

Vergaderjaar 2018–2019

31 016

Ziekenhuiszorg

29 247

Acute zorg

Nr. 213

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 maart 2019

In de Regeling van Werkzaamheden van 12 februari jl. heeft de heer Van Gerven gevraagd een spoedanalyse te laten verrichten door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar de brief van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de cijfers over rijtijden van ambulancespoedritten in Urk en Lelystad van GGD Flevoland (Handelingen II 2018/19, nr. 52, item 25). Op 13 februari 2019 heb ik uw Kamer geïnformeerd dat deze analyse niet voor het Algemeen Overleg MSZ/Ziekenhuiszorg kon worden afgerond¹.

In de procedurevergadering van 20 februari jl. heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzocht om een reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de Regeling van Werkzaamheden van 12 februari 2019 (Handelingen II 2018/19, nr. 52, item 25), over de brief van de KNOV, voor het Algemeen Overleg Acute zorg/ ambulancetzorg van d.d. 3 april 2019 aan de Kamer te sturen. Met deze brief ga ik in op beide verzoeken.

Verder zal ik in deze brief ingaan op een aantal toezeggingen die ik heb gedaan in het Algemeen Overleg MSZ/Ziekenhuiszorg van 13 februari jongstleden (Kamerstukken 31 765 en 31 016, nr. 369), waarmee ik deze toezeggingen als afgedaan beschouw, te weten:

- Een reactie op de petitie van het Comité Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad en het resultaat van mijn gesprek met dit Comité;
- De analyse van de toekomstverkenner over feiten en cijfers;
- De eerste resultaten van de gesprekken die de toekomstverkenner heeft gevoerd over de acute verloskunde op Urk;
- De regionale effecten van kwaliteitskaders op regionale ziekenhuizen.

Ook zal ik ingaan op het verzoek van een aantal Kamerleden uit het ordedebat van 5 maart 2019 over de gang van zaken rond het faillissement van de MC IJsselmeeerziekenhuizen, en dan met name over de

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 269

mogelijkheden van patiënten en hoe ze worden geïnformeerd over de continuering van zorg (Handelingen II 2018/19, nr. 58, Regeling van werkzaamheden).

Tenslotte ga ik kort in op het bewaren en toegankelijk houden van medische dossiers en de gemaakte afspraken over de medische aansprakelijkheidsverzekering.

De 45-minutennorm

Alvorens in te gaan op bovengenoemde verzoeken en toezeggingen, maak ik van de gelegenheid gebruik om de 45-minutennorm nogmaals nader toe te lichten. Zoals ik in mijn brief van 22 januari jongstleden² heb aangegeven is de 45-minutennorm geen prestatienorm; ook niet voor de ambulancesector. De 45 minutennorm is geen norm om kwaliteit of tijdigheid van de ambulancezorg of de totale reistijd van patiënt naar een ziekenhuis te meten. De enige prestatienorm qua bereikbaarheid van acute zorg is de 15-minutennorm voor ambulances. Die 15-minutennorm zegt dat in 95% van de spoedritten (A1) de ambulance onder normale omstandigheden binnen 15 minuten na de melding ter plaatse moet zijn. De RAV Flevoland, die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg in de regio Flevoland, voldoet momenteel aan die norm.

De 45-minutennorm ziet op de spreiding en beschikbaarheid van SEH's en afdelingen voor acute verloskunde over Nederland. Het is een berekende spreidingsnorm. Een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) of acute verloskunde (AV) mag op grond van de 45-minutennorm alleen sluiten als het aantal inwoners dat in spoedgevallen (met een ambulance) niet binnen 45 minuten op deze afdeling *kan zijn, door deze sluiting* niet toeneemt. Dit wordt berekend met een theoretisch model van het RIVM. Dat brengt modelmatig de tijd tussen het binnenkrijgen van de melding op de meldkamer ambulancezorg tot aan presentatie van de patiënt in het ziekenhuis voor alle postcodegebieden in Nederland in kaart, waarbij bijvoorbeeld wordt gerekend met een vaste tijd tussen aankomst van de ambulance bij de patiënt en vertrek van de ambulance naar het ziekenhuis³. Doel van deze modelmatige berekeningen is om afstanden tot aan een ziekenhuis met acute zorg in kaart te brengen en daarbij niet alleen rekening te houden met kilometers maar ook met de lokale omstandigheden; dit om te bepalen welke SEH's en afdelingen voor acute verloskunde niet mogen sluiten om de spreiding en beschikbaarheid van deze zorg op een bepaald niveau te behouden.

Dit model, dat dateert uit het begin van deze eeuw, is zoals gezegd geen prestatienorm om kwaliteit of tijdigheid van de ambulancezorg of de totale reistijd van patiënt naar een ziekenhuis te meten. Dat een spoedrit in de praktijk langer dan 45 minuten duurt is ook zeer goed mogelijk. Dit kan vanuit (medisch) behandelooptpunt logisch en soms noodzakelijk zijn en kan gezondheidswinst opleveren voor de patiënt. Het is aan de ambulancezorgverleners om na beoordeling van de patiënt te beslissen wat voor deze patiënt het beste is. Bij sommige aandoeningen zal dit inhouden dat behandeling in het ziekenhuis zo snel mogelijk moet plaatsvinden. Maar, de ambulancezorgverleners kunnen er ook voor kiezen langer bij de patiënt ter plaatse te zijn om uitgebreid(er) onderzoek te doen en de zorg te starten. Denk hierbij aan het aanleggen van een infuus, het maken van een ECG, het doen van tests, het starten met pijnbestrijding e.d. (in welk geval de tijd tussen aankomst van de ambulance bij de patiënt en vertrek van de ambulance naar het ziekenhuis

² Kamerstuk 31 016, nr. 188

³ Kamerstuk 29 247, nr. 211, bijlage 1.

ook langer is dan waar in het RIVM-model mee wordt gerekend). De ambulance is immers niet slechts een vervoermiddel; door het ambulancepersoneel kan steeds meer gespecialiseerde zorg worden verleend. Als vervoer naar het ziekenhuis noodzakelijk is, bepalen de ambulancezorgverleners of de patiënt naar de dichtstbijzijnde SEH of afdeling voor acute verloskunde wordt gebracht of niet. Hierbij spelen met name medisch-inhoudelijke (bijvoorbeeld als het zorgaanbod in een ander ziekenhuis beter aansluit op de behoefte van de patiënt) en logistieke redenen (bijvoorbeeld wanneer bekend is dat het heel druk is op een SEH en de patiënt ergens anders sneller kan worden geholpen) een rol. De ambulanceverpleegkundige heeft de professionele verantwoordelijkheid om snel en deskundig te handelen, maar voor de patiënt is het kortom niet altijd het beste dat deze zo snel mogelijk na een melding in het dichtstbijzijnde ziekenhuis is. Dat is ook de reden waarom hiervoor geen prestatienorm bestaat.

Reactie van de IGJ op de brief van de KNOV en de cijfers van de GGD Flevoland

De IGJ heeft de gegevens uit de registratie van GGD Flevoland bekeken en hieruit blijkt dat sinds de (gedeeltelijke) sluiting van de spoedeisende hulp in Lelystad de gemiddelde totale ritduur (de tijd tussen het binnenkrijgen van de melding op de meldkamer ambulancezorg tot aan presentatie van de patiënt in het ziekenhuis) voor een ambulance bij A1-ritten⁴ vanuit Lelystad is opgelopen van ongeveer 40 minuten in oktober 2018 naar 47 minuten in november 2018 en 51 minuten in december 2018. Voor A1-ritten vanuit Urk geldt dat de gemiddelde totale ritduur is opgelopen van 57 minuten in oktober 2018 naar 66 minuten in november 2018 en 63 minuten in december 2018.

Door de sluiting van de afdeling klinische verloskunde in het ziekenhuis in Lelystad is het onmiskenbaar dat ambulances verder moeten rijden en langer onderweg zijn om patiënten te presenteren in de omliggende ziekenhuizen. Bestudering van de cijfers laat zien dat de stabilisatietijd iets lijkt te zijn toegenomen en, zoals gezegd, de ambulances langer onderweg zijn om de patiënt in een ziekenhuis te presenteren. IGJ houdt sinds het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuis onder andere contact met de betrokken Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ-en). In ROAZ-verband worden afspraken gemaakt (en zo nodig bijgesteld) over onder meer volmeldingen en uitwijkmogelijkheden van ziekenhuizen. Vanuit het ROAZ wordt beaamd dat het moeten uitwijken van ambulances kan leiden tot langere rittijden, maar alleen bij patiënten waarbij dit verantwoord is.

Het is daarbij goed te beseffen dat tussen het ophalen van de patiënt door de ambulance en het aanrijden naar het ziekenhuis, de zorg aan de patiënt in de ambulance al wordt gestart: de patiënt wordt gestabiliseerd door het ambulancepersoneel en krijgt de eerste zorg die nodig is. Ook moet, zoals ik hier boven al aangaf, worden opgemerkt dat tijdige toegang tot spoedeisende hulp niet altijd betekent dat een patiënt naar de dichtstbijzijnde afdeling voor spoedeisende hulp wordt gebracht. Patiënten worden naar de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie gebracht waar de voor hen best passende zorg geleverd kan worden. Ter illustratie: ook voor het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen en de afschaling van de SEH in Lelystad werden bijvoorbeeld patiënten met een hartinfarct niet in Lelystad maar op andere SEH's behandeld.

⁴ Een spoedeisende rit in opdracht van de centralist van de meldkamer in geval van acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dit gevaar pas na beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse kan worden uitgesloten.

Uit de registratie van GGD Flevoland valt op te maken dat de gemiddelde responstijd onder de 8 minuten ligt. Uit de gegevens van de inspectie blijkt tevens dat de norm voor responstijd door de ambulancedienst in Flevoland vanaf oktober 2018 tot heden wordt gehaald. IGJ ziet toe op de naleving van de wettelijke norm dat bij gemiddeld bij 95% van de A1 meldingen binnen 15 minuten een ambulance aanwezig is. In het toezicht worden ook de relevante externe factoren die de haalbaarheid van de norm beïnvloeden en overige patiëntveiligheidsaspecten meegenomen. Om dit te bewerkstelligen heeft RAV-Flevoland extra ambulances ingezet.

De conclusie van de analyse van IGJ op dit moment is dat er veranderingen zichtbaar zijn als gevolg van de afschaling van de SEH en de sluiting van de afdeling klinische verloskunde in Lelystad bij de eerstelijns acute zorg en de geboortezorg in de regio. Aan de prestatienorm ten aanzien van de responstijden van de ambulances wordt voldaan. De gemiddelde totale ritduur is toegenomen en overstijgt de 45 minuten, maar dit betekent niet dat er een prestatienorm wordt overschreden aangezien de 45-minutennorm geen prestatienorm is. Ook kan niet worden geconcludeerd dat ten gevolge hiervan gezondheidsrisico's zijn toegenomen. Er zijn door de IGJ signalen ontvangen en onderzocht in relatie tot het sluiten van de acute verloskunde, maar er is geen sprake van calamiteiten of incidenten met patiëntschade.

Bovenstaande neemt niet weg dat IGJ de zorgen van onder meer verloskundigen, patiënten en andere betrokkenen begrijpt. De situatie vraagt in de ogen van IGJ doorlopende samenwerking tussen de zorgaanbieders, aanpassingen in de acute keten om de mogelijke risico's voor patiënten zo adequaat mogelijk te beheersen en waakzaamheid van alle betrokken partijen. Verderop in de brief zal ik ingaan op de gesprekken die de toekomstverkenner voert met alle betrokkenen bij de verloskundige zorg op Urk.

Reactie op de petitie van de Stichting Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad en het resultaat van het gesprek van de Minister met dit Comité.

In aanloop naar het Algemeen Overleg MSZ/Ziekenhuiszorg van 13 februari jongstleden heeft de Stichting Actie Behoud Ziekenhuis Lelystad uw Kamer een petitie aangeboden naar aanleiding van het faillissement van het ziekenhuis in Lelystad (Kamerstuk 29 247, nr. 269). Zoals ik in het Algemeen Overleg heb toegezegd heb ik de Stichting uitgenodigd voor een overleg over de zorgen van de Stichting. Dat overleg heeft op 19 februari jongstleden plaatsgevonden, in aanwezigheid van IGJ. De Stichting heeft in dat overleg haar zorgen uitgesproken over het niet, of niet snel genoeg, realiseren van de door de Stichting gewenste uitbouw van de zorg die St Jansdal op korte termijn in Lelystad aanbiedt. Zo pleit de Stichting voor een short-stay ziekenhuis met circa 3 dagen opnamecapaciteit, operatiekamers, poliklinieken, laboratoria, röntgen en IC-afdeling. Plus alle voorzieningen voor 24-uurs spoedeisende hulp en voorzieningen voor acute verloskunde. Daarnaast pleit men voor meer samenwerking met de plaatselijke zorgaanbieders voor opvang voor langduriger en minder acute zorg.

In het overleg heb ik erop gewezen dat St Jansdal zich, op korte termijn, primair richt op het stabiliseren van het zorgaanbod zoals ik u eerder bericht heb in mijn brief van 11 februari jongstleden⁵. Na deze stabilisatie zal de aandacht worden verbreed naar de mogelijkheden voor verdere

⁵ Kamerstuk 31 016, nr. 191

uitbreiding van zorg in de regio. De visie van de toekomstverkenner op de zorg in Flevoland, die rond de zomer zal worden afgerond, zal daarbij een ondersteunende rol bieden. De elementen die de Stichting benoemt zullen daarin worden meegenomen. In dat kader heeft de Stichting aangegeven al meerdere constructieve gesprekken met de toekomstverkenner te hebben gevoerd. Als laatste heeft de Stichting in het gesprek aangegeven van mening te zijn dat de kwaliteitseisen die aan de zorg in regionale ziekenhuizen worden gesteld te hoog zijn. Het niveau van de zorg in een regionaal ziekenhuis hoeft volgens de Stichting niet per definitie hetzelfde te zijn als dat van de zorg in topklinische of academische ziekenhuizen. Ik verschil hierover van mening met de Stichting. Natuurlijk worden in topklinische of academische ziekenhuizen deels andere typen patiënten behandeld dan in kleinere, regionale ziekenhuizen. Maar voor zover vergelijkbare patiënten worden behandeld, wil ik daar ook dezelfde kwaliteitseisen voor hanteren. Overal in Nederland dient de zorg voor soortgelijke patiënten van goede kwaliteit te zijn, daar wil ik niet aan tornen. Dat heb ik eerder ook zo met uw Kamer besproken.

In de petitie benoemt de Stichting ook de signalen over incidenten die zij registreert en waarover regelmatig contact is met de IGJ. In mijn brief van 11 februari 2019⁵ heb ik u geïnformeerd over de wijze waarop de IGJ de signalen, die zij van de Stichting heeft ontvangen, heeft beoordeeld. De IGJ heeft daarna op 18 februari, 21 februari en 7 maart 2019 aanvullende signalen van de Stichting ontvangen. In totaal heeft de Stichting nu 115 signalen aan de IGJ doorgegeven, waarvan een aantal zeer algemeen van aard is, aldus de IGJ. Deze signalen zijn in de ogen van zowel de Stichting als de IGJ een uiting van onvrede over de sluiting van het ziekenhuis. Andere signalen zijn specifiek en geven een beschrijving van de concrete gevolgen voor patiënten en familie nu zij verder moeten reizen naar een ziekenhuis. Ook ik heb kennis genomen van de inhoud van de lijst.

De IGJ heeft op verschillende momenten contact met de Stichting, waarbij de beoordeling van de signalen en de wijze waarop zij deze in haar toezicht betreft onderwerp van gesprek zijn. De IGJ was ook vertegenwoordigd bij het gesprek dat ik op 19 februari met de Stichting heb gevoerd. Op 26 februari heeft een uitgebreid telefonisch overleg tussen de IGJ en de Stichting plaatsgevonden, waarbij de Stichting op verzoek van de IGJ over een aantal signalen nadere informatie of een toelichting heeft verstrekt. Verder heeft de IGJ de Stichting geïnformeerd over de wijze waarop de Stichting patiënten en zorgaanbieders over specifieke onderwerpen, waaronder aspecten van gegevensbescherming in de zorg, verder kan helpen en in welke gevallen patiënten en zorgaanbieders rechtstreeks bij de IGJ kunnen melden. Patiënten kunnen hiervoor terecht bij het Landelijk Meldpunt Zorg, zorgaanbieders bij het Meldpunt IGJ. In beide gevallen is het mogelijk om rechtstreeks laagdrempelig een melding te maken, vragen te stellen of om zorgen te bespreken. Een melding via een van deze meldpunten van de IGJ wordt volgens standaard procedures afgehandeld, waardoor de melder standaard terugkoppeling krijgt over de afhandeling.

De IGJ en de Stichting hebben afgesproken dat de Stichting ten aanzien van een aantal signalen bij de melder vraagt of de contactgegevens mogen worden uitgewisseld zodat de IGJ contact op kan nemen en het signaal uiteindelijk kan bespreken met betrokken zorgaanbieders. De melder krijgt in deze specifieke gevallen terugkoppeling wat er met zijn melding bij de Stichting is gebeurd.

⁵ Kamerstuk 31 016, nr. 191

Op grond van de informatie waar de IGJ op dit moment over beschikt is er geen reden om aan te nemen dat er sprake is van calamiteiten of van patiëntschade die een directe samenhang heeft met het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen en de veranderingen in het zorgaanbod. Dit neemt niet weg dat diverse signalen door de IGJ goed gebruikt kan worden om zicht te krijgen op mogelijke risico's in de patiëntenzorg en noodzakelijke verbeteringen in de zorgverlening en de samenwerking tussen zorgaanbieders.

Tijdens het gesprek op 26 februari hebben de Stichting en de IGJ nogmaals afgesproken laagdrempelig contact met elkaar te blijven houden. Met de IGJ ben ik de Stichting erkentelijk voor de wijze waarop zij signalen verzamelt en aan de IGJ doorgeeft. De achtergrondinformatie van de Stichting over de beleving van patiënten en andere betrokkenen is voor de IGJ behulpzaam bij haar toezicht.

Tenslotte heeft de IGJ nog specifiek gekeken naar een uitspraak gedaan in het televisieprogramma de Hofbar van 19 februari jongstleden, dat «door de sluiting van het MC IJsselmeerziekenhuis in Lelystad er al doden zijn gevallen». Navraag bij betreffende melder leert dat er weliswaar zorgen zijn over een aantal aspecten (die de IGJ direct heeft meegenomen in het toezicht), maar dat er geen nieuwe signalen bekend zijn waar de IGJ nog niet van op de hoogte was. Er is dus ook geen sprake van een calamiteit.

De analyse van de toekomstverkenner over feiten en cijfers

In mijn brief aan uw Kamer van 30 november 2018⁶ heb ik aangegeven dat de toekomstverkenner allereerst duidelijkheid dient te scheppen in de informatiepositie voor alle betrokkenen. Van belang is dat alle betrokkenen een gelijke informatiepositie krijgen, zodat er een gedeeld beeld is over precieze cijfers en percentages, over het al dan niet schaars zijn in de regio van bepaalde zorgverleners (zoals kinderartsen), over de bevolkings-samenstelling en zorgvolumes, etc. De juiste informatie is immers mede bepalend voor de mogelijkheden in de regio.

Voor dit eerste deel van de opdracht heeft de toekomstverkenner ruim 25 interviews gehouden en is veel informatie verzameld en geanalyseerd. Deze informatie is door hem samengebracht in een concept-Feitenboek dat op maandag 25 februari in Lelystad aan ongeveer 70 belanghebbenden voor consultatie is gepresenteerd. Het Feitenboek bevat een uitwerking van de volgende onderwerpen:

- Het zorgaanbod van het voormalige MC Zuiderzee ziekenhuis en de omliggende ziekenhuizen;
- Gegevens over de spoedzorg in Nederland en in Flevoland inclusief de rijtijden van ambulances;
- Gegevens over de acute geboortezorg op Urk;
- Gegevens over de inwoners en hun profiel zoals bevolkingsgroei en -samenstelling, de Sociaal Economische Status, de gezondheid en zorgkosten van inwoners van de verschillende gemeenten binnen de provincie.

Belanghebbenden zijn vervolgens in de gelegenheid gesteld om aanvullende gegevens aan te leveren bij de toekomstverkenner om de inhoud van het Feitenboek te verdiepen en te finaliseren. Inmiddels heeft de toekomstverkenner de definitieve versie ter beschikking gesteld aan alle belanghebbenden en deze ook aan mij toegestuurd. Zoals toegezegd in het algemeen overleg medisch-specialistische zorg van 13 februari

⁶ Kamerstuk 31 016, nr. 174

jongstleden (Kamerstuk 29 247, nr. 269) heb ik het Feitenboek als bijlage bij deze brief toegevoegd⁷.

Voortgang toekomstvisie zorg in Flevoland vanaf 2020 en de eerste resultaten van de gesprekken die de toekomstverkenner heeft gevoerd over de acute verloskunde op Urk

Een gelijke informatiepositie voor alle belanghebbenden vormt de basis voor het tweede deel van de opdracht van de toekomstverkenner; het rond de zomer presenteren van een toekomstvisie op de zorg in Flevoland vanaf 2020. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de periode direct vanaf 2020 en de langere termijn. Voor dit tweede deel van de opdracht is in de eerder genoemde interviews al aandacht geweest. Daarnaast zal er rond de acute zorg, de acute verloskunde en de klinische zorg voor kwetsbare groepen een drietal sessies in maart, april en mei worden georganiseerd. Aan de sessies nemen zorgprofessionals deel. Naast deze sessies met zorgprofessionals over deze onderwerpen is er een aparte bestuurlijke tafel voor lokale bestuurders en bestuurders van ziekenhuizen.

Innovatie is een belangrijk onderwerp dat in alle sessies terug zal komen. Tussen de sessie in maart en april zal een inspiratie-/innovatiesessie worden georganiseerd voor alle belanghebbenden om te verkennen welke innovaties nuttig en haalbaar zijn voor de zorg in Flevoland. Met deze expliciete aandacht voor de mogelijkheden voor «slimme zorg thuis» (e-health) in de regio Flevoland wordt voldaan aan de wensen van de Kamer zoals vastgelegd in de motie van de leden Dik-Faber en Arno Rutte⁸.

Zoals ik u in mijn brief van 11 februari jongstleden⁹ heb laten weten, is de toekomstverkenner op mijn verzoek begin januari direct gestart met gesprekken over verloskunde op Urk vanwege de zorgen over de langere rijtijden door de sluiting van acute verloskunde in Lelystad. De toekomstverkenner heeft laten weten dat er een constructieve dialoog is tussen alle zorgprofessionals betrokken bij de verloskundige zorg op Urk, dat aanwezigen positief zijn over de vorderingen en dat zij de relevantie van het traject erkennen.

Inmiddels zijn er drie sessies met alle betrokkenen geweest. De eerste sessie stond in het teken van het definiëren en kenbaar maken van het vraagstuk, sessie twee ging over het verkennen van oplossingen en sessie drie was gericht op het verdiepen en verbreden van die oplossingsrichtingen. Daarbij waren aanwezig gynaecologen, kinderartsen, verloskundigen uit de 1e en 2e lijn, verloskundig actieve huisartsen, de regionale ambulancevoorziening (RAV), de KNOV, ROAZ, vertegenwoordigers van diverse Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) en vertegenwoordigers van St Jansdal (Harderwijk), het Flevoziekenhuis, de Antonius Zorggroep, Tjongerschans en Isala Klinieken. Planning is om eind maart een volgende sessie te houden. Voor die vierde sessie worden vijf oplossingsrichtingen verder uitgewerkt tot een plan van aanpak, waarbij ook aandacht zal worden besteed aan de financiële impact. Op dat moment zijn de opties voldoende concreet en is het zinvol om de IGJ en zorgverzekeraar Zilveren Kruis aan te haken bij dit traject. De vijf oplossingsrichtingen zijn:

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁸ Kamerstuk 31 016, nr. 208

⁹ Kamerstuk 31 016, nr. 191

1. Bedden beschikbaar stellen die kunnen worden gehuurd om thuis op de benedenverdieping te bevallen. Dit zorgt er voor dat eventueel vertrek naar het ziekenhuis per ambulance veel sneller kan verlopen.
 2. Beschikbaar stellen van goede informatie rondom de bevalling, over de risico's van thuis bevallen, optimale voorbereiding op eventueel vertrek naar ziekenhuis, etc. Dit kan met behulp van een zogeheten «counseling card» die de verloskundige gebruikt in het gesprek met de zwangere.
 3. Eén of meerdere mobiele CTG-apparaten (cardiotocograaf) beschikbaar hebben op Urk, waarmee een hartfilmpje van het ongeboren kind kan worden gemaakt. Deze kan op afstand worden uitgelezen, waardoor professionals in het ziekenhuis zich beter kunnen voorbereiden op de status van het kind dat binnengebracht gaat worden.
 4. Uitbreiding van scholing van de zorgprofessionals.
 5. Het voorschieten van kosten voor taxiritten en ander vervoer.
- Deze vijf oplossingsrichtingen zijn volgens de toekomstverkenner allemaal praktisch en haalbaar op korte termijn en kunnen ieder naar inschatting van de zorgprofessionals cruciale minuten tijdswinst opleveren. Daarnaast wordt ook gekeken naar lange termijn oplossingen, zoals een expertonderzoek naar de mogelijkheden en risico's van het inleiden van de zwangere zodat een deel van de bevallingen gepland in het ziekenhuis kan plaatsvinden, en het real-time inzichtelijk hebben van actuele SEH- en verloskamer capaciteit in omliggende ziekenhuizen.

De regionale effecten van kwaliteitskaders op regionale ziekenhuizen.

Tijdens het Algemeen Overleg (AO) Ziekenhuiszorg op 21 november 2018 (Kamerstuk 31 016, nr. 183) en het AO Ziekenhuiszorg op 13 februari jongstleden (Kamerstuk 29 247, nr. 269) heeft het lid Dik-Faber (ChristenUnie) aandacht besteed aan de vraag of de belangen van regionale ziekenhuizen, zoals Lelystad, worden meegewogen bij het vaststellen van kwaliteitsnormen van beroepsgroepen. Tijdens het laatstgenoemde debat heb ik de Kamer een brief toegezegd. In dat kader merk ik graag het volgende op.

In het AO op 21 november 2018 (Kamerstuk 31 016, nr. 183) heb ik aangegeven dat de belangen van burgers en zorgaanbieders uit de regio al een belangrijke rol hebben bij de totstandkoming van kwaliteitskaders. In reactie op de gewijzigde motie Van den Berg – Kerstens heb ik aangegeven dat ik het Zorginstituut heb 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 toegankelijkheid – waaronder: de bereikbaarheid – van de zorg in de regio's, inclusief de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg (zie ook mijn brief aan uw Kamer van 7 september 2018¹⁰). In mijn brief van 14 januari jongstleden¹¹ met betrekking tot het kwaliteitskader spoedzorgketen heb ik u geïnformeerd over de reactie van het Zorginstituut hierop. Het Zorginstituut heeft beargumenteerd laten weten ervan overtuigd te zijn dat partijen voldoende aandacht hebben besteed aan de effecten van dit kwaliteitskader in de regio. Ook heb ik u geschreven dat de Budget Impact Analyse (BIA) van de NZa duidelijk maakt dat de drie publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg met elkaar samenhangen. Alle drie deze belangen moeten in de zorg worden geborgd. Naar aanleiding van deze BIA heb ik de partijen die betrokken zijn bij de totstandkoming van het kwaliteitskader spoedzorgketen dan ook per brief

¹⁰ Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr. 168

¹¹ Kamerstukken 27 295 en 29 247, nr. 171

gewezen op de gewijzigde motie Van den Berg – Kerstens, en hen verzocht om in het vervolg van dit traject alle publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg) zorgvuldig af te wegen.

In het AO op 13 februari jongstleden heeft het lid Dik-Faber aangegeven dat zij in aanvulling op deze informatie van het Zorginstituut toch ook graag de regionale ziekenhuizen meer bij dit traject betrokken wilde hebben (Kamerstuk 29 247, nr. 269). Ik wil graag benadrukken dat het kwaliteitskader een kader van de veldpartijen is, als Minister heb ik geen rol bij de inhoud van kwaliteitskaders. Het is niet aan mij om mij te bemoeien met de vraag wat goede zorg is. Dat neemt niet weg dat ik bereid ben om naar aanleiding van het gedane verzoek met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) in gesprek te gaan over de wijze waarop het concept kwaliteitskader spoedzorgketen uitpakt voor streekziekenhuizen. Dit gesprek zal op korte termijn plaatsvinden.

Verzoek van een aantal Kamerleden uit het ordedebat van 5 maart 2019 over de gang van zaken rond het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen; met name over de mogelijkheden van patiënten en hoe ze worden geïnformeerd over de continuering van zorg (Handelingen II 2018/19, nr. 58, Regeling van werkzaamheden).

Op 6 maart heeft u mij per brief het verzoek van een aantal leden van uw Kamer overgebracht om een brief over de gang van zaken rond het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen, over wat de patiënten mogen, hoe zij worden geïnformeerd en welke mogelijkheden zij hebben met betrekking tot de continuering van zorg, in het verlengde van de mondelinge vraag van 5 maart 2019 (Handelingen II 2018/19, nr. 58, vragen van het lid Agema aan de Minister voor Medische Zorg over de gang van zaken rondom het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen).

De vraag van mevrouw Agema (PVV) van 5 maart jongstleden betrof een bericht op SKIPR waarin is aangegeven dat de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen twee medisch-specialisten de toegang tot het ziekenhuis in Lelystad hebben ontzegd (Handelingen II 2018/19, nr. 58, vragen van het lid Agema aan de Minister voor Medische Zorg over de gang van zaken rondom het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen). Uit het debat maak ik op dat mevrouw Agema van mening is dat deze handelwijze van de curatoren een actie is, die er op gericht zou zijn te verhinderen dat patiënten hun behandeling bij de nieuwe zorgaanbieders waar deze specialisten nu werken voortzetten, in plaats van in het ziekenhuis in Lelystad. Dit zou de vrije artskenkeuze van patiënten belemmeren.

Ik vind dat de vrije artskenkeuze altijd, en dus ook in deze specifieke situatie in Flevoland, gewaarborgd moet zijn. Zoals aangegeven heb ik de curatoren om verheldering gevraagd. Zij hebben mij laten weten dat de betreffende medisch-specialisten, na eerdere waarschuwingen, de toegang tot het ziekenhuis is ontzegd omdat zij zich niet gehouden zouden hebben aan de regels voor de bescherming van persoonsgegevens. Dat is een zaak tussen de curatoren en de betreffende medisch-specialisten. Indien de betreffende medisch-specialisten zich hier niet mee kunnen verenigen, dan staat het hen natuurlijk vrij de gang naar de rechter te maken zodat die zich hierover kan uitspreken. Ik meng mij niet in een zaak tussen curatoren en twee individuele medisch specialisten. Zoals ik in het debat heb aangegeven zijn er geen signalen dat door deze gebeurtenis de veiligheid van de directe patiëntenzorg in gevaar is, de IGJ heeft daar geen meldingen over ontvangen.

Zoals u weet vind ik het van belang dat de continuïteit van zorg voor de patiënten in Flevoland is gewaarborgd. In dat kader hebben de curatoren van MC IJsselmeerziekenhuizen mij laten weten dat alle patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen met een zorgbehoefte die niet door St Jansdal wordt aangeboden (kinderdiabetes, HIV/Hepatitis, bariatric) individueel zijn geïnformeerd waar zij voor hun zorgbehoefte terecht kunnen. Alle patiënten woonachtig in Emmeloord en omstreken zijn gebeld om hen te wijzen op het zorgaanbod van de Antonius zorggroep. De overige patiënten in de Noordoostpolder en in de gemeente Urk zijn eveneens individueel geïnformeerd, met een brief met informatie over het zorgaanbod van Antonius. Alle overige patiënten kunnen terecht bij St Jansdal, en, indien woonachtig in de Noordoostpolder, bij de Antonius zorggroep.

Maar patiënten zijn natuurlijk vrij om te bepalen bij welke aanbieder zij behandeld willen worden. De vrije artskeuze in het algemeen, en dus ook in deze specifieke situatie in Flevoland, staat overeind. Patiënten kunnen er dus voor kiezen om hun behandeling voort te zetten bij andere zorgaanbieders dan St Jansdal of de Antonius zorggroep. Zij kunnen zich desgewenst wenden tot hun huisarts en tot hun zorgverzekeraar voor informatie over de mogelijkheden om over te stappen naar een andere zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hen daarbij ook informeren over wat hun keuze eventueel voor gevolgen heeft voor de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Die is immers afhankelijk van de door de individuele verzekerde gekozen verzekeringspolis. En indien de patiënt kiest voor een andere zorgaanbieder kan hij of zij het patiëntendossier meenemen naar die andere aanbieder.

St Jansdal heeft mij laten weten dat met de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen is afgesproken dat St Jansdal de medische dossiers van patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen bewaart. Conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) kan St Jansdal inhoudelijk niets met deze dossiers doen zonder toestemming van de patiënten zelf. Alleen indien er een behandelrelatie is tussen patiënt en St Jansdal én de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven, worden de betreffende patiëntgegevens vanuit de dossiers van de MC IJsselmeerziekenhuizen geconverteerd, ingelezen in het elektronisch patiëntendossier van St Jansdal en klaargezet voor de behandelend medisch-specialist. De curatoren hebben laten weten dat al sinds begin dit jaar aan patiënten met een afspraak op de poli in het ziekenhuis te Lelystad is gevraagd om toestemming om het patiëntendossier te laten omzetten naar de nieuwe zorgaanbieder. Veel van die patiënten hebben daar toestemming voor gegeven en voor hen is het dossier dan ook al omgezet. De patiënten die een brief hebben ontvangen over de wijziging in het zorgaanbod te Lelystad (bijvoorbeeld alle bariatrische patiënten) hebben tegelijkertijd ook een toestemmingsformulier ontvangen voor omzetting van het patiëntendossier naar de nieuwe zorgaanbieder (in het geval van de bariatrische patiënten naar het Flevoziekenhuis). Alle patiënten, die patiënt willen blijven bij St Jansdal en wiens dossier nog niet is omgezet naar St Jansdal, en die een dezer dagen een poli-afpraak hebben, kunnen ter plekke in het ziekenhuis het toestemmingsformulier ondertekenen, zodat het patiëntendossier vervolgens zo snel mogelijk wordt omgezet.

Indien patiënten hun behandeling elders willen voortzetten, bijvoorbeeld omdat zij hun vertrouwde arts willen volgen als die zijn of haar werkzaamheden niet bij St Jansdal of de Antonius zorggroep voortzet, dan kunnen zij hun dossier opvragen bij St Jansdal. Ook andere zorgverleners kunnen, met toestemming van de patiënt, de dossiers van deze patiënten opvragen. St Jansdal heeft mij laten weten dat deze week informatie op

de website van St Jansdal zal verschijnen over hoe dossiers opgevraagd kunnen worden. Daar wordt nu een werkwijze voor ingericht die voldoet aan de AVG. St Jansdal heeft aangegeven dat men de termijn voor het uitleveren van patiëntendossiers, voor zover het niet-urgente patiënten betreft, in de huidige overgangsfase wil terug brengen naar enkele dagen. Voor situaties waarin zorgverleners in andere ziekenhuizen onmiddellijk informatie nodig hebben over een patiënt van St Jansdal of van MC IJsselmeerziekenhuizen bestaat een spoedprocedure.

Medische dossiers

Voor de medische dossiers geldt een bewaartermijn van 15 jaar en gedurende deze termijn moeten de dossiers ook kunnen worden ingezien. De patiënten die onder behandeling waren bij het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen zijn inmiddels overgedragen aan andere ziekenhuizen of, in het geval van de MC IJsselmeerziekenhuizen, zetten hun behandeling veelal voort bij een van de overnemende ziekenhuizen. De overdracht van de medische dossiers van deze patiënten aan de nieuwe behandelaren vindt plaats.

Daarnaast zijn er dossiers van patiënten die eerder in een van de genoemde ziekenhuizen onder behandeling zijn geweest, maar waar de behandeling eerder is beëindigd. Gezien de bewaartermijn gaat het om omvangrijke aantallen dossiers. Het zorgdragen voor het bewaren en toegankelijk houden van dossiers blijft natuurlijk eerste verantwoordelijkheid van de zorgverlener, maar in zeer specifieke gevallen van aantoonbare overmacht waarin bijvoorbeeld geen doorstart plaatsvindt, zal de rijksoverheid zorgen voor een «last resort» functie, zodat altijd voorkomen wordt dat medische dossiers tussen wal en schip raken. VWS zal daarom in dit specifieke geval de kosten van het bewaren en toegankelijk houden van de dossiers voor zijn rekening nemen. In overleg met de curatoren en verzekeraars zal VWS zoeken naar de beste praktische en juridische vorm hiervoor.

Medische aansprakelijkheidsverzekering

Eerder heb ik u geïnformeerd over op de wijze waarop de medische aansprakelijkheidsverzekering na faillissement is vormgegeven. De medische aansprakelijkheidsverzekering van zowel MC Slotervaart als MC IJsselmeerziekenhuizen heeft doorgelopen totdat de zorg in beide ziekenhuizen definitief was overgedragen. Lopende schadeclaims worden volgens de gebruikelijk procedures afgewikkeld. Hoofddregel daarbij is dat de verzekeraar van de medische aansprakelijkheidsverzekering mede namens het ziekenhuis de schadeclaims behandelt en onderzoekt om vervolgens met de benadeelde tot een overeenkomst te komen. Een schadevergoeding kan hier onderdeel kan zijn. Het Ministerie van VWS heeft daarbij zoals ik u eerder berichtte garant gestaan voor het eigen risico van beide ziekenhuizen. Voor schadeclaims die pas worden ingediend nadat de zorg definitief is overgedragen moesten aparte uitloopdekkingen worden afgesloten. Hiermee worden ook claims gedekt die pas in een later stadium duidelijk worden of worden gemeld. Zorgverzekeraars en curatoren hebben in overleg met VWS afspraken gemaakt over de totale medische aansprakelijkheidsverzekering. Zorgverzekeraars dragen de premies en het eigen risico voor de gehele medische aansprakelijkheidsverzekering inclusief de uitloopdekkingen, waardoor (voormalig) artsen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen kunnen rekenen op een adequate medische aansprakelijkheidsverzekering in het geval van calamiteiten die voorafgaand en tijdens de faillissementsfase hebben plaatsgevonden.

Aflopen Verscherpt Toezicht IGJ op MC IJsselmeerziekenhuizen

Op 6 augustus 2018 heeft de IGJ verscherpt toezicht op MC IJsselmeerziekenhuizen ingesteld. De IGJ heeft met het verscherpt toezicht een vinger aan de pols willen houden bij de uit te voeren maatregelen binnen MC IJsselmeerziekenhuizen onder de verantwoordelijkheid van de toenmalige raad van bestuur. Door het faillissement is dat niet meer aan de orde. Er is een nieuwe situatie ontstaan. De curatoren, die inzake het faillissement zijn aangesteld, hebben hun bestuurlijke verantwoordelijkheid genomen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg en hebben de organisatiestructuur gewijzigd. Dit betekent dat de oorspronkelijke grondslag voor het verscherpte toezicht is vervallen en is beëindigd. Op 28 februari 2019 heeft de IGJ het rapport over het verloop van het verscherpt toezicht op MC IJsselmeerziekenhuizen gepubliceerd. Dit betekent niet dat het toezicht van de IGJ op het ziekenhuis verslapt; de inspectie blijft de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het ziekenhuis in Lelystad intensief volgen. Ook na de overname door St. Jansdal zal de inspectie regelmatig het ziekenhuis bezoeken.

Afsluitend

Vanaf 1 maart is de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening in Lelystad grotendeels overgegaan naar St Jansdal. Na een minutieuze operatie is het ziekenhuis op 1 maart zonder grote problemen opengegaan. Een knappe prestatie. Het ziekenhuis gaat nu een nieuwe fase in waarin alle energie nodig zal zijn om een stabiele situatie te creëren om op te bouwen wat St Jansdal in Lelystad neer wil zetten. Ik blijf u over de voortgang informeren.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins