

Vergaderjaar 2018–2019

31 016

Ziekenhuiszorg

29 247

Acute zorg

Nr. 218

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 april 2019

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer heeft mij op 22 maart 2019 feitelijke vragen gesteld over de stand van zaken rondom het faillissement van de failliete ziekenhuizen, en mij verzocht deze vragen voorafgaand aan het algemeen overleg Stand van zaken ziekenhuisfaillissementen op 25 april 2019 te beantwoorden. Hierbij ontvangt u de antwoorden op deze vragen.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

Vragen van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met beantwoording door de Minister voor MZS

1. Welke signalen krijgt u van de voor ziekenhuiszorg in Flevoland verantwoordelijke zorgverzekeraar, Zilveren Kruis, over de ontwikkelingen binnen Flevoland?

2. Welke contacten heeft u met de voor Flevoland verantwoordelijke zorgverzekeraar Zilveren Kruis? Welke afspraken heeft u met Zilveren Kruis over informatie-uitwisseling? Heeft u geborgd dat Zilveren Kruis u effectief en adequaat in positie brengt en houdt als systeem-verantwoordelijk bewindspersoon? Hoe heeft u dat gedaan?

1 en 2:

De contacten met zorgverzekeraar Zilveren Kruis lopen met name via de toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit. In de periode voorafgaand aan de overgang van zorg naar St Jansdal hebben St Jansdal, Zilveren Kruis en de curatoren in wekelijkse rapportages over de voortgang van deze overgang gerapporteerd aan de toezichthouders (NZa en IGJ) en aan het Ministerie van VWS. Om de toegankelijkheid te bewaken monitort de NZa alsook Zilveren Kruis de wachttijden in de regio periodiek in de gaten. Daarnaast vindt indien daar aanleiding toe is op ad hoc basis telefonisch contact plaats.

3. Ziet u ook dat veel specialisten en ander personeel van de IJsselmeer-ziekenhuizen niet meer in beeld zijn bij de doorstart waarbij het Harderwijks St Jansdal de regie en primaire verantwoordelijkheid heeft? Welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag naar uw informatie? Is de op dit punt inmiddels ontstane situatie voor u niet aanleiding om extra maatregelen te nemen om veilig te stellen dat alsnog binnen afzienbare termijn en zo snel mogelijk de in het vooruitzicht gestelde voorzieningen in Flevoland daadwerkelijk beschikbaar komen?

4. Merkt u tevens op dat de beperkte instroom van personeel uit MC Zuiderzee, zeker als het specialisten betreft, nog een ander effect heeft, namelijk dat zij (al dan niet in een maatschap) voor zichzelf beginnen? En dat zij daarbij patiënten meenemen en zich verbinden met andere ziekenhuizen, of in ieder geval afstand nemen van St Jansdal? En dat dit niet alleen leidt tot versnippering, maar ook tot een kleiner «markt-aandeel» voor St Jansdal, waardoor een neerwaartse spiraal dreigt? Wat is er door wie aan gedaan om dat te voorkomen? En zo er geen actie, bemiddeling of iets dergelijks is geweest, waarom niet?

3 en 4:

St Jansdal heeft een doorstart gerealiseerd na het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Daarbij is er door St Jansdal van uitgegaan dat men de helft van het aantal patiënten van MC IJsselmeerziekenhuizen zou verliezen, onder meer door reisafstanden en door de veranderingen in het zorgaanbod. Dat betekent dat St Jansdal niet alle medewerkers van de MC IJsselmeerziekenhuizen kon overnemen. St Jansdal heeft laten weten dat toch meer dan 300 mensen zijn aangenomen.

Een aantal medisch specialisten van de voormalige MC IJsselmeerziekenhuizen heeft een eigen ZBC opgericht of heeft zich aangesloten bij een reeds bestaande ZBC. Dit geldt in ieder geval voor kaakchirurgie, orthopedie en reumatologie.

Wat betreft het meenemen van patiënten; de handelwijze verschilt per specialist. St Jansdal heeft de afspraak met curatoren, IGJ en verzekeraars gemaakt dat zij de patiënten die op de wachtlijst staan van het oude

ziekenhuis benadert met de vraag of zij zorg willen ontvangen van St Jansdal, om te voorkomen dat patiënten niet de zorg krijgen die zij nodig hebben en tussen was en schip raken. St Jansdal neemt daarom contact op met de patiënten om te vragen of zij ermee akkoord gaan om zich in het St Jansdal te laten behandelen. Natuurlijk heeft een patiënt de keuzevrijheid om naar een andere zorgaanbieder te gaan en eventueel zijn of haar dossier op te vragen. Zoals vaker in uw Kamer besproken is vrije artskeuze voor patiënten een groot goed. Het is aan patiënten om te kiezen van wie zij zorg willen ontvangen.

Het voorgaande zou inderdaad kunnen leiden tot versnippering en een kleiner marktaandeel voor St Jansdal. Om een breed aanbod aan specialismes in Lelystad te kunnen bieden is het belangrijk dat er voldoende zorgvraag is vanuit Lelystad. In deze fase kan niet gesproken worden van een neerwaarts spiraal.

Zorgverzekeraars waarborgen vanuit hun zorgplicht bij de contractering voldoende beschikbaarheid van zorg. Daarbij is de balans tussen enerzijds het voorkomen van discontinuïteit van zorgaanbod en anderzijds voldoende vrije keuze voor hun verzekerden een aandachtspunt.

Zoals u weet heb ik een toekomstverkenner gevraagd om in nauw overleg met de betrokken partijen in de regio een visie te ontwikkelen op de zorg in Flevoland vanaf 2020. Ik verwacht zijn rapport voor de zomer. Deze visie zal een bijdrage leveren aan de toekomstige inrichting van het zorgaanbod in Flevoland.

5. Welke concrete stappen staan u voor ogen om de beoogde betrokkenheid van regionale c.q. provinciale en ook lokale overheden bij het systematisch en structureel bij elkaar brengen van vraag en aanbod van ziekenhuiszorg op regionaal niveau te bevorderen en te borgen? Welke maatregelen staan u daarbij voor ogen om die positie van regionale en lokale overheden structureel ook voldoende sterk in te vullen? Welke concrete stappen heeft u inmiddels reeds hiertoe gezet?

Ik vind het belangrijk dat onder meer gemeenten en provincies betrokken zijn bij wijzigingen in het aanbod van ziekenhuiszorg.

In de verschillende hoofdlijnakkoorden die mijn collega's van VWS en ikzelf in 2018 hebben afgesloten, is afgesproken dat «partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk». In verschillende regio's zie ik dat vanuit de provincie het initiatief wordt genomen tot het instellen van een «regio-tafel»; in Drenthe is daar bijvoorbeeld al enige tijd sprake van, en in onder meer Groningen wordt daar nu ook het initiatief toe genomen. Bij zo'n regiotafel zitten provincie, gemeenten, zorgaanbieders,

patiënten en zorgverzekeraars gezamenlijk om tafel om over de toekomst van de zorg in de regio te spreken. Ik ben al verschillende keren bij de Drentse Zorgtafel aanwezig geweest en draag waar ik kan ook uit dat ik dit initiatief van harte ondersteun.

Met name bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg zijn er vaak zorgen over de toegankelijkheid van de zorg. Zoals ik in het Schriftelijk Overleg met betrekking tot de concept amvb acute zorg (Kamerstuk 29 247, nr. 268) heb aangegeven, vind ik dat gemeenten voorafgaand aan besluitvorming hun zorgen moeten kunnen uiten en suggesties moeten kunnen doen. Ik vind dat de zorgaanbieder deze zorgen en suggesties moet meewegen in zijn besluitvorming en ook aan de gemeenten moet terugkoppelen wat hij er wel of niet mee heeft gedaan. Alleen maar

informerende van gemeenten is bij sluiting van acute zorg niet voldoende. Ik zal in de amvb ook de mogelijkheid creëren om bij ministeriële regeling regels te stellen over de wijze waarop gemeenten in de regio betrokken moeten worden. In aanvulling daarop werken de IGJ en NZa op mijn verzoek aan de totstandkoming van een handreiking / toezichtskader met betrekking tot een zorgvuldige proces- en besluitvorming bij wijzigingen in het ziekenhuislandschap.

6. Heeft u ook al concrete stappen gezet voor de inzet naar een nieuwe vorm van samenwerking in de regio, waarbij meer ruimte geboden zal worden om over de schotten heen te werken en er zodoende stevige zorgketens kunnen ontstaan tussen de nulde en derde lijn? Welke stappen zijn dit?

Het proces dat het team van de toekomstverkenner doorloopt, voorziet erin dat er vijf werkgroepen met professionals en twee werkgroepen met bestuurders actief zijn. In deze verschillende werkgroepen zijn vertegenwoordigd professionals en bestuurders uit de omliggende ziekenhuizen, huisartsen, de ROAZ-en, ambulancevoorzieningen, verloskundigen, verpleging- en verzorgingsorganisaties, organisaties voor maatschappelijke ondersteuning en welzijn, woonzorgorganisaties, alsmede bestuurders van betrokken gemeenten, de provincie, de Stichting Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad, de Flevolandse patiëntenorganisatie en zorgverzekeraars.

De werkgroepen zijn in maart en april bijeengekomen, en komen in mei weer bij elkaar. Door deze werkwijze kunnen nieuwe verbanden worden gelegd en leren mensen en organisaties elkaar kennen. In de bestuurlijke groepen zullen deze verbanden ook worden verankerd in concrete acties/vervolgstappen. Het team van de toekomstverkenner richt zich hierbij op de acute zorg, de verloskunde, en de klinische zorg voor kwetsbare groepen.

7. Wat zijn de laatste berichten over de concrete aanrijtijden van ambulances binnen Flevoland en hoe verhouden die zich tot de concrete richtlijnen en plafonds die in dat verband tussen regering en Kamer zijn vastgelegd? Ziet u aanleiding voor aanvullende maatregelen binnen Flevoland?

Ik ga ervan uit dat u doelt op de »15-minutennorm« die is vastgelegd in de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg. Die luidt dat een Regionale ambulancevoorziening (RAV) ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding aanwezig moet zijn. De NZa heeft mij laten weten dat de prestaties van RAV Flevoland in de periode augustus – december 2018 zijn gestegen, ten opzichte van dezelfde periode in 2017. Voor de RAV Flevoland geldt momenteel een responspercentage van ongeveer 96%. Dit is gebaseerd op ruwe rit-data die nog niet is geverifieerd door het RIVM (dit gebeurt eenmaal per jaar). Deze responspercentages worden in de dagelijkse praktijk tussen zorgverzekeraars en RAV lopende het jaar gedeeld, zodat gezamenlijk voortdurend kan worden gewerkt aan een optimale inzet van ambulance capaciteit. Op basis van bovenstaande informatie zie ik geen reden voor aanvullende maatregelen met betrekking tot de ambulancezorg in Flevoland.

8. Wat is uw beeld als het gaat om werkelijke tijden (de spreiding om het rekenkundig gemiddelde) en in relatie tot die gevallen waarbij thans door ambulances moet worden doorgereden wanneer het aanvankelijk beoogde ziekenhuis geen capaciteit blijkt te hebben en er dus verder gereden moet worden naar een volgend ziekenhuis? Laat u zich infor-

meren over het aantal gevallen waarin dit inmiddels al zo heeft plaatsgevonden? Wordt deze categorie gevallen momenteel naar uw oordeel goed geregistreerd en gemonitord? Hoe weegt u het beeld op dit punt en de ontwikkeling die zich in deze aftekent?

De RAV Flevoland heeft mij laten weten dat de totale rijtijd (van 112-melding tot aankomst op bestemming (in het ziekenhuis)) inmiddels is gestabiliseerd. De RAV verzekert mij dat het niet voorkomt dat, in geval van een patiënt in een levensbedreigende situatie, de ambulance onverwacht door moet rijden naar een ander ziekenhuis, omdat er in het eerst aangegeven ziekenhuis geen capaciteit blijkt te zijn. De ambulance-verpleegkundigen zijn op de hoogte van waar ze naar toe moeten met hun verschillende patiënten; dat behoort tot hun dagelijkse werk. De meldkamer heeft een actueel overzicht van eventuele sluitingen / stops in de omliggende ziekenhuizen. Als een patiënt naar (de SEH van) een ziekenhuis moet, wordt deze of al door de huisarts/ verloskundige van tevoren aangekondigd bij het ziekenhuis, of de meldkamer ambulancezorg kondigt de patiënt van tevoren aan bij het ziekenhuis. Bij deze (voor)aan-kondiging zal het ziekenhuis altijd direct melden als er een capaciteitsprobleem is en dan rijdt de ambulance direct door naar een ander ziekenhuis. Zoals gezegd geldt dit niet voor een patiënt in een levensbedreigende situatie; die kunnen altijd terecht op de SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat passende zorg biedt.

9. Wat zijn uw belangrijkste aandachtspunten op dit moment, vanuit uw rol en verantwoordelijkheid, waar het gaat om de situatie en de ontwikkeling op het punt van de ziekenhuiszorg in Flevoland?

Mijn voornaamste aandachtspunt voor de korte termijn is dat de continuïteit van goede zorg – zowel acuut als electief – in Flevoland voor patiënten is gewaarborgd. De toezichthouders IGJ en NZa houden hier nauwlettend toezicht op. Voor de wat langere termijn vind ik het van groot belang dat een breed gedragen visie wordt opgesteld over de toekomstige inrichting van de zorg in Flevoland, inclusief de vraag of het mogelijk is om de SEH en afdeling acute verloskunde in Lelystad terug te laten keren. De door mij aangestelde toekomstverkenner is daar met zijn team hard mee aan de slag. Ik verwacht zijn rapportage voor de zomer en zal die aan uw Kamer doen toekomen.

10. Kunt u een overzicht geven van de aanvullende specialismen – die binnen het ziekenhuis in Lelystad werden aangeboden door derde partijen – behouden kunnen blijven? Hoe wordt geborgd dat deze specialismen goed aansluiten op het aanbod van St Jansdal in Lelystad?

St Jansdal heeft mij laten weten dat de aanvullende specialismen wat St Jansdal betreft gewoon in het gebouw aanwezig blijven. Het gaat daarbij om bariatrie en nefrologie die worden aangeboden door het Flevoziekenhuis; kinderdiabetes dat wordt aangeboden vanuit Isala; oogheelkunde wordt aangeboden door Zonnestraal; en revalidatiegeneeskunde wordt aangeboden door Merem. Om ervoor te zorgen dat de zorg van deze specialisten goed aansluit op het zorgaanbod van St Jansdal in Lelystad worden er samenwerkingsafspraken gemaakt met deze derde partijen.

11. Klopt het dat er van de 89 specialisten uit de MC IJsselmeerziekenhuizen slechts 14 specialisten zijn meegegaan naar St Jansdal? Kunt u aangeven waar de overige 75 specialisten zijn gebleven? Is de op dit punt inmiddels ontstane situatie voor u aanleiding om extra maatregelen te nemen om veilig te stellen dat alsnog binnen afzienbare termijn en zo snel mogelijk de in het vooruitzicht gestelde (aanvullende) voorzieningen in Flevoland daadwerkelijk beschikbaar komen?

St Jansdal heeft laten weten dat er voldoende medisch specialisten zijn aangenomen om de benodigde zorg te kunnen leveren. Deze specialisten komen niet alleen van MC IJsselmeerziekenhuizen (dat waren er overigens 16) maar ook van andere plaatsen. Van zorgverzekeraar Zilveren Kruis heb ik begrepen dat op een aantal specialismes medisch specialisten die voorheen in de MC IJsselmeerziekenhuizen werkten ervoor hebben gekozen een ZBC op te richten of om zich aan te sluiten bij een bestaande ZBC. Dit geldt in ieder geval voor plastische chirurgie, kaakchirurgie, orthopedie en reumatologie. Ik beschik verder niet over exacte informatie waar de overige medisch specialisten zijn gebleven.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht om voldoende zorg van goede kwaliteit aan hun verzekerden te kunnen garanderen. De NZA en de zorgverzekeraars monitoren in dat kader de toegangstijden voor de tweedelijnszorg.

De in eerdere antwoorden genoemde toekomstverkenner werkt op dit moment aan een visie op de toekomstige zorg in Flevoland. Daaruit zal ook blijken welke (aanvullende) zorgvoorzieningen gewenst zijn in deze regio.

12. Is er momenteel, gelet op de zorgen die hierover zijn geuit, voldoende capaciteit beschikbaar bij de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het St Jansdal in Harderwijk en Lelystad?

De NZa heeft mij laten weten dat St Jansdal op 4 maart is gestart met één kaakchirurg in Lelystad. Tussen St Jansdal en de zorgverzekeraar zijn afspraken gemaakt zodat praktisch kan worden opgeschaald indien dit nodig blijkt. Een belangrijke indicatie van de capaciteit zijn de wachttijden. De wachttijd voor kaakchirurgie ligt bij het St Jansdal onder de Treeknorm, aldus de NZa. Voor de actuele wachttijden, zie <https://www.stjansdal.nl/wachttijden#Kaakchirurgie>.

13. Het ziekenhuis in Lelystad had in een iets verder verleden een speciale Spoedeisende Hulp (SEH)-status, juist omdat in een gebied als Flevoland de werkelijke aanrijtijden veelal een precair punt bleken te zijn en er relatief veelvuldig van overschrijdingen van normtijden sprake bleek te zijn; is er geen reden om, gelet op het zich thans aftekenend beeld, opnieuw een dergelijke speciale SEH-status toe te kennen aan de spoedeisende hulp-faciliteiten die St Jansdal momenteel in Lelystad weer op poten tracht te zetten?

In 2011 was de SEH in Lelystad «gevoelig» voor de 45 minuten-norm (Kamerstuk 29 247, nr. 149). Sinds 2013 zijn er echter veel minder «gevoelige» SEH's en is ook Lelystad niet meer «gevoelig» voor de 45 minuten-norm. In die jaren is onder meer het aantal ambulancestandplaatsen toegenomen en deze zijn ook anders gepositioneerd. Daarnaast is het zogenaamde «rijtijdenmodel» aangepast. Na meting van de ambulancesnelheden gedurende een periode van één jaar was namelijk gebleken dat de ambulances in de praktijk sneller rijden dan eerder werd gedacht. Deze factoren zorgen ervoor dat de SEH's in Nederland sneller per ambulance te bereiken zijn in geval van een A1-melding, waardoor er ook minder «gevoelige» SEH's zijn (Kamerstuk 32 854, nr. 20).

Zo'n «speciale SEH-status» waarover in de vraag wordt gesproken hangt dus samen met de 45 minuten-norm. Dit is op dit moment de enige norm die bepaalt welke SEH's niet mogen sluiten. Zoals toegezegd laat ik nader onderzoek doen naar een meer medisch-inhoudelijke onderbouwing van een spreidingsnorm voor spoedzorg. Ik heb daarvoor advies aan de

Gezondheidsraad gevraagd. Op de uitkomsten van dat advies wil ik niet vooruitlopen.

14. Klopt het dat er verschillende niveaus zijn binnen de SEH (1, 2 en 3) en dat niet ieder ziekenhuis dezelfde faciliteiten hoeft te hebben? Welke faciliteiten zijn binnen een ziekenhuis minimaal noodzakelijk om een SEH in stand te houden? Wordt er bij het Kwaliteitskader Spoedzorgketen voldoende rekening gehouden met deze verschillende SEH-niveaus?

Voor SEH's geldt op dit moment geen officiële indeling in verschillende niveaus. Alle SEH's moeten, met name op het gebied van personele bezetting, aan dezelfde minimumvereisten voldoen. Echter, het is niet zo dat alle patiënten ongeacht hun zorgvraag op iedere SEH terecht kunnen: de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg voor bepaalde categorieën patiënten (zoals kinderen) of patiënten met een bepaalde zorgvraag (zoals een acuut coronair syndroom) moeten aanwezig zijn.

Voor traumacentra geldt wel een levelindeling. De locatie Lelystad van de MC IJsselmeerziekenhuizen beschikte voorheen over een level 3 traumacentrum, wat wil zeggen dat patiënten met geïsoleerde letsels zoals een enkel- of heupfractuur daar behandeld konden worden. Patiënten met een complexere zorgvraag werden door de ambulance naar een ziekenhuis met een traumacentrum level 2 of 1 vervoerd. Of en zo ja in hoeverre dit een rol speelt in het (concept) kwaliteitskader spoedzorgketen, zal door de veldpartijen in beeld worden gebracht.

15. Kunt u aangeven welke mogelijkheden er zijn op het gebied van verloskundige zorg in een ambulance (onder weg of ter plaatse) in geval van fluxus (bloedverlies), uitgezakte navelstreng, dalende hartslag van het kind, loslatende placenta of een herseninfarct?

Het Landelijke Protocol Ambulancezorg opgesteld door Ambulancezorg Nederland, NVMMa en V&VN biedt ondersteuning aan ambulanceprofessionals bij het nemen van beslissingen over het leveren van passende zorg. Hierin staat omschreven hoe bijvoorbeeld te handelen bij een fluxus of uitgezakte navelstreng in een ambulance. En ook bij een herseninfarct. De ambulance-eenheid zal, afhankelijk van de individuele situatie, bij de patiënt thuis de nodige handelingen uitvoeren, of besluiten om dit onderweg uit te voeren. De verpleegkundig centralist kan voorafgaand aan de komst van de ambulance al instructies hebben gegeven. Als de ambulance naar het ziekenhuis gaat voor verloskundige zorg, kan de verloskundige mee in de ambulance. Bovendien kan de meldkamer ambulancezorg, op verzoek van de verloskundige of de ambulance-eenheid, bij een (dreigende) verloskundige calamiteit het Medisch Mobiel Team inzetten. Dit is een landelijke afspraak, en is opgenomen in het document MMT inzet- en cancelcriteria.

16. Kunt u aangeven wie de beheerder/eigenaar is van de patiëntgegevens in het geval een ziekenhuis failliet gaat? Kunt u bevestigen dat een patiënt te allen tijde toegang moet hebben tot zijn/haar patiëntgegevens?

Zoals ik in mijn antwoorden d.d. 29 maart jl. op schriftelijke vragen van het lid Agema (PVV)¹ heb aangegeven, kunnen eigendomsrechten onder het Nederlands recht alleen rusten op voor menselijke beheersing vatbare stoffelijke objecten.² Aangezien patiëntgegevens onstoffelijk zijn, kan er geen sprake zijn van eigendom van de patiëntgegevens. Wel kan er sprake zijn van eigendom van gegevensdragers (papier, cd-rom, informatie-

¹ Aanhangsel Handelingen II 2018/19, nr. 2117.

² Artikel 3:2 in samenhang met artikel 5:1, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (BW).

systeem, etc.). Binnen ziekenhuizen zullen gegevensdragers vaak eigendom zijn van het ziekenhuis. Maar ze kunnen ook eigendom zijn van hulpverleners die binnen het ziekenhuis werkzaam zijn in medisch specialistisch bedrijf, als deze de gegevensdragers zelf hebben aangeschaft. De WGBO schrijft voor dat in beginsel alleen de hulpverlener en de betreffende patiënt zelf de medische dossiers mogen en moeten kunnen inzien. Uitzondering op deze regel is overdracht aan een hulpverlener die betrokken is bij de behandeling. Die hulpverlener mag noodzakelijke gegevens zonder toestemming van de patiënt inzien of een afschrift van die noodzakelijke gegevens krijgen. Wanneer hulpverleners uiteengaan (bijvoorbeeld als een hulpverlener bij een ziekenhuis vertrekt), heeft de betrokken hulpverlener in ieder geval recht op een kopie van de dossiers van patiënten voor zover deze door hem als hulpverlener zijn behandeld. Dit volgt volgens de Hoge Raad uit de artikelen 7:454 en 7:456 van

het BW.³ Voor overdracht van medische dossiers aan anderen is in beginsel altijd toestemming van de patiënt nodig. Met deze regels wordt geborgd dat er geen handel wordt bedreven met medische dossiers. Dit geldt ongeacht de eigendomsvraag.

De patiënt heeft, op grond van de behandelingsovereenkomst tussen hulpverlener en patiënt, desgevraagd recht op inzage in of een afschrift van het dossier. Deze plichten blijven gelden als een hulpverlener failliet gaat. De curator is hier dan voor verantwoordelijk.

In het geval van de MC IJsselmeerziekenhuizen is met de curatoren afgesproken dat St Jansdal de medische dossiers van de (voormalige) patiënten van MC IJsselmeerziekenhuizen bewaart/beheert. Maar het bestuur van St Jansdal heeft dus geen inzage in de dossiers.

17. Op welke wijze wordt er concreet uitvoering gegeven aan de motie van de leden Dik-Faber en Arno Rutte⁴ met als doel dat Flevoland koploper wordt in «slimme zorg thuis», anders dan dat er een inspiratie-/innovatiesessie wordt georganiseerd?

De inspiratie-/innovatiesessie op 9 april was inderdaad bedoeld om partijen te inspireren om aan de slag te gaan met innovatieve vormen van zorg om de zorg in de regio te waarborgen en te verbeteren. Daar waar professionals toegevoegde waarde zien in het opzetten van «slimme zorg thuis» zal dat worden bevorderd. Ook wordt er in de onder antwoord 6 genoemde werkgroepen aandacht besteed aan het ontwikkelen en/of opschalen van initiatieven op het gebied van slimme zorg thuis. Dit zal uiteindelijk in de toekomstvisie worden meegenomen.

18. Zal het rapport van de zogenoemde verkenner in Flevoland ook scenario's bevatten? Zo ja, zal één van die scenario's ook een scenario zijn waarbij Flevoland op (ziekenhuis-) zorggebied weer als één samenhangend gebied wordt benaderd, ook gelet op de geografisch-fysieke situatie, historische ontstaansgeschiedenis en de huidige bestuurlijke realiteit?

Het team van de toekomstverkener werkt aan een concreet handelingsperspectief in het licht van een gemeenschappelijk beeld van de toekomst van de zorg in Flevoland. Daarin is de inbreng van de lokale zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars leidend. Er wordt dus gewerkt aan één scenario wat zoveel mogelijk draagvlak heeft.

³ HR 25-05-2012, ECLI:NL:HR:2012:BV8508, m.nt. J. Legemaate.

⁴ Kamerstuk 31 016, nr.208.

De toekomstverkenner heeft aangegeven in het rapport wel kort een aantal andere mogelijkheden aan te stippen.

19. Kan worden geconcludeerd dat de SEH niet gesloten had moeten worden gezien in de brief⁵ wordt aangegeven dat de totale ritduur van de ambulance op Urk is gestegen, en op pagina 2 staat dat een SEH of acute verloskunde (AV) op grond van de 45-minutennorm alleen mag sluiten als het aantal inwoners dat in spoedgevallen (met ambulance) niet binnen 45 minuten op deze afdeling kan zijn, niet toeneemt?

Nee. De 45 minuten-norm heeft geen betrekking op de ritduur van de ambulance maar op de spreiding van SEH's en afdelingen voor acute verloskunde. Zie ook mijn brief van 13 maart jongstleden over de stand van zaken van de MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart (Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr. 213).

20. In de brief wordt aangegeven dat de 45-minutennorm geen prestatienorm is, in het Feitenboek wordt niet ingegaan op de achtergrond van deze spreidingsnorm; vanuit welke overwegingen en op basis van welke argumenten maar ook met welke bedoeling heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) deze norm destijds benoemd?

Deze norm is niet benoemd of vastgesteld door het RIVM. De 45-minutennorm is gedefinieerd in een rapport met betrekking tot de spreiding van ziekenhuiszorg van het toenmalige College bouw ziekenhuisvoorzieningen uit 2002.⁶ «Om ziekenhuiszorg bereikbaar te houden wil ik het zorgsysteem zo inrichten dat de bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor de bereikbaarheid van belang zijn, beschikbaar blijft. (...) De nu bestaande bereikbaarheid van basale spoedeisende ziekenhuiszorg van 45 minuten wil ik als vuistregel aanhouden», aldus de toenmalig Minister van VWS in 2003. Momenteel is de 45 minuten-norm vastgelegd in de beleidsregels bij de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi).

21. In de brief staat dat belanghebbenden in de gelegenheid zijn gesteld om op de conceptversie van het Feitenboek te reageren; is inzichtelijk te maken hoe de belanghebbenden hebben gereageerd op het concept en welke opmerkingen van hen wel of niet zijn doorgevoerd?

De toekomstverkenner heeft aangegeven dat voor de bespreking van het concept Feitenboek op 25 februari jl. afgevaardigden van de gemeenten Lelystad, Dronten, Noordoostpolder en Urk de gelegenheid hebben gekregen om het concept in te zien en hun reactie te geven. Zij hebben het concept Feitenboek toegestuurd gekregen en hebben daarop schriftelijk commentaar gegeven. Ook is met hen persoonlijk gesproken hun commentaar doorgenomen. Aangedragen feitelijke onjuistheden of inhoudelijke aanvullingen zijn verwerkt. Op hoofdlijnen ging het commentaar volgens de toekomstverkenner over de wettelijke spreidingsnorm, de capaciteit van omliggende ziekenhuizen en een verdieping van de analyses over demografische en ziektekenmerken van de bevolking van met name Lelystad en Urk. Op basis daarvan zijn ook enkele aanvullende analyses uitgevoerd.

⁵ Waar hierna wordt gesproken over «de brief» wordt bedoeld op de brief over de stand van zaken MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart, Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr. 213.

⁶ Zie de bijlage bij de Beleidsregels bij de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi), onder 3.1, waarin voor een definitie van de 45-minutennorm wordt verwezen naar de «vervolg-uitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche van 14 januari 2002» van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen

De toekomstverkenner heeft het concept Feitenboek ook aan de provincie Flevoland gepresenteerd. Met de provincie is met name het proces besproken en is de inhoud op hoofdlijnen besproken. Dit heeft niet tot aanpassingen geleid.

Informatie over aanrijtijden waarvoor data van RAV Flevoland is gebruikt, is afgestemd met RAV Flevoland. Het commentaar van de RAV betrof met name het expliciet letten op loze ritten en ritten waar sprake was van EHG (eerste hulp, geen vervoer). Informatie over de prestatienorm en de spreidingsnorm is getoetst bij het RIVM.

Na de presentatie van het concept Feitenboek aan alle betrokkenen op 25 februari, is het diezelfde dag in kleine groepen kort besproken en hebben alle betrokkenen de gelegenheid gekregen hun reactie te geven in de weken erna. De toekomstverkenner heeft aangegeven dat de belangrijkste commentaren in lijn lagen met de eerder genoemde commentaren vanuit de gemeenten. Naar aanleiding van deze commentaren zijn nog enkele aanvullende analyses uitgevoerd die worden meegenomen bij de uiteindelijke rapportage van de toekomstverkenner deze zomer.

22. Hoe oordeelt u over de berichtgeving dat het MC Slotervaart mogelijk verkocht wordt voor € 45 miljoen en teruggaat naar de oude eigenaars Loek Winter en Willem de Boer en vastgoedondernemer Zadelhoff? Hoe kan het dat Zadelhoff het kopen van het Slotervaart een goede businesscase noemt en het Slotervaart failliet is gegaan omdat het niet rendabel zou zijn?

23. Vindt u het aanvaardbaar dat Loek Winter betrokken is bij het koopproces, terwijl er nog een onderzoek tegen hem loopt?

24. Wat vindt u van het plan dat de eigenaars die MC Slotervaart willen opkopen hebben, om het ziekenhuis te ontmantelen en het gebouw te verhuren aan zorgaanbieders en woningbouw te realiseren?

22, 23 en 24:

Naar ik heb begrepen hebben de aandeelhouders aangekondigd een faillissementsakkoord te willen sluiten, gefinancierd door Zadelhoff. Hierbij zouden de vorderingen van alle schuldeisers voldaan worden, met uitzondering van de vordering die de aandeelhouders zelf hebben op MC Slotervaart in verband met een geldlening. De gemeente Amsterdam heeft naar aanleiding van deze berichten echter aangekondigd een procedure te willen starten om het recht van erfpacht te beëindigen en MC Slotervaart daarvoor schadeloos te stellen. Het is dus nog niet duidelijk of het faillissementsakkoord doorgang zal vinden.

Wat mij betreft is van belang dat de schuldeisers van MC Slotervaart, waaronder de oud-werknemers, zoveel mogelijk schadeloos kunnen worden gesteld. Daarnaast lijkt het mij zeer onwenselijk als de huidige aandeelhouders van MC Slotervaart betrokkenheid zouden krijgen bij de toekomstige exploitatie van een zorgcomplex op de locatie van Slotervaart. Dat zou niet uit te leggen zijn aan iedereen die door het faillissement van MC Slotervaart is geraakt, zoals de voormalige patiënten en het personeel van het ziekenhuis.

25. Wat is nodig om de acute spoedeisende hulppost en de klinische verloskunde weer terug te brengen in Lelystad? Waarom kan dit wel in Terneuzen en waarom zou dit niet kunnen in Lelystad?

Zoals eerder aan uw Kamer gemeld hebben St Jansdal en de Antonius Zorggroep te kennen gegeven dat zij het op korte termijn niet mogelijk

⁷ <https://www.trouw.nl/home/mc-slotervaart-mogelijk-terug-naar-eigenaars-unieke-situatie~a1924340/>.

achten om op een verantwoorde wijze 24/7 een volwaardige SEH-afdeling en een afdeling Acute Verloskunde in Lelystad operationeel te krijgen. Ik heb de Kamer in mijn brief van 20 november jl. (Kamerstuk 31 016, nr. 149) gemeld wat de argumentatie van beide partijen was.

Ten aanzien van Terneuzen: uit de «Analyse gevoelige ziekenhuizen 2018» van het RIVM blijkt dat voor 51.200 inwoners uit de regio de locatie Terneuzen de enige locatie is die binnen de 45 minuten-norm bereikbaar is, en dat de afhankelijkheid van dit ziekenhuis dus groot is. Daarom zijn deze acute zorgafdelingen in Terneuzen ook «gevoelig» voor de 45 minuten-norm, en mogen zij niet sluiten.⁸

In het Feitenboek van de toekomstverkenner is ingegaan op de behoeften voor een spoedeisende hulp en acute verloskunde. In de toekomstverkenning die nu in de maak is zal aandacht worden besteed aan deze twee functies, ik kan daar nu niet op vooruitlopen.

26. Is het niet zo dat, uitgaande van het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, die pleit voor een bereikbaarheidsnorm van 15 minuten waarbinnen een vrouw met een spoedeisende bevalling een ziekenhuis met klinische verloskunde zou moeten kunnen bereiken, de veiligheid van moeder en kind in het geding is in Urk, Lelystad en Oost-Flevoland, aangezien deze norm bij lange na niet wordt gehaald?

Nee, dit is een verkeerde uitleg van hetgeen in het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte (2009) wordt omschreven. De stuurgroep heeft geadviseerd dat er 24 uur per dag en 7 dagen per week goed gekwalificeerde professionals bereikbaar en beschikbaar zouden moeten zijn in het ziekenhuis, opdat binnen 15 minuten de benodigde medisch specialistische behandeling gestart zou kunnen worden (door een gynaecoloog of een geautoriseerde obstetrisch professional, klinisch verloskundige, kinderarts, anesthesioloog, OK team, verloskundige of verloskundig actieve huisarts). Deze 15 minuten gaat dus niet over de tijd waar binnen een patiënt in het ziekenhuis moet kunnen zijn, maar over de tijd waar binnen personeel beschikbaar moet zijn in het ziekenhuis.

Dit stuurgroepadvies is overigens na overleg met veldpartijen niet overgenomen door de toenmalige Minister. Reden hiervoor was dat dit een te grote investering zou vergen in geld en tijd vanwege het uitbreiden van de opleidingscapaciteit voor gynaecologen en het aantal jaren dat nodig zou zijn voor de opleiding. Ook was het onduidelijk of deze nadelen in voldoende mate zouden worden gecompenseerd door gezondheidswinst. In plaats van binnen 15 minuten, luidt de landelijke norm die door gynaecologen is vastgesteld dat er in acute situaties in de verloskunde 24/7 binnen 30 minuten een behandeling moet kunnen worden gestart. Ook daarbij gaat het dus niet over hoe snel een vrouw met een spoedeisende bevalling een ziekenhuis moet kunnen bereiken, maar over binnen hoeveel tijd het personeel in acute situaties in het ziekenhuis beschikbaar moet kunnen zijn.

27. Erkent u dat een ambulance geen ziekenhuis is? En erkent u dat een ambulance geen geschikte plek is om spoedbevallingen te doen?

In een recent debat heb ik eens de vergelijking tussen een ambulance en een klein ziekenhuis getrokken, om duidelijk te maken dat door ambulancepersoneel tegenwoordig hooggekwalificeerde zorg wordt verleend. Maar natuurlijk kun je een ambulance niet gelijk stellen met een ziekenhuis.

⁸ Kamerstuk 29 247, nr. 260.

Wat betreft de wenselijkheid van de bevallingslocatie, hiervan erken ik dat wanneer een zwangere in het ziekenhuis moet bevallen ze dan tijdig in het ziekenhuis moet aankomen. Een goede samenwerking en goede onderlinge afspraken tussen de verschillende geboortezorgprofessionals zijn van groot belang. Het gaat dan bijvoorbeeld om het tijdig signaleren van risico's, het doorverwijzen naar een gynaecoloog en een snelle en goede opvang in het ziekenhuis. De ambulance is niet de voorkeurslocatie voor een bevalling; ambulancezorgverleners zijn wel gefaciliteerd om een bevalling te begeleiden in voorkomende gevallen. Daarbij kan de verloskundige mee in de ambulance, zoals ik ook bij vraag 15 heb aangegeven.

28. Onlangs zijn bereikbaarheidsanalyses SEH's en acute verloskunde gemaakt bij de verschillende scenario's in Drenthe en Zuidoost Groningen; kunt u eenzelfde overzicht laten maken voor Lelystad, Dronten en Urk van de veranderingen in de bereikbaarheid van SEH's en/of afdelingen acute verloskunde naar aanleiding van het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen?

Zoals ik in mijn brieven van 23, 25 en 30 oktober 2018 (Kamerstuk 31 016, nrs. 110, 112 en 113) aan de Kamer heb gemeld, heb ik het RIVM op 19 oktober 2018 verzocht om de consequenties van een potentiële sluiting van de SEH of acute verloskunde op één of beide locaties (MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart) te beoordelen. Ook heb ik in mijn brief van 30 oktober 2018 aangegeven dat het RIVM op verzoek een notitie over de bereikbaarheid van Urk heeft geleverd (NB deze analyse dateert van vóór, en was aanleiding tot, de plaatsing van een extra ambulance op Urk). Deze stukken van het RIVM stuur ik u hierbij ter informatie toe⁹.

29. Kunt u per kern (Dronten heeft bijvoorbeeld de kernen Swifterbant en Biddinghuizen) aangeven hoe het gesteld is met de 15-minutennorm in de periode van januari 2018 tot april 2019?

Zoals ik in eerdere Kamervragen heb aangegeven is de 15-minutennorm een regionale norm. Voor de RAV Flevoland geldt momenteel een responspercentage van ongeveer 96%. Dit is gebaseerd op ruwe rit-data die niet is geverifieerd door het RIVM. De officiële responstijden van AZN over 2018, geverifieerd door het RIVM, verwacht ik in de zomer 2019.

30. Wordt het Feitenboek, dat als doel heeft een gelijk uitgangspunt qua informatie en cijfers te krijgen, voorafgaand aan het vervolgproces nog gecomplementeerd zodat niet alleen de gemiddelden in beeld zijn maar juist ook de actuele situaties vanuit de verschillende dorpskernen?

Het Feitenboek bevat zeker niet alleen gemiddelden, maar biedt ook inzichten op gemeente of soms wijkniveau. De toekomstverkenner en de betrokken partijen zijn van mening dat het daarmee een goed beeld geeft van de situatie in de provincie. De toekomstverkenner heeft aangegeven dat het Feitenboek niet verder wordt gecompleteerd. Daar waar nodig voor het vormen van de toekomstvisie wordt wel een verdieping op het Feitenboek uitgevoerd.

31. Kunt u een overzicht laten maken van januari 2018 tot april 2019 van het aantal keren en de duur en de spreiding over de dag van time-outs als gevolg van capaciteitsproblemen per specialisme per ziekenhuis: Lelystad, Harderwijk, Sneek, Heerenveen, OLVG, Almere, Amsterdam UMC en Zwolle?

⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Tijdens het VAO Acute Zorg / ambulancezorg op 11 april jl. (Handelingen II 2018/19, nr. 74, VAO Acute zorg/ambulancezorg) heeft het lid Van den Berg (CDA) een motie ingediend waarin de regering onder meer wordt verzocht om een overzicht te maken van het aantal time-outs per dag per ziekenhuislocatie en per specialisme sinds begin 2018 (Kamerstuk 29 247, nr. 271). Deze motie is op 16 april jl. door uw Kamer aangenomen.

In reactie op deze motie heb ik aangegeven dat time-outs of stops een signaal aan de ambulancedienst zijn dat het tijdelijk heel druk is op de SEH en dat het beter is om naar een andere SEH te rijden als de patiënt daar sneller kan worden geholpen. Ik heb daarbij ook aangegeven dat patiënten in een levensbedreigende situatie altijd naar de dichtstbijzijnde SEH kunnen gaan, ook wanneer er een stop is (zie ook mijn antwoord op vraag 8).

De drukte in de acute zorg heeft al een aantal jaren veel aandacht van het ministerie en ook van veldpartijen. De ROAZ'en hebben hier een belangrijke rol. Daarom ben ik met een AMvB bezig om hun positie verder te versterken. Verder hebben de veldpartijen op basis van de hoofdlijnenakkoorden afgesproken dat zij met een agenda acute zorg komen. Deze ontvangt u na de zomer. Daarnaast houdt de NZa de ontwikkeling van de stops op de SEH in de gaten in de Monitor acute zorg.

Zoals ik tijdens het VAO ook heb aangegeven, beschik ik op dit moment niet over informatie over het aantal de duur van stops per specialisme in de genoemde ziekenhuizen, in de periode januari 2018 tot april 2019. De informatie die ik heb over het aantal stops en de duur van deze stops, staat in de Monitor acute zorg van de NZa van januari. Dit is informatie over het aantal stops en de duur van stops in de jaren 2014–2017, maar wel heel geaggregeerd en ook maar van een beperkt aantal regio's.

Tijdens het VAO op 11 april heb ik toegezegd dat ik bereid ben om met de NZa en het LNAZ, de koepel van de ROAZ'en, in gesprek te gaan en te kijken of en in hoeverre ik de in de motie gevraagde informatie over stops boven tafel kan krijgen. Hier zal ik de Kamer nog nader over berichten.

32. Kunt u aangeven hoe vaak een ambulance tijdens de rit de route moest aanpassen omdat de time-out als gevolg van capaciteitsproblemen bij een bepaald ziekenhuis niet bekend was?

Zie mijn antwoord op vraag 8. De RAV Flevoland heeft mij laten weten dat de ambulance tijdens een spoedeisende rit de route niet meer aanpast. Als de ambulance eenmaal vertrokken is naar een ziekenhuis, heeft de vooraanmelding al plaats gevonden en rijdt de ambulance naar het gekozen ziekenhuis toe. Patiënten in een levensbedreigende situatie kunnen ook altijd terecht op de SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat passende zorg biedt.

33. Wat zou het effect zijn op de bereikbaarheid van de SEH's in de regio Flevoland en Noordoostpolder/Urk indien het nieuwe kwaliteitskader SEH niet geïmplementeerd zou worden?

Als ik uw vraag zo mag opvatten dat u vraagt of de SEH in Lelystad open had kunnen blijven als er geen nieuw kwaliteitskader spoedzorgketen zou komen: dat acht ik niet waarschijnlijk. In dat verband verwijs ik graag naar mijn brief van 20 november jl. (Kamerstuk 31 016, nr. 149) voor de redenen waarom St Jansdal en de Antonius Zorggroep het op korte termijn niet mogelijk achtten om op een verantwoorde wijze 24/7 een volwaardige SEH-afdeling en een afdeling Acute Verloskunde in Lelystad operationeel te krijgen.

34. Klopt het dat Lelystad een SEH had op niveau 3? Kan een dergelijke SEH ook voor minder dan 24/7 (bijvoorbeeld van 7.00–19.00 uur maandag tot en met vrijdag) ingericht worden?

Nee; zoals ik in mijn antwoord op vraag 14 heb aangegeven, bestaat er voor SEH's op dit moment geen officiële indeling in verschillende niveaus. Wel beschikte Lelystad over een level 3 traumacentrum, wat wil zeggen dat patiënten met geïsoleerde letsels zoals een enkel- of heupfractuur daar behandeld konden worden.

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 25 heb aangegeven hebben St Jansdal en de Antonius Zorggroep te kennen gegeven dat zij het op korte termijn niet mogelijk achten om op een verantwoorde wijze 24/7 een volwaardige SEH en afdeling voor acute verloskunde operationeel te krijgen. Ik heb in mijn antwoord op die vraag ook aangegeven dat in het Feitenboek van de toekomstverkenner is ingegaan op de benodigdheden voor een SEH en afdeling acute verloskunde, en aangegeven dat in de toekomstverkenning die nu in de maak is aandacht zal worden besteed aan deze twee functies, waar ik nu niet op vooruit kan lopen.

35. Wanneer zijn de cijfers met betrekking tot de beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen beschikbaar, aangezien in het Feitenboek een overzicht met betrekking tot de beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen ontbreekt en aangezien die beschikbaarheid de basis was voor de discussie of er wel of geen SEH open kan blijven? Kan hier een overzicht vanaf januari 2018 van gegeven worden?

Zoals ook aangegeven in het Feitenboek, is het wel of niet open blijven van de SEH afhankelijk van meer factoren dan alleen de beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen. In mijn antwoord op vraag 25 heb ik reeds geschetst dat in de toekomstverkenning die nu gaande is aandacht zal worden besteed aan de benodigdheden voor een SEH en een afdeling acute verloskunde en dat daarbij ook het punt van de beschikbaarheid van personeel zal worden meegenomen. In het Feitenboek is overigens wel ingegaan op het langdurig tekort aan kinderartsen in het ziekenhuis in Lelystad.

36. Door de inzet van drie extra ambulances is de aanrijtijd iets verbeterd; hoe garandeert u dat de aanrijtijden niet weer gaan verslechteren als de extra inzet van de ambulances stopt?

De zorgverzekeraars en RAV Flevoland zetten zich gezamenlijk in voor behoud van de nu goede prestaties. Ik heb van hen begrepen dat er plannen zijn om de extra toegevoegde zorgambulance (tijdens werkdagen) in Lelystad af te schalen. Deze zorgambulance was tot maart 2019 een efficiënte aanvulling wegens extra vraag naar planbaar en laagcomplex ambulancevervoer tussen de SEH van het MC Zuiderzee Lelystad en het St Jansdal in Harderwijk c.q. het Flevoziekenhuis in Almere. Na het sluiten van de SEH in Lelystad per maart 2019 is die specifieke extra vraag weggefallen en met ruim 30% verminderd. RAV Flevoland geeft aan geen behoefte meer te hebben aan dit type extra capaciteit en heeft de representerende verzekeraars verzocht deze zorgambulance gecontroleerd te mogen afschalen. Het spreekt voor zich dat de representerende verzekeraars en de RAV Flevoland de gevolgen van het afschalen van de zorgambulance en de prestaties van de ambulancezorg in Flevoland volgen. Zij zijn bereid direct weer maatregelen te nemen wanneer dit nodig blijkt. De overige extra ingezette ambulancecapaciteit in Lelystad en Emmeloord staat niet ter discussie.

37. Op welke wijze worden de huisartsen betrokken bij de continuering van de ziekenhuiszorg in Lelystad? Welke informatie wordt door hen gebruikt bij de verwijzing van de patiënt?

St Jansdal heeft aangegeven dat er zeer veel en zeer frequent overleg is tussen het ziekenhuis en de huisartsen langs allerlei kanalen. Het gaat om schriftelijke informatie, informatie-avonden, evaluatie avonden, kennismakingsavonden, besprekingen onder begeleiding van de toekomstverkenner, bezoeken van een afvaardiging van het ziekenhuis aan huisartsenpraktijken enzovoorts.

38. Hoe wordt voorkomen dat voor patiënten die onder behandeling waren bij specialisten, die nu hun werkzaamheden als zelfstandig behandelcentrum (ZBC) buiten St Jansdal continueren, onduidelijkheid ontstaat over waar ze hun behandeling voort kunnen zetten? Op welke wijze worden zij geïnformeerd? Hoe wordt met hun medische dossiers omgegaan?

St Jansdal beschikt over de lijst van patiënten die is overgedragen door de curatoren. Deze patiënten zijn of worden een eerste maal gebeld door St Jansdal met de vraag of zij zorg willen ontvangen van St Jansdal of van een andere partij, en in het eerste geval of zij toestemming geven om hun dossier over te dragen aan St Jansdal zodat de afspraak in het ziekenhuis kan worden voorbereid. Alleen wanneer patiënten tijdens dit eerste gesprek aangeven zorg van St Jansdal te willen ontvangen worden zij een tweede keer gebeld door St Jansdal voor het maken van een afspraak met de medisch specialist.

In het geval de patiënt zorg wenst te ontvangen van een andere partij kunnen patiënten door het invullen van een toestemmingsformulier (rechtstreeks bij St Jansdal of via de andere partij) hun gegevens laten overdragen. Informatie over de procedure is door St Jansdal gepubliceerd in de lokale krant en staat op de website.

39. Op welke wijze worden patiënten betrokken bij de continuering van zorg in Lelystad?

St Jansdal heeft laten weten dat patiënten om feedback wordt gevraagd via bijvoorbeeld patiëntenquêtes en Zorgkaart Nederland. St Jansdal heeft een klachtenprocedure waarbij iedere klacht uitgebreid wordt onderzocht en behandeld. Twee weken na de opening heeft St Jansdal een open dag georganiseerd in het ziekenhuis waarbij meer dan 2000 inwoners uit Lelystad en directe omgeving een kijkje zijn gaan nemen in het ziekenhuis en vaak ook in gesprek zijn geweest en kennis hebben gemaakt met de tientallen artsen en medewerkers die daar waren. Op bestuurlijk niveau is het overleg met de lokale patiëntenvereniging gestart.

Daarnaast zijn de Patiëntenfederatie en de Stichting Actiegroep Behoud Ziekenhuis Lelystad betrokken bij het proces van de toekomstverkenner zoals weergegeven in mijn antwoord op vraag 6.

40. Hoe reageren patiënten op de overname van het voormalig MC Zuiderzee?

Ik kan hier geen objectief antwoord op geven. Zorgkaart Nederland bevat (d.d. 10 april 2019) nog geen patiëntwaarderingen voor de locatie Lelystad. St Jansdal zelf geeft aan dat men vooral tevreden patiënten ziet.

41. Hoe wordt de informatievoorziening van het ziekenhuis naar patiënten ervaren door deze patiënten?

De IGJ heeft mij laten weten dat onder meer uit de signalen die de IGJ via de Stichting Behoud Ziekenhuis Lelystad ontvangt blijkt dat een aanzienlijk aantal patiënten nog vragen heeft over welke zorg nog wordt aangeboden in Lelystad, of zij bij hun vertrouwde zorgverlener kunnen blijven en wat er met hun patiëntendossier gebeurt. Overigens hebben vragen ook betrekking op de zorgverzekering en bijvoorbeeld de reiskostenvergoeding.

De IGJ heeft bij de raad van bestuur van St Jansdal het belang van heldere communicatie naar patiënten benadrukt en de raad van bestuur is zich hier terdege van bewust. De raad van bestuur spant zich in om op diverse manieren de communicatie steeds aan te passen op de informatiebehoefte van patiënten. Daarom probeert ze bijvoorbeeld ook zoveel mogelijk in gesprek te komen met huisartsen, is de Patiënten Advies Raad uitgebreid met leden van de voormalige Cliëntenraad van MC IJsselmeerziekenhuizen Lelystad en worden inwoners van Lelystad geworven voor het Patiëntenpanel.

Een groot aantal patiënten kan goed worden bereikt en kan voldoende uit de voeten met de informatie die zij ontvangt uit het ziekenhuis. Ook worden initiatieven, zoals de inzet van vrijwilligers in de ontvangsthal van het ziekenhuis in Lelystad en de organisatie van een open dag, gewaardeerd, aldus de IGJ.

42. Hoe scoort St Jansdal in patiënttevredenheidsonderzoeken?

Zoals in mijn antwoord op vraag 40 aangegeven zijn er op Zorgkaart Nederland nog geen patiëntwaarderingen voor St Jansdal, locatie Lelystad. St Jansdal, locatie Harderwijk krijgt op Zorgkaart Nederland (d.d. 16 april 2019) een 8,7 als rapportcijfer en 94% van de patiënten beveelt het ziekenhuis aan.

43. Wat zijn de mogelijkheden voor patiënten in Lelystad om een gynaecoloog of een klinisch verloskundige te spreken? Zijn er spreekuren? Zo ja, hoe vaak?

Vanaf 1 april draaien twee gynaecologen 5 dagen per week spreekuur in St Jansdal Lelystad. Een klinisch verloskundige heeft 3 per dagen per week spreekuur en kan indien nodig opschalen.

Daarnaast is het Flevoziekenhuis gestart met een wekelijks poliklinisch spreekuur verloskunde in Lelystad voor zwangeren, specifiek voor vrouwen die de wens hebben om in het Flevoziekenhuis in Almere te bevallen.

44. Zijn er nieuwe specialisten aangetrokken om de benodigde zorg te leveren? Zo ja, hoeveel?

St Jansdal heeft mij laten weten dat het ziekenhuis 35,4 fte medisch specialisten heeft aangetrokken, en daar bovenop nog 1,5 fte aan waarnemers. Daarvan zijn 16 personen (hoeveel fte dit precies is, is mij niet bekend) afkomstig uit de oude MC IJsselmeerziekenhuizen.

45. Heeft de overname geleid tot een effect op de wachtlijsten? Zo ja, wat voor effect?

De NZa heeft mij laten weten dat de bij de NZa aangeleverde wachttijden in Lelystad en omgeving voor 12 specialismen, gedurende de periode oktober 2018 tot met maart 2019, vrij stabiel onder de treeknorm liggen. Voor de specialismen oogheelkunde, neurologie en plastische chirurgie

stijgen de wachttijden tijdens deze periode van een niveau onder/op de treeknorm tot net iets daarboven (ca. 4,5 weken). Wachttijden voor MDL (iets gedaald ten opzichte van oktober maar nog wel bijna 7 weken), revalidatiezorg (iets gedaald ten opzichte van oktober, maar nog wel 6,5 week) en reumatologie (hetzelfde gebleven, rond de 5 weken) zijn al langere tijd hoger, dit is sinds oktober echter niet echt veranderd. Voor neurochirurgische ingrepen is de wachttijd teruggelopen van 8,5 week tot ongeveer 6 weken.

46. Zijn er momenteel nog problemen rond de bezetting van St Jansdal?

St Jansdal heeft aangegeven nog vacatures voor met name verpleegkundigen te hebben.

47. In hoeverre is de huidige 45-minutennorm verouderd?

48. In hoeverre brengt de huidige 45-minutennorm het risico met zich mee dat op de verkeerde plek de verkeerde zorg beschikbaar/bereikbaar is?

49. Wat zou er in de plaats moeten komen voor de huidige 45-minutennorm en wanneer en hoe gaat dat gebeuren?

47, 48 en 49:

Feit is dat de 45 minuten-norm de bestaande (wettelijke) norm voor de spreiding van SEH's en afdelingen acute verloskunde is. Omdat er veel vragen leven over deze norm heb ik de Kamer toegezegd dat ik nader onderzoek zal laten doen naar een meer medisch-inhoudelijke onderbouwing van een spreidingsnorm voor spoedzorg. Ik heb daarvoor advies aan de Gezondheidsraad gevraagd. Naar aanleiding van dat advies zal ik bekijken of de 45 minuten-norm moet worden aangepast of niet; daar wil ik niet op vooruit lopen.

50. In hoeverre is er een verschil tussen acute zorg en acute verloskundige en perinatale zorg die in een ambulance kan worden gegeven?

51. Is er verschil voor wat betreft gevolgen van een langere ritduur tussen acute zorg en acute verloskundige en perinatale zorg?

50 en 51:

De ambulancezorg is erop ingesteld om in alle gevallen goede zorg te verlenen, waar mogelijk of waar nodig samen met haar ketenpartners. Daarnaast is van belang dat de Gezondheidsraad, zoals u weet, op mijn verzoek onderzoek verricht naar een meer medisch-inhoudelijke onderbouwing van een spreidingsnorm voor spoedzorg. Ik verwacht dat antwoord op de vraag welke zorg bij welke aandoeningen in een ambulance kan worden verleend in dat kader ook een rol zal spelen.

52. Hoeveel en welke meldingen zijn binnengekomen bij respectievelijk het Landelijk Meldpunt Zorg en het meldpunt Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)?

53. Welke signalen, die samenhangen met het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen, zijn cq. worden gebruikt om zicht te krijgen op mogelijke risico's in de patiëntenzorg en noodzakelijke verbeteringen in zorgverlening en samenwerking?

52 en 53:

De IGJ heeft mij laten weten dat via het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) tussen 25 oktober 2018 (faillissement MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen) en 5 februari 2019 ongeveer 20 vragen en signalen van

patiënten zijn ontvangen. Sinds 5 februari 2019 heeft het LMZ geen vragen en signalen meer ontvangen. De vragen en signalen hadden aanvankelijk hoofdzakelijk betrekking op onduidelijkheid over de overdracht van zorg en patiëntendossiers door MC Slotervaart. Sinds de overname van MC IJsselmeerziekenhuizen definitief is geworden heeft de IGJ een aantal vragen en signalen ontvangen over de gevolgen voor patiënten van het aangepaste zorgaanbod en de langere reistijd naar andere ziekenhuizen. De IGJ heeft via het LMZ geen signalen ontvangen die betrekking hadden op een calamiteit.

Via het Meldpunt IGJ heeft de IGJ minder dan 10 meldingen ontvangen van zorgaanbieders. Dit waren in alle gevallen signalen over de gevolgen voor de patiëntenzorg door de sluiting van MC Slotervaart en het aangepaste zorgaanbod in Lelystad. Geen van deze meldingen had betrekking op een calamiteit. Het betreft signalen van zorgaanbieders van de beide failliete ziekenhuizen die wezen op onduidelijkheden over de overdracht van patiëntenzorg, en signalen van andere zorgaanbieders (zoals huisartsen, verloskundigen en medewerkers van andere ziekenhuizen) over de organisatie van ketenzorg.

De IGJ heeft deze signalen gebruikt om zich een beeld te vormen van de risico's in de patiëntenzorg. In een aantal gevallen zijn concrete signalen besproken met zorgaanbieders om een gedeeld beeld te krijgen van de onderlinge samenwerking en noodzakelijke verbeteringen hierin. Dit betreft bijvoorbeeld de afstemming tussen ziekenhuizen wanneer zij een tijdelijke opnamestop moeten doorvoeren, de harmonisatie van werkwijzen van verloskundigen in verschillende ziekenhuizen en het verwijzen van patiënten met een specifieke zorgvraag. Ook heeft de IGJ tijdens de contacten over deze signalen steeds de onderlinge samenwerking besproken en benadrukt. Wanneer zich binnen een zorginstelling een knelpunt in de zorgverlening voordoet is het van belang om dit (in ieder geval) in teamverband en desnoods met de raad van bestuur te bespreken. Wanneer zich in de acute keten een knelpunt voordoet is het noodzakelijk om dit in ieder geval met de betrokken zorgaanbieders te bespreken en desnoods in ROAZ-verband.

Naast de meldingen, vragen en signalen die de IGJ via het LMZ en Meldpunt IGJ heeft ontvangen, heeft de IGJ ook via de Stichting, tijdens inspectiebezoeken en gesprekken met zorgaanbieders, huisartsen, verloskundigen, ambulancezorg en via andere kanalen signalen ontvangen. Ook deze signalen hadden geen betrekking op een calamiteit en waren inhoudelijk vergelijkbaar met wat hierboven is beschreven.

54. Wordt serieus overwogen om het huren van een bed om in de woonkamer te zetten en het beschikbaar stellen van informatie rondom de bevalling als oplossing te zien voor een langere afstand tot een ziekenhuis om te bevallen? Zo ja, kan beargumenteerd worden hoe dit een kwalitatief evenredige oplossing kan bieden?

Er wordt niet gesproken van een kwalitatief evenredige oplossing, maar van een oplossingsrichting die volgens de zorgprofessionals verbeteringen brengt ten opzichte van de huidige situatie.

Een thuisbevalling heeft bij vrouwen op Urk relatief vaker de voorkeur ten opzichte van het Nederlands gemiddelde. Vrouwen die aan deze optie voorkeur geven en hun slaapkamer niet op de begane grond hebben, kunnen baat hebben bij een tijdelijk bed op de begane grond. Indien blijkt dat een vertrek naar het ziekenhuis toch noodzakelijk is, kan dit sneller verlopen als er geen verplaatsing van boven naar beneden hoeft plaats te vinden. Vanuit zorgprofessionals zoals ambulancepersoneel en verloskun-

digen is aangegeven dat deze eenvoudige maatregel kostbare tijd kan schelen.

Het beschikbaar stellen van informatie gebeurt uiteraard al. Aan de bestaande informatie is nu informatie toegevoegd over alle mogelijke voorzorgsmaatregelen, met als doel dat vrouwen zich optimaal kunnen voorbereiden op een eventueel vertrek naar het ziekenhuis.

55. Wat betekent het voor het oordeel over de kennis en kunde van verloskundigen, huisartsen en kraamverzorgenden in de regio dat het «uitbreiden van scholing van zorgprofessionals» wordt gezien als oplossing voor een grotere afstand tot een ziekenhuis bij een acute bevalling?»¹⁰

Verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen kunnen in omstandigheden waarbij reistijd naar het ziekenhuis is toegenomen met meer expertise en vertrouwen in de acute fase hun werk verrichten.

56. Hoe kan het voorschieten van taxikosten een oplossing bieden voor de afstand die een vrouw in partu moet afleggen tot een ziekenhuis waar zij veilig kan bevallen?

Verzekerden in Lelystad hebben niet tijdig kunnen anticiperen op de langere afstand die zij moeten afleggen naar het ziekenhuis. Daarom is er een tijdelijke vervoersregeling opgezet door Zilveren Kruis.

57. Welke oplossing biedt een mobiel cardiotocograaf (CTG)-apparaat op Urk aan een pasgeboren kind dat acuut gespecialiseerde zorg nodig heeft?

Met een CTG-apparaat kan een hartfilmpje worden gemaakt van het ongeboren kind. Dit kan op afstand worden uitgelezen, waardoor professionals in het ziekenhuis zich beter kunnen voorbereiden op de status van het kind dat binnengebracht gaat worden. Deze oplossingsrichting wordt de komende tijd nader uitgewerkt.

58. Wat wordt bedoeld met de zinsnede »Het is niet aan mij om mij te bemoeien met de vraag wat goede zorg is»? Wie is er in Nederland uiteindelijk verantwoordelijk voor dat er kwalitatief goede en bereikbare zorg beschikbaar is?»¹¹

Uiteraard ben ik als Minister en stelselverantwoordelijke verantwoordelijk voor de zorg in Nederland. Ik zorg ervoor dat de randvoorwaarden daarvoor aanwezig zijn, in de vorm van onder meer wetgeving, financiering en toezicht. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg heb ik bijvoorbeeld aangegeven dat goede zorg van goede kwaliteit en goed niveau is (art.2 Wkkgz), en daarbij onder meer aangegeven dat zorgverleners moeten handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard. In die professionele standaarden / kwaliteitskaders bepalen zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars tripartiet wat kwalitatief goede zorg is; het is niet aan mij om mij daar inhoudelijk mee te bemoeien. De IGJ houdt vervolgens namens mij toezicht op onder meer de kwaliteit en veiligheid van de zorg die door professionals wordt verleend.

¹⁰ Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr.213, pagina 8.

¹¹ Kamerstukken 31 016 en 29 247, nr. 213, pagina 9.