

Vergaderjaar 2010–2011

29 247

Acute zorg

Nr. 130

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 oktober 2010

Vooruitlopend op het geplande spoeddebat van woensdag 6 oktober 2010 over de Intensive Care in Vlissingen heeft u mij verzocht om een reactie op het bericht in de Provinciale Zeeuwse Courant (PZC) van 29 september 2010. Met deze brief kom ik aan uw verzoek tegemoet.

Het bericht in de PZC kondigt het verdwijnen van de Intensive Care op de locatie Vlissingen aan. De berichtgeving suggereert voorts dat het hier gaat om een onverwacht besluit van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). Er is immers eerder door het bestuur van het ADRZ gecommuniceerd dat de Intensive Care level 1 op Vlissingen behouden blijft, zo stelt het artikel.

Ik heb regelmatig met uw Kamer gesproken over de Zeeuwse kwestie. Ik heb u in deze debatten, en daarnaast ook op schriftelijke wijze, laten weten dat Zeeland een uitzonderlijke regio is die mijn aandacht heeft. Een dergelijke krimpregio als Zeeland is kwetsbaar in het behoud van verantwoorde kwaliteit en bereikbaarheid. In het behoud van een verantwoorde kwaliteit van zorg voor de toekomst in de regio Noord en Midden Zeeland lag ook de belangrijkste reden voor de fusie. Sinds het fusiebesluit door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) in 2009 ligt bij het ADRZ de niet eenvoudige taak de fusie te vertalen in een concreet fusieplan met een gedetailleerde uitwerking van de functieverdeling over de locaties inclusief de bijbehorende financiële paragraaf. Via het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) volg ik de ontwikkelingen rondom de fusie intensief en heb hierover ook regelmatig contact met het ADRZ. Deze intensieve monitoring biedt mij de mogelijkheid eventuele risico's voor de continuïteit van zorg in de regio tijdig te signaleren. Dit betekent echter niet dat het ziekenhuis hierin geen verantwoordelijkheid draagt. Het ADRZ is en blijft primair verantwoordelijk voor een zodanige organisatie van de zorg dat het kwalitatief verantwoord is. De uitwerking van de fusie dient hier naadloos op aan te sluiten.

Het bovenstaande brengt mij weer terug bij het eerdergenoemde artikel in de PZC. Ik ben van mening dat als het ADRZ vindt dat er geen verantwoord IC-level 1 zorg geboden kan worden in Vlissingen, deze zorg op die locatie dan ook niet geleverd moet worden. Ik heb al eerder aangegeven de kwaliteit van zorg belangrijker te vinden dan de bereikbaarheid ervan. En ook in het geval van de Intensive Care in Vlissingen maak ik hier geen uitzondering op. Op dit moment is de bereikbaarheid van de acute zorg in de regio binnen de wettelijke normtijd van 45 minuten gegarandeerd.

Daarnaast vind ik het van belang u het volgende te melden. Het ADRZ gaat uit van een IC-faciliteit in Vlissingen, gekoppeld aan het eerder vastgestelde profiel van een planbaar ziekenhuis. Een IC-faciliteit kent een andere invulling dan een IC-level 1. Ik kan me echter voorstellen dat het verschil tussen de beide varianten niet altijd even duidelijkheid is.

Gegeven het profiel van een planbaar ziekenhuis heeft de locatie Vlissingen maximaal twee beademingsbedden nodig. Hierdoor kan volgens de CBO-richtlijnen niet meer gesproken worden van een IC-level 1, aangezien deze minimaal zes bedden dient te omvatten. Met de IC-faciliteit blijft het in de toekomst mogelijk kwalitatief net zo goede acute opvang, stabilisatie en nabeademingen in Vlissingen aan te bieden. Patiënten zullen, indien langer intensieve zorg noodzakelijk is, na de acute opvang en stabilisatie vervoerd moeten worden naar Goes. De IC-faciliteit in Vlissingen wordt ondergebracht bij de SEH. Dit houdt in dat zowel de SEH als de IC-faciliteit door de SEH-poortarts (FCCS-gecertificeerd en gekwalificeerd conform de huidige situatie) en de SEH & IC-verpleegkundige 24/7 uur worden bemensd. Met de ambulancezorg zijn afspraken gemaakt over de ritten die rechtstreeks naar Goes gaan. Zo zullen de A1-ritten en de ritten van patiënten waarvoor operatie- en opnamefaciliteiten noodzakelijk zijn direct doorrijden naar Goes. Voor patiënten die zich aandienen in Vlissingen wordt eerste opvang en stabilisatie geboden, waarna interklinisch vervoer naar Goes beschikbaar is indien de noodzaak bestaat van een operatie en/of medisch specialistische zorg.

Tot slot wil ik u attenderen op mijn reactie tijdens het debat van 12 maart 2009 (kamerstuk 27 295, nr. 137) waarin uw Kamer op mij een beroep deed voor het behoud van klein volwaardig ziekenhuis op Walcheren. Ik heb u toen aangegeven dat het om overwegingen van bereikbaarheid en keuzevrijheid voor de patiënt mijn voorkeur zou hebben om een volwaardig ziekenhuis in Vlissingen te behouden. Als het echter om kwaliteitsoverwegingen niet mogelijk is bepaalde functies in Vlissingen overeind te houden, dan is concentratie in dit geval in Goes ten behoeve van het zekerstellen van de kwaliteit van zorg voor de acute en hoog complexe patiënt onvermijdelijk.

Ik hoop u met bovenstaande voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink