

Vergaderjaar 2020–2021

35 471

Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen (Wet ambulancezorgvoorzieningen)

D

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 11 november 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft kennisgenomen van de brief van 7 oktober 2020 waarmee het ontwerp van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen, zoals die met ingang van 1 januari 2021 zou moeten gelden, wordt aangeboden.²

Naar aanleiding hiervan is op 30 oktober 2020 een brief gestuurd aan de Minister voor Medische Zorg en Sport.

De Minister heeft op 11 november 2020 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

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

¹ Samenstelling:

Ganzevoort (GL), Gerkens (SP), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Rombouts (CDA), Bredenoord (D66), Koole (PvdA), De Bruijn-Wezeman (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Adriaansens (VVD) (*voorzitter*), Van der Burg (VVD), Gerbrandy (OSF), Van Gurp (GL), Nicolai (PvdD), Van Pareren (FVD) (*ondervoorzitter*), Prins-Modderaar (CDA), Vendrik (GL), Verkerk (CU), De Vries (Fractie-Otten), Pouw-Verweij (FVD), Hermans (FVD) Van der Voort (D66), Keunen (VVD).

² Kamerstukken I 2020/21, 35 471, C en bijlage.

BRIEF VAN DE VOORZITTER VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Minister voor Medische Zorg en Sport

Den Haag, 30 oktober 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met belangstelling kennisgenomen van de brief van 7 oktober 2020 waarmee het ontwerp van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen, zoals die met ingang van 1 januari 2021 zou moeten gelden, wordt aangeboden.³ De leden van de **D66**-fractie hebben na bestudering van het ontwerp van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen, die nadere invulling geeft aan bepaalde artikelen van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazc), nog een aantal vragen. De leden van de fracties van **FVD** en **50PLUS** sluiten zich bij deze vragen aan.

Artikel 9, eerste lid van de ontwerpregeling bepaalt dat de Regionale Ambulancevoorziening beschikt over voldoende deskundig personeel. Hiermee in tegenspraak lijkt artikel 10, eerste lid, waarin een arts, zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de medische eindverantwoordelijkheid wordt toebedeeld. Het ambulancepersoneel verleent, per definitie, acute zorg. Acute zorgverlening heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld tot een eigen vakgebied dat door een aantal medisch specialismen wordt uitgevoerd, zoals spoedeisende hulp artsen (SEH-artsen), anesthesiologen, intensivisten en internisten met specialisatie acute zorg. De ambulanceverpleegkundigen zijn deskundig in het verlenen van acute zorg en verdienen daarom een medisch eindverantwoordelijke die tevens scholing in de acute zorgverlening heeft ondergaan. Dit zal ook nodig zijn om de specifieke vraagstelling omtrent patiëntveiligheid in de acute hulpverlening door ambulancepersoneel goed in te kunnen schatten en gepaste maatregelen te kunnen nemen. Derhalve vragen de leden van deze fracties wat de overwegingen zijn geweest om de specifieke deskundigheid van acute zorgverlening voor de functie van medische eindverantwoordelijke niet op te nemen in de regeling. Ziet u mogelijkheden om de regeling op dit punt ter volmaking alsnog aan te passen?

Artikel 18, eerste lid schrijft voor dat MICU-, PICU- en NICU-vervoer⁴ een arts behoeft. In lijn met het bovenstaande geldt ook hier dat een arts zonder specifieke expertise onvoldoende kennis en ervaring heeft om dergelijk complex vervoer van kritisch zieke volwassenen en kinderen veilig te laten verlopen. Deze expertise is voor MICU-transport aanwezig bij intensivisten, voor PICU-transport bij kinderarts-intensivisten en voor NICU-transport bij kinderarts-intensivisten of neonatologen. Bent u van mening dat expliciete kennis en ervaring vereist is voor dit soort transport, om de veiligheid van patiënten te kunnen garanderen? Zo ja, wordt de vereiste expertise alsnog opgenomen in de Regeling ambulancezorgvoorzieningen?

³ Kamerstukken I 2020/21, 35 471, C en bijlage.

⁴ Respectievelijk Mobile Intensive Care Unit, Neonatale Intensive Care Unit en Pediatric Intensive Care Unit.

De leden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag bij voorkeur voor 13 november 2020.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.A.M. Adriaansens

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 november 2020

Bij brief van 30 oktober 2020 hebben de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport enkele vragen gesteld over het concept van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen. Hieronder zal ik de vragen beantwoorden die de leden van de fractie van D66 hebben gesteld en waarbij de leden van de fracties van FVD en 50plus zich aansluiten. Tevens maak ik van de gelegenheid gebruik om een voorgenomen aanpassing van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen te melden.

Artikel 9, eerste lid van de ontwerpregeling bepaalt dat de Regionale Ambulancevoorziening beschikt over voldoende deskundig personeel. Hiermee in tegenspraak lijkt artikel 10, eerste lid, waarin een arts, zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de medische eindverantwoordelijkheid wordt toebedeeld. Het ambulancepersoneel verleent, per definitie, acute zorg. Acute zorgverlening heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld tot een eigen vakgebied dat door een aantal medisch specialismen wordt uitgevoerd, zoals spoedeisende hulp artsen (SEH-artsen), anesthesiologen, intensivisten en internisten met specialisatie acute zorg. De ambulanceverpleegkundigen zijn deskundig in het verlenen van acute zorg en verdienen daarom een medisch eindverantwoordelijke die tevens scholing in de acute zorgverlening heeft ondergaan. Dit zal ook nodig zijn om de specifieke vraagstelling omtrent patiëntveiligheid in de acute hulpverlening door ambulancepersoneel goed in te kunnen schatten en gepaste maatregelen te kunnen nemen. Derhalve vragen de leden van deze fracties wat de overwegingen zijn geweest om de specifieke deskundigheid van acute zorgverlening voor de functie van medische eindverantwoordelijke niet op te nemen in de regeling. Ziet u mogelijkheden om de regeling op dit punt ter volmaking alsnog aan te passen?

In de concept ministeriële regeling staat dat de medische eindverantwoordelijkheid berust bij een arts. Aan welke expertise deze arts moet voldoen en welke competenties deze moet hebben, staat in kwaliteitskaders van de sector, in dit geval in het Professioneel Statuut MMA en in het door de sector vastgestelde profiel. Alleen de basis voor de opleiding en de bekwaamheid wordt opgenomen in de ministeriële regeling.

Artikel 18, eerste lid schrijft voor dat MICU-, PICU- en NICU-vervoer⁵ een arts behoeft. In lijn met het bovenstaande geldt ook hier dat een arts zonder specifieke expertise onvoldoende kennis en ervaring heeft om dergelijk complex vervoer van kritisch zieke volwassenen en kinderen veilig te laten verlopen. Deze expertise is voor MICU-transport aanwezig bij intensivisten, voor PICU-transport bij kinderarts-intensivisten en voor NICU-transport bij kinderarts-intensivisten of neonatologen. Bent u van mening dat expliciete kennis en ervaring vereist is voor dit soort transport, om de veiligheid van patiënten te kunnen garanderen? Zo ja, wordt de vereiste expertise alsnog opgenomen in de Regeling ambulancezorgvoorzieningen?

Ook voor MICU, PICU en NICU-vervoer geldt dat we alleen de basis voor de opleiding en de bekwaamheid vastleggen in de regeling. De

⁵ Respectievelijk Mobile Intensive Care Unit, Neonatale Intensive Care Unit en Pediatrische Intensive Care Unit.

MICU-centra zijn verantwoordelijk voor de bevoegdheid en bekwaamheid van de artsen en de verpleegkundigen die aanwezig zijn bij dit vervoer. Hiervoor geldt de richtlijn van de Nederlandse vereniging voor intensive care (NVIC) voor interklinisch transport van IC-patiënten.

Voorgenomen aanpassing Regeling ambulancezorgvoorzieningen

Hierbij wil ik u melden dat ik de term «buitenlandvervoer» in paragraaf 2 van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen wil vervangen door «mobiele zorg naar of vanuit het buitenland». Deze term doet meer recht aan het feit dat het gaat om ambulancezorg en niet alleen om vervoer. De term sluit ook beter aan bij een kwaliteitskader dat voor deze zorg in ontwikkeling is en verduidelijkt dat het gaat om zorg in Nederland waarbij de eindbestemming van het vervoer is gelegen in het buitenland of waarbij sprake is van vervoer vanaf de landsgrens of een Nederlandse luchthaven. Parallel aan artikel 10 van de regeling zullen ook ambulancezorgprofessionals die deze vorm van ambulancezorg leveren moeten beschikken over een bekwaamheidsverklaring met een geldigheidsduur van 5 jaar.

De Minister voor Medische Zorg en Sport,
T. van Ark