

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2912

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de halvering van de spoedeisende hulp in het ziekenhuis te Delfzijl* (ingezonden 18 mei 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 22 juni 2011).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het feit dat de directie van de Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG) te Winschoten en Delfzijl heeft besloten de spoedeisende hulp (SEH) te halveren en het aantal bedden van vijf naar drie terug te brengen en over te gaan tot een verregaande reductie van de chirurgische hulpverlening in de avond de nacht en in het weekend van de locatie Delfzicht in Delfzijl, nadat de klinische verloskunde en kindergeneeskunde zijn verdwenen?¹

Antwoord 1

De berichtgeving hierover is niet geheel juist. Het bestuur van de Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG) heeft mij laten weten dat van halvering van de spoedeisende hulp (SEH) op de locatie Delfzijl geen sprake is. De capaciteit op de SEH in Delfzijl blijft ongewijzigd. Wel is het bestuur van de OZG onder andere als gevolg van de door de wetenschappelijke verenigingen opgelegde kwaliteitsnormen en het treffen van ombuigingsmaatregelen genoodzaakt verregaande samenwerking met de ziekenhuizen in de regio te verkennen. Voor de chirurgische ingrepen in Delfzijl heeft dit geleid tot het besluit deze niet meer aan te bieden in de avond-, nacht- en weekenduren. De patiënten zullen worden doorverwezen naar de locatie in Winschoten.

Vraag 2

Wat vindt u van deze reductie, nu de praktijk is dat het huidige aantal van vijf bedden veelal bezet is en er regelmatig gebruik moet worden gemaakt van twee overbedden?

Antwoord 2

Zoals in antwoord op vraag 1 is aangegeven, is er geen sprake van een reductie van het aantal bedden op de SEH. Met het huidige aantal bedden op de SEH is er volgens het ziekenhuis eerder sprake van overcapaciteit.

¹ <http://www.youtube.com/watch?v=75ZIJ3dDapA>

Wel zullen er op de locatie Delfzijl geen chirurgische ingrepen meer plaatsvinden na 17.00 uur.

Vraag 3

Is er nog sprake van een volwaardige Intensive Care (IC) in Delfzijl en van welk niveau is deze? Welke operaties zijn er nog mogelijk in Delfzijl thans en in de toekomst?

Antwoord 3

Na de voorgestelde reorganisatie zal de locatie Delfzijl geen volwaardige IC meer hebben. Net als bij enkele andere ziekenhuizen blijft een beperkte afdeling voor acute zorg over waar patiënten met een directe bedreiging van de vitale functies gestabiliseerd kunnen worden en tot maximaal 12 uur worden beademd. Wanneer een patiënt volwaardige IC-zorg nodig heeft dan kan deze na stabilisatie worden overgeplaatst naar de locatie Winschoten of een IC van niveau 2 of 3 in de regio. Voor verantwoord IC-transport zijn goede afspraken met het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) gemaakt. Dit betreft de beschikbaarheid van een Mobile Intensive Care Unit (MICU) voor planbaar vervoer en het Mobiel Medisch Team (MMT) voor acuut IC-transport. Op de Acute Zorg Afdeling (AZA) van Delfzijl kunnen patiënten ook postoperatief worden nabeademd. In dat geval blijft de initiële medisch specialist hoofdbehandelaar en wordt beademing verzorgd door de anesthesioloog. De verpleegkundige expertise blijft na de voorgestelde reorganisatie op peil doordat in alle diensten tenminste één IC-verpleegkundige aanwezig is en deze diensten worden gedaan in een roulatieschema met de IC van de locatie Winschoten. Een zorgbeleidsplan, waarin is opgenomen welke behandelingen wel of niet verantwoord kunnen plaatsvinden in de locatie Delfzijl, is hierbij een vereiste.

De operaties waarvan men weet of verwacht dat na de operatie opname op de IC noodzakelijk is, zullen in de toekomst op de locatie in Winschoten gaan plaatsvinden en niet meer in Delfzijl. Alle andere operaties zullen blijven worden uitgevoerd op de locatie in Delfzijl en daarnaast zullen er operaties, die nu nog op de locatie in Winschoten plaatsvinden, gaan verschuiven naar de locatie in Delfzijl. Dit geldt uiteraard alleen voor die operaties waarvoor geen IC-behoefte bestaat.

Vraag 4

Kunt u aangeven of er in Delfzijl bij deze verdere uitkleding van het ziekenhuis nog sprake is van een volwaardig ziekenhuis waarbij alle spoedpatiënten binnen 45 minuten een adequate spoedeisende eerste hulp en intensive care kunnen bereiken? Is hierbij de bereikbaarheid van adequate ziekenhuiszorg niet in het geding? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Oost-Groningen behoort tot één van de regio's in Nederland die te maken heeft met bevolkingskrimp en versnelde vergrijzing. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor de zorgvraag in de regio. Om de zorg in de regio toekomstbestendig te kunnen blijven aanbieden, zal het zorgaanbod moeten worden afgestemd op deze veranderende zorgvraag. Zoals ik u reeds bij brief van 25 mei 2011, kenmerk CZ-U-3060203, over de ziekenhuiszorg in Zeeland heb gemeld, zie ik daar bij uitstek een rol voor de betrokken zorgverzekeraars in het verlengde van hun zorgplicht, maar heb daarbij eveneens aangegeven dat ik niet uitsluit dat andere partijen hiertoe het initiatief nemen.

Het initiatief van de provincie Groningen om een stuurgroep in het leven te roepen sluit hierbij aan. De stuurgroep heeft zich ten doel gesteld de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de juiste zorg voor de inwoners van Oost-Groningen te garanderen. Deze stuurgroep bestaat naast de provincie uit de in de regio belangrijkste zorgverzekeraar Menzis, de OZG, het Refaja Ziekenhuis Stadskanaal en de patiëntenvertegenwoordiging Zorgbelang Groningen. De stuurgroep buigt zich ook over de mogelijkheden die zorg in de eerste lijn of anderhalve lijnszorg kan bieden. Ik vind dit een goed voorbeeld van regionale partijen die de handschoen oppakken om zo de continuïteit van zorg in de regio zeker te stellen.

Patiënten kunnen in de nieuwe situatie de SEH en Acute Zorg Afdeling 7 x 24 uur van de OZG Delfzijl blijven bereiken. Om de patiënten nog beter en

doelmatiger naar de juiste locatie te kunnen leiden, heeft het ziekenhuis goede afspraken gemaakt met de ambulancedienst om te zorgen dat de patiënt altijd binnen 45 minuten de juiste behandeling krijgt op de juiste locatie. Zo zal een patiënt die een operatieve ingreep moet ondergaan waarbij een IC noodzakelijk is meteen naar de locatie in Winschoten worden gebracht.

Gelet op de intensieve samenwerking van de OZG met de overige ziekenhuizen in de regio is de bereikbaarheid van adequate ziekenhuiszorg niet in het geding.

Vraag 5

Wat betekent dit voor de 7000 patiënten die jaarlijks worden gezien op de SEH?

Antwoord 5

Het ziekenhuis heeft mij laten weten dat voor het overgrote deel van de patiënten niets zal veranderen. Ongeveer 1000 patiënten die op jaarbasis bij de SEH locatie Delfzijl binnenkomen, worden doorgestuurd naar de locatie Winschoten. Daarnaast zal de SEH locatie Delfzijl een natuurlijke combinatie vormen met de gipsverbandkamer waar een deel van de patiënten wordt gezien. Dit betekent dat 6000 patiënten jaarlijks op de SEH van Delfzijl behandeld kunnen worden.

Vraag 6

Hoe beoordeelt u deze besluitvorming van de directie van de OZG in relatie tot het gegeven dat voor 1200 mensen de kritische 45 minuten grens geldt als er in Delfzijl geen adequate spoedvoorziening voor ziekenhuiszorg is? Voldoet het ziekenhuis volgens u aan de minimumnormen van bereikbaarheid en kwaliteit in deze? Zo ja, kunt u dit toelichten?

Antwoord 6

De Raad van Bestuur van de OZG hecht er zeer aan nog eens te benadrukken dat het vasthouden aan de 45-minutennorm essentieel is voor de continuïteit van de voorzieningen in de tweede lijn in dunbevolkte gebieden aan de randen van Nederland.

Het gaat bij acute levensbedreigende aandoeningen om het vinden van een goede balans tussen kwaliteit en bereikbaarheid. Hierbij is het van belang dat een patiënt zo snel mogelijk terecht komt bij een zorgverlener die de juiste zorg kan bieden. Dit betekent dat de ambulancediensten in een regio moeten weten waar adequate zorg voor specifieke patiëntengroepen verleend kan worden. Op deze wijze worden patiënten soms met spoed verder vervoerd dan het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat bepaalde vormen van zorg niet kan bieden. Dit is nu vrijwel overal in het land geregeld voor bijvoorbeeld CVA-patiënten. De OZG doet op beide locaties geen trombolyse en vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid beschouw ik dit als een verstandige keuze. Patiënten uit de regio gaan direct naar het UMCG. Patiënten met (verdenking op) een acuut hartinfarct worden eveneens direct naar een centrum gebracht waar dotterbehandeling mogelijk is.

Vraag 7

Komt de OZG als zij de acute zorg in Delfzijl op deze wijze inrichten nog wel in aanmerking voor een beschikbaarheidstoeslag in de toekomst? Druist de handelwijze van het OZG niet in tegen de bestaande beleidsregel CI-895 van de Nederlandse Zorgautoriteit om volwaardige acute zorg beschikbaar te houden voor de regio Delfzijl?

Antwoord 7

Aan de uitwerking van de criteria voor de toekomstige beschikbaarheidstoeslag wordt op dit moment door mijn departement gewerkt. Vooruitlopend hierop heb ik u in de beleidsbrief over prestatiebekostiging laten weten dat ik het aanbod van spoedeisende hulp alleen voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment in aanmerking wil laten komen. Voor zover dat aanbod noodzakelijk is om deze functie(s) voldoende beschikbaar te houden, waarbij doorslaggevend is of het betreffende aanbod nodig is om aan de 45-minutennorm te voldoen. Hiervoor zal ik gebruik maken van de analyses van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Indien het

aanbod nodig is voor de 45-minutennorm, kan de aanbieder van dat aanbod alleen voor een beschikbaarheidstoelage in aanmerking komen, indien hij onvoldoende omzet genereert om de spoedeisende hulp redelijkerwijs kostendekkend in stand te kunnen houden.

Ik kan op dit moment niet aangeven of de OZG voor de locatie Delfzijl in de toekomst in aanmerking komt voor de beschikbaarheidstoelage. De situatie in Delfzijl zal dan opnieuw aan de hand van de nieuwe criteria beoordeeld moeten worden. Net als in de voorgaande jaren ontvangt de OZG locatie Delfzijl ook voor 2011 een beschikbaarheidstoelage. Voor wat betreft 2012 heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om voor de hoogte en de toedeling aan te sluiten bij de situatie die in 2011 geldt voor de beschikbaarheidstoelage voor de kleine ziekenhuizen.

Vraag 8

Klopt het dat de omzet van de OZG de eerste maanden van 2011 met een half miljoen euro per maand is gedaald? Zo ja, wat is hiervan de reden? Heeft dit te maken met het uitkleden van het ziekenhuis in Delfzijl?

Antwoord 8

De OZG heeft mij de volgende reactie gegeven. Zij moeten in 2011 € 6 000 000,- ombuigen. De opgelegde korting door VWS bedraagt € 4 000 000,-. Daarboven komt nog het tekort van 2010, hetgeen € 2 000 000,- bedraagt. Dit is wat anders dan een maandelijks omzetverlies van € 500 000,-. Hetgeen op jaarbasis ook € 6 000 000,- is.

Vraag 9

Is het niet van groot belang dat de SEH op de locatie Delfzijl volwaardig blijft bestaan om te voorkomen dat het ziekenhuis in een neerwaartse spiraal terecht komt met aanhoudend adherentieverlies met een faillissement als uiteindelijke uitkomst? Zo neen, waarom niet? Zo ja, wat gaat u ondernemen om een goed ziekenhuis in Delfzijl te waarborgen?

Antwoord 9

Zoals ik u in antwoord op vraag 4 heb laten weten, vind ik het belangrijk dat regionale partijen proactief bezig zijn met de toekomst van de zorg in een krimpregio als Oost-Groningen. Onder invloed van de sterk veranderende zorgvraag in dergelijke regio's vergt het behoud van verantwoorde kwaliteit om een andere organisatie van de zorg. Zoals u weet, vind ik dat de regionale partijen hierin een grote verantwoordelijkheid hebben. Ik heb dan ook geen bezwaar dat partijen goed kijken naar wat nodig is in de regio en het zorgaanbod hierop afstemmen. Hierbij acht ik de naleving van de randvoorwaarden voor kwaliteit en bereikbaarheid van de acute zorg binnen de normtijd van 45 minuten essentieel.

Vraag 10

Bent u bereid een voldoende hoge beschikbaarheidstoelage te verstrekken, zodat een volwaardige SEH inclusief IC faciliteit kan blijven bestaan? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10

Op deze vraag kan ik op dit moment geen antwoord geven. Het wel of niet toekennen van de beschikbaarheidstoelage en de hoogte is afhankelijk van een aantal criteria. Toetsing aan de hand van deze criteria zal eerst moeten plaatsvinden. Daarnaast heb ik u in mijn brief van 27 april 2011 over de continuïteit van zorg gemeld dat ik een verantwoordelijkheid heb voor de continuïteit van cruciale zorg, waaronder de bereikbaarheid van spoedeisende zorg binnen 45 minuten. Ik ga hierbij uit van een basis-SEH. De Gezondheidsraad zal mij in december 2011 advies geven over welke deskundigheid en faciliteiten aanwezig moeten zijn op een basis-SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is. Ik wacht het advies van de Gezondheidsraad graag af.