

Vergaderjaar 1996–1997

25 004

Jaaroverzicht Zorg 1997

Nr. 36

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 23 juni 1997

Met uw brief van 4 juni jl. heeft u mij gevraagd, de vragen te beantwoorden die de heer Marijnissen heeft gesteld tijdens het ordedebat van diezelfde dag¹. Bij deze voldoe ik graag aan dat verzoek.

Alvorens op de specifieke vragen van de heer Marijnissen in te gaan wil ik graag kort het bredere kader schetsen waarbinnen ik de ontwikkelingen zie die nu bij de **intensive care** zo nadrukkelijk in de belangstelling staan.

De ziekenhuizen vormen een beweeglijke sector. Veranderingen zijn er aan de orde van de dag. Maatschappelijke en demografische ontwikkelingen hebben hun uitwerking op de ziekenhuisorganisatie. De ontwikkelingen in de medische technologie hebben zo mogelijk nog meer invloed. Dit alles tezamen stelt nieuwe eisen aan de ziekenhuisorganisatie en aan de infrastructuur. Het «gewone» ziekenhuisbed zal binnen de instelling steeds minder centraal staan. Daarentegen zal steeds meer plaats opgeëist worden door de poliklinische zorg en zorg in dagbehandeling. Daarnaast zal binnen de klinische setting de high tech een meer prominente plaats in gaan nemen. Aan dit laatste dragen ook de ontwikkelingen op het gebied van de intensive care stevig bij. Dergelijke ontwikkelingen hebben hun effect op de infrastructuur. Stukje bij beetje zal sprake zijn van andere accenten in het bouwen en, daaraan gekoppeld andere accenten in de besteding van middelen. Met het oog hierop heb ik onlangs aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen een brief geschreven met het verzoek om op dit punt mee te denken. Een afschrift van die brief voeg ik bij.²

De bovengenoemde accentverschuivingen hebben natuurlijk ook hun gevolgen voor de exploitatie, de inzet van budgetten en van personeel. Ziekenhuizen moeten bij de keuzes die daaraan vast zitten binnen de gegeven kaders maximaal autonoom zijn. Zij stellen de prioriteiten en beslissen over de plussen en minnen in hun eigen bedrijfsvoering. Lijkt men er zelf niet uit te komen, dan wil ik graag in overleg met de zieken-

¹ Zie Handelingen nr. 31, vergaderjaar 1996–1997.

² Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

huizen bezien wat daarvan de oorzaken zijn en of we gezamenlijk tot oplossingen kunnen komen.

In dit verband heb ik op 13 juni jl. brieven gestuurd aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten. U heeft deze brieven in afschrift ontvangen. Ik stel daarin voor, op korte termijn van gedachten te wisselen over de werkelijke oorzaken van het voortduren van de IC-problematiek. In de brieven heb ik onder meer een beoordeling gevraagd van het gevoelde plaatsgebrek op de IC-afdelingen. Daarnaast heb ik het belang onderstreept van goede logistieke samenwerking en communicatie. Uit diverse onderzoeken is immers naar voren gekomen dat ook dit meespeelt bij de ervaren opnameproblematiek.

In het overleg zal ik aandacht vragen voor de registratie en gestructureerde informatievoorziening rondom de intensive care. Hiervoor bestaan internationaal vastgelegde en onderschreven normen: het Therapeutic Intervention Score System (TISS) en de Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE). Uit het recente onderzoek van het Julius Centrum van de Universiteit van Utrecht naar plaatstekort op intensive care afdelingen komt naar voren dat deze systemen bij niet meer dan 40% (TISS) respectievelijk 25% (APACHE) van de onderzochte afdelingen gebruikt wordt. Bij de academische centra liggen de percentages hoger. Ook vastgelegde opname- en ontslagcriteria ontbreken vaak: bij circa eenderde van de afdelingen zijn deze in beleid vastgelegd.

Het betreffende onderzoek zend ik mee met deze brief.¹

De Vereniging Academische Ziekenhuizen heeft mij naar aanleiding van het vragenuurtje op 3 juni jl. een reactie gestuurd. Deze is tevens in afschrift gezonden aan de vaste Kamercommissie. Ook met de VAZ zal ik binnenkort overleggen over hun opvatting dat het systeem niet meer berekend is op tijdelijke piekbelasting en er derhalve sprake is van een structureel tekort. In haar brief kondigt de VAZ aan met concrete voorstellen te komen om de afstemming van behoefte aan intensive care op de capaciteit te verbeteren.

Zoals ik u 3 juni jl. al toezegde zal ik u van het resultaat van de bespreking met de betrokken partijen verslag doen.

In het ordedebat van 4 juni jl. is een aantal vervolgvragen opgenomen naar aanleiding van het vragenuurtje de dag daarvoor. Op die vragen ga ik hieronder in.

De heer Marijnissen stelt dat ik een aanvraag van het AMC voor twee extra IC bedden heb afgewezen. In het overleg op 3 juni jl. heb ik u gemeld dat ik bijzonder weinig verzoeken krijg voor toestemming voor bouw voor uitbreiding van de IC-capaciteit. Ik gaf toen aan dat er twee initiatieven aanhangig zijn die zich specifiek richten op verbeteringen in het OK- en IC-blok. Dit betreffen bouwprojecten in Zwolle voor het ziekenhuis de Weezenlanden en het Sofiaziekenhuis. Daarnaast zijn er diverse meer algemene nieuwbouw- en renovatieprojecten waarin afdelingen voor intensive care worden meegenomen.

De suggestie van de heer Marijnissen dat het AMC juist een aanvraag voor twee extra bedden heeft ingediend en dat die door mij zijn afgewezen, berust naar mijn idee op een misverstand. Wat er op dit punt speelt bij het AMC zet ik hieronder op een rijtje.

Het AMC heeft voor 1996 in het Lokaal Overleg met de ziektekosten-verzekeraars voorstellen tot budgetuitbreiding gedaan om de bestaande infrastructuur van de volwassenen IC volledig te kunnen gaan benutten. Zonder ingrijpende verbouwing of nieuwbouw is het in gebruik nemen

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

van 6 extra bedden daar het maximaal haalbare. De ziektekosten-verzekeraars onderschreven de noodzaak en de wenselijkheid van de daartoe noodzakelijke budgetuitbreiding.

In het landelijke overleg in het kader van het hoofdlijnenakkoord tussen de VAZ, Zorgverzekeraars Nederland en ondergetekende, bleken de beschikbare middelen echter onvoldoende om de door partijen als noodzakelijk aangemerkte zorg te kunnen financieren, hetgeen een nadere prioriteitenafweging noodzakelijk maakte.

In dat kader bleek het mogelijk om voor het AMC een budgetuitbreiding te realiseren voor het in gebruik nemen van 4 extra IC bedden. De financiering daarvan is overigens deels naar 1997 doorgeschoven en in 1996 door het AMC uit eigen middelen voorgefinancierd.

In het Lokaal Overleg voor 1997 is het budget voor het in gebruik nemen van de 2 resterende extra bedden als noodzakelijke zorg gekwalificeerd. Ook voor dit jaar bleken op landelijk niveau de beschikbaar gestelde middelen niet toereikend om het gehele pakket te financieren. In het structurele voor- en najaarsoverleg waarin wij spreken over de ontwikkeling van de zorgvraag en de invulling van de beschikbare groei ruimte in het JOZ, is tot een andere prioriteitenstelling gekomen, met name ten gunste van de wachtlijsten, de open hartchirurgie en PTCA.

Hierdoor is te verklaren dat hoewel het AMC op zich budgetuitbreiding voor 2 extra IC bedden had aangevraagd, dit niet als een expliciet voorstel bij mij op tafel heeft gelegen, en ik dit dus ook niet expliciet heb afgewezen.

Het AMC heeft ondertussen voorbereidingen getroffen om na de veronderstelde ingebruikname van de 6 extra bedden (binnen de bestaande infrastructuur) tot verdere uitbreiding van de IC-capaciteit te komen. Daartoe is dus bouw noodzakelijk. In dat verband heeft het AMC in brieven d.d. 15 juli 1996 aan de Ministeries van OCW en VWS aangegeven dat verdere additionele uitbreiding van de IC-capaciteit niet meer kan plaats vinden op de huidige locatie en deze op een andere plaats gecreëerd moet worden.

In geval van een verdere uitbreiding zal dus gebouwd moeten worden. Het AMC voorziet dit voor 1998. Een aantal IC bedden heeft het ziekenhuis in de betreffende brief niet genoemd. Ik heb in mijn reactie aan het AMC van 10 september 1996 laten weten hun uitgewerkte initiatief met betrekking tot de IC met belangstelling tegemoet te zien. De aanvraag is tot nu toe niet bij mij ingediend maar desgevraagd is mij gebleken dat de voorbereidingen vergevorderd zijn.

De heer Marijnissen reageert tevens op de rol die ik bij het opnameprobleem bij het AMC had toegekend aan de resistente bacterie. Om over deze kwestie maximale helderheid te krijgen heb ik de inspectie verzocht, onderzoek te doen naar het incident bij het AMC. Uit dat onderzoek komt de complexiteit van de materie naar voren.

Primair had de opnamestop te maken met het tekort aan IC-verpleegkundigen. Volgens de Inspectie wordt in de gehele Amsterdamse regio een tekort aan IC-personeel ervaren, met name op de «niveau I IC's» van het AMC, OLVG en het VU ziekenhuis. Inmiddels wordt door het AMC hard gewerkt aan het opleiden van extra verpleegkundigen voor de IC. De betreffende ziekenhuizen hebben gezamenlijk plannen gemaakt om een pool van IC-verpleegkundigen te formeren. Op dit moment heeft men echter nog steeds last van krapte.

Naast het bovenstaande heeft de aanwezigheid van enkele besmette patiënten op de IC-afdeling in meer indirecte zin een rol gespeeld. Deze patiënten konden weliswaar voldoende worden geïsoleerd, maar brachten een toename van de zorgintensiteit met zich mee, wat weer in enige mate bijdroeg aan het tekort aan IC-verpleegkundigen.

Het aspect van het tekort aan IC-verpleegkundigen zal ik in het overleg met de koepels aan de orde stellen.

De heer Marijnissen heeft inderdaad gelijk als hij stelt dat er in de Amsterdamse regio goed samengewerkt wordt. Het bovenstaande initiatief om te komen tot een pool illustreert dat ook.

De inspectie buigt zich nog over het aspect van de aansprakelijkheid. De inspectie spreekt daarbij van verantwoordelijkheid. Op dit punt zal ik u nader berichten.

Over het calamiteitenhospitaal stelt de heer Marijnissen dat mijn opmerkingen terzake niet opportuun zijn omdat deze capaciteit alleen beschikbaar is voor slachtoffers bij rampen. Ik ben het in zoverre met hem eens dat dit hospitaal natuurlijk niet steeds in werking gebracht kan worden als er een probleem is om een individuele patiënt onder te brengen. Waar ik met mijn opmerking op doelde was echter dat het ook beschikbaar zou moeten zijn in bijzondere omstandigheden wanneer een OK-complex of IC acuut moet sluiten. Het gaat dan niet om situaties van rampen met slachtoffers maar om calamiteiten in het betreffende ziekenhuis zelf, waarvoor elders een noodoplossing gevonden moet worden. Met het Academisch Ziekenhuis Utrecht/Centraal Militair Hospitaal (AZU/CMH) zal ik overleggen om de mogelijkheden van het calamiteitenhospitaal beter in beeld te brengen. Ik wil daarbij ook nagaan in hoeverre het mogelijk is dat het AZU/CMH voorziet in een zekere bufferfunctie voor tijdelijk plaatsgebrek.

Als laatste ga ik in op de intensivisten. De heer Marijnissen merkt op dat ik aanvragen voor intensivisten slechts sporadisch heb gehonoreerd en deels ook heb afgewezen. Hij doelt daarmee op de planning van specialistenplaatsen, een systeem dat tot en met 1995 gehanteerd is. Daarbij werd de planningsruimte per regio vastgelegd in provinciale ziekenhuisplannen in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Vervolgens werden aanvragen voor plaatsen bij het Ministerie ingediend. Deze werden getoetst aan de vastgestelde plannen per regio. In dat systeem werden intensivisten niet als apart omschreven specialisme onderscheiden. Het betreft een subspecialisatie vanuit de interne geneeskunde, de anaesthesiologie en de heelkunde. Aanvragen die zo nu en dan gedaan werden voor intensivisten werden ook in dat kader gezien. Voor een deel van de regio's – waaronder de Amsterdamse – lag het aantal erkende specialistenplaatsen boven dat waar normatief ruimte voor was. In dat kader zijn ook aanvragen voor extra functieplaatsen afgewezen. Een en ander neemt niet weg dat in de betreffende regio's steeds wel mogelijkheden voor substitutie bestaan hebben. Datzelfde is ook nu nog het geval. Het planningsinstrument is, zoals ook aangekondigd in het Kabinetsstandpunt «Modernisering Curatieve Zorg» (TK 1994–1995, 23 619, nrs. 3–4), inmiddels afgeschaft. De band tussen het aantal erkende specialistenplaatsen (alsmede het aantal bedden) en de hoogte van het budget is daarmee doorbroken. Met de lokale initiatieven voor specialistenhonoraria en de mogelijkheid van aanneemsommen bij ziekenhuizen zijn we op weg naar een systeem waarbij de overheid op het punt van capaciteitsbepaling per ziekenhuis teruggetreden is.

Overigens heb ik begrepen dat binnenkort de eerste intensivistencursus in Nederland afgesloten wordt, georganiseerd door de gemeenschappelijke intensivistencommissie die door de wetenschappelijke verenigingen van de internisten, de anaesthesiologie en de heelkunde in het leven geroepen is. De genoemde commissie organiseert, ter afsluiting van de eerste cyclus van de cursus, in september een symposium dat aan deze specialisatie gewijd wordt. Dat lijkt me een prima initiatief.

Ik hoop u hiermee voor dit moment voldoende geïnformeerd te hebben. Van de uitkomsten van mijn overleg met de betrokken partijen zal ik u op de hoogte brengen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers