

Vergaderjaar 2017–2018

27 295

Positionering algemene ziekenhuizen

29 247

Acute zorg

Nr. 168

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 september 2018

Hierbij informeer ik u graag over de invulling van verschillende aangenomen moties en toezeggingen die onder meer voortvloeien uit het meerderheidsdebat op 13 juni jl. over de positie van regionale ziekenhuizen (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9), het Algemeen Overleg spoedeisende zorg van 5 april jl. (Kamerstuk 29 247, nr. 259) en mijn brief over de aanpak van de drukte in de acute zorg van 2 juli jl. (Kamerstuk 29 247 nr. 261). Ook antwoord ik met deze brief op het verzoek uit de Regeling van Werkzaamheden d.d. 4 september jl. om een brief over het overleg tussen partijen met betrekking tot de wijzigingen in de klinische verloskunde en kindergeneeskunde bij Treant (Handelingen II 2017/18, nr. 104, Regeling van Werkzaamheden).

In deze brief zal ik in samenhang een reactie geven op de moties en toezeggingen met betrekking tot de volgende thema's:

- a. kwaliteitsstandaarden (waaronder het concept kwaliteitskader spoedzorgketen en de IC-richtlijn);
- b. stand van zaken klinische verloskunde en kindergeneeskunde Treant;
- c. regionale tekorten aan artsen;
- d. netwerkbijeenkomsten en zorgtafels in krimpregio's;
- e. Ziekenhuis Groep Twente en de Huisartsenpost Hengelo;
- f. en geriatrische kennis op de SEH.

a. Kwaliteitsstandaarden

Motie van de leden Van der Staaij en Ellemée over toetsing van nieuwe kwaliteitsstandaarden (Kamerstuk 27 295, nr. 165)

Toezegging m.b.t. betrokkenheid zorgaanbieders bij de ontwikkeling en indiening van kwaliteitsstandaarden

In deze motie verzoekt de Tweede Kamer de regering in het aangekondigde wetsvoorstel¹ niet alleen de politieke weging van nieuwe kwaliteitsstandaarden mogelijk te maken met het oog op financiële beheersing van de zorguitgaven, maar ook te bepalen dat het Zorginstituut nieuwe kwaliteitsstandaarden expliciet toetst op haalbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Dit zal worden meegenomen in het wetsvoorstel financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden, dat momenteel ter advisering voorligt bij de Afdeling advisering van de Raad van State.

In reactie op de vraag of zorgaanbieders uit zowel dunbevolkte als stedelijke gebieden betrokken worden bij de ontwikkeling en indiening van kwaliteitsstandaarden, heb ik tijdens het debat op 13 juni jl. toegezegd dat bij het Zorginstituut na te vragen en u daarover te informeren (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9).

Het Zorginstituut eist dat relevante landelijk werkende koepels, brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen betrokken zijn bij de ontwikkeling en indiening van kwaliteitsstandaarden.² Deze landelijke koepels vertegenwoordigen zowel zorgaanbieders uit stedelijke gebieden als die uit dunbevolkte gebieden en zowel grote topklinische instellingen als kleine basisziekenhuizen. Bij aanbidding van een kwaliteitsstandaard toetst het Zorginstituut of de partijen die deze standaard aanbieden inderdaad de voor het onderhavige onderwerp relevante partijen zijn. Indien de relevante landelijk werkende koepels / brancheorganisaties de indiening van een kwaliteitsstandaard onderschrijven, gaat het Zorginstituut ervan uit dat aanbieders uit alle geledingen en delen van het land inbreng hebben gehad en dat hun belangen voldoende zijn afgewogen.

Naast landelijke koepels worden in principe ook andere relevante partijen bij het proces betrokken. Bij het opstellen van het addendum bij de IC-richtlijn (zie verderop) is bijvoorbeeld, naast onder meer de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, ook de SAZ (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen) als vertegenwoordiger van 30 regionale ziekenhuizen betrokken geweest.

Gewijzigde motie van de leden Van den Berg en Kerstens over een (leefbaarheids)analyse betrekken bij het kwaliteitskader spoedzorg (Kamerstuk 27 295, nr. 167 (t.v.v. Kamerstuk 27 295, nr. 156))

In motie met Kamerstuk 27 925, nr. 156 verzoekt de Tweede Kamer de regering «er zorg voor te dragen dat ook een (leefbaarheids)-analyse wordt uitgevoerd waarbij gekeken wordt naar de effecten op de keten zodat de belangen van burgers op het punt van behoud van leefbaarheid van de regio worden meegenomen bij het opstellen en beoordelen van het kwaliteitskader spoedzorg».

In de overwegingen zijn zorgen geuit dat de normen uit het (concept) kwaliteitskader spoedzorgketen grote impact kunnen hebben op regionale ziekenhuizen, alsmede op de keten (eerste en anderhalvelijns zorg, en ook andere tweedelijns locaties).

Kwaliteitskaders, zoals het kwaliteitskader spoedzorgketen, moeten tripartiet door vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars én patiënten worden ontwikkeld en ingediend bij Zorginstituut Nederland

¹ Hier wordt gerefereerd aan het wetsvoorstel financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden.

² Zie https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Leeswijzer-Hoe_betrekt_u_uw_koepel-brancheorganisatie.pdf (m.n. pagina 4).

(hierna: het Zorginstituut).³ Daarbij komt, zoals ik reeds heb aangegeven in mijn reactie op bovenstaande toezegging, dat niet alleen zorgaanbieders uit stedelijke gebieden en de grote topklinische instellingen worden vertegenwoordigd, maar ook zorgaanbieders uit dunbevolkte gebieden en kleine basisziekenhuizen. Vanwege deze eisen met betrekking tot de tripartiete ontwikkeling en aanbidding van kwaliteitskaders hebben de belangen van burgers en ook zorgaanbieders uit de regio reeds een belangrijke rol bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen. Om één en ander duidelijker te bestendigen heb ik, in aanvulling daarop, het Zorginstituut verzocht zich ervan te verzekeren dat partijen bij het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorgketen voldoende aandacht besteden c.q. hebben besteed aan de effecten van dit kwaliteitskader op de kwaliteit en de toegankelijkheid (waaronder: de bereikbaarheid) van de zorg in de regio's, inclusief de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Graag refereer ik in dit kader ook aan de Hoofdpijnenakkoorden voor medisch-specialistische zorg, wijkverpleging, huisartsenzorg en GGZ voor de jaren 2019–2022. Daarin is opgenomen dat het, voor het in de praktijk waarmaken van de juiste zorg op de juiste plek, nodig is dat partijen een *feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk*. In mijn reactie op motie met Kamerstuk 27 925, nr. 157 van de leden Van den Berg en Ellemeet over het organiseren van netwerkbijeenkomsten en zorgtafels in krimpregio's (Kamerstuk 27 295, nr. 157), hierna onder d, ga ik hier nader op in.

Motie van het lid Kerstens over het leveren van maatwerk
(Kamerstuk 27 295, nr. 163)

Motie van de leden Kerstens en Van den Berg over geen
onomkeerbare stappen ten aanzien van IC's (Kamerstuk 27 295,
nr. 164)

In motie met Kamerstuk 27 925, nr.163 verzoekt de Tweede Kamer de regering om «in overleg te gaan met de stichting Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen over het mogelijk zijn van het hierboven bedoelde maatwerk en het beschikbaar zijn van de daarvoor benodigde regelruimte». In motie met Kamerstuk 27 925, nr. 164 heeft de Tweede Kamer de regering verzocht om «met ziekenhuizen en zorgverzekeraars af te spreken geen onomkeerbare stappen te zetten ten aanzien van ic's zolang de gevolgen van de aangepaste ic-richtlijn onduidelijk zijn». Beide moties hebben betrekking op het addendum bij de Kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care (hierna: het kwaliteitskader IC), dat op het moment van het debat in ontwikkeling was.

In mijn brief aan de Tweede Kamer over de aanpak van de drukte in de acute zorg d.d. 2 juli 2018 (Kamerstuk 29 247, nr. 261) heb ik reeds een reactie op motie met Kamerstuk 27 925, nr. 164 gegeven. In dat kader heb ik u geïnformeerd over de stand van zaken van de ontwikkeling van het «Addendum bij de kwaliteitsstandaard Organisatie van intensive care betreffende aanwezigheid intensivist overdag op weekend- en feestdagen, alsmede begeleiding van spoedtransport» (hierna: het addendum), mede

³ Het kwaliteitskader spoedzorgketen is opgesteld door bij de spoedzorg betrokken organisaties: Ambulancezorg Nederland (AZN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), InEen, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

in relatie tot het toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de IGJ). Eén van de partijen die is betrokken bij de ontwikkeling van dit addendum is de stichting Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ). Hier heb ik op 11 juli jl. (in reactie op motie met Kamerstuk 27 925, nr. 163) ook met de SAZ over gesproken.

Over het addendum kan ik u melden dat de Stuurgroep IC⁴ op 6 juli 2018 namens zorgaanbieders (waaronder de SAZ), belangenbehartigers van patiënten en zorgverzekeraars het addendum heeft aangeboden aan het Zorginstituut. In dit addendum is het volgende afgesproken:

«Aanwezigheid van intensivist overdag:

Voor IC-patiënten is zeven dagen per week op iedere IC-afdeling overdag een intensivist aanwezig en exclusief beschikbaar voor patiëntenzorg op die IC. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen gelden twee uitzonderingen op deze regel:

- 1. De intensivist mag kortdurend werkzaamheden verrichten in de acute afdeling van het ziekenhuis.*
- 2. Als blijkt dat na het lopen van visite en het opstellen van behandelplannen er tijdens weekend- en feestdagen geen instabiele patiënten liggen, hoeft de intensivist overdag niet aanwezig te blijven.»*

Spoedtransport:

Indien de toestand van de patiënt het niet toelaat te wachten op een beschikbare MICU⁵ mag er vervoerd worden met een reguliere ambulance. De medische begeleiding van een spoedtransport vindt bij voorkeur plaats door een intensivist, maar dan moeten de achterblijvende IC-patiënten stabiel zijn of is adequate vervanging geregeld. Als de te transporteren patiënt stabiel is, of als de achterblijvende patiënten op de IC instabiel zijn, kan er gekozen worden om het spoed transport te laten begeleiden door een andere arts (KNMG geregistreerde SEH-arts, anesthesioloog of IC-arts). Voorwaarde is dat de arts aantoonbaar competent is in het transport van IC-patiënten. Elk ziekenhuis heeft een protocol spoed IC-transport waarbij lokale afspraken zijn vastgelegd. Hierin wordt beschreven waar de verantwoordelijkheden liggen en aan welke voorwaarden dient te worden voldaan.»

De SAZ heeft mij laten weten blij te zijn met de inhoud en totstandkoming van dit addendum. «Voor de regio en patiënten is het van belang dat de IC-zorg beschikbaar blijft. Met het addendum is dit mogelijk, terwijl tegelijk de kwaliteit van zorg op het hoogste niveau blijft», aldus de SAZ.

Op 21 augustus jl. heeft het Zorginstituut besloten het addendum op te nemen in het openbaar Register. Daarmee maakt dit addendum onderdeel uit van het kwaliteitskader IC. Daarbij vraagt het Zorginstituut aan de Stuurgroep IC om het gebruik van dit addendum te monitoren en de opgedane praktijkervaring mee te nemen in de herziening van het kwaliteitskader IC, welke gepland staat in 2021. Dit draagt onder meer bij aan verheldering van definities van de begrippen en voorwaarden. Het Zorginstituut concludeert dat er hiermee breed draagvlak is voor de gehele Kwaliteitsstandaard inclusief het addendum en alle betrokkenen

⁴ De Stuurgroep ondersteunt de implementatie van de kwaliteitsstandaard IC. Deze Stuurgroep wordt gevormd door de landelijke relevante partijen voor intensive care: FCIC, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN-IC, NIV, NFU, NVA, NVZ, NVIC, SAZ, Stichting NICE, ZN, STZ, Zorginstituut, Kwaliteitsraad Zorginstituut.

⁵ Een mobiele intensive care unit (MICU) is een ambulance die specifiek is ontworpen voor het vervoer van intensive care-patiënten. De patiënt krijgt in deze ambulance dezelfde behandeling en monitoring als op een intensive care.

zich volledig inzetten voor het implementeren van het kwaliteitskader IC en het leveren van goede en veilige zorg.

b. Stand van zaken klinische verloskunde en kindergeneeskunde Treant

Toezegging: de Tweede Kamer te informeren over de reactie van Treant op het verzoek van de IGJ om, voordat er een nieuw voorgenomen en definitief besluit zou zijn, de consequenties voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg voor zwangeren en pasgeborenen mee te nemen in de uitwerking van scenario's.

Motie van het lid Dik-Faber over de wijze waarop de IGJ de betrokkenheid van belanghebbenden meeweegt (Kamerstuk 27 295, nr. 162)

Op 1 juni jl. heb ik de Tweede Kamer schriftelijk geïnformeerd over het voorgenomen besluit van Treant Zorggroep (hierna: Treant) om, vanwege een tekort aan kinderartsen, de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde te concentreren op één van de drie locaties van het ziekenhuis, in Emmen (Kamerstuk 32 279, nr. 122).

Het voorgenomen besluit van Treant heeft veel reacties opgeroepen. Er zijn vragen gerezen over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van deze zorg. Ook vroegen partijen in de brede keten van de perinatale zorg zich af wat de effecten van het voorgenomen besluit van Treant zouden zijn op de kwaliteit en continuïteit van de gehele perinatale zorg. Verder zijn er onder meer zorgen gerezen over de keuzevrijheid van zwangeren om bijvoorbeeld thuis te bevallen. Verschillende partijen uit de regio hebben daarnaast aangegeven dat zij onvoldoende betrokken zouden zijn geweest bij de totstandkoming van het voorgenomen besluit van Treant.

Ik heb in mijn brief van 1 juni jl. aangegeven dat het in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars is om de zorg in een regio te organiseren en daarbij goede afwegingen te maken. Dit geldt ook voor de acute zorg, waaronder de acute verloskundige zorg die op afdelingen voor klinische verloskunde wordt geleverd. Voorop staat dat de zorgverzekeraars ervoor moeten zorgen dat er voor hun verzekerden voldoende en tijdige zorg beschikbaar is, binnen een redelijke reisafstand («zorgplicht»). De NZa houdt namens mij toezicht op de zorgplicht van de zorgverzekeraar met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg, en volgde de acties van de grootste zorgverzekeraar in de regio alsmede de uitkomsten van overleg met het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) en de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) met betrekking tot het voorgenomen besluit. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg binnen een ziekenhuis ligt zoals ik mijn brief van 1 juni jl. aan de Tweede Kamer schreef primair bij het eigen ziekenhuis. De IGJ houdt toezicht op de veiligheid en kwaliteit van de gezondheidszorg en heeft bij de Raad van Bestuur van Treant onder meer aangedrongen op een goed onderbouwd en afgestemd besluit, waarin aandacht moest worden besteed aan de consequenties voor kwaliteit en veiligheid van zorg voor zwangeren en pasgeborenen, en voor de toegankelijkheid van de verloskundige zorg (beschikbaarheid van zorg (45 minuten-norm) en keuzevrijheid van zwangeren om, indien dit medisch gezien een optie is, thuis te bevallen). Verder heeft de IGJ Treant gevraagd om een toelichting op de wijze waarop stakeholders, waaronder ketenpartners en regionale samenwerkingsverbanden, bij de verdere besluitvorming zouden worden betrokken.

Op 13 juni jl. hebben wij in het debat uitgebreid gesproken over het besluitvormingsproces met betrekking tot de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde van Treant (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9).

Op 22 augustus jl. heeft Treant aangegeven vanaf half september inderdaad, vanwege een tekort aan kinderartsen, stapsgewijs de klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde te concentreren op de locatie Emmen, en deze afdelingen op de locaties Stadskanaal en Hoogeveen te sluiten.⁶ Voor poliklinische zorg, dagbehandelingen en voor- en nazorg zouden patiënten dan weer op alle drie de locaties terecht kunnen.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

In het debat op 13 juni jl. heb ik toegezegd de Tweede Kamer te informeren over de reactie van Treant op het verzoek van de IGJ om, voordat er een nieuw voorgenomen en definitief besluit zou zijn, de consequenties voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg voor zwangeren en pasgeborenen mee te nemen in de uitwerking van scenario's (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9). In reactie daarop heeft de IGJ mij het volgende laten weten.

De IGJ heeft de raad van bestuur van Treant sinds mei 2018 kritisch bevraagd over de onderbouwing, afstemming en uitwerking van het besluit de verloskunde te concentreren in Emmen.

In juli 2018 heeft de raad van bestuur van Treant de IGJ nader geïnformeerd over de onderbouwing het voorgenomen besluit en over de afstemming met de ketenpartners. De IGJ heeft naar aanleiding daarvan geconcludeerd dat de raad van bestuur van Treant overtuigend heeft onderbouwd waarom concentratie van de klinische verloskunde in Emmen het enige haalbare scenario is. Wel was de IGJ nog kritisch over de afstemming met ketenpartners. Zij heeft zowel de raad van bestuur van Treant, als het ROAZ en de betrokken Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) te kennen gegeven dat zij verwacht dat de samenwerking zo wordt ingericht dat veilige zorg mogelijk is en blijft. Ook heeft de inspectie op dat moment aangedrongen op een betere uitwerking van het voorgenomen besluit.

Medio augustus meldde de IGJ mij dat met name de afstemming en uitwerking van het besluit op papier voldoende leken.

Toen de IGJ dit op 3 september jl. ook in de praktijk ging verifiëren, in gesprek met het ziekenhuis en de eerstelijns verloskundigen, bleek de afstemming echter onvoldoende. De IGJ heeft er op dit moment geen vertrouwen in dat de samenwerking tussen de verschillende partijen in de verloskundige keten zodanig is, dat het ten uitvoer brengen van het besluit van Treant leidt tot goede en veilige zorg. Er heeft volgens de IGJ namelijk geen afweging van de verschillende patiëntbelangen in de gehele verloskundige keten plaatsgevonden.

Het ziekenhuis en de verloskundigen hebben op woensdag 5 september opnieuw met elkaar gesproken. De IGJ heeft hen voorafgaand aan dit overleg gewezen op hun gezamenlijke verantwoordelijkheid en op het niet-vrijblijvende karakter van dit overleg. De IGJ wordt door de verschil-

⁶ Voor meer informatie over dit besluit verwijs ik graag naar het beslisdocument van Treant, dat te vinden is op de website van het ziekenhuis <https://www.treant.nl/over-treant/nieuws/treant-concentreert-klinische-kindergeneeskunde-en-klinische-verloskunde-definitief-in-emmen>.

lende partijen geïnformeerd over het verloop en de uitkomst van het overleg en zal zich op basis daarvan beraden op vervolgstappen. Ik zal de Tweede Kamer op de hoogte houden van het verdere proces.

In het debat op 13 juni jl. (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9) heeft de Tweede Kamer tevens motie met Kamerstuk 27 295, nr. 162 van het lid Dik-Faber aangenomen. In reactie op deze motie heeft de IGJ mij als volgt bericht.

De raad van bestuur van een zorginstelling is verantwoordelijk voor de inrichting van de zorg. Op grond van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) dient de wijze waarop de zorg is georganiseerd, te leiden tot goede zorg. Hieruit volgt, dat de raad van bestuur ook verantwoordelijk is voor afspraken met ketenpartners, bijvoorbeeld omdat zij invloed hebben op patiëntenstromen (denk aan huisartsen en ambulance-diensten) of binnen de zorginstelling zorg verlenen of betrokken zijn bij de zorgverlening (denk aan eerstelijns verloskundigen).

Op grond van de beleidsregels bij de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) nemen onder meer ziekenhuizen deel aan het ROAZ. In dit overleg worden afspraken gemaakt over bereikbaarheid en inrichting van acute zorg. Zorginstellingen zijn verplicht om op een constructieve wijze deel te nemen aan het ROAZ.

De IGJ houdt toezicht op de naleving van zowel de Wkkgz als de (beleidsregels) Wtzi. Daarbij hanteert de IGJ, samen met de NZa, onder meer het kader Toezicht op goed bestuur, om duidelijk te maken wat zij van zorgaanbieders en met name raden van bestuur verwacht. Een belangrijk uitgangspunt binnen het kader Toezicht op goed bestuur is de omgevingsbewuste en participatieve opstelling die de IGJ en NZa van zorgaanbieders verwachten.

Op basis van dit kader van wet- en regelgeving (Wkkgz, beleidsregels WTZi, kader Toezicht op goed bestuur) ziet de IGJ erop toe dat de besluiten van de raad van bestuur en de wijze waarop deze worden uitgevoerd, leiden tot goede en veilige zorg. Hoewel de IGJ geen toezicht houdt op toegankelijkheid en betaalbaarheid heeft zij wel aandacht voor deze onderwerpen voor zover dit raakt aan kwaliteit en veiligheid van zorg. Zo vraagt de IGJ de raad van bestuur in hoeverre zij gevolgen voor toegankelijkheid en betaalbaarheid van (voorgenomen) besluiten heeft meegewogen om de zorg goed te kunnen inrichten en daarnaast, op welke wijze zij andere belanghebbenden (zoals burgers en lokale overheden) heeft betrokken bij de besluitvorming. Doorgaans is de toegankelijkheid van zorg één van de statutaire doelen van een ziekenhuis. Dat betekent dat, voor zover de toegankelijkheid en besluiten die daarop van invloed zijn niet direct raken aan wet- en regelgeving (denk aan de 45 minuten-norm voor toegankelijkheid van acute zorg) en daarom als zodanig niet onder het toezicht van de IGJ vallen, de raad van toezicht de raad van bestuur kan aanspreken op de wijze waarop zij haar taak uitoefent.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Ook de NZa heeft de afgelopen periode toezicht gehouden op het besluitvormingsproces met betrekking tot de klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde bij Treant. De NZa heeft contact gehad met zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Menzis, de voor respectievelijk Drenthe en Groningen grootste zorgverzekeraars. Daarbij heeft de NZa gekeken naar de te verwachten gevolgen voor de klinische verloskunde en de klinische kindergeneeskunde in de regio en de vraag of de zorgverzeke-

raars ook na de voorgenomen wijziging in het zorgaanbod kunnen voldoen aan hun zorgplicht.

Op basis van de ontvangen informatie heeft de NZa aanleiding om te veronderstellen dat de zorgplicht niet in het geding is als het besluit van Treant wordt geëffectueerd:

- Het RIVM heeft (zoals ik u in mijn brief van 1 juni jl. reeds meldde (Kamerstuk 32 279, nr. 122)) geconcludeerd dat de verplaatsing van de klinische verloskunde van Hoogeveen en Stadskanaal naar Emmen niet in strijd is met de 45 minuten-norm; er ontstaan geen nieuwe «witte vlekken». Aan de hand van de landelijke «Leidraad wijziging acuut zorgaanbod» heeft ook het ROAZ vastgesteld dat er met de voorgenomen wijziging tot concentratie van de zorg naar de locatie Scheper Ziekenhuis te Emmen geen sprake is van een «witte vlek» en dat aan de criteria beschikbaarheid en bereikbaarheid binnen de 45 minuten-norm wordt voldaan.
- Zorgverzekeraars Menzis en Zilveren Kruis hebben samen met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en het ROAZ de gevolgen voor de aanrijtijden van de ambulances (waarvoor de zogenaamde «15 minuten-norm» geldt) geanalyseerd. Hieruit komt naar voren dat het verplaatsen van de zorg nagenoeg geen effect zal hebben op de aanrijtijden, omdat het aantal ritten dat de ambulances maken voor acute verloskunde en klinische kinderzorg relatief laag is.
- Zilveren Kruis en Menzis hebben recent in overleg met de omliggende ziekenhuizen vastgesteld dat er momenteel voldoende klinische capaciteit is om de patiënten uit Hoogeveen en Stadskanaal over te nemen, aldus de NZa.

Overigens zijn er in deze regio voor de langere termijn diverse uitdagingen voor de organisatie van de zorg in zijn algemeenheid, onder meer vanwege de veranderingen in de bevolkingssamenstelling (krimp, ontgroening, vergrijzing). Zilveren Kruis en Menzis zijn daarom, samen met de zorginstellingen (Huisartsenzorg Drenthe, Ommelanden Ziekenhuis Groningen, Treant en Wilhelmina Ziekenhuis Assen) toekomstscenario's aan het maken voor het ziekenhuislandschap in Drenthe en Zuidoost-Groningen. De verzekeraars zijn hierbij in de lead en zullen ook de NZa hierin meenemen. De partijen willen voor het eind van het jaar tot een gezamenlijk toekomstscenario komen. Daarbij worden de komende maanden op verschillende momenten en manieren ketenpartners betrokken, zodat alle relevante perspectieven worden meegewogen.

c. Regionale tekorten aan artsen

De motie van het lid Ellemeet c.s. over de oorzaken van de tekorten aan artsen in de regio (Kamerstuk 27 295, nr. 161)

In motie met Kamerstuk 27 295, nr. 161 van het lid Ellemeet c.s. over de oorzaken van de tekorten aan artsen in de regio (Kamerstuk 27 295, nr. 161) heeft de Tweede Kamer de regering gevraagd «het onderzoek over de oorzaken van de tekorten aan artsen in de regio zo spoedig mogelijk uit te voeren en de Kamer hierover te informeren».

Dit onderzoek naar de regionale tekorten van artsen is naar verwachting voor het einde van het jaar gereed. Ik zal het onderzoek te zijner tijd naar de Tweede Kamer sturen.

d. Netwerkbijeenkomsten en zorgtafels in krimpregio's

De motie van de leden Van den Berg en Ellemeet over het organiseren van netwerkbijeenkomsten en zorgtafels in krimpregio's (Kamerstuk 27 295, nr. 157)

Motie met Kamerstuk 27 295, nr. 157 bevat het verzoek aan de regering, «om te stimuleren dat in krimpregio's netwerkbijeenkomsten en zorgtafels worden georganiseerd, zoals de door Drenthe opgezette regionale zorgtafel, en te bevorderen dat naast zorgpartijen ook inwoners en lokale en regionale besturen hierbij worden betrokken.»

Dit verzoek volgt onder meer op de overweging «dat bij het voorgenomen besluit door Treant over het sluiten van ziekenhuisafdelingen partners in de regio onvoldoende betrokken zijn geweest». Daarom merk ik, voor ik in ga op het onderwerp netwerkbijeenkomsten c.q. zorgtafels, eerst graag iets op over de betrokkenheid van inwoners en lokale en regionale besturen bij eventuele wijzigingen in het zorglandschap in de regio. Ik refereer daarbij graag aan hetgeen ik de Tweede Kamer tijdens het debat op 13 juni jl. heb gezegd (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9).

Ik vind dat, als er sprake is van een voorgenomen wijziging in het aanbod van zorg in de regio, alle partijen (waaronder zeker ook de inwoners) vroeg in het besluitvormingsproces en voor er een definitief besluit wordt genomen moeten worden betrokken. Zorginstellingen zijn maatschappelijke organisaties; veel andere mensen en zorginstellingen in de samenleving hebben belang bij het functioneren van deze organisaties. Zij moeten de mogelijkheid hebben om bijvoorbeeld een ziekenhuis te laten weten hoe zij denken over een mogelijke verandering in het zorgaanbod en welke consequenties zo'n besluit voor hen en voor de zorg in de regio heeft, zodat het ziekenhuis dit kan meenemen in het besluitvormingsproces.

Voor de acute zorg, waarvoor meer nog dan bij andere zorg de toeganankelijkheid van belang is, ga ik (zoals ik ook heb toegezegd tijdens het debat op 13 juni jl. (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9)) de zorgaanbieders wettelijk verplichten tot overleg en dialoog met de andere zorgaanbieders in de regio, de verzekeraars, gemeenten en ook de inwoners. Als sprake is van een voorgenomen sluiting van een SEH, afdeling voor acute verloskunde of huisartsenpost moet de zorgaanbieder er ook aan werken om onbekendheid / onzekerheid bij inwoners weg te nemen, bijvoorbeeld door het organiseren van een bijeenkomst waarbij de zorgaanbieder de inwoners in de gelegenheid stelt om hun mening over een voorgenomen sluiting naar voren te brengen. Op die manier kunnen inwoners hun zorgen uiten en suggesties doen over hoe ze geholpen zouden kunnen worden in hun zorgen. De zorgaanbieder kan dan ook aan de inwoners vertellen hoe ervoor wordt gezorgd dat in de regio voldoende en voldoende tijdige zorg beschikbaar blijft.

In de algemene maatregel van bestuur waarin ik de wettelijke verplichting tot overleg en dialoog op zal nemen, neem ik ook een meldplicht voor zorgaanbieders op. Ik wil zorgaanbieders die het voornemen hebben om zorg op een SEH of afdeling voor acute verloskunde op te schorten, te beëindigen of te concentreren, verplichten hiervan tijdig (dus ruim) vóór het definitieve besluit wordt genomen melding te maken bij de IGJ en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Dit stelt deze toezichthouders in staat om een voorgenomen besluit te toetsen en hun rol ten volle te spelen.

Ik heb u toegezegd dat u na de zomer een concept van deze amvb ontvangt. Momenteel ligt een eerste concept van die algemene maatregel

voor bij een aantal toezichthouders voor een toets. Deze toetsen dienen eerst ontvangen en verwerkt te worden. Daarbij hangt de amvb samen met de door uw Kamer aangehouden wetsvoorstellen Wet toetreding zorgaanbieders/ Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders. Ik verwacht u hierom, mede afhankelijk van een plenaire behandeling van de wetsvoorstellen, in het najaar een versie toe te kunnen sturen. Dit zal de versie zijn die ook beschikbaar komt voor consultatie via internet.

Dat er de komende jaren nog meer wijzigingen in het zorglandschap op zullen treden, staat voor mij vast. Wij zullen, zoals ik in het debat op 13 juni ook aangaf (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9), de komende jaren werken aan een transitie in de zorg waarbij het verlenen van «de juiste zorg op de juiste plek» centraal staat. Het ziekenhuis zal soms meer uit de muren van het ziekenhuis komen, specialisten zullen vaker naar een huisartsenpraktijk toe gaan; sommige zorg die nu in de tweede lijn wordt verricht zal in de anderhalve en eerste lijn of misschien wel thuis worden verricht; en we zullen meer en meer toegaan naar gespecialiseerde centra. Met name in krimp- en anticipeerregio's, waar de bevolking vergrijsd en ontgroent en er arbeidsmarktproblemen zijn met potentiële consequenties voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, is de benodigde transitie in de zorg nu reeds urgent.

In de Hoofdpijnenakkoorden voor medisch-specialistische zorg, wijkverpleging, huisartsenzorg en GGZ voor de jaren 2019–2022 is in dat kader opgenomen dat het, voor het in de praktijk waarmaken van de juiste zorg op de juiste plek, nodig is dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Verder staat in de akkoorden dat, waar dit niet tot stand komt, inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) het initiatief nemen c.q. stimuleren, en samen met zorgaanbieders, professionals en patiëntenorganisaties zullen zorgen dat dit gebeurt. Zoals ik tijdens het debat op 13 juni jl. ook heb aangegeven (Handelingen II 2017/18, nr. 93, items 5 en 9), sluit de onderhavige motie waarin wordt gesproken over regionale netwerkbijeenkomsten en zorgtafels, hier op aan.

In deze Hoofdpijnenakkoorden is ook afgesproken dat «met deze akkoorden (...) op nationaal niveau [wordt] afgesproken *dat* dit proces plaatsvindt en ieder zijn bijdrage levert. *Hoe* dit gebeurt en *wat* wordt afgesproken gebeurt decentraal. Via onder meer de bestaande bestuurlijke overleggen wordt de voortgang besproken, geleerd van de ervaringen, en aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Zonder dat dit leidt tot een centrale regie, centrale systemen van monitoring en/of verantwoording».

In verschillende regio's vinden, soms al geruime tijd, gezamenlijke gesprekken plaats over de toekomst van de zorg tussen zorgaanbieders, verzekeraars en vaak ook de provinciale en lokale besturen (en volksvertegenwoordigingen). Ook met de bevolking van de regio's vinden indringende discussies plaats. Een voorbeeld hiervan is de Zorgtafel van de provincie Drenthe. Daar zijn partijen met elkaar in overleg getreden om gezamenlijk te zoeken naar een oplossing voor de regionale knelpunten. Dat sluit aan bij de gedachte dat de verandering in de regio ontstaat en niet vanuit het Rijk wordt aangestuurd. De oplossing voor Drenthe is niet automatisch de oplossing voor Limburg; iedere lokale situatie kent zijn eigen oplossingsrichting. De partijen in de regio Drenthe hebben het Ministerie van VWS uitgenodigd betrokken te zijn. Daartoe ben ik graag bereid en dat heb ik de commissaris van de Koning in Drenthe in juni laten weten. VWS zal, zoals afgesproken in de hoofdpijnenakkoorden voor 2019–2022, de aanpak in deze regio niet gaan trekken maar desgewenst ondersteunen. Bijvoorbeeld door ervaringen van andere regio's zo veel

mogelijk te benutten en partijen aan elkaar te verbinden. Verder zal het Ministerie van VWS (mede naar aanleiding van de ervaringen met Drenthe) bekijken of, en zo ja op welke wijze, het wenselijk is dat het Ministerie van VWS ook andere regio's bij dit proces ondersteunt. Ik zal de Tweede Kamer op de hoogte houden van de resultaten van de Drentse Zorgtafel.

e. Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) en HAP Hengelo

Toezegging: de Tweede Kamer te informeren over de afspraken tussen de Ziekenhuis Groep Twente (ZGT) en de Huisartsenpost (HAP) in Hengelo.

Op 19 februari jl. en op 5 juli jl. heb ik de Tweede Kamer brieven over dit onderwerp gestuurd (Kamerstuk 29 247, nr. 253) (Kamerstuk 34 775 XVI, nr.149).

Op 6 juli jl. hebben beide partijen conform verwachting laten weten dat de Huisartsenpost Hengelo definitief een plek krijgt binnen Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) op locatie Hengelo (op de plek waar voorheen de SEH zat in ZGT locatie Hengelo). Daarbij is afgesproken dat ZGT aan de huisartsen extra ondersteuning gaat verlenen. Bewoners uit Hengelo en omstreken kunnen bij deze HAP terecht voor spoed huisartsgeneeskundige zorg in de avond-, nacht- en weekenden. De bedoeling is dat de «inhuizing» van de post uiterlijk op 1 juli 2019 gerealiseerd is. Ook de dienstapothek, nu ook in hetzelfde gebouw als de Huisartsenpost, verhuist mee en komt dus binnen «ZGT-muren».

De extra ondersteuning die ZGT gaat leveren aan deze nieuwe HAP betreft in ieder geval een spoedeisende hulp verpleegkundige tijdens de openingstijden van de HAP, extra ondersteuning in de weekenden en feestdagen tijdens piekuren van een Verpleegkundig Specialist/ANIOS en beschikbaarheid van röntgendiagnostiek op afgesproken tijden, voor snelle diagnostiek.

f. Geriatrische kennis op de SEH

Toezegging: voor eind 2018 informatie toe te zenden, die ik bij de Nederlandse ziekenhuizen heb verzameld over hoe zij invulling geven aan de behoefte aan geriatrische kennis op de SEH

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) heeft geïnventariseerd hoe haar leden hier invulling aan geven en heeft mij het volgende gemeld:

- Op de SEH-afdelingen van de umc's is in ruime mate 24/7 geriatrische kennis en expertise beschikbaar.
- In vrijwel alle gevallen worden patiënten van 70 jaar en ouder gescreend op kwetsbaarheid («frailty») en in toenemende mate ook op mishandeling. Deze taak is vaak toegewezen aan een gespecialiseerde SEH-verpleegkundige geriatrie. Indien de screening positief is, komt er een alert in het elektronisch patiëntendossier en worden gerichte interventies aangeboden (een voorbeeld is het UMC Utrecht).
- Op de afdelingen zijn multidisciplinaire richtlijnen en zorgpaden geïmplementeerd.
- Geriatrie heeft een vaste plaats in het onderwijs c.q. de na- en bijscholing van artsen en verpleegkundigen.
- Best practises zijn te vinden op het gebied van eerder genoemde alert in het elektronisch patiëntendossier (o.a. bij het UMC Utrecht en het MUMC+), het zorgpad «collum care» (UMCG), voortzetting van ziekenhuiszorg thuis bij Hospital@Home (UMCG), screening op

kwetsbaarheid d.m.v. verschillende testen zoals binnen het APOP-onderzoek (LUMC en VUmc).

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft mij laten weten geen zicht te hebben op de verschillende manieren waarop ziekenhuizen op dit moment zorgen voor geriatrische expertise op de SEH. De NVZ zet echter vraagtekens bij de oproep voor meer ouderenpoli's of andere specifieke afdelingen voor ouderen. Het aandeel ouderen wordt steeds groter, waardoor bijna het hele ziekenhuis in toenemende mate met ouderen te maken krijgt; dat los je volgens de NVZ niet op met één ouderenpoli. Elke afdeling in het ziekenhuis (met uitzondering van de kinderafdeling en afdeling neonatologie) zal kortom de benodigde klinische expertise in huis moeten hebben om deze oudere patiënten goed te kunnen behandelen.

In het kader van de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen wordt door de betrokken partijen ook gesproken over het onderwerp geriatrische kennis op de SEH. Dit gesprek wordt vervolgd zodra de uitkomsten van de budget impact analyse (BIA), die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) momenteel op verzoek van het Zorginstituut uitvoert, bekend zijn.

Tot slot

Met deze brief beschouw ik bovenstaande moties met de Kamerstuk 27 295, nrs. 167, 157, 162, 163 en 164, alsmede de bovenstaande toezeggingen⁷ als afgedaan.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

⁷ Met uitzondering van de toezegging met betrekking tot de amvb waarin de positie van het ROAZ wordt versterkt (p.10 van deze brief).