden is. Er wordt dus heel hard aan gewerkt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Daar ben ik blij om. Welke rol heeft het kwaliteitsinstituut erin?

Minister **Schippers**: Het kwaliteitsinstituut komt pas in beweging als er niets gebeurt in het veld. Als het kwaliteitsinstituut denkt dat er nodig iets

moet gebeuren en het veld niks doet, dan gaat het instituut aan de gang. Het heeft ook doorzettingsmacht als het uiteindelijk niet van de grond komt. In principe gaan wij op het punt van de kwaliteit door met de huidige werkwijze. In het veld ligt het initiatief. Gelukkig is daar geen gebrek aan. Als er een beetje tempo in zit, komen er op een gegeven moment normen uit. Wil je in het register, dan bied je het aan het kwaliteitsinstituut aan en is het openbaar. Dat is zo ongeveer de gang van zaken.

Ik ben het dus helemaal eens met degenen die zeggen dat een eenzijdige focus op aanrijtijden te armoedig voor deze sector is. Het is geen bestelbus. Er wordt zorg verleend. De inhoud was er al, maar wij gaan meer transparantie leveren. Ik merk vaak dat 45 minuten als een prestatienorm wordt gezien, maar de prestatienorm is 15 minuten. Als men denkt dat er geen ernstige spoed is, zet men niet de sirene aan en rijdt men niet door rood. Dat doet men alleen als daar een acute noodzaak voor is. Het is van belang dat die ambulance er in 15 minuten is. Hoe lang hij erover doet naar een ziekenhuis, hangt heel erg af van de vraag wie je in je auto hebt en hoe nodig het is. Het is ook mogelijk dat men ziet dat men binnen de tijd wel de basis-SEH haalt, maar niet de complexe SEH. Dan rijdt men door, langs die basis-SEH. Er zitten dus allerlei afwegingen in. Die 45 minuten is een afweging. Mevrouw Bruins Slot wees erop dat de 15-minuten-norm in heel veel regio's niet wordt gehaald. Dat is niet geheel onverwacht. Wij hebben dat al eerder gezien in de brancherapportage Ambulances in-zicht. Wij zien wel verbeteringen in de regio's, maar het moet beter kunnen qua aanrijtijden.

Recent is er op twee onderdelen werk van gemaakt. Ten eerste is het referentiekader geactualiseerd. Op basis van die actualisatie heb ik per 2014 extra financiële middelen ter beschikking gesteld. Het nieuwe referentiekader is dit jaar doorvertaald in een nieuwe bekostigingssystematiek, die veel meer dan vroeger is gebaseerd op spreiding en beschikbaarheid van ambulances. Verzekeraars hebben er meer ruimte mee gekregen om maatwerkafspraken met de RAV's te maken. De sector heeft mij verzekerd dat met de aanpassing van het referentiekader en de extra financiële middelen ad 7,7 miljoen euro de normen voor de aanrijtijden gehaald moeten kunnen worden. Wij zien in het veld ook initiatieven met de zogeheten directe inzet van ambulances, waarbij bij een spoedmelding direct een ambulance wordt uitgestuurd. Vervolgens vindt triage plaats. Dat kan leiden tot bijstelling van de urgentie of het terugroepen van de ambulance. Wij zullen ook dit initiatief in pilots testen. Er gebeurt dus heel veel. Mevrouw Bruins Slot heeft helemaal gelijk met haar constatering. Zij heeft ook gelijk dat wij ons er niet bij neerleggen, maar er wordt wel van alles gedaan om te bekijken hoe hier progressie op gemaakt kan worden, in pilots, in een andere werkwijze, met extra financiën, met extra ambulances, etc.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft helemaal gelijk dat de aanrijtijd van 15 minuten de enige wettelijke prestatienorm is. Wanneer verwacht zij van de RAV's dat zij die norm halen? Welke deadline stelt zij?

Minister **Schippers**: Het verschil met andere prestatienormen is dat er hier externe factoren zijn waaraan je op een bepaald moment niets kunt doen. Er zijn bijvoorbeeld bepaalde regionale omstandigheden of er is sprake van noodweer waardoor files ontstaan, etc. Ook kan het zijn dat er ineens heel veel ritten tegelijkertijd worden aangevraagd. Ik verwacht dat er substantiële verbetering wordt geboekt. Het is nu niet goed genoeg. Wij hebben normen gesteld opdat ze gehaald worden. Met elkaar moeten wij bekijken hoe wij de normen daadwerkelijk kunnen halen zonder dat wij heel Nederland volplempen met ambulances waarin ambulanceverpleegkundigen zitten die de hele dag niks te doen hebben. Je moet daar een balans in vinden. Wij leggen ons er niet bij neer en hebben er extra geld

voor beschikbaar gesteld. Er zijn nieuwe pilots gestart. Wij hebben allerlei maatregelen genomen waardoor het nu wel beter zou moeten gaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vraag het zo expliciet omdat dit onderwerp al zeven jaar speelt. De Minister kan waarschijnlijk nog heel helder uit haar eigen periode als Kamerlid naar voren halen dat zij dit op de agenda zette. Ik heb een heel verstandige motie van het Kamerlid Schippers gezien met een deadline voor de Minister om het op orde te hebben. Dat was 1 januari 2008. Inmiddels zitten wij in april 2014. De Minister vraagt ons om het veld de tijd te geven. Dat kunnen wij doen, maar wanneer wil de Minister inzicht hebben in een daadwerkelijk opgetreden verbetering?

Minister **Schippers**: Zo zie je hoe weerbarstig de werkelijkheid soms kan zijn. Ik heb een substantieel bedrag vrijgemaakt om daadwerkelijk grote stappen te kunnen zetten. Ik verwacht dat die stappen gezet worden en dat bij de volgende meting de scores andersom zijn.

Per 2018 moeten wij een nieuwe wet hebben, want de huidige wet is tijdelijk. Je moet behoorlijk wat tijd uittrekken voor de behandeling ervan. Wij denken er dus over na. Kunnen wij degenen die nu rijden, zonder horizonbepaling vergunningen geven? Uit ons onderzoek komt dat wij dan zouden moeten nationaliseren. Anders is het Europees niet aanvaardbaar. Dat kan niet als een verrassing komen, want hier worstelen wij natuurlijk al een hele tijd mee. Ik zal niet vooruitlopen op de scenario's die momenteel geschreven worden over hoe een nieuwe wet eruit moet zien. Wel wil ik tegemoetkomen aan de vraag om een brief over de gedachten rond de nieuwe wet voordat het wetsvoorstel daadwerkelijk wordt ingediend. Wij zullen de Kamer eerst een hoofdlijnenbrief sturen met de bevindingen van de scenario's en de Europese bevindingen, voordat wij de wet daadwerkelijk in elkaar zetten. Ik wil er niet nu al op vooruitlopen. Immers, de scenario's worden nu juist volop ontwikkeld. Het is wel zo dat het niet al te lang op zich laat wachten. Ik denk dat we begin volgend jaar met de brief naar de Kamer zullen komen en het traject ingaan. Op die manier kunnen we dit jaar nog gebruiken voor scenario's, inventarisaties en eventueel voor externe consultaties over de invulling van de wet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dat klinkt als een prima plan: eerst de scenario's in de praktijk toetsen, dan de gegevens verwerken en vervolgens met een visiebrief naar de Kamer komen, als voorloper op de wet. Ik ben helemaal tevreden. Dank.

Minister **Schippers**: Er is gevraagd wat ik vind van de psycholance, die van start gaat in de regio Amsterdam. Ik vind «psycholance» in ieder geval een lelijk woord, maar dat terzijde. Zorgdifferentiatie is toegestaan. Het is zaak dat er goede kwaliteitskaders in inzetcriteria beschikbaar zijn. In Amsterdam loopt nu een pilot met de psycholance. Deze is bedoeld voor het vervoer van psychiatrische patiënten. De inrichting van deze speciale ambulance is aangepast. Zij is rustgevender door de verwijdering van onnodige apparatuur en in plaats van een ambulanceverpleegkundige zit er een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige op de auto. De bedoeling is dat met de inzet van de psycholance de kwaliteit van de zorg verbetert. De inzet van het zorgproces wordt versneld en meteen gespecialiseerd uitgevoerd. Daarnaast wordt voorkomen dat patiënten door de politie worden vervoerd, hetgeen voor deze patiënten een veel bedreigender manier van vervoer is. Op die manier krijgen we hopelijk ook minder dwangmaatregelen en minder sedatie.

Ik heb toestemming gegeven voor een pilot met de psycholance in de regio Amsterdam. Deze pilot zal na ongeveer een jaar worden geëvalueerd. Bij succes worden de resultaten opgenomen in een apart kwaliteitskader.

Mevrouw Klever vraagt wat ik vind van de inzet van Rapid Responder Ambulances in plaats van volledig uitgeruste ambulances. Er is niet voor niets zorgdifferentiatie toegestaan. Ik denk echt dat het soms beter en doelmatiger tegemoet kan komen aan de zorg die nodig is voor de patiënt als je bijvoorbeeld een motor stuurt in plaats van een ambulance. Ik heb zelf in een acute situatie ook ervaren dat een motor veel sneller aanwezig was dan een ambulance ooit door de stad had kunnen rijden. Er was medische zorg door een verpleegkundige nodig, die er dus veel sneller was en heel adequaat zorg kon verlenen. Als je dan een ambulance stuurt, die vervolgens vaststaat voor een stoplicht, heb je dus een verkeerd besluit genomen. Er zitten snelheidsvoordelen aan de RR's, terwijl een zorgambulance, een andere vorm van zorgdifferentiatie, voordelen biedt betreffende het comfort van een patiënt.

Er zijn wel criteria verbonden aan zorgdifferentiatie. Zorgdifferentiatie mag alleen plaatsvinden aan de hand van sectorbreed vastgestelde inzetcriteria. Daar ligt een belangrijke rol voor de centralist op de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). Deze bepaalt namelijk welke ambulance wordt ingezet. Zorgdifferentiatie mag niet ten koste gaan van verantwoorde zorgverlening. De Regionale ambulancevoorziening RAV dient dit te bewaken, ten behoeve van het interne kwaliteitsbeeld. De landelijke richtlijn First and rapid responder wordt op dit moment door de sector geactualiseerd. Ook de inzet wordt gemeten.

De heer Van Gerven en mevrouw Klever hebben gevraagd naar de situatie in Amsterdam, waar de medewerkers het vertrouwen hebben opgezegd in de directie van de (RAV). Naar aanleiding van signalen over de onrust onder de medewerkers, heeft de inspectie haar toezicht op Ambulance Amsterdam geïntensiveerd. De inspectie is in overleg met het bestuur en de medewerkers over de situatie. Als de inspectie van mening is dat er onaanvaardbare risico's zijn voor de kwaliteit van de zorg, zal zij passend reageren. Overigens heb ik begrepen dat een deel van de frictie tussen directie en werknemers voortvloeit uit de naweeën van een fusie tussen twee ambulancediensten in die regio. Signalen van de medewerkers betreffende kwaliteit worden natuurlijk serieus genomen, want er moet altijd verantwoorde zorg worden geleverd. De inspectie is ervoor om te kijken of de zorg goed is dan wel door de bodem zakt. Als dat laatste het geval is, zal de inspectie zeker maatregelen nemen.

Er is gevraagd wat ik vind van het feit dat veel medewerkers het minder naar hun zin hebben dan voorheen. Je kunt natuurlijk altijd naar een glas kijken en zeggen «het is halfvol» dan wel «het is een beetje vol» dan wel «het is helemaal vol». Ik vind het echter vooral positief dat het overgrote deel van de ambulancemedewerkers in de enquête, 90%, het werk in de ambulancezorg positief beoordeelt. Het is een punt van aandacht als voor een deel van de mensen het werk minder leuk is dan voorheen. Ik kan het ook wel begrijpen, want de sector is de afgelopen tijd ongelofelijk in beweging geweest. De NZa constateert dit terecht in haar marktscan. Als er veel gebeurt, zijn de omstandigheden onrustiger. Het is goed om te zien dat in de cao die vorig jaar is afgesloten, nadrukkelijk aandacht wordt besteed aan zaken als de bevordering van de duurzame inzetbaarheid van mensen, en gezond en effectief inroosteren. Ik denk ook dat het verstandig personeelsbeleid is om je personeel inzetbaar te houden. Als personeel bepaalde voorzieningen, bepaalde trainingen of bepaalde roosters nodig heeft om inzetbaar te blijven, is het een zaak van goed werkgeverschap dat je zorgt dat jouw personeel gewoon inzetbaar blijft, ook in deze beroepen, en elders in de organisatie wordt ondergebracht als het echt niet anders kan.

Er is gevraagd of de basis-SEH's worden gesloten. Dat is niet het doel. Wij hebben hier al regelmatig over overlegd, zowel in schriftelijke rondes als in eerdere AO's. Ik denk dat er in stedelijke gebieden zeker SEH's dicht zullen gaan. In steden heb je soms vijf, zes of zeven spoedeisende hulpen. Vaak kan dan trouwens iedere ambulancemedewerker je vertellen waar je

vooral niet moet zijn. Ik vind het niet gek dat je zegt dat het daar doelmatiger en beter kan, dat je het in die steden efficiënter aanpakt dan nu het geval is, nu we SEH's open hebben waar mensen voor de helft van de tijd duimen zitten te draaien. Dat is echter een totaal andere situatie dan in de regio's. Daar leveren we zelfs beschikbaarheidsbijdragen, zodat de spoedeisende hulpen open kunnen blijven. Zonder die beschikbaarheidsbijdrage kunnen zij überhaupt niet open blijven. Daar is de situatie dus heel anders dan in de steden. Betere kwaliteit moet de inzet en insteek zijn. Als je door concentratie van bepaalde soorten complexe acute zorg betere kwaliteit kunt leveren, moet je dat doen, maar basis-SEH is echt een ander verhaal. In het regeerakkoord is afgesproken dat de huidige dubbele infrastructuur van huisartsenpost en spoedeisende hulp afgebouwd wordt, via integratie of betere samenwerking. We zijn daar in het gehele land heel druk mee bezig. Dat kan bijvoorbeeld beter zijn om in de nachtelijke uren bij een heel klein aanbod van patiënten niet zowel de spoedeisende hulp als de huisartsenpost naast elkaar open te houden. Je zou veel scherper kunnen kijken hoe je dat aanpakt.

Dan kom ik te spreken over de problemen in de grensstreek met Duitsland. Duitse ambulances mogen worden ingezet in Nederland, als first responder. Dat wil zeggen dat ze snel naar de plek van bestemming rijden, maar er wel een Nederlandse ambulance achteraan wordt gestuurd. Daarnaast is belangrijk dat Duitse hulpverleners niet meer mogen doen in Nederland dan zij in eigen land mogen. We gaan overleggen met de Duitse collega's over de vraag hoe we het beter kunnen vormgeven. Nu willen de commissieleden natuurlijk weten wanneer ik dat overleg heb afgerond. We moeten er nog mee beginnen, maar ik kan wel toezeggen dat als we het hebben afgerond, ik met de resultaten naar de Kamer kom.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wil de Minister bedanken voor haar toezegging in overleg te gaan met haar Duitse collega's. Een first responder is namelijk niets meer dan een EHBO'er-plus. Ik zeg het iets te kort door de bocht. Het is eigenlijk dubbel werk om er een Nederlandse ambulance achteraan te sturen. Is de inzet van de Minister er dus op gericht dat volwaardige Duitse ambulances, als dat praktisch mogelijk is, over de Nederlandse grens kunnen gaan om daar hulp te verlenen, als dat noodzakelijk is? Ik doel dus op volwaardige ambulances.

Minister **Schippers**: Ik ben voor de beste oplossing. Als het praktisch geregeld kan worden, kunnen we het doen zoals mevrouw Bruins Slot suggereert, maar dan moeten we eerst bekijken waarom dat nu niet gebeurt en wat er in de weg staat.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Is de inzet van de Minister er echt op gericht dat volwaardige ambulances het werk kunnen doen? Daar ligt nu immers het pijnpunt. Een first responder kan eigenlijk te weinig en dat is dan ook nog mosterd na de maaltijd als er een Nederlandse ambulance achteraan komt. Het zou mooi zijn als we terug kunnen naar de situatie in het convenant uit 1997, dus dat we gewoon kunnen werken met volwaardige ambulances.

Minister **Schippers**: Ik zal er goed naar kijken. Ik zal bezien waar de knelpunten liggen en waarom het niet op de meest praktische manier gebeurt. Wat zit daar in de weg? Wij zullen hierover ook spreken met onze Duitse partners. Ik kom vervolgens in de Kamer uitgebreid terug op de knelpunten en hoe we die het meest praktisch kunnen oplossen. Het gaat er uiteindelijk immers om dat de patiënten goed en snel geholpen worden en dat we de infrastructuur overeind houden. Dat zijn twee belangrijke aandachtspunten.

De **voorzitter**: Kan de Minister voordat zij verdergaat een termijn noemen betreffende de grensdiscussie?

Minister **Schippers**: Ik zal direct na het zomerreces rapporteren. Er is gevraagd op welke manier ambulances worden betrokken bij concentratieplannen en -discussies. De zorgverzekeraars hebben conceptplannen ontwikkeld. Zij leggen die voor in de regio en bespreken ze met onder andere ziekenhuizen en later ook met andere relevante partijen die een rol spelen in de betreffende regio, zoals huisartsen, verloskundigen, ambulancediensten en gemeenten. Ik heb al eerder gezegd dat het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) in dit kader heel belangrijk is. We hebben dat niet voor niets ingesteld. Het ROAZ is een mooi platform om de regionale plannen verder te bespreken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Een overleg is natuurlijk heel mooi, vooral als het niet alleen over kosten gaat maar ook over kwaliteit. Echter, op een gegeven moment zal er een besluit worden genomen in de regio. Op welke manier wordt er dan meteen gekeken naar de aanrijtijden van ambulances? Die worden nu eenmaal per jaar herijkt, maar als er continu van alles wijzigt in het zorglandschap, kunnen wij er dan van uitgaan dat de aanrijtijden meteen worden meegenomen?

Minister **Schippers**: Ja.

Mevrouw Klever vraagt hoe het staat met de werkdruk. Arbeidsomstandigheden zijn belangrijk; je moet ze altijd onderhouden. Het is goed om te constateren dat in de cao's die vorig jaar zijn afgesloten, is afgesproken om te werken aan gezondheid en effectief roosteren alsmede aan duurzame inzetbaarheid. Dat draagt allemaal bij aan een gezonde wijze van werken. Als het personeel gezonder en prettig werkt, maakt dat bovendien de zorg beter. Dat zijn dus belangrijke elementen die behoren bij goed werkgeverschap.

Dan kom ik op het privacyvraagstuk. Meldingen zouden voor het publiek zijn na te gaan. Ik moet zeggen dat ik dit vandaag voor het eerst hoor. Ik vind het heel ongewenst en heel raar. Hoe zie je dat dan, vraag ik mevrouw Bouwmeester, want dat wil ik dan ook weleens proberen. Ik laat er direct naar kijken, want dit is niet de bedoeling. Het is voor mij nieuw. Ik ga erachteraan. Ik vind dat wij dit moeten oplossen. Ik doe dat eventueel samen met Veiligheid en Justitie. Dat ministerie gaat over codering.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb er maar even een foto van gemaakt. Op bijvoorbeeld www.alarmfase1.nl en op www.P2000.nl kun je een willekeurig adres intoetsen en dan komt er van alles uitrollen. In sommige regio's is dit mogelijk, bijvoorbeeld in Haaglanden, in andere, zoals Groningen, hebben ze het afgeschermd. Ik ben blij dat de Minister vindt dat we er iets aan moeten doen.

Minister **Schippers**: Ik ga ernaar kijken. Ik heb ze nu zojuist ook gezien. Ik zal kijken wat ik eraan ga doen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Excuus, voorzitter, nog één puntje. Ik heb begrepen dat Veiligheid en Justitie al een jaar bezig is met dit onderwerp. Dat is best lang als het gaat om privacy. Deze Minister hoort het nu voor het eerst. Misschien kan zij een stevig zetje geven aan haar collega, de heer Opstelten, zodat de situatie echt gaat veranderen.

Minister **Schippers**: Veiligheid en Justitie doet een onderzoek naar codering. Ik ga erachteraan en zal bekijken wat de stand van zaken is, zodat we stappen kunnen zetten.

Dan kom ik te spreken over een noodplan in het geval dat de tunnels sluiten. De regio maakt zelf plannen om zo'n sluiting te kunnen opvangen.

Er wordt overlegd door de RAV's en andere betrokken partijen in het kader van het ROAZ.

De heer van Gerven vroeg of het ambulancepersoneel wel door kan werken tot het 67 jaar oud is, gezien de zwaarte van het beroep. Ik heb het daar zojuist al over gehad. Ook dit heeft te maken met goed werkgeverschap.

Onderhoud en vervanging van Automatische Externe Defibrillatoren zit niet in het basispakket zegt het College voor Zorgverzekeringen. Het is een vorm van lekenhulpverlening, net zoals bijvoorbeeld EHBO-dozen, die ook niet in het basispakket zitten. Sommige verzekeraars vergoeden AED's wel. Ik ben zeker bereid om hierover in gesprek te gaan met de verzekeraars, om te bezien wat er mogelijk is en hoe we dit zouden kunnen regelen. Ik wil in eerste instantie vermijden dat ik meteen het basispakket ga uitbreiden, maar ik wil wel bekijken hoe we dit praktisch kunnen oplossen. Aangezien ik toch al een aantal dingen voor na de zomer heb beloofd, neem ik dit ook mee en komt het allemaal in één brief.

De voorzitter: Tot zover de eerste termijn van de Minister. Er is ruimte voor een korte tweede termijn met spreektijden van ongeveer anderhalve minuut.

Als eerste is het woord aan mevrouw Klever.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Dank voor de antwoorden van de Minister.

Het is goed dat er aandacht is voor agressie en geweld. Dit neemt niet weg dat mijn fractie nog steeds vindt dat de daders keihard aangepakt moeten worden. Dat is verder echter niet iets wat in dit AO thuishoort. Ik blijf één zorg houden, de concentratie van de spoedeisende hulpen. De Minister zegt dat de kwaliteit leidend moet zijn. De vraag is dan of de kwaliteit nu niet goed is. Ik refereer aan de plannen van de zorgverzekeraars. Die liggen weliswaar weer in de kast, naar nu moet de regio zelf met plannen komen. Met andere woorden: er moet wel degelijk het een en ander dicht, en dan hebben we het niet alleen over stedelijke gebieden maar ook over de wat landelijkere gebieden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik wil de Minister bedanken voor de toezegging betreffende de triage en het opleidingsniveau van de centralist. Ik vind het heel belangrijk dat zij erkent dat die centralist echt goed medisch geschoold moet zijn, en dat zij vanuit de witte kolom stevig zal optreden mochten er vanuit bestuurlijke kringen andere opmerkingen over komen. Het is goed om dat te horen.

De aanrijtijd van vijftien minuten is een overheidsnorm, een norm die wij hebben gesteld. Zolang we die norm gesteld hebben, moeten we goed bekijken hoe we die willen halen. Ik vind het goed dat de Minister een en ander ondersteunt met meer geld, zodat er betere zorg kan worden geleverd. Ik ben blij dat zij niet met haar wettelijke bevoegdheid gaat zwaaien, die zij bijvoorbeeld zou kunnen inroepen om boetes op te leggen. Dat is namelijk wel mogelijk in het geval van deze overtreding, op grond van artikel 7 van de Tijdelijke wet ambulancezorg. Ik wil echter wel weten welke uitkomst zij verwacht bij het volgende meetmoment.

Verwacht zij dat dan 17 van de 24 regio's het halen? Of weet zij zo goed waar de knelpunten liggen en heeft zij er zo veel geld tegenaan gezet dat het probleem bij het volgende meetmoment is opgelost?

Tot slot. We hebben een goede marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit ontvangen over de ambulancezorg. Behalve de twee knelpunten die ik al heb genoemd in dit debat, staat daar nog een groot aantal andere knelpunten in die ook op het bord van de Minister liggen. In de brief van de Minister in reactie op deze marktscan heeft zij echter geen enkel knelpunt geadresseerd. Ik had ze graag vandaag allemaal meegenomen in mijn inbreng, maar ik had maar vier minuten spreektijd. Daarom vraag ik

nu aan de Minister wat zij gaat doen aan de andere knelpunten die uit de marktscan naar voren komen en die ook op haar terrein liggen.

De **voorzitter**: Kan mevrouw Bruins Slot ten behoeve van de andere aanwezigen duiden welke twee knelpunten zij bedoelt?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De twee knelpunten die ik in mijn eerste termijn heb genoemd, zijn de aanrijtijd van vijftien minuten en het uitwisselen van gegevens met het ziekenhuis. In de 79 pagina's die de marktscan telt, staan echter nog andere knelpunten. Ik moest uiteraard kiezen en koos voor deze twee omdat ik die ook in de praktijk had gehoord. Ik vond het daarom extra belangrijk om deze twee te benoemen. Ik zal de voorzitter niet vermoeien met de andere knelpunten die in de marktscan staan.

De **voorzitter**: Goed, dan mag de Minister zich daar het hoofd over breken.

Het woord is aan mevrouw Bouwmeester voor haar tweede termijn.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Uit alles blijkt dat zij zich erg inzet voor deze mensen, vooral wat betreft veiligheid en kwaliteit. Ik ben daar heel blij mee.

Ik ben ook heel blij met de toezegging dat centralisten goed opgeleid dienen te zijn, zodat de telefoon wordt opgenomen door kwalitatief goed personeel. Dat kan de differentiatie verbeteren.

Mijn fractie is heel blij met allerlei pilots die nu van start gaan en die volgend jaar moeten uitmonden in een visie op de ambulancezorg die leidt tot nieuwe wetgeving. Het lijkt ons bottom-upwetgeving en dat is altijd goed.

We zijn benieuwd wanneer het privacyprobleem is opgelost.

Ik heb nog twee vragen. Een daarvan is blijven liggen uit de eerste termijn en betreft het aantal A1-ritten. Het aantal A1-ritten, ritten die de hoogste spoed hebben, is enorm toegenomen. Waar ligt dat aan?

Mijn tweede vraag gaat over de 45 minuten norm. Als er posten voor spoedeisende hulp sluiten, heeft dat gevolgen voor de aanrijtijden van ambulances; die worden langer. De 15 minuten norm is een richtlijn van de ambulance zelf, maar geen wettelijke richtlijn, geen norm waarop gecontroleerd wordt. De vraag is dus wat de Minister acceptabel vindt in de discussie rondom sluiting. Vindt zij het acceptabel dat cohorten mensen voorheen vijftien minuten moesten wachten en straks misschien een halfuur? Het is beide binnen de 45 minuten, maar is dit nou een gewenst effect van de sluiting van de eerstehulp posten?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. In de eerste plaats is het heel goed om te horen hoe intensief de Minister met dit dossier bezig is en ook hoe intensief en actief zij bezig is met het terugdringen van agressie tegen ambulancepersoneel, niet alleen door sancties tegen agressoren in te stellen maar ook door actieve ondersteuning van het ambulancepersoneel op allerlei manieren. Laten wij hopen dat het hele pakket tezamen eraan bijdraagt dat de agressie tegen ambulancemedewerkers afneemt, zodat zij al hun energie kunnen richten op de hulpbehoevenden. Ik denk dat dit een breed gedeelde wens is in deze vaste commissie.

Ik ben ook blij met de inzet om samen met het veld kwaliteitsindicatoren te realiseren. Wat mij betreft zijn dit indicatoren die echt iets zeggen en geen grote waslijsten. De Minister zei dit al. Het is goed dat de Minister vindt dat er aanvullende indicatoren moeten komen die de eenzijdige focus op aanrijtijden nuanceren en die een breder pakket aan indicatoren realiseren vanuit het veld. Wij hopen die snel tegemoet te mogen zien. Tot slot. De Minister wil in de aanloop naar de nieuwe wet een brief met uitgangspunten sturen. Heel goed. Het moge duidelijk zijn dat de VVD in

die brief wenst te lezen hoe de Minister in de nieuwe wet een mogelijkheid creëert voor de toetreding van nieuwe aanbieders na afloop van een concessie. Dit dienen uiteraard alleen aanbieders te zijn die voldoen aan de door het veld vastgestelde hoge kwaliteitseisen.

Voorzitter: Klever

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik heb drie korte punten. Het eerste betreft de medisch triagist. Het zou het effectiefst zijn als de triage gewoon door een dokter gebeurt. Hoe hoger de scholing en de kwaliteit van de triagist, hoe beter. In de praktijk zal dit echter wel niet gebeuren. Ik wil de Minister toch meegeven dat zij wat mij betreft dient in te zetten op hoogwaardig opgeleide medisch triagisten. Het tweede punt betreft de toekomst. Uit het onderzoek van de SP getiteld Ambulancepersoneel aan het woord bleek dat drie kwart van de respondenten duidelijk tegen privatisering van de sector is. De Minister zei in antwoord daarop dat er absoluut geen plannen zijn voor verdere privatisering van de sector. Ik neem aan dat de Minister bij die mening blijft. We zullen zien of dat volgend jaar daadwerkelijk gaat gebeuren. Tot slot. We hebben in onze enquête de ambulancemedewerkers ook gevraagd naar het sluiten dan wel uitkleden van de spoedeisende hulp. Men is er heel erg op tegen. Twee derde van de respondenten heeft te maken gehad met het sluiten van de SEH. Zij zeiden dat daardoor de aanrijtijden te lang worden. Bovendien zien zij geen enkel positief effect op de kwaliteit van de zorg. Kortom, de zorg komt verder weg en de kwaliteit neemt niet toe. We hebben inmiddels ook een brief ontvangen van de cliëntenraden, die ook zeer kritisch zijn over het verdwijnen van de spoedeisende hulpen. Zij spreken over «onverantwoord afbreken» en over «kapitaal- en kennisvernietiging». Ik vraag de Minister of we gewoon een pas op de plaats zouden kunnen maken. Er liggen allerlei min of meer geheime rapporten van verzekeraars, waar ontzettend veel verzet tegen is. Wij, de politiek, weten nauwelijks hoe het precies zit. Zou het niet veel beter zijn om gewoon eens een open discussie te voeren, democratisch gecontroleerd, zodat de regio niet ten onder gaat aan de opheffingsdrift van bepaalde sectoren die de macht hebben?

Voorzitter: Van Gerven

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik ben het eens met mevrouw Klever dat je van hulpverleners moet afblijven. Dat is ook de reden dat je straf veel hoger kan uitvallen als je hulpverleners aanvalt. Ik ben het dus helemaal eens met het repressieve deel, het hard aanpakken. Ik vind echter dat je ook preventief te werk moet gaan, dat je trainingen moet geven in weerbaarheid en in manieren om agressie te reduceren. Het gaat om het gehele palet, van het begin tot het einde. Er is verder meer kennis nodig over wat er in de ambulance gebeurt. Het sluitstuk is echter: handen af van hulpverleners en als je dat niet doet, kun je een fikse straf verwachten. Kwaliteit moet leidend zijn. Daar ben ik het mee eens. Het is ook de inzet van de zorgverzekeraars. Er moet transparantie over komen. Ook daar ben ik het mee eens. Dan moeten we echter wel meetbare en heldere indicatoren hebben, zodat iedereen, ook burgers, de zaken tegen elkaar af kan zetten.

Ik kom op de aanrijtijden en de overheidsnorm van vijftien minuten. Het is inderdaad een overheidsnorm en ik kan ook boetes opleggen. Ik vind echter dat je pas aan het einde van een traject boetes oplegt. Je probeert eerst allerlei andere dingen. We hebben al extra maatregelen genomen en extra geld gereserveerd voor de inzet van ambulances. Ik heb zojuist al gezegd wat ik verwacht: de omgekeerde opbrengst, dus in plaats van 7 van de 24, 17 van de 24. We hebben nu geld geïnvesteerd. Er kunnen best redenen zijn waarom je de norm niet haalt, daar hebben we allemaal

begrip voor. Immers, het kan bijvoorbeeld erg onweten of er kan sprake zijn van andere externe omstandigheden. Het kan echter niet zo zijn dat die opbrengst echt zó omgekeerd ligt.

Mevrouw Bruins Slot zegt dat ik niet de knelpunten in de marktscan van de NZa heb geadresseerd. Echter, de NZa geeft zelf aan dat er al een heleboel loopt met betrekking tot die knelpunten. Dat is ook zo. Een aantal betreft het onderwerp van vandaag, bijvoorbeeld de keten- en samenwerkingsafspraken en de tarieven. Er wordt al naar gekeken. Sommige zaken zitten in de contacten die wij hebben met het veld, in andere gevallen is er sprake van veld ten opzichte van veld. Het is niet zo dat de NZa zaken constateert en wij daar niet eens naar kijken. Er wordt goed gekeken wat er op ons bordje ligt. We kijken ook wat prioriteit heeft, want onze ambtenaren zijn voor een groot deel ook bezig met de HLZ en met allerlei wetsvoorstellen. We bekijken dus wat prioriteit heeft en wat we het eerst moeten aanpakken. Zo proberen we achtereenvolgens alle knelpunten weg te nemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is inderdaad een geruststelling. Uit eerdere correspondentie met de Minister hierover bleek namelijk niet duidelijk welke punten zij prioriteit geeft. Dit antwoord maakt het iets duidelijker. Zegt de Minister nu dat zij aan de slag is gegaan met de punten waarvan de NZA zei dat zij ermee aan de slag moest gaan?

Minister **Schippers**: Ja, waarbij sommige punten meer prioriteit hebben en sneller aangepakt worden dan andere. Soms adresseert de NZa heel ingewikkelde dingen, bijvoorbeeld zaken die te maken hebben met bekostigingssystemen. Het is heel ingewikkeld om dergelijke zaken aan te pakken en er gaat bovendien een heel traject van overleg aan vooraf. Wij pakken de zaken dus wel aan, maar niet allemaal tegelijk. Daar hebben we simpelweg de capaciteit niet voor. We bekijken echter goed wat prioriteit heeft. Ik heb zojuist al expliciet toezeggingen gedaan betreffende de gegevensuitwisseling en de aanrijtijden.

Mevrouw Bouwmeester en de heer Rutte hadden het over nieuwe wetgeving. Veel dingen liggen heel ingewikkeld en het is echt een mind cracker hoe we die gaan oplossen. Wij zullen er goed naar kijken en echt zoeken naar de beste oplossingen. Wij komen daar bij de Kamer op terug. Wij hebben geen analyse gemaakt van de oorzaak van de stijging van de A1-ritten. Die zullen we dus nog moeten maken. Ik neem dit punt mee in de al aangekondigde brief, als dat tenminste zo snel kan. We gaan het proberen.

Er is gevraagd of de 45 minuten norm opeens bijvoorbeeld een 50 minuten norm wordt als er spoedeisende hulpen sluiten. Nee, deze norm blijft precies gelijk. De prestatienorm ligt op 15 minuten en de 45 minuten norm betreft het geheel. We brengen daar geen veranderingen in aan. Mocht die norm niet gehaald worden, dan moet daar dus een oplossing voor gezocht worden, anders kan het gewoon niet, want het betreft wettelijke normen. Dan moet je er bijvoorbeeld een ambulance bij doen. Dat gebeurt in sommige regio's al. Je kunt echter niet zomaar zeggen dat je niet langer aan die norm zult voldoen, daar is het een wettelijke norm voor.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik heb een technische vraag. Ik had begrepen dat de 45 minuten norm een wettelijke norm is en de 15 minuten norm een richtlijn van de ambulances zelf. Begrijp ik nu echter van de Minister dat de 15 minuten norm wel degelijk onder het wettelijk regime valt?

Minister **Schippers**: In de Tijdelijke wet ambulancezorg staat dat de 15 minuten norm een prestatienorm is en dat de 45 minuten norm de norm is

die wij hanteren. Die blijven wij ook hanteren; daar verandert helemaal niets aan.

De voorzitter: In mijn rol als woordvoerder namens de SP-fractie heb ik nog een aanvullende vraag dan wel opmerking. Laten we het voorbeeld van Vlissingen nemen, een mooi, helder voorbeeld. In Vlissingen is de spoedeisende hulp voor een deel afgebouwd. Mensen met spoedeisende klachten moeten daarom naar Goes toe. Het probleem dat de norm van 45 minuten nog wel moet worden gehaald, is opgelost door een ambulance te plaatsen in de kop van Walcheren. De medewerkers zitten daar echter een beetje depressief te wezen, want zij hebben maximaal tien ritten of zo in een bepaalde tijd. Het probleem van de 45 minuten norm is dus op papier opgelost, maar in de praktijk is eigenlijk iedereen ontevreden. Een aantal mensen op Walcheren had de SEH graag in Vlissingen gehouden en het ambulancepersoneel doet zijn plicht maar heeft heel weinig te doen. Dat is allemaal een gevolg van de concentratie van SEH's. Kan de Minister nogmaals uitleggen hoe zij dit ziet? We voldoen zo wel aan de wet, maar iedereen is ontevreden.

Minister Schippers: In de zomer hebben ze het daar een stuk drukker, weet ik uit ervaring. Maar ja, het is zo dat soms dingen niet kunnen zoals je zou willen. Dan moeten ze dus zoals ze kunnen. Zeg ik dat nou helder? Soms moet je een voorziening treffen die je liever niet had getroffen. Je treft haar echter wel, om aan de normen te voldoen die je wettelijk hebt vastgelegd. En laten we heel eerlijk zijn: er zijn veel spoedeisende hulpen waar mensen grote delen van de dag of hele avonden en nachten zitten te niks. Dan zeggen we niet: de mensen hebben niets te doen, dus we heffen deze SEH maar op. Ik heb weleens meegelopen in een nachtdienst waarin er slechts één melding binnenkwam bij de helikopters. Maar daar hebben we toch mensen zitten, want we vinden het belangrijk dat er mensen aanwezig zijn als er een groot ongeluk gebeurt en er een helikopter nodig is. Is het leuk? Tja. Je moet ertegen kunnen. Ik heb weleens op de SEH hier in Den Haag gezeten. Ze hadden het heel druk gehad, want de dag ervoor was er eindelijk weer ijspret mogelijk en kwamen er allerlei mensen met gebroken benen of armen langs. Maar de avond dat ik er was, werd er slechts één iemand binnengebracht. Er was helemaal niets te doen. Dat kun je hebben, dat hoort bij acute zorg. Acute zorg kan echter ook betekenen dat opeens de hel losbarst en er een enorm beroep wordt gedaan op de spoedeisende hulp. Dan zit iedereen er; daar hebben we zo'n spoedeisende hulp voor.

Ik moet trouwens iets corrigeren. De 45 minuten norm is een planningsnorm. Deze norm staat in de Wet toelating zorginstellingen. De 15 minuten norm zit in de Tijdelijke wet ambulancezorg.

Er moet tempo zitten in de kwaliteitsindicatoren, de heer Rutte sprak hier al over. Ik vind echter wel dat iedereen al heel druk bezig is, zeker gezien alle veranderingen die er momenteel plaatsvinden. Ik kan daar niet over klagen en ik ga er ook van uit dat het tempo erin blijft.

De heer Van Gerven zegt dat een medisch triagist een dokter moet zijn. Ik houd het maar op een verpleegkundige die hoogwaardig is opgeleid, zodat zij gedifferentieerd kan uitsturen.

Dan de enquête van de SP. Ik ben hier ook al op ingegaan naar aanleiding van schriftelijke vragen. Ik wil wel de vraagstelling in deze enquête aan de orde stellen. In vragen als «haalt u altijd de aanrijtijden?», «wordt u weleens opgeroepen voor niet-spoedeisende meldingen?» en «kunt u altijd de zorg leveren die nodig is?» zit een zekere sturing. In de vraagstelling wordt gestuurd. Daardoor krijg je digitale antwoorden, terwijl de werkelijkheid soms complexer is dan «ja» of «nee». Ik vind het heel belangrijk dat we bij enquêtes niet-sturend en veel neutraler vragen. Dan krijg je namelijk antwoorden waar je een veel zwaardere weging aan kunt geven.

«Privatisering» is in dit kader ook zo'n woord. We hebben heel lang private ambulancevoorzieningen gehad die heel lang naar behoren functioneerden, net zoals we heel lang publieke ambulancevoorzieningen hadden die ook naar behoren functioneerden. Ik denk dat de mensen niet eens wisten of een bepaalde ambulancevoorziening privaat of publiek was. Wat is dan «privatisering»? Privatisering betekent dat iets in privaat eigendom is, maar in principe maakt het weinig verschil. Mensen hebben bij privatisering echter hele spookbeelden.

Hetzelfde geldt voor een begrip als het «uitkleden van de spoedeisende hulp». Voor mij is het helemaal geen issue dat er spoedeisende hulp zou worden uitgekled. In het regeerakkoord is geconstateerd dat er concentratie moet plaatsvinden op de spoedeisende hulp waar dat uit kwalitatieve overwegingen meerwaarde heeft, net zoals in het regeerakkoord staat dat de samenwerking tussen de huisartsenpost en de spoedeisende hulp moet worden verbeterd. Mij gaat het erom dat we daar een kwaliteitsslag maken. Als er SEH's op een kluitje zitten, moet je de SEH's sluiten die er kwalitatief niet boven uitsteken. Anderzijds moet je proberen om complexe SEH's te versterken opdat de patiënten die eerst naar de basis-SEH gingen waar zij geen adequate zorg kregen, nu doorrijden naar de complexe SEH waar ze wel adequate zorg krijgen. In die complexe SEH krijgen ze dan ook meer van dergelijke patiënten binnen waardoor de kwaliteit verbetert.

Ik denk dat er heel veel onzekerheid wordt gecreëerd over de plannen, maar zolang er geen besluiten zijn gevallen, is er ook niets veranderd. Er vinden zeer constructieve gesprekken plaats. De zaken vorderen op sommige plaatsen sneller dan op andere, maar laten we eerst rustig afwachten wat er uitkomt. Als dat ons niet zint, kunnen we altijd nog met elkaar bespreken wat we daar voor maatregelen op nemen.

De voorzitter: In mijn rol als SP-woordvoerder wil ik nog even reageren. De Minister zegt dat spoedeisende hulp geen issue is. Voor de mensen is het echter wel degelijk een issue, dat kan ik haar verzekeren. Wat de privatisering betreft het volgende. De medewerkers van de ambulancediensten weten heel goed wat privatisering is en ook wat het inhoudt als er meer aanbieders zijn of als er een concurrentiemodel wordt gelanceerd, waar de VVD voorstander van is. Dat wijzen zij heel nadrukkelijk af. Zo duiden zij dat. Ik wil het bij deze opmerking laten; het debat zal ongetwijfeld doorgaan. Wellicht wil de Minister nog reageren.

Minister Schippers: Ik heb niet gezegd dat spoedeisende hulp geen issue is. Spoedeisende hulp is ongelofelijk belangrijk en moet goed georganiseerd worden. We hebben niet voor niets een bekostiging waarbij je, als je de spoedeisende hulp niet overeind kunt houden omdat de 45 minutennorm in het geding is, extra geld krijgt om die SEH wel open te houden. Dat laat al zien hoe belangrijk spoedeisende hulp is. Ik zeg dus niet dat het geen issue is. Ik zeg: laten we in plaats van paniek te zaaien even afwachten tot er daadwerkelijk besluiten worden genomen over de SEH's. Laten we niet bij de eerste, inleidende gesprekken meteen al in de paniek schieten.

Verder vind ik het superbelangrijk dat enquêtevragen neutraler geformuleerd worden dan het geval was in de voornoemde enquête. Immers, als je sturend vraagt, krijg je sturende antwoorden. Dat wil ik echt even opmerken. De heer Van Gerven refereerde zelf aan die enquête. Dit is dus mijn reactie daarop.

De voorzitter: De reactie van de Minister is duidelijk. Toen ik het rapport aanhaalde, heb ik gewezen op de massaliteit van de respons. Inderdaad, het is niet volstrekt wetenschappelijk ingericht, er zit zeker enige duiding in. Ik denk echter dat wat betreft de privatisering en de sluiting van de

spoedeisende hulpen de richting heel erg duidelijk is. Het debat zal ongetwijfeld voortgaan.

De Minister spreekt over bangmakerij en angst zaaien in relatie tot de SEH's. Het verhaal van de verzekeraars is dat maar drie van de negen noordelijke ziekenhuizen volwaardig open blijven. Dan vind ik niet dat er sprake is van bangmakerij, dan zijn de vragen van mensen wat dit betekent voor hun ziekenhuis om de hoek heel reëel en heel terecht.

Minister **Schippers**: Ten aanzien van spoedeisende hulp dien je aanrijtijden en kwaliteitsnormen in acht te nemen. Het is echt een illusie om te denken dat het niet beter kan. In het regeerakkoord zijn teksten opgenomen die verzekeraars de opdracht geven om te doen wat zij doen. Ik zeg niet dat de uitkomst ons per definitie moet bevallen, maar ik vind wel dat je dat proces eerst moet laten gaan en vervolgens moet kijken wat er daadwerkelijk uitgekomen is en of dat de kwaliteitsslag en efficiëncyslag kan bewerkstelligen die je voor ogen had. Vooralsnog heb ik geen plan opgestuurd gekregen waarvan de regio zegt: wij zien het zo zitten, dit moet het maar worden. Iets dergelijks heb ik nog niet gezien. Ik hoor wel allerlei geruchten over conceptplannen die ik helemaal niet ken en ook niet hoeft te kennen, omdat het veld eerst zelf de gedachten moet laten gaan over de vraag wat een goede invulling is. Aan het einde van het traject gaan wij hier kijken wat dat heeft opgeleverd en of dat een verbetering is.

De **voorzitter**: Ik zie dat er geen vragen meer zijn bij de commissieleden en dat er ook geen behoefte is aan een VAO. Alle toezeggingen zijn genoteerd. Ik dank de Minister en haar ambtenaren evenals de Kamerleden voor hun inbreng, en het publiek voor het meekijken en meeluisteren.

Sluiting 17.28 uur.