12
Personeelstekorten bij ambulancediensten

Personeelstekorten bij ambulancediensten

Aan de orde is het **dertigledendebat** over **personeelstekorten bij ambulancediensten**.

De **voorzitter**:
Ik stel voor dat we meteen van start gaan met het dertigledendebat over de personeelstekorten bij ambulancediensten. Ik geef het woord aan mevrouw Agema van de PVV. Zij is tevens de aanvraagster van dit debat. Gaat uw gang.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dank u wel, voorzitter. Allereerst wil ik mijn steun uitspreken voor het ziekenhuispersoneel, dat vandaag staakte. Dat verdient een salarisverhoging conform de inflatie. Dat zal dus minimaal 10% moeten zijn.

Dan naar het debat van vandaag. Mijn opa was vroeger ambulancechauffeur in Amsterdam. Hij moest vooral goed kunnen rijden. Inmiddels is er wel wat veranderd. Onlangs was ik nog bij verschillende ambulanceposten, in Winterswijk en in Utrecht. Het is heel indrukwekkend hoe dit vak zich heeft ontwikkeld. Hechten wordt vaak al ter plaatse gedaan en de patiënt hoeft steeds vaker niet mee teruggenomen te worden naar een ziekenhuis. Ambulanceverpleegkundigen maken veel mee, ook in het uitgaansleven. Daar moet niet lichtvaardig over worden gedacht; het is een zware baan. Veel dank aan mijn collega's voor het feit dat ze onlangs ons voorstel aannamen om iemand die geweld pleegt tegen hulpverleners altijd een gevangenisstraf te geven.

De ambulance wordt soms weleens een ziekenhuis op wielen genoemd, maar dat is niet helemaal terecht. Er kan heel veel meer bij aankomst en tijdens de rit, maar veruit de meeste ritten vervoeren nog altijd patiënten die zo snel mogelijk bij een ziekenhuis moeten zijn voor spoedzorg. Daar begint de frustratie. Steeds meer spoedeisendehulpposten sluiten tijdelijk hun deuren omdat ze de toestroom van patiënten niet aankunnen. Ambulances dolen met spoedeisende patiënten rond. Ik wil graag van de minister weten waar die twee calamiteiten uit Q2 van 2022 over gingen.

Steeds meer spoedeisendehulpposten sluiten. TNO becijferde dat dit leidt tot veel extra inzet van schaars ambulancepersoneel. Ook hier leidt goedkoop tot duurkoop. Als de patiënt wel netjes afgeleverd is bij het ziekenhuis, dan moet deze de volgende dag vaak weer opgehaald worden en naar het eigen ziekenhuis gebracht worden. Dat zorgt voor onnodige extra ritten. Ook de concentratie van hooggespecialiseerde zorg zorgt voor extra ritten van patiënten, die een paar dagen na de operatie teruggaan naar het eigen streekziekenhuis. Men zegt dit soort dingen te regelen bij de concentratie van zorg, maar de praktijk is weerbarstiger.

De minister schrijft in zijn brief dat bevolkingsgroei en vergrijzing zorgen voor extra ambulanceritten. Het is toch vreemd dat zijn partij massa-immigratie dan nog steeds als iets positiefs ziet? We weten dat ons land vergrijst en dat het aantal 65-plussers en hun zorgvraag nog zal verdubbelen. Waarom neemt de bevolking dan almaar toe? Het RIVM becijferde dat we in 2023 40 ambulances en 20 standplaatsen extra nodig hebben ten opzichte van 2022. Ik vraag de minister wat hiervan terecht is gekomen.

In zijn brief noemt de minister de wettelijke zorgplicht van verzekeraars wel, maar hij legt zich erbij neer dat zij die niet waarmaken. Hij wil inzetten op verdere zorgcoördinatie, een nieuwe urgentie-indeling, een communicatiestrategie, het anders organiseren van zorg, goed werkgeverschap en innovatie. Hij wil ritten voorkomen door meer inzet van zelfzorg. Dit zijn allemaal open deuren, waarachter een enorme leegte schuilgaat. Ze zullen niks doen aan het personeelstekort van 7,5% en het hoge ziekteverzuim.

Ook onze ambulancezorg staat op klappen. Er moet meer geld en waardering komen voor zorgmedewerkers: een salarisverhoging die de inflatie wél dekt, een ruime onregelmatigheidstoeslag, een halvering van de administratietijd, geen verlies van toeslagen bij meer uren werk, meer ambulances en meer standplaatsen.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik het woord aan de heer Hijink, SP.

De heer **Hijink** (SP):
Dank, voorzitter. De SP was vanochtend bij veel ziekenhuizen aanwezig om de stakende zorgverleners een hart onder de riem te steken. Wij vinden het heel schrijnend dat onze zorgverleners in de ziekenhuizen moeten staken omdat de lonen nog altijd niet fatsoenlijk verhoogd worden. Eigenlijk is dat schandalig. De arbeidsvoorwaarden lopen nog altijd achter. De kloof tussen de lonen in verschillende marktsectoren en de lonen in de zorg is nog steeds te groot. Het kabinet dicht die kloof niet. Het verbaast mij ook … Nou, het verbaast mij inmiddels niet meer, maar het is schandalig dat de kilometervergoeding in de zorg belachelijk laag is. Heel veel zorgverleners in het ziekenhuis moeten betalen om bij hun werk te kunnen parkeren. Als je 20 kilometer moet rijden naar het ziekenhuis waar je werkt, dan heb je dus al een hele hoop geld ingeleverd voordat je aan je werk bent begonnen. Dat is natuurlijk een hele goede reden om te staken. Ik vind het een grof schandaal dat dit kabinet en ook voorgaande kabinetten het zo ver hebben laten komen. Die kloof moet gedicht worden.

Het is natuurlijk ook de reden waardoor de problemen in de ambulancezorg groot zijn. Er is een beperkte instroom van nieuwe collega's, maar het gaat ook om de arbeidsvoorwaarden en salarissen. Ik heb een tijd terug eens een dag meegelopen in de ambulancezorg. Dan zie je hoe hard daar wordt gewerkt door deze mensen. Ze doen heldenwerk. Tegelijk zien we dat een deel van het werk dat zij doen, eigenlijk helemaal niet bij de ambulancezorg thuishoort, en dat zeggen deze ambulanceverpleegkundigen ook. Ze voelen zich soms het afvoerputje geworden van onze zorg, en dan verwijs ik ook naar de huisartsen. Het gaat dan om mensen die eigenlijk in de ggz thuishoren, maar die als de crisis uiteindelijk toeslaat, met een ambulance moeten worden opgehaald. Of om ouderen die niet meer terecht-

kunnen in een verzorgingshuis of waarvoor geen plek is in een verpleeghuis. Zij zitten thuis te verpieteren en belanden in een crisis waardoor ze zware zorg nodig hebben en door een ambulance moeten worden opgehaald. Dan kun je je afvragen of we de ambulancezorg op die manier willen inzetten. Ik denk het niet. Ik hoor graag hoe de minister daarnaar kijkt. Is hij ook bereid om te kijken waar het in de zorg dusdanig misgaat dat de druk op de ambulancezorg zo hoog is geworden?

Er is ook een probleem met opleidingen voor de ambulancezorg. Er is een te beperkte doorstroom van verpleegkundigen die nu nog op de spoedeisende hulp of op de ic werken. Die stromen niet meer door naar de ambulancezorg, wat in het verleden heel gebruikelijk was. Wat gaat de minister doen om die doorstroom weer op gang te helpen, zodat mensen die dat willen, zo'n mooie baan op de ambulance kunnen krijgen? Mensen willen dat graag, maar er is een tekort aan opleidingsplaatsen en aan mensen die die opleiding kunnen doen en daarbij kunnen helpen. We moeten daar echt veel meer aan doen.

Tot slot is mijn vraag wat de minister gaat doen om daarin te investeren, zodat het mooie werk dat je op de ambulance kunt doen, weer vol in zijn waarde wordt gezet. Anders vrees ik echt dat we straks situaties krijgen waarin mensen die thuis acute zorg nodig hebben, die niet kunnen krijgen, en dat zou echt verschrikkelijk zijn.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel, meneer Hijink. Dan geef ik het woord aan de heer Bushoff, PvdA.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dank u wel, voorzitter. We hebben het natuurlijk over de personeelstekorten bij de ambulance, maar ik denk dat het ook goed is om even stil te staan bij de stakende zorgwerkers in de ziekenhuizen. Dat heeft wel allemaal verband met elkaar. Mijn voorgangers hebben hier ook al gezegd dat het treurig is dat zorgwerkers moeten staken. Over het algemeen zie je dat dat niet vaak gebeurt, omdat ze zo'n groot zorghart hebben, het liefst zorg verlenen en dus liever niet hun werk neerleggen. Maar nu is dat dus wel nodig, omdat de werkdruk in het ziekenhuis enorm hoog is. Ze krijgen nog steeds niet de juiste arbeidsvoorwaarden en worden soms onderbetaald.

Kortom, er was reden om te staken. Ik zou van de minister willen weten wat hij tegen bijvoorbeeld tegen Joske, Laura, Jurgen en Marian zegt. Zegt hij bijvoorbeeld: geen reden om te staken, ga maar ergens anders werken als het je hier niet bevalt, terwijl we al zo'n groot personeelstekort hebben? Of zegt hij: alle reden om te staken, maar helaas, ik lever geen boter bij de vis? Wat is het antwoord van de minister tegenover deze zorgwerkers?

Doordat de werkdruk in de ziekenhuizen zo ontzettend hoog is, zie je ook dat spoedeisendehulpposten gemiddeld 36 tot 38 minuten per dag dicht blijven. En daar komt bij dat er ook nog spoedeisendehulpposten sluiten, überhaupt verdwijnen. Dat alles bij elkaar zorgt er natuurlijk voor dat ambulances verder moeten rijden en dat de druk op het ambulancepersoneel ook toeneemt.

Een ander punt waardoor de druk op het ambulancepersoneel misschien toeneemt, is dat meer ouderen een beroep moeten doen op acute zorg, omdat ze thuis niet de juiste zorg krijgen en misschien helaas vallen of met een hulpvraag zitten en niet anders weten dan dat ze maar 112 moeten bellen. Er worden ook te weinig ouderenwoningen gebouwd, zoals we vandaag zagen. We zien ook dat er voor de verbetering van de ouderenzorg 2,6 miljard uitgetrokken was, maar dat er maar 1,1 miljard naartoe gaat, zodat er dus 1,6 miljard niet naar verbetering van de ouderenzorg gaat.

Het kabinet was voornemens om de vijfminutenregistratie af te schaffen, maar die blijft nog steeds in stand, waardoor nog steeds niet altijd kwalitatief de beste zorg geleverd kan worden. Er gaat dus nog steeds te veel tijd naar administratieve lasten.

Deze drie voorbeelden die ik net opnoemde, zijn voornemens van het kabinet om de zorg te verbeteren. Ze kunnen ervoor zorgen dat mensen minder een beroep hoeven te doen op de acute zorg. Wat gaat dit kabinet doen om in ieder geval die eigen voornemens te halen? Dat kan eraan bijdragen dat mensen minder een beroep hoeven te doen op acute zorg en de druk op de ambulances misschien wel afneemt.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Bent u aan het einde van uw betoog?

De heer **Bushoff** (PvdA):
Ja.

De **voorzitter**:
Mevrouw Paulusma, D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik gokte erop dat meneer Bushoff klaar was. Ik ben benieuwd wat hij vindt van de ambulancediensten waar we het vanavond over hebben, bijvoorbeeld specifiek van de inzet van physician assistants om die keten te ontlasten.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Prima, maar het punt dat ik in het debat probeer te maken, is dat het tekort aan ambulancepersoneel samenhangt met meer problemen in de zorg, die op heel veel plekken vastloopt. Ik denk dat dat cruciaal is. Als we dat niet met z'n allen onderkennen en die problemen in de zorg niet aanpakken, zullen de tekorten bij de ambulancedienst groot blijven en dan lossen we dat probleem dus niet op. Mijn pleidooi is dus juist: probeer de onderliggende problemen in de zorg aan te pakken en zorg er bijvoorbeeld voor dat de 1,6 miljard die men had beloofd extra in de ouderenzorg te investeren, daar echt terechtkomt, zodat ouderen misschien wel geholpen worden en straks geen beroep hoeven te doen op de acute zorg.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik ga toch nog even terug naar het onderwerp van vanavond. Ik ben heel benieuwd wat de Partij van de Arbeid daar zelf van vindt. Ik hoor meneer Bushoff een heleboel grote thema's terugleggen bij het kabinet, maar het gaat over de druk op de ambulancediensten. Ik ben wel benieuwd naar een idee van de Partij van de Arbeid.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dat wordt bijna een herhaling van zetten, want het idee van de Partij van de Arbeid is dat je ervoor zorgt dat de druk op de ambulancediensten verkleind wordt doordat minder mensen een beroep hoeven te doen op de acute zorg. Daarvoor is het nodig dat de kwaliteit van zorg verbetert en dat de voornemens die het kabinet, deze coalitie, zelf had, op z'n minst worden waargemaakt. Deze coalitie, dit kabinet, had zelf het voornemen om de zorg te verbeteren en daarmee misschien de vraag naar acute zorg te verlagen. Daarom vraag ik aan de minister wat hij gaat doen om deze voornemens, die nu niet gehaald worden, straks wel te halen.

De **voorzitter**:
Dank u wel, meneer Bushoff. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg, CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Voorzitter. De aanleiding voor dit debat was het bericht dat de aanrijtijden van ambulances langer zijn door personeelstekort. In zijn brief schrijft de minister dat tekorten onder andere ontstaan door concentratie en specialisatie van zorg. Dat laatste is toch wel bijzonder, want de concentratie hoogcomplexe laagvolumezorg is minder dan 10% van alle zorg. Maar de minister wil verder concentreren en slechts 40 spoedeisende-eerstehulpposten openhouden en van de rest spoedposten maken. Kan de minister uitleggen hoe dit aantal spoedposten toereikend kan zijn om meer dan 90% van de acute zorg op te vangen en wat zijn plan voor de ambulancezorg gaat betekenen? Want voor het CDA is het duidelijk in het plan voor heel Nederland. Wij zijn klaar met de regionale ongelijkheid.

Voorzitter. Is de minister bereid om te borgen dat de moties die in deze Kamer zijn aangenomen, onder andere over het bottom-up organiseren van de zorg en het meenemen van leefbaarheid in de normen, ook in het veld worden uitgevoerd?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Het is fantastisch dat het CDA hier bij monde van mevrouw Van den Berg een vuist maakt en zegt dat het klaar is met de regionale ongelijkheid tussen de streekziekenhuizen en de grote ziekenhuizen die alle macht hebben en alle zorg naar zich toetrekken. Maar ik vraag dan ook om boter bij de vis, want het CDA steunt wel het kabinetsbeleid. Gaat nu dus de stekker uit het kabinet of blaft het CDA alleen maar zonder te bijten?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Het beleid van het kabinet is om de zorg zo te organiseren dat we die in heel Nederland goed kunnen houden, maar mevrouw Agema zal zowel in het begrotingsdebat als in het debat dat in het najaar over acute zorg heeft plaatsgevonden, hebben gezien dat wij ervoor hebben gezorgd dat juist de leefbaarheid in de regio wordt meegenomen in de nieuwe normen die de minister wil ontwikkelen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Daar heb ik nou al een aantal keren op gewezen. En de minister gaat gewoon door. De minister kan dat beleid alleen maar doorzetten met steun van onder andere het CDA. Het CDA zegt iedere keer: ik steun dit niet. Maar de minister gaat er gewoon mee door. We weten allemaal dat concentratie van zorg tot op zekere hoogte heel erg goed is. Ik noem bijvoorbeeld een openhartoperatie. Je zit bij een cardioloog in een streekziekenhuis, maar moet het tot een operatie komen, dan ga je waarschijnlijk naar een specialist in een universitair medisch centrum. Een aantal dagen na de operatie vervoert een ambulance je dan terug naar het streekziekenhuis. Maar de minister wil daarmee doorgaan. Hij wil nog veel meer zorg concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen. Daardoor zal het veel vaker voorkomen dat patiënten met ambulances vervoerd moeten worden van streekziekenhuizen naar gespecialiseerde ziekenhuizen en terug. En dat kán dus niet. Mijn vraag is, wanneer houdt het CDA nu op met blaffen en gaan ze bijten, en zeggen ze: "Minister, wat u doet, kan niet op steun van een meerderheid van de Kamer rekenen"?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Nou, ik ben heel erg blij met deze vraag van mevrouw Agema, want dat geeft mij nog even een reden dat ik ook kan toelichten wat ik zojuist heb gezegd. Want ik ben het helemaal eens met mevrouw Agema: hoogcomplexe laagvolumezorg moet je concentreren. We zijn allemaal blij dat er één Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis is, waar mensen met hele zware kankerproblemen worden behandeld. Dat kan ook niet op iedere plek. Maar ik gaf dus net in mijn inleiding aan dat hoogcomplex laagvolume minder dan 10% van de zorg is. En inderdaad is mijn vraag aan de minister precies ook wat mevrouw Agema naar voren brengt, want de minister zegt dat hij naar 40 spoedeisende eerste hulpen wil en dat de rest maar een spoedpost moet worden. Een "huisartsenpost-plus" noem ik dat dan maar even. Dat betekent inderdaad dat je dan nog veel meer ambulancebewegingen krijgt, wat mevrouw Agema terecht zegt. We hebben eerder de minister gewezen op het rapport over het onderzoek dat de ziekenhuizen hebben laten doen door TNO. De minister zegt dan: dat kan ik niet toereikend beoordelen op die manier. Maar daarin staat juist ook een heel mooi voorbeeld genoemd: als je zo'n regionaal ziekenhuis gaat sluiten, krijgen we alleen heel veel meer extra vervoersmutaties, en kunnen we daarmee dus van de regen in de drup komen. Dus dank, mevrouw Agema, voor deze vraag.

De **voorzitter**:
U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik wil dus graag weten hoe de minister gaat borgen dat de moties die we hier hebben aangenomen, ook door het veld worden meegenomen.

Het CDA steunt de minister dus bij het verder ontwikkelen van zorgcoördinatie. Daardoor kan een betere triage plaatsvinden en is er ook minder ambulancevervoer nodig. Maar ik mis in de brief van de minister de inzet — mevrouw Paulusma wees daar net ook op — van physician assistants en verpleegkundig specialisten. Bij mijn werkbezoek aan de ambulancedienst in 's-Hertogenbosch mocht ik juist daarvan mooie voorbeelden zien. Graag een reactie daarop.

Een andere oorzaak die de minister noemt voor toenemend ambulancevervoer zijn spoedeisendehulpstops. In Zorgvisie noemde ik recentelijk het positieve voorbeeld van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis in Goes, dat niet aan stops doet. Op LinkedIn ontving ik onmiddellijk reacties van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, van ZorgSaam in Terneuzen, van Bravis in Roosendaal en van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, dat die eigenlijk ook zonder stops zijn. Is de minister bereid te laten onderzoeken wat deze ziekenhuizen anders doen in hun organisatie? En, tegen die achtergrond: vorige week op werkbezoek sprak ik met ondernemers uit de Hoeksche Waard en Goeree-Overflakkee. De vele wegwerkzaamheden daar zorgen voor grote mobiliteitsproblemen en ook een slechte bereikbaarheid van de acute zorg. Daarover wordt bij de planning van wegwerkzaamheden onvoldoende nagedacht. Is de minister bereid dit te bespreken, en terug te koppelen naar de Tweede Kamer hoe hij dit gaat verbeteren?

Voorzitter. Uiteraard ben ik zeer verheugd dat op basis van mijn motie van 2 juli 2020, dus tweeënhalf jaar geleden, de spoedeisendehulparts nu erkend wordt als geneeskundig specialist door het College Geneeskundig Specialismen. Wanneer gaat de minister dat bevestigen?

Tot slot, voorzitter. Ik lees niets over een betere inzet van ambulances door gebruik te maken van kunstmatige intelligentie, zoals in Zuid-Holland-Zuid. En hoe staat het met de uitvoering van mijn motie van februari vorig jaar?

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Een interruptie van mevrouw Van den Hil, VVD.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Ja, voorzitter, dank je wel. Ik ben net als mevrouw Van den Berg verheugd dat het spoedeisendehulpartsspecialisme erkend gaat worden door andere artsen. Dat is wat dit eigenlijk zegt. Eerst waren er nog twijfels over de maatschappelijke relevantie en over de vraag of het wel genoeg afbakening had van andere specialismen. Maar ik wou vragen aan mevrouw Van den Berg: is mevrouw Van den Berg het ermee eens dat we aan de minister vragen om daar in ieder geval spoedig naar te kijken, en of we hierop misschien vandaag een toezegging kunnen krijgen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ja, dat laatste zou natuurlijk het mooiste zijn. Ik heb een motie — zo zeg ik maar tegen mevrouw Van den Hil — achter de hand op dit punt, omdat die spoedeisendehulpartsen inderdaad ook zeer essentieel zijn wat mij betreft om juist die acute zorg in de regio beschikbaar en bereikbaar te houden. We zien ook dat spoedeisendehulpartsen in meer dan 90% van de gevallen het zelf helemaal aan de poort regelen, zonder andere specialismen. Juist die inzet van de spoedeisendehulparts kan ook zorgen dat we in alle regio's de zorg goed bereikbaar houden. Dus helemaal eens met mevrouw Van den Hil.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik het woord aan mevrouw Den Haan, Fractie Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dank u wel, voorzitter. Over de hele zorg heen loopt het vast, ook bij de ambulancezorg. We moeten dus met elkaar kijken naar oplossingen en het liefst oplossingen die duurzaam zijn, want de zorgkosten lopen op en er is te weinig personeel in de zorg. Dat is allemaal zeer zorgelijk, zeker tegen het licht van de demografische ontwikkelingen.

Voorzitter. De minister geeft aan dat spoedeisende gevallen nu nog worden bereikt, maar hoelang houden we dat nog vol? Voor nu betekent het dat mensen die in een minder spoedeisende situatie zitten, langer moeten wachten. Kan de minister aangeven of bekend is of dit meer gezondheidsschade oplevert voor deze mensen?

De minister geeft in zijn brief ook aan dat hij inzet op het ontwikkelen van zorgcoördinatie, zodat mensen op de juiste plek terechtkomen en niet onnodig met een ambulance vervoerd moeten worden. Deze maand zou de minister nog een advies hierover ontvangen. Wanneer verwacht de minister dat deze zorgcoördinatie effectief is en wat is dan volgens de minister effectief? Wanneer is hij tevreden?

Voorzitter. Het aantal 112-meldingen is toegenomen. In hoeverre wordt er nog voorlichting gegeven over het juiste gebruik van 112? Ik kan me herinneren dat dat veelvuldig werd gedaan toen ik jong was. Kennelijk is dat nu weer nodig, want als ik het goed begrijp, wordt 112 toch vaak onterecht gebeld. Wat gaat de minister hieraan doen?

Voorzitter. In de brief van vandaag zegt de minister: zorg gaat over gezondheid en niet over ziekte. Daar ben ik het van harte mee eens. Dat betekent dat inzetten op preventie buitengewoon belangrijk is, maar elk jaar komen er heel veel ouderen onnodig op de spoedeisende hulp vanwege een val. Ook dat veroorzaakt onnodige ambulanceritten. Dat hebben we al eerder gehoord. Ik weet dat het zijn portefeuille niet is, maar zou de minister aan zijn collega kunnen vragen wanneer hij nu echt met de gemeenten samen werk gaat maken van valpreventie?

De **voorzitter**:
Er is een interruptie van mevrouw Van den Hil, VVD.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Even over wanneer je naar de spoedeisende hulp of naar de hap moet. In bepaalde regio's zijn daar al campagnes over — ik weet niet of mevrouw Den Haan dat weet — zoals "Alleen als het SPOEDserieus is" en "moetiknaardedokter.nl". Is mevrouw Den Haan het met mij eens dat het goed zou zijn als de minister kijkt of dat ook in andere delen van het land, misschien gezamenlijk, opgepakt kan worden? Ik denk ten eerste dat het efficiënter is en ook dat het beter is voor de zorgverlener.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik ben het hier met de VVD eens. Dat steun ik ook zeer. Nogmaals, toen ik jong was, waren er grote landelijke campagnes: wanneer bel je 112, wanneer niet en hoe los je dat op een andere manier op? Het is natuurlijk mooi dat dat regionaal gebeurt, maar het zou beter zijn als we dat landelijk met elkaar zouden kunnen doen.

De **voorzitter**:
U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Voorzitter, tot slot. Ik was al bijna aan het eind. Uit ervaring weet ik dat een ambulancerit enorm veel impact heeft op een patiënt. Met de inzet van physician assistants kunnen we ambulanceritten voorkomen. Een PA kan eerst langsgaan bij een melding en vaststellen of het nodig is dat iemand ook echt opgehaald wordt door de ambulance. PA's mogen medische diagnoses stellen en dat mogen ambulanceverpleegkundigen niet. Dat kan heel veel ritten schelen. Het Capaciteitsorgaan heeft eerder vastgesteld dat er 36 opleidingsplekken bij moeten komen. De minister zou voor 1 maart reageren op die plannen van het Capaciteitsorgaan. Ik kan het gemist hebben, maar ik heb die reactie niet gezien. Wanneer komt die reactie, vraag ik aan de minister.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan geef ik het woord aan mevrouw Paulusma, D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dank u wel, voorzitter. Ik wil beginnen met het uitspreken van mijn waardering voor het harde werk van het ambulancepersoneel, want in noodsituaties zijn zij vaak als eerste ter plekke. De druk op deze zorgverleners is groot, net als op veel andere zorgverleners in het hele zorgveld.

Voorzitter. D66 vindt het daarom goed dat we dit debat voeren over het verlichten van de werkdruk bij de ambulancediensten. De tekorten en het verzuim zijn een reëel risico voor de continuïteit van de ambulancezorg. Daarbij moeten we wel realistisch zijn. We zien breder in de zorg dat de mensen er niet zijn. Dat betekent dat we buiten de vertrouwde paden moeten zoeken naar oplossingen, naar oplossingen die wij en zeker het veld eigenlijk al heel goed kennen. Een oplossing waar ik bijvoorbeeld aan denk, is het beter inrichten van de triage, dus het moment dat een melding binnenkomt. Zo zouden meldkamers meer als een zorgcoördinatiecentrum moeten werken, die een spil in het web vormt in de gehele zorgketen, zoals in Utrecht al gebeurt. Dit voorkomt dat mensen op de verkeerde plek en ook bij de verkeerde professionals terechtkomen en het voorkomt dat er tijd verloren gaat omdat men op zoek is naar de juiste plek en de juiste professionals. Want ook wijkverpleegkundigen en professionals in verpleeghuizen zijn heel goed in staat om zorg in de acute as te leveren en kunnen zo voorkomen dat met name ouderen op de spoedeisende hulp terechtkomen.

Ik heb het zelf gezien: als een ouder iemand op de spoedeisende hulp terechtkomt, dan werkt dat heel ontregelend. Eigenlijk is het heel verdrietig. Dat moet wat mij betreft zo veel mogelijk worden voorkomen, vooral voor de patiënt, maar ook voor diens omgeving. Vaak is het veel fijner en beter om zorg in de eigen, vertrouwde omgeving te krijgen. Die zorg kan ook thuis heel goed geleverd worden. Mevrouw Van den Berg refereerde er al aan, ook aan mijn eigen woorden: die zorg kan bijvoorbeeld heel goed door physician assistants geleverd worden. Ik was bij hen op bezoek. Zij gaan met een auto en de juiste middelen naar patiënten thuis om hen te behandelen en vooral ook thuis te laten blijven. Dit scheelt enorm in de druk, ook voor de patiënt.

Daarnaast voorkomt het onnodige ambulanceritten en daarmee draagt het bij aan het verlagen van de werkdruk, waar we het vandaag ook over hebben. Als de ambulance dan moet rijden, moeten we ook nadenken over hoe we dat op een slimme manier kunnen doen. We zouden meer naar innovaties moeten kijken. Ik zag in Flevoland dat ze bijvoorbeeld — mevrouw Van den Berg refereerde ook daar al aan — met het gebruik van artificial intelligence hun ambulance uitsturen, omdat ze kunnen voorspellen dat er binnen een bepaalde tijd een melding gaat komen in een bepaald gebied. Dat maakt dat de ambulance er al is en dat scheelt tijd, en het zorgt er ook voor dat de zorg eerder opgestart kan worden. Graag een reactie van de minister op alle punten die ik noemde.

Voorzitter, tot slot. Het is ook belangrijk om te kijken hoe we de acute zorg blijvend beter kunnen inrichten. De weg die Els Borst al heeft ingezet, namelijk van het centraliseren van de complexe traumazorg en het organiseren van laagcomplexe zorg dicht bij huis, blijven we wat D66 betreft volgen. Het Integraal Zorgakkoord zet hier ook stappen in. Ik zag dat bijvoorbeeld in Meppel, waar de CVA-zorg gecentraliseerd is. Maar ik zag het afgelopen week ook in het Maasziekenhuis in Beugen, waar ze al jaren inzetten op zorg in een netwerk, wat ook de druk op de acute zorg erg heeft doen verminderen. Maar ik vraag de minister nog wel hoe we ervoor zorgen dat de ontwikkelingen in het IZA en de ontwikkelingen in de acute zorg synchroon blijven lopen.

De **voorzitter**:
Dank u wel.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik zou mevrouw Paulusma graag om een reflectie vragen. Ik hoor uit het veld dat oudere mensen die op de ambulance werken op een bepaald moment mogen kiezen of ze nog wel in het weekend willen werken, vanwege de belasting. Zij zeggen dan dat ze dat voor de zorg graag zouden doen,

maar dat ze het eigenlijk spuugzat zijn dat ze 50% van de tijd in het weekend bezig zijn om jongeren op te halen die te veel hebben gesnoven, dan wel te veel hebben gedronken. Ik zou daar toch graag een reactie op willen hebben van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Stelt mevrouw Van den Berg nou een vraag over werknemers op leeftijd die wat minder ingewikkelde diensten willen draaien? Of wil mevrouw Van den Berg graag een punt maken over het gebruik van middelen in het feestgedruis van een gemiddeld jong iemand in — ik noem maar even iets — een studentenstad? Is het het eerste of het tweede?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Het gaat mij echt om het laatste, dus dat er door het gedrag van mensen een enorme belasting is op de ambulance in het weekend, die wat ons betreft dus een stuk minder zou kunnen zijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik denk dat elke Nederlander goed moet nadenken over wat hij doet en of hij daarmee niet onnodig de zorg belast. Toen ik nog in het ziekenhuis werkte, wisten we dat we tijdens zon- en feestdagen meer klusongelukjes binnenkregen, omdat een heleboel mensen dan opeens op de ladder stappen en binnen drie dagen iets af willen hebben. Ook dat veroorzaakt wellicht ongelukken die je had willen voorkomen. Ik doe dus een oproep aan alle Nederlanders in dit land om slim na te denken en met ons de zorg een beetje heel te houden.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik denk dat mevrouw Paulusma en ik het op dit punt uiteindelijk niet eens worden, want wij zouden ook wat aan de oorzaken willen doen, en dat hoor ik mevrouw Paulusma in ieder geval niet zeggen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Wat mevrouw Van den Berg mevrouw Paulusma hoort zeggen, is dat zij een oproep doet aan álle Nederlanders. Ik spreek niet per se een voorkeur uit voor iemands hobby en iemands eigen keuzes in zijn vrije tijd. Ik vind dat we allemaal goed moeten nadenken over hoe we de zorg wat minder zouden kunnen belasten.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Paulusma. Ik geef het woord aan mevrouw Van den Hil van de VVD.

☐

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Voorzitter. Vandaag hebben we het over de personeelstekorten bij de ambulancediensten. Als je in acute nood verkeert, zijn dat dé mensen waar je een beroep op doet. De VVD doet al langer voorstellen om de uitdagingen rondom de personeelstekorten het hoofd te bieden. Het is belangrijk dat hier werk van gemaakt wordt. Hoe wordt taakherschikking nadrukkelijk ingezet? Denk aan de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten op de ambulance of de rapid responder. Hoe geven we deze professionals meer zeggenschap over hun werk? Ik begrijp dat de PAR nog regelmatig ontbreekt. Hoe wordt gewerkt aan beter inzicht in de capaciteit in de spoedeisende zorg?

We konden vanochtend in de brief van de minister lezen dat nog niet alle regio's meedoen aan de registratie in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie. De minister roept alle ziekenhuizen in die regio's er nogmaals toe op zich bij het platform aan te sluiten. Wanneer is wat de minister betreft de vrijblijvendheid voorbij? Ik wil hier ook benoemen dat ik blij ben dat het specialisme spoedeisendehulparts erkend wordt. Het is net al aangegeven.

Voor het zorgpersoneel is niets zo belangrijk als veilig werken. Helaas heeft ambulance- en acutezorgpersoneel bovengemiddeld vaak te maken met agressie en intimiderend gedrag. Het is bizar dat de mensen die voor ons zorgen hiermee te maken hebben. Ik kan daar gewoon zelf nooit bij. Ik denk dat we dat nooit moeten goedkeuren. Worden in algemene mate normen gesteld om te bekijken, in samenspraak met het veld, wanneer aangifte wordt gedaan: wat accepteren we nog wel en wat accepteren we niet? Dan weten ook ambulancemedewerkers in ieder geval bij welke situatie ze zo succesvol mogelijk aangifte kunnen doen. Het is namelijk essentieel dat de aangiftebereidheid zo hoog mogelijk is. Ambulancemedewerkers moeten daarom ook het gevoel krijgen dat zij serieus worden genomen, ook door de werkgever. In Twente is momenteel een mooie campagne gaande, opgezet door het Medisch Spectrum Twente, samen met andere zorgorganisaties, om agressie tegen zorgmedewerkers aan te pakken. Is de minister bereid om deze campagne breder te ondersteunen en uit te rollen en een voorbeeld te laten zijn voor rest van het land?

Tot slot. Hoe staat het met de uitvoering van de motie van mevrouw Agema en mijzelf om te kijken naar het strenger straffen van geweld en agressie tegen hulpverleners? Ik denk wel dat het de hulpverleners teleurgesteld heeft dat de wet is verworpen om taakstraffen niet meer mogelijk te maken. Het zou wel goed zijn dat er verder naar gekeken wordt. Er is een motie over aangenomen. Zij moeten veilig kunnen werken. Voor onze veiligheid gaan zij de straat op. Dat vind ik essentieel.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel, mevrouw Van den Hil. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Drost van de ChristenUnie.

☐

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank u wel, voorzitter. Je moet bij acute nood op goede zorg kunnen rekenen, waar je ook woont in Nederland, maar de hoge druk op ambulances in het huidige stelsel zet spanning op dat uitgangspunt. De hogere werkdruk en de langere aanrijtijden van ambulances, waarover vorige zomer werd bericht, kennen een veelheid aan oorzaken, zoals de minister in zijn reactie schrijft. Het ligt ook per regio anders. Ik noem: meer aanvragen door vergrijzing, een mondigere bevolking, hogere werkdruk, overbelaste huisartsen en ziekteverzuim van het ambulancepersoneel. De minister geeft terecht aan dat er grote verschillen zijn tussen regio's

in de toename van het aantal ritten en in de oorzaken van die toename.

Ik heb een aantal vragen daarover. In welke regio's knelt het het meeste en waar minder? Hebben we dat overzicht? Welke aandacht besteden de regioplannen en de ROAZ-plannen aan de houdbaarheid van de ambulancezorg? Het toekomstbeeld zal per regio namelijk erg verschillen. Ligt de ontwikkeling van de ROAZ-beelden en -plannen qua planning op schema? Hoe voorkomt u dat de regio's, subregio's en zorgorganisaties onvoldoende het maatwerk kunnen leveren dat bij de specifieke context van de regio past? Er zijn bijvoorbeeld regio's die juist onveilig worden met minder locaties, vanwege de aanrijtijden.

Acute zorg is altijd ketenzorg. Als de huisartsen te weinig capaciteit hebben, zal er eerder, soms onnodig, ambulancezorg worden ingezet. Dus beschikbare ambulancezorg hangt ook af van de capaciteit van en samenwerking met de huisartsen. Wat doet de minister eraan om ervoor te zorgen dat ook de huisartsen voldoende capaciteit en middelen hebben om deze poortwachtersfunctie van de zorg te blijven vervullen, zodat er niet onnodig ambulancezorg wordt ingezet?

Over de grensregio's, voorzitter. Begin dit jaar is er een bijeenkomst geweest over ambulancezorg in grensregio's. Welke afspraken zijn daaruit voortgekomen, specifiek voor de erkenning van diploma's en regelgeving aan beide kanten van de grens?

Ten slotte over de hervorming van de acute zorg. De minister beoogt de acute zorg te hervormen. Ik kan de minister niet volledig volgen als hij stelt dat nabijheid geen onderdeel is van de kwaliteit van zorg. Bij een aantal aandoeningen is nabijheid van een goede behandelmogelijkheid in een ziekenhuis wel degelijk van belang voor de kwaliteit van die zorg, bijvoorbeeld bij hersenbloedingen, hartinfarcten en gescheurde slagaders. Wordt er bij de hervorming rekening gehouden met de capaciteit en de aanrijtijden van de ambulances en de huisartsen in die regio's? De hervorming van de acute zorg is ingrijpend. Hoe betrekt de minister burgers bij deze verandering? Zij moeten zich zeker en veilig voelen bij het aanbod van acute zorg in hun regio. Ik denk aan voorlichting over het feit dat niet alle acute zorg in het ziekenhuis hoeft plaats te vinden, maar ook aan een regionale zorgraad, bijvoorbeeld, die mijn partij eerder heeft voorgesteld. Hoe kijkt de minister daarnaar?

Tot slot. De ChristenUnie is voor goede en bereikbare acute zorg, ook in de regio. Ik hoor graag van de minister hoe hij dat blijft garanderen.

Ik dank u.

De **voorzitter**:
Dank u wel, meneer Drost. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de Kamer. De minister heeft aangegeven circa twintig minuten nodig te hebben om zich voor te bereiden. Ik schors de vergadering tot ongeveer 21.15 uur.

De vergadering wordt van 20.57 uur tot 21.17 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Aan de orde is het dertigledendebat over personeelstekorten bij ambulancediensten, de eerste termijn van de kant van het kabinet. Het woord is aan de minister.

Minister **Kuipers**:
Dank u wel, voorzitter. Ik zal dat doen in een aantal blokjes. Ik zal ze even opnoemen. Het zal u niet verbazen, maar ik begin met de ambulancezorg. Dan personeel, het zorglandschap, SEH-stops en tot slot overig.

Ik begin bij de ambulancezorg, bij een vraag van mevrouw Agema. Zij vroeg waar de twee calamiteiten uit de brief met betrekking tot de aanrijtijden over gingen en of ik die kan toelichten. De genoemde calamiteiten vonden plaats in de regio Rotterdam, respectievelijk de regio Zeeland. De inspectie kan geen mededelingen doen over de aard van de calamiteiten, maar heeft mij laten weten dat deze conform de gebruikelijke routine zijn onderzocht en dat zij geen structurele problemen heeft geconstateerd.

De **voorzitter**:
Voordat u verdergaat, mevrouw Agema, PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik vind het altijd zo lastig om te beoordelen wat dat dan is. Is er dan iemand overleden doordat de ambulance te laat was? Is een patiënt overleden omdat er allerlei SEH-stops waren? Het is heel moeilijk om gewoon aan te nemen dat het een calamiteit was en dat de inspectie er navraag naar heeft gedaan. Ik zou toch wel wat meer openheid wensen om dit te kunnen beoordelen.

Minister **Kuipers**:
Meer openheid over de individuele casus kan ik op basis van deze gegevens van de inspectie niet geven. Ik kan alleen aangeven dat de inspectie heeft gezegd dat die conform de gebruikelijke routine zijn onderzocht. Dat is niet even eenvoudig een update krijgen. Daar zit altijd een grondig onderzoek achter, waarin op allerlei verschillende manieren gekeken wordt naar de precieze ins en outs van een dergelijke calamiteit, inclusief wat het risico op herhaling is. Vandaar mijn opmerking over eventuele structurele onderliggende problematiek.

Dan vroeg mevrouw Agema ...

De **voorzitter**:
Zit er misschien iemand voetbal te kijken?

Minister **Kuipers**:
Feyenoord heeft gewonnen. Dat heb ik in ieder geval gehoord.

De **voorzitter**:
Gefeliciteerd, mevrouw Van den Hil.

Minister **Kuipers**:
Mevrouw Agema vroeg naar het referentiekader, de spreiding en de beschikbaarheid, extra ambulances en de standplaatsen. Dat referentiekader is een hulpmiddel bij de jaarlijkse afspraken tussen de regionale ambulancevoorzieningen, de RAV's, en de zorgverzekeraars. Uiteraard is het vervolgens aan de partijen zelf om te kijken hoe ze daar invulling aan willen geven binnen een regio qua standplaatsindeling en aantallen ambulances. Ik heb nog niet het overzicht over 2022 en dus ook nog niet de vergelijking met het jaar daarvoor. Dat krijg ik zoals ieder jaar gebruikelijk is in het najaar en dan zal ik die van harte met de Kamer delen.

De heer Hijink zei dat een deel van de zorg die door ambulancemedewerkers wordt geleverd niet thuishoort in de ambulancezorg. Hij vroeg hoe het komt dat de druk zo groot is. De druk neemt toe door verschillende oorzaken — een aantal zijn al genoemd: bevolkingsgroei, vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt in de gehele zorgketen, waardoor op het moment dat het op één plek vastloopt, er een overloop is naar een ander domein, inclusief de noodzaak voor de vraag voor inzet van ambulancezorg. Ik vind het ontzettend belangrijk dat een patiënt de juiste zorg krijgt door de juiste zorgverlener op de juiste plek. Zorgcoördinatie moet wat dat betreft ook echt gaan helpen. Het voorbeeld is zojuist al een aantal keren ter sprake gekomen. Er zijn een tiental pilots in Nederland geweest die op dit terrein zeer succesvol waren. Door middel van multidisciplinaire triage en een realtime overzicht van beschikbare capaciteit in de gehele keten van de zorg in een regio blijkt uit een aantal pilots dat dat echt kan leiden tot een significante daling van de acutezorgvraag, inclusief inzet van ambulances. Ik heb een plan van het LNAZ gekregen over die zorgcoördinatie — ik heb daar zo ook nog apart een vraag over — en aan de hand daarvan wil ik kijken naar een landelijke uitrol hiervoor.

Mevrouw Van den Berg vroeg: hoe ziet de minister de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in de ambulancezorg? Om een goede inschatting te kunnen maken van hoe physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen de ambulancezorg kunnen worden ingezet, lopen er op dit moment diverse pilots binnen het actieplan ambulancezorg. In de tweede helft van dit jaar wordt een rapport opgeleverd met de resultaten van die pilots. Op basis daarvan zullen we bezien of en hoe deze functies op een veilige manier meerwaarde kunnen bieden binnen de ambulancezorg. De positieve geluiden die mevrouw Van den Berg daarover al noemde, bereiken mij ook. Ik heb daar in de praktijk ook voorbeelden van gezien. Ik ben dus zeer geïnteresseerd in de resultaten straks. Ik ben hoopvol gestemd over de uitkomsten daarvan, maar ik kan daar uiteraard niet op vooruitlopen.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook hoe het staat met de uitvoering van haar motie over AI-systemen in de ambulancezorg. In de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg van oktober vorig jaar heb ik de Kamer geïnformeerd over het gebruik van AI voor de inzet van ambulances. Daartoe had ik een notitie van Ambulancezorg Nederland ontvangen. AZN gaf aan dat er verschillende systemen zijn beproefd, met wisselende uitkomsten. Ik heb AZN en Zorgverzekeraars Nederland gevraagd om een nadere analyse te doen op het gebruik van deze systemen en mij daarover voor de komende zomer te berichten. Als ik dat heb, zal ik u daar uiteraard over informeren.

Dan had mevrouw Van den Berg het over de slechte bereikbaarheid van de acute zorg in Zeeland door wegwerkzaamheden. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat dat verbetert? In januari heb ik hierover gesproken met burgemeester Aboutaleb en een afvaardiging van de veiligheidsregio Zuidwest Nederland en Rotterdam-Rijnmond. Naar aanleiding daarvan lopen er diverse gesprekken tussen mijn ministerie, de veiligheidsregio, het ROAZ, Rijkswaterstaat en het ministerie van IenW. Alle betrokkenen zien het belang van een goede bereikbaarheid van de acute zorg in een regio, ook tijdens grote infrastructurele werken, en kijken samen naar maatregelen om dit te borgen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
In ieder geval dank. Ik was daar recentelijk op werkbezoek. We praten hier over de Hoeksche Waard en Goeree-Overflakkee, dus over de N57, de Haringvlietbrug en de Heinenoordtunnel. Dat komt allemaal samen. De minister heeft het over de veiligheidsregio, maar in hoeverre worden ook de mensen uit dat gebied erbij betrokken? Ik heb in ieder geval meegekregen dat de communicatie daar nog wel "room for improvement" heeft.

Minister **Kuipers**:
Ik kan dat signaal van harte oppakken en er nog een keer specifiek naar vragen. Als we het hebben over de veiligheidsregio, dan is dat inclusief alle gemeenten in die veiligheidsregio, dus ook alle burgemeesters in de regio. Dat moet garanderen dat er goede communicatie is richting de burgers in een specifiek gebied.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb in ieder geval plaatjes gezien van hoe het daar ongeveer iedere dag enorm vastloopt. Twee dagen geleden was er ook weer een brand in de Heinenoordtunnel. Dan zie je dat alles daaromheen urenlang helemaal vast komt te staan. Ik hoop dat de minister daar nog wat extra aandacht aan kan geven.

Minister **Kuipers**:
Dat wil ik van harte doen. Ik zal ook even met de minister van IenW afstemmen hoe u daarover wordt geïnformeerd.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Ik kreeg net de opmerking dat ik het woord "Zeeland" nog niet genoemd had, dus dat ga ik toch nog even doen — dank je wel daarvoor, mevrouw Van den Berg — want het is echt wel een serieus onderwerp. Ik weet dat er veel over wordt gepraat, maar wat ik daarin denk te missen — en waarvan ik denk dat het goed is dat de minister daar nog eens naar kijkt — is welke ervaringen, en ook negatieve ervaringen, de betreffende ziekenhuizen in de regio, in Zeeland dus, hebben. Dat wordt namelijk niet altijd doorgespeeld naar een burgemeester. Het is mooi dat die betrokken zijn — ik weet dat ook — maar dus ook de zorginstellingen daar.

Minister **Kuipers**:
Helder. Ik wil dat graag meenemen in het contact met die zorginstellingen, met name de ziekenhuizen. Ik kijk daar even naar.

Dan was er een vraag vanuit de ChristenUnie. Begin dit jaar is er een bijeenkomst geweest over de ambulancezorg in de grensregio's. Welke afspraken zijn daaruit voortgekomen? Er is een convenant tussen de Nederlandse en de Duitse ambulancediensten van de betreffende regio's, waarin afspraken gemaakt zijn over de inzet, extra opleidingen en ook het harmoniseren van protocollen. Op basis van dit convenant geeft de inspectie aan dat het inzetten van een Duitse ambulance voor zorg in Nederland valt onder verantwoorde zorg. Met de Bezirksregierung van Münster, onze Duitse counterpart hierin, is afgesproken om verdere afspraken te maken over een aantal nog bestaande knelpunten, waaronder het vervoeren en werken met opiaten en het rijden met optische en geluidssignalen. Daarbij zijn de regio's ook gezamenlijk aan de slag met het opstellen van best practices.

Dan was er eveneens een vraag van de ChristenUnie over grote verschillen tussen regio's in de toename van het aantal ritten en de oorzaak van die toename. Voorlopige cijfers van de NZa over heel 2022 laten inderdaad een toename zien in de spoedeisende ritten, met name in de ritten met de hoogste urgentie, A1. Definitieve cijfers worden pas in de tweede helft van het jaar gepubliceerd in het sectorkompas ambulancezorg. Dan kan ik meer informatie geven.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Het is mooi dat daar dan meer duidelijkheid over komt. Ik wil ook nog eventjes aandacht vragen voor het opleiden van professionals buiten de ziekenhuiszorg. Daar heeft het Capaciteitsorgaan ook ramingen over gedaan en die zijn natuurlijk erg belangrijk als we die druk op de zorg willen verspreiden. Mijn vraag aan de minister is of hij dat wil meenemen in de komende oplossingen. Wil hij in de zaken die hij daarna gaat onderzoeken meenemen of dat eventueel ook een oorzaak kan zijn?

Minister **Kuipers**:
Laat ik daar in algemene zin iets over zeggen. Ik benoemde het zojuist al even in een bijzin, maar ik wil daar graag even bij stilstaan. De drukte in de zorg en de druk op de zorg zie je al langere tijd in alle domeinen. Dat begon al voor covid en speelde zeker tijdens covid. Het geldt voor de eerstelijnszorg, de acute zorg waar wij het hier over hebben, zoals de ambulancezorg, maar ook de wijkzorg, de langdurige zorg, de ggz, de ziekenhuiszorg, de geboortezorg. Het speelt echt heel breed. Bij veel van dit soort aspecten betekent dit dat als het ergens vastloopt, vervolgens hulp wordt gevraagd van een ander domein. Wat dat betreft loopt het over de grenzen heen.

Vanuit het perspectief van een patiënt of een burger leidt dat tot veel dubbeling en veel vertraging. Dan is er gewoon geen goede zorg, zeker niet de juiste zorg direct op de juiste plek door de juiste professionals. Het leidt er ook toe dat veel zorgpersoneel dubbel wordt ingezet: eerst wordt een triage gedaan en een eerste intake, en dat gebeurt op een later moment elders nog een keer. Zo gaat dat heen en weer. We hebben daar bij eerdere debatten al eens bij stilgestaan. Dat betekent dat wij dat moeten adresseren met tal van verschillende aspecten. Ik noemde de zorgcoördinatie. Maar het betekent ook het opleiden van mensen en dat we dus zeer nadrukkelijk moeten kijken hoe wij de adviezen van het Capaciteitsorgaan zo goed mogelijk kunnen implementeren en volgen.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Even over de regio's nog. Ik heb nu de indruk dat de minister bezig is met het maken van één blauwdruk voor alle regio's. Hij geeft aan: daar kom ik op terug. Maar ik heb, zij het misschien indirect, in mijn bijdrage juist aandacht proberen te vragen voor de verscheidenheid die er kan zijn tussen regio's en dat we wellicht per regio een eigen blauwdruk of misschien wel een maatwerkplan moeten maken, ook voor dit onderwerp. Is dat ook hoe de minister dat ziet?

Minister **Kuipers**:
Het antwoord is: ja. Feit is ook dat niet ík die blauwdruk maak, maar dat we de regio's nadrukkelijk gevraagd hebben om per acutezorgregio, per ROAZ-regio, een inventarisatie te doen, te kijken naar de knelpunten en de samenhang en ook per ROAZ zo'n plan te maken. Dat is dus niet een overheidsplan, maar een plan per regio vanuit de regio zelf.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dat is helder. Dan kan ik er dus ook van uitgaan dat wij in de stukken die we daarover de komende maanden krijgen, ook per regio kunnen zien hoe de vlag ervoor hangt.

Minister **Kuipers**:
Wij zullen een update geven als wij die regioplannen ontvangen hebben. Ik antwoorde even op de specifieke vraag of ik kon zeggen in welke regio het het meest knelt. Dat ging met name over de toename van het aantal ritten en de oorzaak van die toename, dus echt specifiek op de ambulancezorg. Dat zal niet direct in ieder individueel ROAZ-plan komen te staan. Daarvoor hebben we het sectorkompas ambulancezorg. De gegevens daarvan krijg ik pas over enige tijd. Dat zal in de tweede helft van dit jaar zijn.

De **voorzitter**:
U vervolgt uw betoog.

Minister **Kuipers**:
Mevrouw Paulusma zegt dat er veel opties zijn om de druk op de ambulancezorg te verminderen. Zij vraagt: hoe kijkt de minister daartegen aan? Ik deel de opties die mevrouw Paulusma schetste om de druk op de ambulancezorg te verminderen. We moeten echt draaien aan verschillende knoppen. Zorgcoördinatie is daarbij belangrijk. Ik heb daar al even bij stilgestaan. Door goede multidisciplinaire triage kunnen ambulanceritten worden voorkomen of kunnen dubbele ambulanceritten worden voorkomen, doordat mensen direct op de plek worden gebracht waar zij, gezien hun zorgvraag en problematiek, echt het meest op hun plaats zijn. Ook zorgdifferentiatie binnen de ambulancezorg kan daar een bijdrage aan leveren. We hadden het net over

het voorbeeld van de inzet van een physician assistent of een verpleegkundig specialist.

Ik zal nog één voorbeeld noemen. Mevrouw Paulusma noemde een zorgcoördinatiecentrum. Ik zei al dat er een aantal pilots zijn geweest. Uit de resultaten van zo'n pilot, in dit geval in Midden-Nederland, bleek dat de helft van de mensen die met een zorgvraag 112 belden op een uitstekende manier via zorgcoördinatie anders geholpen konden worden. Een kwart van de mensen die zelf 112 belden, bleek via zelfhulp met digitale ondersteuning geholpen te kunnen worden, met hoge tevredenheid. Dat geeft een duidelijk beeld van een van de mogelijkheden om de vraag om ambulancezorg te verminderen.

Tot zover ten aanzien van ambulancezorg.

Dat brengt mij bij het kopje personeel. Ik begin met een vraag van meneer Bushoff. Hij vraagt: wat is de reactie van de minister richting de stakende medewerkers? Laat ik vooropstellen dat ik waardering heb voor alle inzet van het personeel in de zorg, in de brede zin. In dit geval gaat het om de ziekenhuizen, want daar wordt gestaakt. Zij hebben zich altijd voor de patiënten ingezet. De afgelopen jaren is er extra van hen gevraagd. Het is zorgelijk dat cao-onderhandelingen tussen de ziekenhuizen en de vakbonden zijn vastgelopen. Het is vervelend dat medewerkers zich genoodzaakt zien om te staken. Ik hoop dan ook dat ziekenhuizen en vakbonden er samen uit komen om een goede cao voor de ziekenhuizen te realiseren.

Om verbeterde cao's met een marktconforme loonontwikkeling mogelijk te maken, stelt VWS jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling, de ova beschikbaar. Die is u wel bekend. Voor 2023 gaat het dan voor de zorg als geheel om een bedrag van 3 miljard euro.

Mevrouw **Agema** (PVV):
In die ova-ruimte, de ruimte die beschikbaar is voor betere salarissen voor zorgmedewerkers, zit zo'n 800 miljoen euro te weinig om een inflatiecorrectie te kunnen geven aan ziekenhuismedewerkers. Er zou ook nog 100 miljoen euro nodig zijn voor een betere reiskostenvergoeding. Mijn vraag aan de minister is of hij bereid is om dat miljard vanuit het Rijk toe te voegen aan de ova-ruimte.

Minister **Kuipers**:
De ova-systematiek houdt juist rekening met onder andere de inflatie. Die is daar dus op berekend. Die wordt toegekend. Zoals al gezegd, wordt er 3 miljard euro toegekend. Daar zit zo'n 800 miljoen euro in voor de ziekenhuizen. Er is vorig jaar ook nog een structureel bedrag van 675 miljoen euro ter beschikking gesteld, specifiek voor de middengroepen. Dat is wat in dit geval de ziekenhuizen aan extra financiële middelen krijgen. Het is vervolgens aan werkgevers en werknemers om te bepalen hoe zij tot een goede cao komen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
De minister constateerde net heel terecht dat de acute zorg op een heel aantal terreinen aan het vastlopen is. Dat gebeurt bij de ambulances. Dat gebeurt bij de spoedeisendehulpposten. Dat gebeurt bij de huisartsen. Vandaag wordt er gestaakt in de ziekenhuizen voor een betere beloning. Er is becijferd dat als we het ziekenhuispersoneel een inflatiecorrectie willen geven van 10% — ziekenhuismedewerkers en zorgmedewerkers lopen namelijk ook in de supermarkt; zij zien die hoge prijzen ook — er 800 miljoen euro extra nodig is in de ova-ruimte, en ook nog eens 100 miljoen à 200 miljoen euro om een betere reiskostenvergoeding te realiseren. Er is dus 1 miljard euro extra nodig van het Rijk.

Ik vraag de minister het volgende. De minister ziet dat de zorg op alle facetten aan het vastlopen is. Ik vraag hem om in ieder geval de mensen vast te houden. Ik vraag hem om ervoor te zorgen dat niet meer mensen de zorg verlaten. Daarom vraag ik de minister recht uit het hart: voeg 1 miljard euro toe aan de ova-ruimte en zorg er in ieder geval voor dat de mensen binnenboord blijven.

Minister **Kuipers**:
Zoals ik al aangaf, hoor ik het pleidooi van mevrouw Agema heel goed en deel ik haar grote waardering voor de zorgmedewerkers. Daarvoor hebben wij gelukkig een systematiek die al jarenlang uitstekend werkt, namelijk de ova. Op basis van die ova is ook dit jaar 3 miljard euro extra uitgetrokken voor de loonkosten in de zorg. Een onderdeel daarvan is voor de ziekenhuizen. Dat kunnen zij inzetten in het overleg met de vakbonden.

De **voorzitter**:
Tot slot, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is meer, maar dat is niet genoeg. En dat gebeurt nu al jaren en jaren in de zorg. Er komt geld bij, maar er komt nooit genoeg geld bij. Iedere keer weer staan de zorgmedewerkers achteraan en moeten zij wachten op hun geld. Ze lopen wel in de supermarkt en zien die dure tomaten wel, maar ze moeten voorbijlopen aan die gezonde, dure tomaten, omdat ze die gewoon niet kunnen betalen. 5% van de medewerkers van het OLVG heeft te maken met loonbeslag. Ik hoor hier een minister zeggen: ja, maar ik voeg wel extra geld toe. Dat weten we, maar waarom is deze regering zo krenterig en voegt ze niet voldoende geld toe aan die ova-ruimte? Waarom geen miljard als dat miljard ervoor zorgt dat de ziekenhuismedewerkers in ieder geval 10% inflatiecorrectie kunnen krijgen?

Minister **Kuipers**:
Laat ik herhalen dat de ova juist bedoeld is — dat is abstract voor burgers — als inflatiecorrectie en als inzet voor de lonen. Wij zijn voor de zorg gelukkig in de omstandigheid dat dat jaarlijks automatisch gebeurt, zo ook dit jaar. Dit jaar ging het om een bedrag van 3 miljard euro. Ik noemde al wat er vorig jaar voor de middeninkomens extra gebeurd is. Nu is het aan de partijen die om tafel gaan om met die middelen een passende cao af te spreken.

De heer **Bushoff** (PvdA):
De minister geeft aan dat hij grote waardering heeft voor de stakende mensen in de ziekenhuizen. Mijn vraag is dan: wat vindt de minister van de looneis van deze werknemers in de zorg en van de bonden?

Minister **Kuipers**:
Het is niet aan mij om daar een kwalificatie over te geven in dit debat. Dat is echt een discussie tussen de werkgevers en de vakcentrales die de werknemers vertegenwoordigen. Laat ik daarbij zeggen dat het kabinet vorig jaar en dit jaar de nodige maatregelen genomen heeft om de koopkracht van mensen met lagere inkomens te ondersteunen. Dat is al regelmatig voorbijgekomen, ook in discussies met andere collega's van het kabinet. Die maatregelen komen ook ten goede aan zorgmedewerkers.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Laat me dan vragen of de minister denkt dat de ziekenhuizen voldoende mogelijkheden hebben om tegemoet te komen aan de looneisen van de werknemers, en dus redelijkerwijs uit die onderhandelingen te komen waar de minister telkens op doelt.

Minister **Kuipers**:
Dan kom ik terug op de verwijzing naar de middelen die daarvoor al ter beschikking gesteld zijn en die ook rekening houden met inflatie. Zoals altijd kunnen de partijen, in dit geval ziekenhuizen, hun afspraken daarop baseren.

De **voorzitter**:
Tot slot, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dan is de conclusie toch dat die middelen blijkbaar niet voldoende zijn om tot een akkoord te komen tussen de zorgmedewerkers en de ziekenhuizen? We hebben nu stakende zorgmedewerkers. Hoeveel dagen moeten zij nog staken voordat zij uit die onderhandelingen komen en er iets wordt gedaan aan die looneisen? Want nu zitten ze in een impasse waar ze niet uit gaan komen.

Minister **Kuipers**:
Misschien helpt het dan om toch nog een keer heel goed te schetsen hoe deze systematiek werkt. De heer Bushoff weet het, maar ik benoem het toch nog maar een keer en ik denk ook dat ik dat mag doen op basis van deze vraag. We hebben in Nederland een systematiek, juist ook voor de zorg — juist ook voor de zorg — waarbij we jaarlijks aan de voorkant, aan het begin van het jaar — dit jaar, vorig jaar en ook volgend jaar weer — ervoor zorgen dat er op basis van prijsontwikkeling een automatische opslag is, een compensatie, voor werkgevers in de zorg, zodat ze een adequaat salaris kunnen geven. In jaren dat er onderhandeld wordt over een cao in een specifieke branche — ik heb zelf ook aan de onderhandelingstafel gezeten als werkgever — gebruik je dat voor dat jaar en de beoogde jaren waarin je cao loopt om te kijken: wat kan ik doen, wat zijn de mogelijkheden? Wil ik bijvoorbeeld — ik zeg het maar in heel algemene zin; nogmaals, ik zit niet aan tafel, ik ga niet over deze cao-onderhandelingen — een percentuele loonstijging? Wil ik een percentage voor alle werknemers? Wil ik een differentiatie van dat percentage? Wil ik inzetten op een andere inzet? Dat is echt aan de werkgevers. Zo ook nu.

De **voorzitter**:
Stelt u nog een keer uw vraag.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Het is goed om die systematiek uit te leggen.

De **voorzitter**:
Heel kort uw vraag.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Alleen, de vraag was: blijkbaar zitten ze in een impasse, de zorgmedewerkers en de ziekenhuizen, waar ze niet uitkomen, dus hoeveel dagen moeten de zorgmedewerkers nog gaan staken wat de minister betreft om die impasse te doorbreken?

Minister **Kuipers**:
Dat is geen vraag aan mij. Ik zit niet aan tafel. Ik ben niet degene die de partijen weer bij elkaar moet brengen. Dat moeten de partijen zelf doen. Zij moeten eruit komen. Het enige wat ik kan doen, is aan het begin van het jaar zorgen dat de financiële middelen er zijn, en dat hebben we gedaan, zoals dat ieder jaar het geval is.

De **voorzitter**:
U vervolgt uw betoog.

Minister **Kuipers**:
Dan een vraag van mevrouw Van den Berg: wanneer gaat de minister het beroep van de SEH-artsen als specialisme erkennen? Ik heb kennisgenomen van het definitieve advies van het CGS op aanvraag van de SEH-artsen tot erkenning van het beroep als medisch specialisme. Het CGS heeft op grond van artikel 14 Wet BIG een aanvraag bij mij ingediend tot wettelijke erkenning als specialistentitel. Deze heb ik in behandeling genomen en zal ik toetsen aan de beleidsregels die gelden voor de erkenning als wettelijk specialisme. De verwachting is dat ik binnen ongeveer drie maanden hierover uitsluitsel zal geven. Let wel, om toch even afstand te nemen van wat eerder in het debat en ook in de pers al voorbijgekomen is: er werd gedaan alsof hier dus ook al een besluit over is. Nee, er is geen besluit. Er is een advies en vervolgens moet dat getoetst worden.

De heer Hijink vroeg hoe we de doorstroom van SEH-verpleegkundigen naar de ambulancezorg bevorderen en wat de minister gaat doen om te investeren in de opleidingen. Veel dank voor deze vraag. Met het project CZO Flex Level zet het veld een stap richting modulair en flexibel opleiden, wat ontzettend belangrijk is, ook voor dit onderdeel. Zoals de heer Hijink terecht aangaf, zijn dit immers ook medewerkers die soms én een SEH-opleiding én bijvoorbeeld een ic-opleiding én dan nog weer een ambulanceopleiding volgen. Wij zetten erop in dat verpleegkundigen laagdrempelig kunnen wisselen van specialisatie, bijvoorbeeld binnen de acute as. Het streven is om dat flexibel opleiden vanaf januari 2024 onder de beschikbaarheidsbijdrage te laten vallen. Ook zetten wij in — ik heb dit eerder weleens genoemd — op de basisopleiding acute zorg. De subsidie-

regeling hiervoor is in mei gereed. Dan gaat het ook om een duizendtal plaatsen. Dat zijn grote aantallen.

Mevrouw Den Haan vroeg wanneer er een reactie komt op het advies van het Capaciteitsorgaan. Het antwoord is: in april.

Mevrouw Van den Hil vroeg naar agressie.

De **voorzitter**:
Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik kijk gelijk ook even naar mijn collega Jacqueline van den Hil. In de commissie VWS heeft mevrouw Van den Hil gevraagd of de minister voor maart kan rekenen op het advies van het Capaciteitsorgaan. Nu horen we dat dit april gaat worden. Mevrouw Van den Hil had dit juist gevraagd vanwege het tijdpad. Het gaat erom dat als er besluiten moeten worden genomen, het niet weer met een jaar uitgesteld wordt omdat dan het advies te laat is. Het zou fijn zijn als de minister daar nog even op kan reageren.

Minister **Kuipers**:
Ik kom met een reactie. Het is nu de tweede helft van maart. In april kom ik met een reactie.

Mevrouw Van den Hil vroeg ook naar agressie in de acute zorg. Worden er normen gesteld ten aanzien van bijvoorbeeld het aangifte doen? Laat ik vooropstellen — mevrouw Van den Hil gaf dat ook al aan — dat agressief gedrag tegen hulpverleners te allen tijde onacceptabel is. Aandacht voor preventie, goede opvang en nazorg op de werkvloer zijn essentieel bij de aanpak van agressie tegen zorgpersoneel. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij werkgevers. Een duidelijke normstelling over agressie is hiervan onderdeel. Om de werkgevers hierbij te ondersteunen wordt de VWS-branchegerichte aanpak gecontinueerd. Wij ondersteunen daarmee onder andere via een subsidie de doorontwikkeling van branchegerichte aanpakken. Ambulancezorg Nederland heeft aangegeven via de eigen brancheverenigingde aanpak van agressie langs diezelfde route door te ontwikkelen. AZN is bovendien lid van de reflectiegroep agressie en ongewenst gedrag die VWS heeft ingesteld. We vinden het van groot belang dat er kennis en ervaring wordt uitgewisseld tussen de branches. Daarom wordt er op korte termijn een lerend netwerk opgestart, waarvoor ook AZN uitgenodigd wordt.

Dan ten aanzien van de specifieke vraag over de campagne in Twente. Ik ken deze niet. Ik laat mijn collega-minister Helder hier graag naar kijken en laat de overweging aan haar of het van meerwaarde kan zijn om deze landelijk uit te rollen. Ik zal de vraag graag aan haar voorleggen.

Dan vroeg mevrouw Van den Hil ook: hoe worden innovaties als de physician assistant en de rapid responder ingezet en hoe geven we deze professionals meer zeggenschap? Ik gaf al aan dat er diverse pilots lopen vanuit het Actieplan ambulancezorg om in te schatten hoe zij op een goede manier kunnen worden ingezet. In de tweede helft van dit jaar wordt een rapport opgeleverd met de resultaten.

Dan ten aanzien van zeggenschap. Dat is een belangrijk onderdeel van goed werkgeverschap. Dit zal vanuit de beroepsgroep en de organisaties zelf gestalte moeten krijgen. Mijn collega-minister Helder stimuleert dit met verschillende initiatieven, zoals een regeling veerkracht en zeggenschap en het Landelijk Actieplan Zeggenschap. Ook is het binnen het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg, TAZ, een belangrijk onderdeel.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Ik ben daar heel blij mee en ik denk ook dat dat goed is, maar ik doel even specifiek op die ambulancemedewerkers. Die zitten niet altijd op één plaats; dat is anders dan bij een zorginstelling. Ik begrijp dat het best weleens lastig is om buiten de kaders te denken. Ik ben zelf iemand die graag buiten de kaders denkt. Ik wil de minister dus vragen of er voor ambulancemedewerkers nog specifiek aandacht kan komen. Ik was gisteren bij ze op bezoek en zij gaven aan dat dat echt fijn zou zijn.

Minister **Kuipers**:
Ik neem het graag mee in het contact dat wij met hen, met AZN, over dit onderwerp hebben.

Mevrouw Van den Hil vroeg ook hoe het staat met de uitvoering van de motie van mevrouw Agema en haarzelf die vraagt om agressie tegen hulpverleners aan te pakken. De minister voor Langdurige Zorg en Sport is gestart met de uitvoering van deze motie, als onderdeel van de VWS-aanpak gericht op agressie tegen zorgpersoneel. In de voortgangsrapportage TAZ wordt de voortgang van deze motie gemeld. Dat zal in juni van dit jaar zijn.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Sorry, maar ik denk dat ik niet duidelijk genoeg ben geweest. Het ging mij om de motie-Agema/Van den Hil. Ik denk dat die niet de minister voor Langdurige Zorg en Sport, maar de minister van Justitie en Veiligheid aangaat. Daarbij moet meegenomen worden dat de uitbreiding van het taakstrafverbod in de Eerste Kamer verworpen is. Bij de nieuwe plannen die gemaakt worden omtrent agressie tegen hulpverleners moet bekeken worden wat daarmee gedaan kan worden.

Minister **Kuipers**:
Laat mij daar zo dadelijk dan nog even op terugkomen. Tot zover personeel.

Dan ga ik naar het kopje zorglandschap. Mevrouw Van den Berg zei dat ik slechts 40 SEH's wil overhouden en dat ik van de rest spoedposten wil maken. Ze vroeg hoe die toereikend kunnen zijn om meer dan 90% van de acute zorg op te vangen en of ik ook bereid ben om een landelijke plaat te maken over het aantal inwoners, beschikbare SEH's en patiëntenstromen.

Allereerst herken ik mij niet in het beeld van die 40 SEH's. Het is niet mijn doel om SEH's te sluiten en ook niet om een specifiek aantal SEH's over te houden. Ik wil wel overal in Nederland kwalitatief goede zorg bieden. Ik weet zeker dat mevrouw Van den Berg dat ook wil. Elke patiënt, waar ook in Nederland, moet goede zorg krijgen. SEH's, en dan

dus ook álle SEH's, moeten voldoen aan de kwaliteitseisen die daarvoor gelden. We hebben er eerder weleens bij stilgestaan. Op onderdelen denken we dat dat echt minimale eisen zijn. Schaarste aan personeel zorgt ervoor dat ziekenhuizen keuzes moeten maken. Niet alles kan overal. Bij het opstellen ROAZ-plannen zit ook de ambulancezorg aan tafel en wordt er uiteraard ook gekeken naar beschikbare SEH's en patiëntenstromen.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook naar een landelijk plan. Halverwege 2023 leveren alle ROAZ-regio's een ROAZ-beeld op, waarin per regio inzicht wordt gegeven in het zorggebruik en het zorgaanbod. Demografie en patiëntenstromen worden daarin meegenomen. Die ROAZ-beelden worden openbaar en bieden gezamenlijk een beeld van heel Nederland.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik zou dan toch iets aan de minister willen vragen. Volgens de minister krijgen we over enkele maanden dus dat landelijke plan van alle SEH's en alle ROAZ'en. Hoe gaat de minister leefbaarheid van de regio daarin borgen? De aangenomen motie uit december vraagt om dat ook een onderdeel te laten zijn. De minister zegt dat niet alle ziekenhuizen voldoen aan het kwaliteitskader. Hij heeft het dan met name over de poortspecialist die er staat. Er wordt toch iedere keer de suggestie gewekt dat het om de kleinere ziekenhuizen gaat, terwijl er juist bleek dat het ook een groot ziekenhuis en vijf middelgrote ziekenhuizen betreft, en maar een enkel klein ziekenhuis. Ik zou daarover toch wat nadere toelichting van de minister willen krijgen.

Minister **Kuipers**:
Dank voor deze vervolgvraag. Ik wil die toelichting graag geven. Ik denk dat het dan ook helpt om daarmee hopelijk voor eens en voor altijd afscheid te nemen van dit beeld. Ik heb de woorden "groot" en "klein" tot nu toe niet gebruikt. Ik ga die ook niet gebruiken. Ik heb daar ook in eerdere debatten al afstand van genomen. Dit gaat niet over groot en klein. Dit gaat erover dat een geopende SEH moet voldoen aan de minimale criteria die we daarvoor hebben, welke SEH in welke setting dat dan ook is, op het platteland of in een grote stad, op zichzelf of in de directe nabijheid van veel andere SEH's. Dat betekent dat je bijvoorbeeld een ROAZ-beeld hebt ...

Mevrouw Van den Berg heeft nog een aparte vraag gesteld over de SEH-stops, waar ik straks op inga, en over het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis. Het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis zit in een totaal andere geografische situatie dan sommige ziekenhuizen in de grote steden. We hadden het zojuist al even over Rotterdam-Rijnmond. Daar is 24/7 een veelheid aan SEH's open en dan kun je ook andere afspraken maken. Ik ben heel erg benieuwd hoe een ROAZ daar zelf mee omgaat. Sorry voor het lange antwoord, voorzitter, maar ik benoem het even omdat het telkens herhaald wordt. Het is niet mijn inzet om SEH's te stoppen of te sluiten. Dat is ook niet aan mij. Als een SEH open is — het is echt een ziekenhuis of een ROAZ dat er zelf voor kiest, allereerst het ziekenhuis en het personeel zelf, of dat nou 24 uur is of alleen overdag of alleen in het weekend — dan moet die voldoen aan minimale criteria. Daar hebben patiënten ook gewoon recht op en daar moeten ze op kunnen rekenen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
De minister zegt dat hij er niet op uit is om dingen te sluiten maar dat het gaat om de kwaliteit. Ik snap heel goed dat je in een grote stad meerdere ziekenhuizen bij elkaar hebt en dat je over 's nachts misschien best afspraken kan maken. Meneer Bushoff heeft ook vragen gesteld over Zutphen, waar ik aan refereer. De minister zegt dat er een plan wordt gemaakt; dat gaan we in juni zien. Maar het veld gaat gewoon door alsof die discussie niet plaatsvindt, alsof die moties niet zijn aangenomen, over leefbaarheid en over bottom-up werken. Ik wil toch graag weten hoe dat de komende maanden gaat. Wat mij betreft kan het niet zo zijn dat het in Zutphen gewoon zo doorgaat, zonder dat er rekening wordt gehouden met de totale plaat voor Nederland.

Minister **Kuipers**:
Daarover zijn hele duidelijke eisen en voorwaarden afgesproken, even refererend aan de situatie in Zutphen, omdat mevrouw Van den Berg dat specifieke voorbeeld noemt. Die gaan over veranderingen in het aanbod van acute zorg. Dan kan het gaan om openingstijden van een SEH, veranderingen in aanbod van geboortezorg of iets anders. Dan is het om te beginnen aan het bestuur van de betreffende zorginstelling, in dit geval het bestuur van Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn en Zutphen, om met de lokale overheid ook burgers goed te informeren en de inspectie te informeren en om pas als dat allemaal gedaan is, als aangegeven is dat dit alles veilig et cetera kan, eventuele aanpassingen te doen.

De **voorzitter**:
Tot slot.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Nu hoor ik tot mijn schrik de minister het woord "informeren" gebruiken. In de Wet toetreding zorgaanbieders staat duidelijk dat er geconsulteerd moet worden. Ik heb ook in mijn contacten met Zutphen weer gezien dat er inderdaad een belletje wordt gepleegd over wat men van plan is en dat gemeentebesturen gewoon niet worden geconsulteerd. Er wordt ook geen rekening gehouden met de totale plaat voor de regio.

Minister **Kuipers**:
Ik snap heel goed dat mevrouw Van den Berg ingaat op het verschil tussen informeren en consulteren. Het is prachtig om mij even precies op het specifieke woord te wijzen. Waar het om gaat, is dat er nadrukkelijk in overleg gehandeld wordt. Het kan zijn dat dat op een acuut moment moet, simpelweg omdat het personeel er niet is en een dienst dus niet veilig gedraaid kan worden. Dan doe je het op een andere manier dan wanneer je langetermijnplannen maakt voor de houdbaarheid van jouw instelling. Dat moet gebeuren met de lokale overheid, met het ROAZ, uiteraard met burgers en met de professionals. Er zijn tal van stappen. In dit specifieke geval van Gelre ziekenhuizen heb ik zelf ook contact opgenomen met het betreffende bestuur en gezorgd dat zij daarop gewezen worden en dat die stappen ook echt genomen worden.

De heer Drost zei dat de hervorming van acute zorg ingrijpend is. Hij vroeg hoe de minister burgers bij deze verandering betrekt. Dat raakt aan het vorige. Zij moeten zich zeker en veilig voelen bij het aanbod van acute zorg in hun regio. In de criteria voor de ROAZ-beelden en -plannen is opgenomen dat bij het opstellen van het ROAZ-plan het burgerperspectief moet worden meegenomen. In de criteria is niet opgenomen in welke vorm regio's dit moeten organiseren. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan een publiekscampagne om burgers beter voor te bereiden op wat zij moeten doen bij een acutezorgvraag. Ook als naar alternatieven wordt gezocht voor de 45 minutennorm zal het burgerperspectief bij de besluitvorming worden meegenomen.

De heer Drost vroeg of bij hervorming rekening wordt gehouden met de capaciteit en aanrijtijden van ambulances en huisartsen in de regio. De knelpunten in de capaciteit in de verschillende sectoren in de acute zorg zijn juist de aanleiding voor het maken van plannen. Ik benoemde dat zojuist al. Bij het maken van ROAZ-plannen gaan zorgaanbieders zelf aan de slag met afspraken om de acute zorg in hun regio toegankelijk en kwalitatief goed te houden. Ambulanceprofessionals en huisartsen zitten daarbij aan tafel, net als bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg.

De heer Drost vroeg verder hoe de minister een goede bereikbaarheid van de acute zorg garandeert. Zoals u weet, ben ik aan de slag met de vervanging van de huidige 45 minutennorm. De huidige norm is een spreidingsnorm. Die garandeert niet een daadwerkelijke bereikbaarheid van acute zorg. Naast kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen zal ik bij die vervanging ook aandacht besteden aan een aspect als nabijheid.

De heer Drost vroeg welke aandacht in de regioplannen of ROAZ-plannen wordt besteed aan de houdbaarheid van de ambulancezorg; in het toekomstbeeld van de regio's staan namelijk ook verschillen. In de criteria voor het ROAZ-beeld is opgenomen dat aandacht wordt besteed aan verschillende vormen van acutezorgaanbod, waaronder nadrukkelijk de ambulancezorg. Het ROAZ-beeld geeft inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen en knelpunten bij de toegang tot acute zorg. In de criteria is opgenomen dat de plannen gekoppeld moeten worden aan de concrete, te behalen resultaten, waarbij het gaat om het verstevigen van de gehele acutezorgketen, waaronder de ambulancezorg.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg of de zorg niet beter zo veel mogelijk thuis en in netwerken georganiseerd kan worden. Ik ben het met mevrouw Paulusma en met de strekking eens. Mijn lijn is dan ook: zorg dichtbij waar dat kan en alleen verder weg als dat voor de kwaliteit van de zorg nodig is. Denk aan zelfzorg, digitale zorg of een wijkverpleegkundige die thuiskomt, maar ook aan het voorbeeld dat al werd genoemd: er komt geen ambulance, maar de acute zorg wordt bijvoorbeeld thuis verleend door een physician assistant die het mogelijk maakt dat een patiënt thuis wordt gestabiliseerd, niet vervoerd hoeft te worden en gewoon thuis kan blijven, waarna een follow-up kan worden gegeven. Dat is ook zo'n voorbeeld. Zorgverleners nabij zouden inderdaad zo veel mogelijk in netwerken moeten werken, zodat zij laagdrempelig andere zorgverleners kunnen inschakelen als dat nodig is.

Tot zover dit onderdeel, voorzitter.

Dan kom ik bij de SEH-stops.

Allereerst een vraag van mevrouw Van den Berg. Is de minister bereid te laten onderzoeken waarom sommige ziekenhuizen bijna geen SEH-stops afkondigen? Mevrouw Van den Berg noemde onder andere het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis. Een SEH-stop is een logistiek instrument. Het is een middel om de zorgvraag op de SEH's in de regio op piekmomenten te reguleren en wel zodanig dat patiënten die op de SEH komen, tijdig de juiste zorg kunnen ontvangen. Het is aan de regio om goede afspraken te maken over de bereikbaarheid van acute zorg. SEH-stops kunnen hierbij helpen. Het klinkt contrair, maar het kan hierbij helpen. Regio's hebben hier verschillende afspraken over gemaakt. Laat ik het voorbeeld nemen van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis. Dat is een ziekenhuis in een regio. Het eerstvolgende, meest nabije ziekenhuis ligt daar op grotere afstand van. Daardoor is het specifiek de inzet om niet gebruik te maken van het middel, van het instrument van SEH-stops.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb het in het debat in december al een keer gezegd: iedere stop is er één te veel. De minister roept nu dat het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis in een veel groter gebied ligt en zich dus eigenlijk niet kan permitteren om dicht te gaan. In het artikel dat ik mocht schrijven, had ik het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis als voorbeeld genoemd, maar ik kreeg gelijktijdig op LinkedIn berichten. Het ging ook om het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam, waar heel veel meer andere ziekenhuizen zijn. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch: in die regio heb je ook meer ziekenhuizen. Ik noem verder het ZorgSaam in Zeeland. Er zijn dus veel meer ziekenhuizen die dit op die manier kunnen organiseren. Ik vroeg mij dus af of de minister bereid is om eens aan deze ziekenhuizen te vragen hoe zij regelen dat ze altijd open kunnen blijven.

Minister **Kuipers**:
Zonder op de specifieke ziekenhuizen in te gaan, allereerst even over de claim "iedere stop is er een te veel". Hoewel dat heel erg logisch klinkt, ben ik het met die stelling niet eens. Eerder, onder andere bij sommige ziekenhuizen van die mevrouw Van den Berg opsomt — en ik ga dus niet op de specifieke gevallen in — hebben we in het verleden situaties gezien waarbij het weleens voorkwam dat mensen in de ambulance überhaupt langdurig voor de deur van de spoedeisende hulp moesten wachten. Het debat is aangevraagd naar aanleiding van drukte in de ambulancezorg. Dit is een situatie die alleen al vanuit het perspectief van de patiënt, maar ook vanuit het perspectief van optimale inzet van ambulances, zeer onaantrekkelijk is. Dus in een gelegenheid waarbij in een regio in meerdere ziekenhuizen op een moment een SEH open is, kan dit een hele goede tool zijn, een instrument voor ziekenhuizen, om met goede afspraken en met gebruikmaking van goede data en inzichten van elkaar, elkaar te informeren en een tijdige en veelal kortdurende SEH-stop te hebben; zodanig dat er één SEH ontlast wordt en we daarmee voorkomen dat ambulances daar langdurig staan, dat patiënten daar extra lang wachten. Dus: "iedere SEH-stop is er een te veel", die stelling kan ik helaas niet onderschrijven.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Laat ik het dan anders formuleren. Het is natuurlijk prima als ziekenhuizen die samen in een regio zitten, onderling kunnen zeggen dat ze allemaal even druk blijven, dat het ene zich niet helemaal een slag in de rondte werkt en het andere het wat rustiger heeft. Dus dat je eigenlijk die werkdruk probeert te regelen, daar kan ik me van alles bij voorstellen. Maar ik hoor juist ook van spoedeisende hulpen dat ze dingen al vooraf kunnen voorspellen. Ik heb al eens eerder gezegd dat een arts tegen mij zei: we weten precies hoeveel pizzakoeriers er ieder jaar tegen de muur aan fietsen, alleen niet precies waar of wanneer. Intussen weet men ook wel wat de piekdagen zijn, en de dag na Hemelvaart is er blijkbaar zo een. Dat zijn van die momenten waarop iedereen het gewoon druk heeft. En dan kan je dus niet zeggen "ik ga deze naar een ander ziekenhuis brengen", want iederéén heeft het druk. Dus daar wil ik graag een reactie op van de minister, of hij toch wil kijken hoe de organisatie op de ene spoedeisende hulp misschien anders is dan op de andere.

Minister **Kuipers**:
Het antwoord is: dat wil ik niet. En dat is ook niet aan mij. Dat moeten echt de ROAZ'en tezamen doen. Zij moeten plannen maken, en afspraken. Wat overigens wel zo is, is dat een SEH-stop op zo'n moment een kwalitatief instrument is. Ik gaf het al aan: een instrument. Het is vrijwel altijd zo — en misschien wel altijd, maar ik ben altijd voorzichtig in dezen — dat ROAZ-regio's, als het gaat over specifieke functies van een SEH of als het gaat over drukte op meerdere plekken, onderling de afspraak maken dat een stop dan niet een absolute stop is, maar dat mensen met een echt levensbedreigende aandoening dan gewoon alsnog daar gebracht kunnen worden. Maar het is dus echt een instrument om het met elkaar te verdelen. Dus ik kan het bij die ziekenhuizen gaan navragen, maar het is echt iets voor de ROAZ'en zelf om dat te doen en op die manier van elkaar te leren.

De **voorzitter**:
U vervolgt uw betoog weer.

Minister **Kuipers**:
Mevrouw Den Haan vroeg: kan de minister aangeven of er gezondheidsschade opgelopen wordt door mensen bij SEH-stops? Dat raakt aan de opmerking die ik zojuist al maakte, maar dit is een belangrijke vraag. In levensbedreigende situaties kunnen patiënten, ook tijdens een SEH-stop, altijd terecht bij de meest geschikte nabije SEH. Ik noem voorbeelden van centra voor bijvoorbeeld hartkatheterisatie; traumacentra; centra voor behandeling, opname en diagnostiek van patiënten met een acute beroerte. Dan is die SEH gewoon open. Dus SEH-stops — ik noemde het zojuist al — zijn een instrument van groot belang voor de samenwerking in de regio tussen ziekenhuizen onderling en de ambulancediensten, en ook de huisartsen en de ziekenhuizen. En uiteraard is het zeer aantrekkelijk als het in de regio lukt om het aantal SEH-stops significant te reduceren. Maar alleen sturen op "er mogen geen SEH-stops voorkomen" kan ook neveneffecten hebben die we juist niet willen, zeker niet als het gaat om de belevingen en de ervaringen en uitkomsten voor patiënten, maar ook niet als het gaat om optimale inzet van ambulancediensten.

Dan kom ik bij het kopje overige, voorzitter. En dan kom ik allereerst bij de vraag van de heer Bushoff: wat doet het kabinet om zich aan de eigen voornemens te houden bij de vijfminutenregistratie, de juiste zorg thuis voor ouderen, en middelen voor ouderenwoningen? Ik ben het allereerst geheel met de heer Bushoff eens dat we moeten inzetten op het voorkomen van acute zorg, omdat ook acute zorg in een keten werkt en druk op de ene plek in de keten doorwerkt naar andere plekken; en dat we, als we dit willen reduceren, echt aan veel verschillende knoppen moeten draaien, zoals dat heet. De onderwerpen die de heer Bushoff benoemt, liggen op het terrein van mijn collega, de minister voor Langdurige Zorg en Sport. Ik zal deze vragen aan haar doorgeleiden, maar ik wil de heer Bushoff ook adviseren om deze vragen aan haar te stellen in bijvoorbeeld het aanstaande WOZO-debat.

Mevrouw Den Haan vroeg: wanneer wordt zorgcoördinatie effectief? Op 28 maart spreek ik met de veldpartijen over hun advies over de implementatie van zorgcoördinatie. Daarna zal ik uw Kamer over het onderwerp informeren. Mijn streven is dat er snel gestart wordt met zorgcoördinatie. Dat wordt gedeeld door de betrokken veldpartijen. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat de ROAZ'en in de tweede helft van dit jaar de regioplannen hebben gemaakt. Daarin worden ook afspraken gemaakt over zorgcoördinatie. Ik hoop dat het advies van de veldpartijen voldoende aanknopingspunten biedt voor het maken van keuzes, ook voor die ROAZ-regio's.

Mevrouw Den Haan gaf ook aan: inzetten op preventie is belangrijk, zodat ouderen niet onnodig op de SEH komen. Ze vroeg of ik aan mijn collega kan vragen wanneer er werk wordt gemaakt van valpreventie. Valpreventie is inderdaad een onderwerp waar minister Helder iets over kan zeggen. Ik zal de vraag aan haar doorgeleiden. Ik weet dat zij hier zeer hard mee bezig is. Zij zal daar ongetwijfeld in het aanstaande WOZO-debat iets over kunnen zeggen.

Mevrouw Paulusma vroeg: hoe zorgen we ervoor dat de ontwikkelingen in het IZA en de beleidsagenda acute zorg synchroon blijven lopen? De beleidsagenda acute zorg en het IZA sluiten inderdaad heel nauw op elkaar aan. In het overleg met de thematafel regionale samenwerking en de acute zorg worden de belangrijkste afspraken en voornemens uit het IZA die raken aan de beleidsagenda acute zorg besproken. Idem is het ook andersom. Wat in de beleidsagenda over de acute zorg wordt afgesproken, gaat ook naar de totale tafel voor het IZA.

Mevrouw Den Haan vroeg: in hoeverre wordt er voorlichting gegeven over het gebruik van 112 en wat gaat de minister hieraan doen? Op dit moment leggen we met partijen in de acute zorg de laatste hand aan de vormgeving van een publiekscampagne voor goed gebruik van spoedzorg. Er wordt een breed pakket aan communicatiemiddelen ontwikkeld, welke al vroeg in het volgende kwartaal landelijk beschikbaar zullen komen en aangepast kunnen worden aan de lokale en regionale setting.

De heer Drost vroeg: wat doet u aan voldoende capaciteit voor de huisartsenzorg en het behoud van de poortwachtersfunctie?

De **voorzitter**:
Er is eerst een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dank aan de minister voor het antwoord op mijn vraag over het synchroon oplopen van acute zorg en IZA. Ik weet dat de minister vandaag een heel pakket aan updates van de verschillende thematafels gestuurd heeft. Ik ben nog niet in de gelegenheid geweest om dat helemaal te lezen, maar ik merk veel onrust als het gaat om acute zorg. Dat raakt mensen ook heel erg, vaak achter de voordeur, omdat mensen daar heel veel zorgen over hebben. Mijn vraag is wel de volgende. Ik ben heel blij met de mail van vandaag, maar misschien kan de minister op het gebied van acute zorg de Kamer iets vaker meenemen in de ontwikkelingen, juist omdat het mensen in het land zo bezighoudt.

Minister **Kuipers**:
Dat kan ik van harte. We zullen even kijken wat de juiste setting en gelegenheden zijn. Ik merk die zorg ook. Die begrijp ik ook. Dat is overigens ook de reden waarom ik zojuist inging op een vraag van mevrouw Van den Berg, omdat er ook veel beelden bij bestaan die ik nadrukkelijk niet uitstraal en iedere keer nadrukkelijk anders wil positioneren. Dan gaat het bijvoorbeeld over het wel of niet sluiten van een spoedeisende hulp.

Dan vroeg de heer Drost: wat doet u aan voldoende capaciteit voor de huisartsenzorg en het behoud van de poortwachtersfunctie? Dit kabinet investeert stevig in de eerstelijnszorg. We zullen in de toekomst anders moeten gaan werken om de zorgvraag aan te kunnen. Op dit moment werken we met veldpartijen aan een visie op de eerstelijnszorg, waarin ook een toekomstbestendige invulling van de poortwachtersrol onderwerp van gesprek is. In het IZA hebben we daarnaast afspraken gemaakt over landelijke opschaling en financiering, "meer tijd voor de patiënt" bij de huisarts — contractering hiervan vindt nu plaats — opleiding van extra huisartsen en ondersteunend personeel, andere organisatie van de avond-, nacht- en weekendzorg, afspraken over huisvesting van huisartsen, betere gegevensuitwisseling en een aantal andere.

Mevrouw Van den Hil vroeg: wanneer is de vrijblijvendheid eraf bij de implementatie van het LPZ? Bij de implementatie van het LPZ wordt gewerkt met verschillende modules die regio's gefaseerd kunnen introduceren. Dat vraagt om technische inzet van ziekenhuizen, waardoor ze prioriteren op basis van wat zij nodig achten voor een regio. Zoals ik aangekondigd heb in de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg, onderzoek ik op welke wijze zorgaanbieders informatie dienen aan te leveren ten behoeve van inzicht in actuele en toekomstige capaciteit, conform het advies van de NZa op dit punt. Ik onderschrijf de impliciete, bijna expliciete, suggestie van mevrouw Van den Hil dat dit een tool is die in alle regio's gebruikt moet gaan worden.

Tot zover.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Er was nog één vraag van mevrouw Van den Hil over de motie van mevrouw Agema en mevrouw Van den Hil. Komt u daar in tweede termijn op terug?

Minister **Kuipers**:
Ja, laat mij daar even in tweede termijn op terugkomen, want ik heb het even niet paraat.

De **voorzitter**:
Dan wil ik de minister bedanken voor zijn beantwoording in eerste termijn. Ik stel voor dat we meteen van start gaan met de tweede termijn. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Agema, van de PVV. De heer Hijink heeft zich afgemeld voor het verdere debat.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dank u wel, voorzitter. Dit is natuurlijk bijzonder zorgelijk om te zien. De minister ziet dat de acute zorg op zo veel terreinen vastloopt, van de huisartsenzorg tot de spoedeisendehulpposten en de ambulancedienst, waar we het vandaag over hebben. Maar hij komt vervolgens niet veel verder dan het opsommen van een aantal voorstellen, zoals een communicatiestrategie, het bij de triage willen wegkrijgen van patiënten die 112 bellen en dat soort dingen. Dat hij dit soort grote problemen eigenlijk met niks op wil lossen, dat maakt mij heel erg bezorgd. Het personeelstekort bij de ambulancedienst is opgelopen tot 7,5%, het ziekteverzuim is heel erg hoog en ik zie geen oplossingen van de minister. Daarom heb ik de volgende moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat het niet zo kan zijn dat de regering wel geld vrijmaakt voor een communicatiestrategie om mensen ervan te weerhouden 112 te bellen, maar niet voor extra ambulancechauffeurs en ambulanceverpleegkundigen en betere salarissen;

verzoekt de regering een kostendekkende beschikbaarheidsbijdrage voor de ambulancedienst te borgen inclusief voldoende ambulances, standplaatsen, inflatiecorrectie en verhoging van de reiskostenvergoedingen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 379 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat TNO heeft becijferd dat nachtsluitingen van spoedeisendehulpposten zorgen voor veel extra inzet van schaarse ambulances en ambulancemedewerkers en dat dit tot hogere kosten leidt;

verzoekt de regering spoedeisendehulpposten 24/7 geopend te houden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 380 (29247).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er vandaag gestaakt wordt in de ziekenhuizen;

constaterende dat de ziekenhuizen niet tegemoet kunnen komen aan de cao-eisen omdat ze dan op één na dan allemaal in de rode cijfers komen;

verzoekt de regering voor dit jaar 850 tot 900 miljoen euro extra toe te voegen aan de ova-ruimte zodat ziekenhuismedewerkers met terugwerkende kracht tot 1 februari 10% meer salaris plus €100 per maand en een hogere reiskostenvergoeding kunnen krijgen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 381 (29247).

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan geef ik het woord aan de heer Bushoff, van de PvdA.

☐

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dank u wel, voorzitter. Ik heb nog één punt en dat gaat ook over het stakende zorgpersoneel. Óf de zorgverzekeraars moeten bijschieten om aan de terechte looneisen van het zorgpersoneel tegemoet te komen — dat zou betekenen dat de zorgpremie, die al heel hoog is en nog verder gaat stijgen, nog verder stijgt; dat willen we niet — óf de overheid moet bijspringen. En dat laatste lijkt de meest logische en de meest terechte keuze. Als het kabinet nu dus zegt dat het dat niet gaat doen, dan zegt het bij dezen gewoon tegen die zorgmedewerkers: zoek het maar uit; jullie krijgen niet waarvoor jullie vandaag gestaakt hebben en ga de komende dagen maar vaker staken. Dat zou niet de keuze zijn die de Partij van de Arbeid maakt. Wij steunen de zorgmedewerkers in de ziekenhuizen. We zouden dan ook heel graag zien dat dit kabinet meer geld vrijmaakt voor goede arbeidsvoorwaarden voor de helden in de zorg: niet alleen tijdens coronaperiodes, maar structureel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Berg van het CDA.

☐

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Voorzitter, dank u wel. Dank aan de minister voor de beantwoording. Ik heb twee moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat de bereikbaarheid van acute zorg in heel Nederland op orde moet zijn, ook bij wegwerkzaamheden;

verzoekt de minister te bevorderen dat bij wegwerkzaamheden op adequate wijze aandacht gegeven wordt aan bereikbaarheid van acute zorg en hierbij expliciet aandacht te geven aan de acute bereikbaarheidsproblemen vanwege de werkzaamheden aan de Heinenoordtunnel, de Haringvlietbrug en de N57;

verzoekt de regering de Kamer hierover voor juni 2023 te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Van den Berg en Krul.

Zij krijgt nr. 382 (29247).

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan mijn tweede motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering het definitieve besluit van het College Geneeskundige Specialismen om spoedeisendehulpartsen te erkennen als medisch specialist over te nemen en zo spoedig als mogelijk wettelijk erkend te laten zijn op grond van de Wet BIG,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Van den Berg en Van den Hil.

Zij krijgt nr. 383 (29247).

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Haan, pardon, mevrouw Den Haan, van de Fractie Den Haan. We heten niet allemaal "Van den".

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister en de ambtenaren voor het beantwoorden van de vragen. Ik heb één motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat door de inzet van physician assistants, die een medische diagnose kunnen stellen, het aantal ambulanceritten kan dalen;

overwegende dat het Capaciteitsorgaan heeft bepaald dat er 36 extra opleidingsplekken moeten komen om aan de vraag te voldoen;

verzoekt de regering te verkennen of er ruimte gemaakt kan worden voor de extra opleidingsplekken voor physician assistants en de Kamer hierover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Den Haan en Van den Hil.

Zij krijgt nr. 384 (29247).

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Paulusma van D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording van de vele vragen. Buiten de gebaande paden treden is iets wat zorgprofessionals elke dag doen. Ik ben blij te horen dat de minister beaamt dat dit ook nodig is in de acute zorg. Ik kijk uit naar de brief over de mogelijkheden van artificial intelligence in de zorg, en over de extra informatie over de acute zorg en de ontwikkelingen rond het IZA.

Dan rest mij nog één vraag. De minister had het net al over het betrekken van burgers bij de ontwikkelingen in de acute zorg. Ik heb bij de afgelopen begroting amendementen ingediend, juist om met een burgerberaad en het onderwerp acute zorg aan de slag te gaan. Het is een beetje stil vanuit het ministerie rond dit initiatief. Ik zou graag een update willen van de minister. Wellicht overval ik de minister daarmee om kwart over tien 's avonds, dus het zou wellicht ook per brief kunnen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van den Hil van de VVD.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Voorzitter, dank u wel. Dank ook aan de minister voor de beantwoording. Ik ben blij dat de minister de campagne om niet onnodig 112 te bellen bloedserieus neemt.

Dan wat betreft de agressie. Ik denk dat het goed is dat de minister erkent dat agressie tegen zorgverleners nooit acceptabel is. Hij gaat kijken naar de campagne in Twente. Erkenning, ook door werkgevers, is belangrijk. Zij moeten daar echt iets aan doen. Ik heb het al eerder gezegd en ik blijf het vinden: wij moeten voor, achter en naast onze zorgverleners staan als hun agressie wordt aangedaan. Zorgverleners staan er als eersten. Wij moeten er echt voor zorgen dat ze veilig kunnen werken.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan de heer Drost van de ChristenUnie.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank u wel, voorzitter. Dank voor de beantwoording van alle vragen die wij hebben gesteld. Ik ben op één punt nog niet helemaal gerustgesteld door de minister. Dat betreft het betrekken van burgers. Volgens mij ging mevrouw Paulusma daar ook op in. De minister gaf aan dat hij het burgerperspectief gaat meenemen. Dat klinkt best wel vrijblijvend en, zeg ik er dan ook maar bij, het kan aan mijn ervaring liggen op dit dossier hoe dit precies geregeld moet zijn. Ik weet niet precies hoe het amendement waarover mevrouw Paulusma het had, hierbij kan helpen. Ik snap ook wel dat het breder moet zijn dan enkel ambulancezorg. Misschien kan de minister in tweede termijn nog ingaan op hoe hij het betrekken van burgers bij dit soort ontwikkelingen, die best ingrijpend kunnen zijn voor mensen, precies ziet. Ze moeten in ieder geval begrijpen wat we gaan doen. Anders gaan we daar wellicht een later moment voor zoeken, voorzitter.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de tweede termijn van de Kamer. We gaan vijf minuten schorsen.

De vergadering wordt van 22.21 uur tot 22.26 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Ik heropen de vergadering en geef het woord aan de minister voor zijn tweede termijn.

Minister **Kuipers**:
Dank u wel, voorzitter. Allereerst ben ik nog een antwoord verschuldigd aan mevrouw Van den Hil over de motie over het vermeerderen van de strafeis bij agressie. Deze ligt op het beleidsterrein van JenV en is daarom overgedragen. Er komt een respons van JenV.

Dan was er een vraag van mevrouw Paulusma en de heer Drost over het burgerberaad. Mevrouw Paulusma gaf de mogelijkheid aan om daar per brief op terug te komen. Dat zal ik doen.

Er was niet een vraag maar wel een opmerking die refereerde aan het debat. Dat was een opmerking van de heer Bushoff over de cao. Ik zeg nog een keer dat de middelen via de ova-systematiek en ook de structurele uitbreiding voor de middengroep, het bedrag van 675 miljoen, vorig jaar en dit jaar, evenals volgend jaar en de jaren daarop, ter beschikking worden gesteld aan de ziekenhuizen. Het is vervolgens aan hen. Ik heb er alle vertrouwen in dat zij met de werknemers tot een overeenstemming in de cao kunnen komen.

De **voorzitter**:
Kan de minister nog even aangeven wanneer de brief komt waar mevrouw Paulusma aan refereerde?

Minister **Kuipers**:
Voor de zomer.

De **voorzitter**:
Is dat voor het zomerreces? Vindt u het goed als ik mevrouw Paulusma even de kans geef om daarop te reageren?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Voor het zomerreces, dat duurt best lang. Het amendement is aangenomen in de begroting. Als de minister kan zeggen dat het ruim voor het zomerreces is, zou ik dat een fijnere toezegging vinden.

Minister **Kuipers**:
Het wordt ruim voor het zomerreces.

De **voorzitter**:
Kijk. Dank u zeer. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Wat de minister nu zegt, klopt helemaal niet. De ziekenhuizen kunnen niet tegemoetkomen aan de cao-eisen, want op één na komen ze dan allemaal in de rode cijfers. Dat gaat dus niet gebeuren. De minister blijft volhouden dat er genoeg geld in die ova-ruimte zit en dat het allemaal wel goed komt. Het komt niet goed. Op het moment dat het goed zou komen, komen op één na alle ziekenhuizen in de rode cijfers. De ziekenhuizen gaan dus niet tegemoetkomen aan de cao-eisen. Als de minister als het gaat om de looneis niet over de brug komt om 800 miljoen aan de ova-ruimte toe te voegen, krijgen de zorgmedewerkers dus niet die 10%, teruggerekend naar 1 februari van dit jaar. Ze krijgen dat dan gewoon niet. Wees daar dan eerlijk over! Wees gewoon een vent en zeg: ik ga geen geld toevoegen aan de ova-middelen, ik kom niet met 800 miljoen. Dan krijgen de ziekenhuismedewerkers niet met terugwerkende kracht tot 1 februari 10% extra salaris. Wees gewoon eerlijk!

Minister **Kuipers**:
Eventjes terugkomend op die bedragen. Die 800 miljoen hebben de ziekenhuizen al. Die 675 miljoen die ze vanaf vorig jaar hebben, hebben ze ook al. Ik hoef die hier niet bij elkaar op te tellen. Het is aan hen om daar samen met de vakcentrales afspraken over te maken. Daar ben ik geen partij in aan tafel. Het is echt aan hen.

De **voorzitter**:
Tot slot, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ja, tot slot. De regering voegt geld toe aan de ova-ruimte. Dat is de rol van de minister. Vervolgens gaan de bonden namens de ziekenhuismedewerkers in onderhandeling met de ziekenhuizen. Dan komen ze erachter dat er in die ova-middelen, die gevuld zijn door de regering, te weinig geld zit om de ziekenhuismedewerkers een compensatie te geven, in ieder geval voor de inflatiecorrectie, van 10% extra loon met terugwerkende kracht tot 1 februari. Dat is de status quo. Geven de ziekenhuizen de zorgmedewerkers die 10% wel, dan komen ze op één na allemaal in de rode cijfers. Dat gaan ze dus niet doen. Het is dus aan de regering om de fout die zij dit jaar heeft gemaakt, namelijk om niet genoeg geld toe te voegen aan die ova-middelen voor extra salaris, recht te trekken. Dan kunnen we wel een semantische discussie gaan voeren over welk tientje nou wel of niet in die pot zit. In de ova-middelen zit 800 miljoen te weinig om de ziekenhuismedewerkers die 10% te geven, teruggerekend tot 1 februari.

Minister **Kuipers**:
Ik denk dat ik het debat niet over hoef te doen. Ik heb mijn argumentatie gegeven. 800 miljoen in de ova nu, 675 structureel voor de middeninkomens vorig jaar, dus ook dit jaar. Het sommetje bij elkaar optellen kan iedereen. De umc's is het ook gelukt en ik heb er alle vertrouwen in dat het de ziekenhuizen ook lukt, samen met de werknemers. Het is echt aan hen. Ik ben daar geen partij in.

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

Minister **Kuipers**:
Dan kom ik bij de moties. De eerste motie, de motie op stuk nr. 379, over een kostendekkende beschikbaarheidsbijdrage voor de ambulancedienst: ontraden. Er is al een budgetbekostiging; NZA stelt dat budget vast.

Dan de motie op stuk nr. 380 over nachtsluitingen en SEH's openhouden: eveneens ontraden. Zoals al aangegeven, is het niet mijn doel om SEH's te sluiten, maar ik kan ook niet garanderen dat ze te allen tijde allemaal open zijn.

De motie op stuk nr. 381 over cao's voert terug naar de discussie van zojuist. Het zal u niet verbazen dat mijn appreciatie "ontraden" is.

Dan de motie op stuk nr. 382 over wegwerkzaamheden. Mijn advies is om deze motie over te nemen. Ik heb tijdens het debat zojuist deze toezegging al gedaan.

De **voorzitter**:
Ik kijk even of er bezwaar tegen is dat de motie op stuk nr. 382 wordt overgenomen omdat de minister al een toezegging heeft gedaan.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Prima, maar dan zou ik ook graag de toezegging willen hebben dat wij hierover een keer, ergens voor de zomer, een terugkoppeling krijgen.

Minister **Kuipers**:
Ja.

De **voorzitter**:
Ik kijk naar de minister en dat is inderdaad het geval.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik heb hier al een schriftelijke Kamervraag over gesteld. Inhoudelijk ben ik het er natuurlijk helemaal mee eens, maar bij een overbodige motie krijg ik: ontraden. Ik wil ook weleens gelijk behandeld worden, dus net als mijn collega's.

De **voorzitter**:
Ik kijk even. Heeft u bezwaar tegen het overnemen, of dat niet?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Nee.

De **voorzitter**:
Oké, dan wordt de motie op stuk nr. 382 overgenomen.

De motie-Van den Berg/Krul (29247, nr. 382) is overgenomen.

Minister **Kuipers**:
Dan de motie op stuk nr. 383 over de SEH-arts. Mijn verzoek is om deze motie aan te houden. Ik gaf in het debat al aan dat ik het verzoek tot wettelijke erkenning zojuist heb binnengekregen. Ik moet dat gewoon nog toetsen. Ik kan daar nu niet op vooruitlopen. Ik besluit daarover over circa drie maanden.

De **voorzitter**:
Ik kijk even of mevrouw Van den Berg de motie wil aanhouden. Dat is het geval.

Op verzoek van mevrouw Van den Berg stel ik voor haar motie (29247, nr. 383) aan te houden.

Daartoe wordt besloten.

Minister **Kuipers**:
Dan de motie op stuk nr. 384 over de physician assistants: oordeel Kamer.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van deze beraadslaging. Ik dank de minister voor zijn uitvoerige beantwoording, de Kamerleden en de mensen die het debat gevolgd hebben.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Volgende week gaan we stemmen over de ingediende moties. Daarmee zijn we echt aan het einde gekomen en sluit ik de vergadering.