

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
CZ-U-3046768

Bijlagen
1

Uw brief
13 januari 2011

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 9 februari 2011
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Kooiman en Van Gerven (beiden SP) over het voornemen van Zorg Groep Twente om de afdeling klinische kraamzorg in Almelo te verplaatsen naar Hengelo (2011Z00504).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Kooiman en Van Gerven over het voornemen van Zorg Groep Twente om de afdeling klinische kraamzorg in Almelo te verplaatsen naar Hengelo (2011Z00504).

1.

Wat is uw reactie op het bericht dat Zorg Groep Twente (ZGT) de afdeling klinische verloskunde van het ziekenhuis in Almelo wil sluiten? 1)

1.

Mijn ministerie heeft naar aanleiding van de berichtgeving contact gehad met Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) in Almelo. Op dit moment biedt ZGT de klinische verloskunde aan op de locaties Hengelo en Almelo. Met het oog op de kwaliteit kijkt ZGT op welke wijze zij de klinische verloskundige zorg in de regio toekomstbestendig kan organiseren om zo de continuïteit van de verloskundige zorg in de regio voor de toekomst zeker te stellen.

Ik ben geen voorstander van concentratie om de concentratie. Zorg moet in beginsel zo dicht mogelijk bij de mensen aangeboden worden. Maar dit moet wel kunnen.

Ik vind het prima dat ziekenhuizen proactief aan de slag gaan met het nadenken over de wijze waarop zij de verloskundige zorg kunnen verbeteren door aan de gestelde kwaliteitseisen te voldoen. Dit kan betekenen dat het ziekenhuis noodzakelijkerwijs over moet gaan tot concentratie van de zorg. Immers als blijkt dat voor bepaalde ziekenhuizen de kwaliteitsnormen niet haalbaar zijn, kunnen zij geen veilige acute verloskundige zorg aanbieden.

2.

Waarom kiest ZGT voor centreren in Hengelo? Is de voorgestelde reorganisatie vooral ingegeven door kwaliteitsverbetering of door besparing? Is er een verband met de korting op het ziekenhuisbudget die de minister alle ziekenhuizen heeft opgelegd? Kunt u een toelichting geven?

2.

ZGT heeft nog geen definitieve keuze gemaakt voor een locatie. ZGT heeft aangegeven voor het behoud van de kwaliteit niet voldoende bevallingen per jaar te kunnen realiseren indien zij de klinische verloskundige zorg op twee locaties, in Almelo en in Hengelo, blijft aanbieden. Om de klinische verloskundige zorg kwalitatief verantwoord te kunnen blijven aanbieden in de regio Twente sluit ZGT eventuele concentratie op één locatie niet uit.

Ik zie geen verband tussen het voornemen van ZGT en de korting op het ziekenhuisbudget. Het zijn kwalitatieve, en niet financiële overwegingen die ZGT heeft voor een eventuele andere organisatie van de klinische verloskundige zorg in de regio.

3.

Wat zijn de gevolgen voor de aanrijtijden bij het centreren in Hengelo? Passen deze voor het hele werkgebied van het ziekenhuis te Almelo binnen de wettelijke normen?

3.

Met een eventuele concentratie van de klinische verloskundige zorg in Hengelo komt de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten voor acute zorg niet in gevaar.

4.

Is een dergelijke concentratie niet in strijd met het rapport van de landelijke stuurgroep 'Zwangerschap en geboorte' waarin wordt gepleit voor het kunnen starten van een noodzakelijke behandeling binnen 15 minuten? 2)

4.

Een dergelijke concentratie hoeft niet in strijd te zijn met het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. De 15 minuten betreft het starten van de noodzakelijke behandeling vanaf de aankomst van de zwangere vrouw in het ziekenhuis.

5.

Klopt het dat in 2010 het ziekenhuis in Hengelo 1996 klinische en 98 poliklinische bevallingen heeft gedaan en het ziekenhuis in Almelo 1702 klinische en 98 poliklinische? Welk aantal bevallingen hanteert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als minimumnorm voor kwalitatief goede gezondheidszorg per ziekenhuis? Kan een toelichting worden gegeven? Beantwoordt het aantal bevallingen in de beide ziekenhuizen aan een dergelijke norm? Zo nee, waarom niet?

5.

Van ZGT zijn de volgende cijfers ontvangen:

ZGT Almelo: 1399 klinische en 176 poliklinische bevallingen

ZGT Hengelo: 1626 klinische en 98 poliklinische bevallingen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert geen minimumnorm voor het aantal bevallingen in relatie tot kwalitatief goede zorg. Het aantal bevallingen in de Nederlandse ziekenhuizen varieert van minder dan 500 tot 3000. De meeste ziekenhuizen (55 %) begeleiden tussen de 500 en de 1500 bevallingen per jaar. Belangrijk is of er op beide locaties voldaan kan worden aan de veldnormen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Als blijkt dat voor bepaalde ziekenhuizen de normen niet haalbaar zijn, kunnen zij geen veilige acute zorg aanbieden. In een dergelijke situatie is concentratie noodzakelijk.

6.

Is het waar dat ZGT de afgelopen zomer heeft geëxperimenteerd met centreren van de afdeling klinische kraamzorg in zowel Almelo als in Hengelo? Wat waren de conclusies van die experimenten?

6.

Volgens ZGT is er niet geëxperimenteerd, maar werd zij wel gedwongen tot het nemen van een tijdelijke concentratiemaatregel als gevolg van onvoldoende personele capaciteit gedurende de vakantieperiode. In die periode is de zorgverlening kwalitatief goed verlopen.

7.

Is de keuze voor centreren in Hengelo een logische keuze als men kijkt naar de ligging van de andere ziekenhuizen? Heeft de keuze voor Hengelo meer te maken met een recente verbouwing van het ziekenhuis daar? Zo ja, wat vindt u van die afweging?

7.

ZGT heeft nog geen definitieve keuze gemaakt voor een locatie. De afweging voor de keuze wordt op dit moment door het ziekenhuis getoetst in een haalbaarheidsonderzoek.

8.

Is het risico aanwezig dat patiënten van ZGT overstappen naar andere ziekenhuizen als de klinische kraamzorg wordt gecentreerd in Hengelo? Blijkt dat ook uit de conclusies van het experiment met de gecentreerde klinische kraamzorg afgelopen zomer?

8.

Zoals blijkt uit mijn antwoord op vraag 6 is er geen sprake geweest van een experiment, maar een noodgedwongen maatregel door het ziekenhuis.

Het staat de patiënten altijd vrij om zelf te kiezen voor een ander ziekenhuis. Mijn beleid is er niet op gericht deze keuzevrijheid in te perken, maar deze juist te vergroten. Ik kan echter niet voorkomen dat omwille van de kwaliteit bepaalde zorg niet meer op een bepaalde locatie geleverd kan worden. In dergelijke situaties waarbij sprake is van ontmanteling van zorg in de omgeving van mensen zal ik bij de lokale partijen blijven aandringen op het verkennen en aanbieden van vervangende vormen van zorg zodat er voldoende alternatieven voor de mensen beschikbaar blijven.

Aan de andere kant wil ik ook wijzen op de positieve prikkel die uitgaat van kwaliteitsverbetering. ZGT beoogt de kwaliteit te waarborgen en dat kan ook juist patiënten aantrekken.

9.

Bent u van mening dat deze ontwikkeling een verdere stap is in de golf van fusies en ontmanteling van ziekenhuizen die Nederland de afgelopen jaren heeft gekend? Hoe verhoudt zich deze ontwikkeling tot uw opmerking dat u geen verdere fusering in het ziekenhuislandschap wilt? 3) Bent u ook van plan de verdere gevolgen van eerdere fusies aan te pakken?

9.

In deze specifieke casus is geen sprake van een fusie, maar van een voornemen van een bestaand ziekenhuis om het zorgaanbod op een andere manier te gaan organiseren over verschillende locaties. Daarbij is het van groot belang dat de kwaliteit van de aangeboden zorg verantwoord is en blijft.

Over de aanscherping van de fusietoetsing waar in de vraag op wordt gedoeld, wil ik het volgende opmerken. Niet alle fusies zijn per definitie slecht. Fusies kunnen ook tot gevolg hebben dat de kwaliteit of doelmatigheid van de aangeboden zorg verbetert. Maar helaas is dat niet altijd het geval. Ik wil ervoor zorgen dat van tevoren beter wordt getoetst dat de kwaliteit en de continuïteit van de aangeboden zorg niet door een fusie in gevaar komt. Dat is dus een andere toets dan de toets die de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) momenteel uit hoofde van de Mededingingswet uitvoert. Bij die beoordeling zal nadrukkelijk gezien moeten worden of de fusierende instellingen in redelijkheid rekening hebben gehouden met de inbreng van direct belanghebbenden rondom de kwaliteit en de continuïteit van zorg.

Wat betreft de gevolgen van eerdere fusies: iedere zorgverlener - gefuseerd of niet - moet voldoen aan de bestaande wet- en regelgeving. Zo niet, dan wordt daar via het reguliere toezicht op gehandhaafd.

10.

Is dit de manier waarop u het voornemen uit het coalitieakkoord verwezenlijkt om tot kleinere zorginstellingen te komen? 4) Zijn kleinere zorginstellingen vooral levensvatbaar als zij de verschillende basisspecialismen kunnen bieden, of juist als zij voor veel specialismen moeten doorverwijzen naar andere ziekenhuizen? Kunt u dit toelichten?

10.

Ik vind een goede spreiding van kleinere zorginstellingen die basiszorg van goede kwaliteit kunnen leveren zeer belangrijk. Op de vraag wanneer deze kleinere zorginstellingen levensvatbaar zijn, kan ik geen eenduidig antwoord geven. Het antwoord is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de aard van de zorg (wijkzorg, basiszorg, medisch specialistische zorg) die de instelling aanbiedt. Kleinere zorginstellingen kunnen hierop op verschillende manieren inspelen. Er zijn voldoende voorbeelden van kleine ziekenhuizen die zich met succes specialiseren op specifieke ingrepen, zoals het ziekenhuis Amstelland met de behandeling van liesbreuken en Nij Smellinghe met de behandeling van lymfoedeem. Er zijn ook voldoende voorbeelden van kleine ziekenhuizen die zich alleen richten op de basisspecialismen.

11.

Is u bekend dat de ziekenhuizen in Oost-Groningen een verregaande vorm van samenwerking overwegen waarbij een gevraagd advies aan de Boston Consulting Group leidraad kan zijn? 5)

11.

Het is mijn ambtenaren bekend dat de ziekenhuizen in Oost-Groningen samen met de regioverzekeraar in overleg zijn om te kijken op welke wijze het huidige zorgaanbod in de regio beter afgestemd kan worden op de ontwikkelingen in de regio. Het is mijn ministerie eveneens bekend dat de ziekenhuizen hiertoe advies hebben gevraagd aan de Boston Consulting Group.

12.

Herinnert u zich uw in de beantwoording van eerdere Kamervragen waarin u aangeeft dat stakeholders hun inbreng moeten kunnen geven? 6) Kunt u aangeven of eventuele veranderingen in de ziekenhuisvoorziening, zoals die nu mogelijk gestalte krijgt, voldoende wordt overlegd met alle betrokkenen, niet in de laatste plaats de burgers en de relevante voorzieningen in de eerstelijnszorg zoals de huisartsen en de verloskundigen?

12.

ZGT heeft aangegeven dat het gaat om een voornemen en niet om een definitief besluit van de Raad van Bestuur om geen klinische verloskundige zorg meer aan te bieden op de locatie Almelo.

Een nader onderzoek door het ziekenhuis moet meer inzicht geven in de haalbaarheid van het voornemen. Bij dit haalbaarheidsonderzoek zullen de stakeholders worden betrokken. ZGT komt vóór de zomer nog met een definitief besluit.

13.

Heeft u ook kennisgenomen van de optie om de verloskundige zorg voor heel Oost-Groningen te centreren in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) waarbij ook de ziekenhuizen in Stadskanaal en Winschoten de verloskundige zorg opheffen?

13.

Navraag bij het UMCG en de Oost Groningse ziekenhuizen leert dat er geen plannen bestaan om de verloskundige zorg uit Oost-Groningen in het UMCG te concentreren. Wel spreken de ziekenhuizen in deze regio in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) over de consequenties van de bevolkingskrimp op de instandhouding van de acute verloskundige zorg. Tevens is sprake van samenwerking tussen de ziekenhuizen in deze regio en het UMCG gericht op instandhouding van voldoende zorg van voldoende kwaliteit in deze regio. Hierbij staat het behoud van de basiszorg in de regio Oost-Groningen centraal.

14.

Weet u dat daardoor de reistijden in acute situaties voor vrouwen die (moeten) bevallen tot wel rond het uur kunnen oplopen waar de norm voor ambulances voor de tijd van "plek des onheils" naar het ziekenhuis op circa 20 minuten kan worden aangehouden?

14.

In antwoord op vraag 13 heb ik aangegeven dat de ziekenhuizen geen concentratieplannen hebben met betrekking tot de verloskundige zorg. Van een situatie waarin u in uw vraag op doelt, is geen sprake.

15.

Deelt u de zorgen dat juist een poortspecialisme als gynaecologie voor de gewone geboortezorg met een dergelijke constructie in Oost-Groningen onder onze kwaliteitsgrens voor acute zorg uitkomt? Zo ja, bent u dan van oordeel dat bij concentraties als hier mogelijk aan de orde dezelfde regels moeten worden gehanteerd als bij fusie, en u de IGZ opdracht nauwgezet te beoordelen of de minutennorm niet wordt overschreden?

15.

Zoals ik al heb aangegeven, is van een dergelijke constructie geen sprake. Ik ben geen voorstander van concentratie als dat niet echt nodig is. De zorg moet zo dicht mogelijk bij de mensen beschikbaar blijven. Ik realiseer me dat dit niet altijd kan omdat anders de kwaliteit onder de maat komt. Net als bij fusies zal ook bij concentraties goed gekeken moeten worden naar nut en noodzaak. Als het om kwaliteitsoverwegingen niet anders kan dan over te gaan op concentratie, zal ik de lokale partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheid met alternatieve vormen van zorg te komen.

16.

Deelt u de opvatting dat langere reistijden vooral gevolgen kunnen hebben voor de uitkomsten van zwangerschap voor de hoog risico zwangeren die al onder begeleiding van een gynaecoloog zijn, en waar vertraging in zorgverlening cruciaal kan zijn? Zo ja, wat gaat u hier dan aan doen?

16.

Als zwangere vrouwen tijdig naar het ziekenhuis worden verwezen, hoeft een langere reistijd geen probleem te zijn. De problemen ontstaan pas als een zwangere vrouw *last-minute* naar een ziekenhuis wordt verwezen, want dan telt elke seconde en neemt het risico op complicaties toe.

Gynaecologen en verloskundigen dienen over de doorverwijzing lokaal protocollair vastgelegde afspraken te maken.

17.

Deelt u de mening dat belangrijke oorzaken voor de problemen van de perifere ziekenhuizen met het continueren van de verloskundige zorg zijn, de capaciteit aan obstetristen en het wegvallen van de beschikbaarheidsfinanciering door opname van de verloskundige zorg in het zogenaamde B-segment van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)? Zo nee, waarom niet? Zo ja wat gaat u doen met dit gegeven?

17.

Er is geen sprake van het wegvallen van de beschikbaarheidsfinanciering in de DBC Verloskunde. Er is namelijk geen aparte beschikbaarheidsfinanciering voor de verloskunde. In iedere DBC is opgenomen hoeveel tijd een specialist gemiddeld besteedt aan een behandeling (normtijd). Hierin zijn al beloningsafspraken verwerkt over onregelmatig werken, dus het beschikbaar zijn van specialisten in avond-, nacht- en weekenduren. Zowel voor vrijgevestigde specialisten als specialisten in loondienst. Indien specialisten zorg leveren die een grotere mate van beschikbaarheid vereist kan voor deze buitengewone inconvenianten, de bandbreedte van het uurtarief worden gebruikt. Over het gebruik van de bandbreedte kan de maatschap of de medisch staf afspraken maken met de Raad van Bestuur.

18.

Bent u van mening dat de vrouwen in Nederland, ieder jaar opnieuw circa 180.000, het recht op een keuze voor de plaats van bevallen moeten kunnen houden tenzij dat om individueel medisch en/of sociale argumenten niet houdbaar is? Houdt u de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht om vrouwen in Nederland veilige geboortezorg te leveren?

18.

Ik ben van mening dat de zwangere de keuze moet hebben om thuis of in het ziekenhuis van haar keuze te bevallen. Indien de bevalling thuis plaatsvindt, moet een snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis (binnen 45 minuten) in geval van acute complicaties mogelijk zijn. Als dit niet het geval is, is het niet verantwoord om thuis te bevallen en is thuis bevallen op eigen risico. De zwangere dient goed geïnformeerd te worden over de voor- en nadelen en de mogelijke risico's van het thuis bevallen.

De komende jaren zullen zorgverzekeraars hun rol moeten waarmaken. Zij moeten laten zien dat zij een belangrijke schakel zijn in het bevorderen van kwaliteit en veiligheid van zorg tegen een passende prijs.

19.

Bent u van mening dat een goede spreiding van de klinische verloskunde door het land voor een adequate bereikbaarheid van de voorzieningen noodzakelijk is? Zo nee, waarom niet?

19.

Zoals ik in antwoord op vraag 1 heb aangegeven, vind ik dat zorg in beginsel zo dicht mogelijk bij de mensen aangeboden moet worden.

Het is goed dat ziekenhuizen proactief nadenken over verbetering van de kwaliteit van de verloskundige zorg. Om de kwaliteit te kunnen blijven borgen kan in sommige gevallen concentratie niet worden uitgesloten. In mijn antwoord op vraag 18 heb ik de mogelijke gevolgen van een dergelijke concentratie aangegeven. Ik realiseer me dat in die gevallen de keuzevrijheid voor de mensen wordt ingeperkt. Ik vind dan ook dat in die gevallen lokaal alternatieven geboden moeten worden om voor de mensen in de regio voldoende keuzemogelijkheden beschikbaar te houden.

20.

Acht u het opportuun om de ontwikkelingen die er nu zijn in het land om de verloskundige zorg te centreren te stoppen in afwachting van een helder advies hierover van het College Perinatale Zorg dat zeer binnenkort wordt ingesteld?

20.

In de brief van 14 december 2010 geef ik aan dat ik de IGZ verzoek om van alle ziekenhuizen vóór de zomer van 2011 een plan van aanpak te vragen betreffende de acute verloskundige zorg. Hiertoe stuurt de IGZ na 1 april 2011 een brief aan de ziekenhuizen waarin zij aangeeft wat zij van de ziekenhuizen in hun plan van aanpak verwacht en hoe zij gaat toetsen en handhaven.

In dit plan dienen de ziekenhuizen aan te geven wat nodig is om aan de normen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte te voldoen. Op korte termijn vindt overleg plaats met de veldpartijen om duidelijkheid te krijgen over de definitie van de 15 minuten norm en de overige normen uit het advies met betrekking tot de optimalisering van de verloskundige keten uit het advies van de Stuurgroep.

Ik vind het prima dat ziekenhuizen proactief aan de slag gaan met het nadenken over de wijze waarop zij de verloskundige zorg kunnen verbeteren door aan de gestelde kwaliteitseisen te voldoen.

1) Twentsche Krant Tubantia, 'Geen bevallingen meer in ZGT Almelo' 12 januari 2011

2) Rapport 'Een goed begin'. Dec 2009.

3) Vergaderjaar 2010-2011 Z19858

4) Regeerakkoord 'Vrijheid en verantwoordelijkheid'.

5) Kanaalstreek.nl, Ziekenhuis Stadskanaal| Refaja en OZG maken samen plan van aanpak, 12 januari 2011

6) Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2009-2010, nr. 612