

Vergaderjaar 2001–2002

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 49

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 mei 2002

In de motie Arib van 23 januari 2002 (28 008, nummers 21 en 22) is mij gevraagd maandelijks te rapporteren over de voortgang van de maatregelen op het vlak van de neonatale, de pediatrische en de volwassenen intensive care. In onderstaande bericht ik u over de voortgang van de neonatale en pediatrische intensive care. In het volgende verslag zal ik ingaan op de voortgang van de maatregelen voor de intensive care voor volwassenen. In mijn brief aan de Kamer onder kenmerk CZ/IZ/2251615 heb ik mijn standpunt uiteengezet inzake de kwaliteit en bereikbaarheid van de intensive care voor kinderen. De capaciteit, de (regionale) samenwerking, het personeel, de registratie en evaluatie van de behandeling en het interklinisch transport van ernstig zieke kinderen kwamen hierbij aan bod. In de afgelopen maanden zijn verschillende brieven geschreven aan de Tweede Kamer over dit onderwerp. Ik verwijs onder meer naar mijn brieven van 20 en 26 maart jongstleden (kenmerk DBO-CB-U-2268412 en DBO-CB-U-2269220).

Korte schets problematiek neonatale en pediatrische intensive care

In mei 2001 en in januari 2002 is de problematiek rond schaarste in de pediatrische intensive care aan de orde geweest. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in januari 2002 een rapport uitgebracht over de stand van zaken. Zeer kort samengevat blijkt het volgende. Er zijn 107 bedden bouwkundig aanwezig. Feitelijk zijn er 91 bedden ingericht. In 2001 waren daarvan 12 bedden gesloten vanwege een tekort aan personeel. Daarnaast spelen problemen in de (financiële) organisatie en samenwerking een aanzienlijke rol in de problematiek met gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg. Ook het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen onderschrijft dat de problematiek van schaarste in de intensive care voornamelijk bestaat uit een tekort aan bemensing van de bestaande bedden, onvoldoende benutting van de toegestane capaciteit, het ontbreken van een gezamenlijke planning van de intensive care in regionaal verband en tenslotte een inadequate bekostigingssystematiek.

De neonatale intensive care kent geen specifiek problemen, anders dan dat uitbreiding noodzakelijk is gezien de verwachte toename van de vraag (Planningsbesluit neonatale intensive care, juni 2001).

Prioriteiten en oplossingen

Mijn beleid is gericht op (1) capaciteitsuitbreiding op korte en middellange termijn, vooral door (2) investeren in extra opleidingen voor personeel, (3) het waarborgen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid door concentratie, regionalisatie, samenwerking en kwaliteitsverbetering, en (4) het aanpassen van de financiering aan de huidige eisen van pediatrie intensive care afdelingen in aansluiting op artikel 8 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV).

De stand van zaken van deze beleidsvoornemens wordt hieronder op hoofdlijnen kort weergegeven.

(1) Capaciteitsuitbreiding op korte en middellange termijn

De capaciteitsuitbreiding van de pediatrie intensive care units (PICU's) vindt op korte termijn plaats door spoedige ingebruikname van de 12 bedden die door een gebrek aan personeel gesloten zijn (van 79 tot 91). Inmiddels zijn 86 bedden in gebruik (in 2001 waren dat er 79).

De capaciteitsuitbreiding van 91 tot de 107 bouwkundig aanwezige plaatsen vindt plaats afhankelijk van opleiding en instroom van kinder-IC verpleegkundigen. Over de geplande uitbreiding heb ik u bericht in de brief van 26 maart (kenmerk DBO-CB-2269220). In 2003 zullen 90 bedden in gebruik zijn en in de jaren daarop wordt een uitbreiding tot 107 plaatsen bewerkstelligd, zo heeft de Vereniging Academische Ziekenhuizen laten weten. De werkgroep NICU/PICU (onder voorzitterschap van prof. dr. Van der Meché) begeleidt en organiseert de uitbreiding voor de acht academische pediatrie intensive care afdelingen.

Voor de neonatale intensive care bedraagt de capaciteit in 2001 135 bedden. Er is een uitbreiding gepland van 19 bedden in 2002 en 12 bedden in 2003. Voor de middellange termijn is een verdere uitbreiding gepland met 21 extra bedden gedurende 2004 tot en met 2006. Volgens planning moeten er in 2006 177 neonatale intensive care bedden zijn.

(2) Investeren in opleiding personeel

De gezamenlijke Academische Ziekenhuizen ontvangen voor 2001 en 2002 jaarlijks € 15,9 miljoen via het sectorfonds SoFoKles. Met deze middelen kan onder meer het Schaarsteoffensief worden uitgevoerd. Hierover bent u reeds geïnformeerd bij brief van 22 maart 2002 (kenmerk MEVA/ABA/2269498). Uit het zogenoemde Schaarsteoffensief zijn gelden ingezet voor het opleiden van extra (kinder-)IC verpleegkundigen. De «tranche 2001» van het schaarsteoffensief is vooral bedoeld om de bestaande tekorten in te lopen. De kinder-IC verpleegkundige is een dubbel gespecialiseerde verpleegkundige. Vorig jaar hebben de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) en de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) een landelijke regeling voor kwaliteitsbewaking opgezet (LRVV). Uit informatie van de VAZ blijkt dat op dit moment 20 extra verpleegkundigen aan de opleiding kinder-IC zijn begonnen. In 2003 kan de instroom toenemen. Ook blijkt uit deze informatie dat bij de kinderintensivisten (een kinderarts met een aanvullende opleiding van twee en een half jaar) op dit moment geen tekort bestaat, maar dat via extra opleiding wordt geanticipeerd op de extra vraag voor transport en beddenuitbreiding.

(3) Het vergroten en waarborgen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid

Regionalisatie en samenwerkingsafspraken tussen de acht academische pediatrie intensive care afdelingen zorgen voor een betere bereikbaarheid van de intensive care voor kinderen. Ook voor de algemene ziekenhuizen wordt de bereikbaarheid en beschikbaarheid hierdoor inzichtelijk.

De werkgroep NICU/PICU voert momenteel een onderzoek uit onder de acht academische centra naar de stand van zaken met betrekking tot aantallen plaatsen, formatie verpleegkundigen (beschikbaar en in opleiding), formatie specialisten (beschikbaar en in opleiding), de adherentie van het verzorgingsgebied per regio en uitbreiding die voorzien is in de komende jaren in samenhang met deze aandachtspunten. Dit onderzoek richt zich zowel op de neonatale als de pediatrie intensive care. De regionalisatie, de verdeling van de uitbreiding in capaciteit tussen de acht academische PICU's op middellange termijn en de planning van de werkzaamheden hangen samen met de uitkomsten van dit onderzoek. De planning is om het onderzoek naar de regio-indeling vóór augustus 2002 klaar te hebben. Een voorstel voor een regio-indeling voor pediatrie intensive care is momenteel uitgewerkt door de werkgroep NICU/PICU. Daaropvolgend wordt de verdeling van extra capaciteit over de ziekenhuizen in samenhang met de regio-indeling bepaald.

De eisen voor verantwoorde intensive care voor kinderen, waaronder de minimale schaalgrootte en benodigde formatie, worden eveneens door de werkgroep NICU/PICU onderzocht en mede op basis van de registratie met PICE gevolgd. Op basis van een inventarisatie van de huidige schaalgrootte en formatie wordt bekeken in hoeverre een aanpassing van de NICU formatie op inhoudelijke gronden gewenst is. De NICU-formatie wordt door de werkgroep ook voor de PICU's voorsien als een wenselijke werknorm aangehouden.

Het interklinisch transport van kinderen naar een kinder-IC is onderdeel van het schaarste probleem doordat de medische specialistische begeleiding een wissel op de formatie trekt en de directe beschikbaarheid van bedden niet inzichtelijk is. Onlangs heeft het Kabinet geld beschikbaar gesteld voor een website waarop de directe beschikbaarheid van bedden is in te zien. Deze website is nu operationeel.

Tenslotte wordt gewerkt aan de opzet en implementatie van een uniform registratiesysteem (Pediatrie Intensive Care Evaluatie) voor de pediatrie intensive care afdelingen, ondersteund door het Ministerie.

(4) Financiering in relatie tot de WBMV

De beschikbaarheid van intensive care plaatsen voor kinderen blijkt sterk afhankelijk te zijn van voldoende schaalgrootte om de continuïteit van zorg te waarborgen. Daarnaast zijn organisatorische maatregelen vereist om de sluiting van PICU-plaatsen zoveel mogelijk te voorkomen (als gevolg van een epidemische verheffing door preventie van pathogene of resistente micro-organismen). Ook het planningsbeleid van niet-acute opnamen en voor het openstellen van bedden tijdens piekperiodes hangt samen met de directe beschikbaarheid van bedden. Mijn beleid is daarom gericht op (a) concentratie van intensive care voor kinderen in centra van voldoende schaalgrootte en (b) kennisontwikkeling rond inhoud en organisatie van de intensive care voor kinderen zodat de kwaliteitseisen voor verantwoorde zorg goed in beeld komen.

Artikel 8 van de WBMV is bedoeld voor concentratie en kennisontwikkeling van specifieke zorg. Het onder de werking van dit artikel

brenge van de PICU's bieft een passende oplossing voor het waarborgen van de continuïteit van kinder intensive care. Momenteel bereid ik een beleidsvisie voor om de pediatriſche intensive care afdelingen onder de werking van artikel 8 van de WBMV te brengen. Dit bevordert de samenwerking, de gezamenlijke protocolontwikkeling en een geconcentreerde kennisopbouw inzake de organisatie en inhoud van de intensive care voor kinderen. Op de langere termijn kan dit leiden tot transmissie van de beschikbare kennis naar algemene ziekenhuizen en een grotere spreiding van de intensive care voor kinderen onder voorwaarden van verantwoorde zorg en het handelen volgens «best practice».

In samenspraak met VAZ en ZN heb ik afgesproken dat verhoging van de academische component mede aangewend wordt voor de ingebruikname van kinder-IC bedden. Daarnaast heeft het Kabinet dit voorjaar middelen beschikbaar gesteld voor de neonatale en pediatriſche intensive care. Het CTG bereidt op dit moment beleidsregels voor, daarbij voor wat betreft de PICU's anticiperend op de hiervoor genoemde beleidsvisie.

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