

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 EADEN HAAG

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

Ons kenmerk
104682-100760-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
5 november 2012

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

Datum 15 november 2012
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Bruins Slot (CDA) en Mulder (CDA) over het bericht 'Bevallen kan niet meer in ziekenhuis Meppel' (2012Z18761).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Bruins Slot (CDA) en Mulder (CDA) over het bericht 'Bevallen kan niet meer in ziekenhuis Meppel' .
(2012Z18761)

1

Bent u bekend met het bericht dat bevallen niet meer kan in het ziekenhuis van Meppel? 1)

1

Ja, ik ben bekend met het besluit van de Raad van Bestuur van Zorgcombinatie Noorderboog om bevallingen vanaf 1 januari 2013 niet meer in het Diaconessenhuis te laten plaats vinden.

2

Is het waar dat er niet meer bevallen kan worden, omdat er jaarlijks niet genoeg bevallingen plaatsvinden?

2

De Raad van Bestuur van Zorgcombinatie Noorderboog heeft, omwille van kwaliteit en doelmatigheid het besluit genomen om bevallingen vanaf 1 januari 2013 niet meer in het Diaconessenhuis te laten plaatsvinden. Doorslaggevend voor dit besluit is het gegeven dat goede bevallingszorg in de nabije toekomst in Meppel niet te garanderen is vanwege het aanstaande tekort aan gynaecologen. Dit tekort volgt op het pensioen van een van de in Meppel werkzame gynaecologen. Aangegeven wordt dat het maximale is gedaan om nieuwe gynaecologen aan te trekken voor Meppel, maar dit is niet gelukt. Het feit dat er slechts 700 bevallingen per jaar plaatsvinden, speelt hierin een belangrijke rol. Naast risico's op het gebied van de kwaliteit is er bij dit aantal bevallingen ook sprake van een grote mate van ondoelmatigheid. Om goede bevallingszorg te leveren, is het immers nodig om 24/7, 365 dagen per jaar, een volwaardig team van gynaecologen, verpleegkundigen, klinisch verloskundigen, een OK-team en anesthesiologen beschikbaar te hebben.

3

Welk oordeel heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) uitgesproken over de kwaliteit van bevallingen in het ziekenhuis van Meppel?

3

De IGZ houdt toezicht op basis van informatie uit meldingen, kwaliteitsindicatoren en thematoezicht. Deze informatie heeft de afgelopen periode geen aanleiding gegeven om specifiek nader onderzoek in te stellen naar de kwaliteit en veiligheid van de verloskunde in het Diaconessenhuis Meppel.

De IGZ heeft wel geconstateerd dat de implementatie van een aantal normen uit het Advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, zoals de vorming van een Verloskundig Samenwerkingsverband, in Meppel vertraagd of aangehouden is, in afwachting van het besluit over de verloskundige organisatie.

4

Welke indicaties zijn er dat de kwaliteit van verloskundige zorg in Meppel onvoldoende is (niet voldoet aan de standaarden)?

4

Zie mijn antwoord op vraag 3.

5

Waarom is er niet voor andere oplossingen gekozen zoals dat artsen uit het ziekenhuis van Zwolle diensten draaien in Meppel?

5

Professor Blijham, die als onafhankelijk deskundige is ingehuurd om, in overleg met alle betrokkenen een advies te geven over de toekomst van de verloskundige zorg in de regio, heeft ook alternatieve voorstellen, zoals het satellietmodel waarin artsen uit Zwolle diensten draaien in Meppel, meegenomen in zijn analyse. Om het satellietmodel doelmatig vorm te geven zouden er ook extra bevallingen in Meppel moeten gaan plaats vinden. Er wordt gesuggereerd om dit aan te pakken door de bevallingen van vrouwen uit noordwest Overijssel, die nu in Zwolle plaatsvinden, naar Meppel te verplaatsen. De heer Blijham heeft uitgerekend, dat het daarbij slechts om ongeveer 150 bevallingen gaat, indien deze vrouwen ook daadwerkelijk in Meppel willen bevallen. In zijn advies geeft hij aan dat het satellietmodel wat hem betreft daarmee niet haalbaar en ondoelmatig is.

6

Is het waar dat bevallen in Meppel wel mogelijk is op basis van de 45-minutennorm?

6

Ik ga er vanuit dat u hier thuis bevallen in de regio Meppel bedoelt. In overleg met Achmea, de RAV-en in Drenthe, Friesland, IJsselland en Flevoland heeft het RIVM een aantal scenario's doorgerekend. Achmea heeft op basis van deze doorrekening een aantal afspraken met de RAV-en gemaakt om de bereikbaarheid binnen de 45 minutennorm te garanderen. Zo is afgesproken dat er een tijdelijke extra standplaats in Vollenhoven wordt geplaatst. De RIVM doorrekening van dit scenario toont een verbetering van de bereikbaarheid in de regio aan ten opzichte van de huidige situatie. Het rendement van deze oplossing voor de patiënt zal gedurende een periode van één jaar gemonitord worden, waarna een definitief besluit wordt genomen. Uitgangspunt in dit besluit is dat de bereikbaarheid in de regio niet verslechtert en waar mogelijk verder verbetert.

7

Welke gevolgen heeft dit besluit van de raad van bestuur voor de toekomst van de acute zorg in Meppel?

7

Professor dr. Blijham concludeert in zijn onderzoek dat er met het beëindigen van de bevallingen in Meppel "voldoende ruimte overblijft voor profilering als een goed streekziekenhuis". Ook verzekeraar Achmea geeft aan dat er een regionaal, eigen en vertrouwd ziekenhuis blijft in Meppel. Met alle basisfuncties die de regio nodig heeft en een dag en nacht geopende spoedpost. Het verplaatsen van de klinische verloskunde naar Zwolle heeft geen nadelige gevolgen voor het profiel van het ziekenhuis in Meppel zoals zich dat nu lijkt te ontwikkelen.

8

Hoe staat het met de uitvoering van de motie Arib/Smilde over regionale standaarden voor de geboortezorg? 2)

8

Het College Perinatale Zorg (CPZ) heeft de raden van bestuur van de ziekenhuizen aangeschreven met de vraag om de keten van geboortezorg in de regio te beschrijven. Dit betekent dat alle betrokkenen een gezamenlijk document maken waarin de samenwerkingsafspraken concreet zijn beschreven. Hierbij gaat het uiteraard ook om een naadloze aansluiting van de geboorteketen op de acute opvang of klinische behandeling in het ziekenhuis. Het doel van het gezamenlijke plan is een goede uitkomst voor moeder en kind. Dit doel overstijgt de individuele belangen van professionals en aanbieders. Het CPZ zal de samenwerkingsafspraken vanuit dit doel beoordelen en vergelijken. Het CPZ faciliteert de ontwikkeling van regionale plannen voor de geboortezorg door middel van ondersteunende documenten, zoals een concept checklist voor regionale samenwerkingsverbanden en een voorbeeld van een zorgpad geboortezorg. Zie voor de meest recente versies van deze documenten www.goedgeboren.nl. Daarnaast zal het CPZ op deze website alle regionale situaties vermelden. Het CPZ wil vóór het eind van dit jaar een overzicht hebben van alle regionale plannen.

9

Ligt het niet voor de hand dat het sluiten van de verloskamers wordt aangehouden totdat er duidelijkheid is over het landelijk dekkend netwerk van regionale zorgstandaarden voor geboortezorg?

9

Nee, de eigen regio kan en moet de eigen verantwoordelijkheid nemen binnen de bestaande kaders voor kwaliteit en bereikbaarheid. Dat is ook de afgesproken werkwijze. Het CPZ faciliteert de ontwikkeling van standaarden door het veld en neemt waar nodig regie. In alle regio's wordt gewerkt aan betere samenwerking, ieder op zijn eigen lokale wijze, en aan verdere verbetering van zorg. De specifieke regionale kenmerken, zoals in de regio Meppel, dienen te worden meegenomen in de regionale samenwerkingsafspraken. De ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk volgt vervolgens de ontwikkeling in de regio's.

10

Welke gevolgen heeft dit voor de kosten van de verloskundige keten in de regio Meppel?

10

Er zijn tijdelijk extra kosten vanwege herindeling in het ziekenhuis, met name de sluiting van de afdeling klinische verloskunde en de afdeling neonatologie in Meppel. Daarnaast zijn er kosten ten aanzien van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de verloskundigen en ten aanzien van de ambulancezorg. Gedurende het komend jaar wordt dit door verzekeraar Achmea, met de betrokkenen (het ziekenhuis, de verloskundige praktijken en de RAV's), gemonitord en geeft zij aan hierin vanuit haar zorgplicht haar verantwoordelijkheid nemen.

11

Waarom is slechts tot 31 december 2012 voldaan aan de voorwaarden van de 45-minutennorm en de samenwerkingsafspraken tussen de beide ziekenhuizen? Welke veranderingen zijn na 31 december 2012 te verwachten? 3)

11

Vanwege het pensioen van een van de gynaecologen is het niet meer mogelijk om na 1 januari 2013 goede bevallingszorg in het Diaconessenziekenhuis te garanderen (zie mijn antwoord op vraag 2). Om ook per 1 januari 2013 aan de voorwaarden voor bereikbaarheid en kwaliteit te voldoen geeft Achmea ten eerste aan een aantal afspraken met de RAV-en te hebben gemaakt waarvan onderzoek van het RIVM aantoont dat de bereikbaarheid in de regio zelfs verbetert. Ten tweede dienen verloskundigen en gynaecologen goede samenwerkingsafspraken met elkaar maken. Het is in eerste instantie aan de verloskundigen en gynaecologen om deze afspraken te maken. De verzekeraar Achmea geeft aan dat zij dit proces monitort en waar nodig de regie neemt. Achmea heeft de eis van deelname aan een goed werkend Verloskundig Samenwerkingsverband vanaf 2013 ook opgenomen in de contracten geboortezorg. Om voor een contract in aanmerking te komen is deelname aan een goed werkend Verloskundig Samenwerkingsverband een vereiste. Dit geldt zowel voor de contracten met verloskundigen als voor de contracten met het ziekenhuis (gynaecologen). Ook de verloskundigen hebben aangegeven dat zij zich willen inzetten om zo snel en goed mogelijk invulling te geven aan de randvoorwaarden om ook na 1 januari 2013 verantwoorde zorg te leveren. De IGZ zal erop toezien dat aan de randvoorwaarden voor kwaliteit en bereikbaarheid in de regio wordt voldaan.

12

Kunt u aangeven in hoeverre het ziekenhuisbestuur de lokale bevolking heeft meegenomen in de plannen om verloskundige zorg te schrappen? Deelt u de mening dat een ziekenhuis meer is dan alleen een verzamelplek van zorg, maar ook een maatschappelijk instelling met betekenis voor de omgeving en dat daarom lokaal draagvlak voor te nemen beslissing van groot belang is?

12

Na de aanvankelijk te snel genomen beslissing eerder dit jaar is een nieuw en zorgvuldig proces gestart om met alle lokale betrokkenen te spreken en te overleggen. Dat proces is gemedieerd door het College Perinatale Zorg en de Commissaris van de Koningin. Dit leidde tot de constatering dat hoor-wederhoor en betrokkenheid van belanghebbenden onvoldoende was geweest. Vervolgens zijn de partijen in de regio zelf opnieuw het proces gestart onder leiding van professor Blijham. De lokale bevolking is in de besluitvorming niet betrokken geweest. Wel is de gemeente Meppel betrokken in bijeenkomsten en het advies van professor Blijham.

Ik deel uw mening dat een ziekenhuis een maatschappelijke functie in een regio heeft. Maar de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg is mijns inziens leidend. Lokaal draagvlak is mijns inziens belangrijk, maar de concentratie van afdelingen, voor zover dit gaat over de interne organisatiestructuur, is een zaak van de zorginstellingen en -aanbieders zelf.

13

Hoe ziet de toekomst van het streekziekenhuis Meppel eruit? Deelt u de mening dat het belangrijk is om in de regio ruimte te houden voor streekziekenhuizen?

13

Zie mijn antwoord op vraag 7.

1) www.telegraaf.nl 1 november 2012)

2) Kamerstuk 32 279, nr. 25

3) persbericht

ziekenhuis: <http://www.noorderboog.nl/content.jsp?parentid=2583&objectid=435>

7