

Vergaderjaar 2005–2006

## 30 300 XVI

## Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006

Nr. 115

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 16 januari 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 8 december 2005 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brieven van de minister van VWS d.d. 1 en 9 september 2005 inzake het IGZ-rapport «Intensieve zorgen» (29 800-XVI, nrs. 204 en 210);**
- **de brief van de minister over het evaluatierapport van het Kernteam Volwassenen IC (30 300-XVI, nr. 96).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Arib** (PvdA) constateert dat de capaciteit van de intensive care (IC) inmiddels weliswaar voldoende is, maar dat er daarnaast nog steeds veel schort aan het functioneren van de IC en aan het vervoer van IC-patiënten. Wat is er, afgezien van de capaciteit, eigenlijk concreet bereikt? Het is teleurstellend dat de minister na de publicatie van het IGZ-rapport geen duidelijke actiepunten heeft geformuleerd. Hij beperkt zich tot het uitspreken van positieve verwachtingen en vindt dat de bal bij het veld ligt. Het blijft te veel bij goede bedoelingen; er zijn te weinig concrete maatregelen, met de bijbehorende financiering.

Het is de vraag of complexe patiënten baat hebben bij de toegenomen capaciteit. Veel IC-afdelingen voldoen niet aan de criteria voor die groep patiënten. De bewering dat het de goede kant op gaat, is alleen gebaseerd op het feit dat schaalvergroting heeft plaatsgevonden en op de stelling dat grotere IC-afdelingen beter in staat zijn om complexe patiënten te behandelen. Wat is de werkelijke situatie? Hoe wordt er concreet voor gezorgd dat IC-afdelingen in staat zijn om patiënten met complexe klinische problemen de juiste zorg te bieden? Moeten IC-afdelingen die daartoe niet in staat zijn, niet worden gesloten?

Hoe wordt gegarandeerd dat de regionale level III IC-afdeling in staat is om een coördinerende rol te spelen en verantwoordelijkheid te dragen voor het transport en het monitoren van de IC-capaciteit in de regio?

Welke extra voorzieningen krijgen deze ziekenhuizen om die taak uit te kunnen voeren?

De minister verwachtte dat de nieuwe Richtlijn Intensive Care eind 2005

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GroenLinks), Koşer Kaya (D66), Van der Sande (VVD).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerken (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Koomen (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GroenLinks), Bakker (D66), Nijs (VVD).

vastgesteld zou zijn, dat het opnamebeleid van de IC daar dan mee zou stroken en dat dan sluitende afspraken over het regionale transport zouden zijn gemaakt die ook worden uitgevoerd. Zijn die verwachtingen uitgekomen? Zo niet, wat gaat hij daar dan aan doen?

Geeft de minister voldoende financiële steun aan het opzetten van het vervoer met een volledige Mobile Intensive Care Unit (MICU-vervoer)? De recent goedgekeurde Diagnose Behandel Combinatie (DBC) inzake IC-vervoer financiert alleen het honorarium van de IC-arts. Hoe worden de andere kosten dan gefinancierd? De IC-afdelingen en de ambulancedienst willen alles goed regelen, maar niemand weet hoe de financiën geregeld moeten worden. De minister moet dus zelf een oplossing bieden.

De IGZ bezoekt alle ziekenhuizen in het najaar van 2005 en toetst in 2006 de kwaliteit van de IC en het interklinisch vervoer. Welke criteria worden daarbij gehanteerd en wordt de Kamer op de hoogte gebracht van de resultaten?

Mevrouw **Schippers** (VVD) complimenteert de minister met de gerealiseerde uitbreiding van de IC-capaciteit. Het kernprobleem is echter de personeelsbezetting. Zowel op de IC-afdelingen als bij het transport is vaak niet het gehele etmaal deskundig personeel aanwezig. Hoe zorgt de minister ervoor dat er op korte termijn voldoende deskundig personeel is? Het personeelsprobleem wordt bovendien nog groter omdat onvoldoende verpleegkundigen in opleiding zijn om het natuurlijke verloop op te vangen. Het is overigens heel vreemd dat 40% van de vervolgoopleidingen niet erkend wordt. Wat wordt daaraan gedaan? Zijn er ook wel voldoende intensivisten? Zal het lukken om de Richtlijn Intensive Care voor 1 januari 2006 vast te stellen?

Slechts de helft van de IC-afdelingen heeft de medische eindverantwoordelijkheid goed geregeld en veel IC-afdelingen hebben geen «step-downvoorziening» naar «medium care». Hier moet de IGZ aandacht aan besteden.

De heer **Buijs** (CDA) constateert dat de IGZ keiharde conclusies trekt. Tegenover de grotere capaciteit staan nog veel tekortkomingen, hoewel onder andere de Gezondheidsraad al in 2000 constateerde hoe slecht de situatie in de IC was. Ook de door de Stuurgroep IC in 2002 gesignaleerde knelpunten zijn, afgezien van de capaciteit, niet aangepakt. De reactie van de minister is onvoldoende daadkrachtig om de situatie op korte termijn te verbeteren. Het gaat daarbij vooral om de personeelsbezetting van de intensivisten, de samenwerking tussen IC-afdelingen en het verwachte tekort aan deskundige verpleegkundigen. De verantwoordelijkheid ligt voor een belangrijk deel bij het veld, maar de bereikbaarheid en kwaliteit van de zorg behoren tot de kerntaken van de minister, zeker omdat het veld die verantwoordelijkheid al jaren niet goed invult. Hij moet, desnoods met sancties, grotere druk op de IC-afdelingen uitoefenen om de problemen zo snel mogelijk aan te pakken.

Het Kernteam IC signaleert dat de huidige opleidingskosten niet worden gedekt door de huidige CTG-beleidsregel. Klopt dat?

Bij het vervolgonderzoek van de IGZ moet niet alleen aandacht worden besteed aan het hoogste echelon van de keten van de acute zorg, maar ook aan de rol die ambulances en huisartsenzorg in die keten spelen. De automatische externe defibrillator (AED) kan bij een acute hartstilstand van levensbelang zijn. De voormalige minister mevrouw Borst heeft toegezegd dat de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) zodanig zou worden aangepast dat ook leken dit apparaat zouden mogen gebruiken. Wil de minister ervoor zorgen dat die wijziging van de Wet BIG zo snel mogelijk plaatsvindt? Het zou overigens ook nuttig zijn als huisartsen, politie en brandweer over de AED kunnen beschikken.

## Het antwoord van de minister

De **minister** erkent dat de IGZ terecht harde conclusies trekt, maar benadrukt dat het veld de vereiste verbeteringen moet realiseren; de minister moet zorgen voor de randvoorwaarden om het veld daarbij te helpen. De door de overheid geboden mogelijkheden zijn door de veldpartijen goed opgepakt. Er is de afgelopen jaren dan ook heel veel gebeurd en er is veel geïnvesteerd in de IC. Ter bevordering van het gebruik van bestaande IC-bedden is in de bekostigingssystematiek een aparte IC-parameter ingevoerd en er zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de opleiding van meer personeel. De aanbevelingen van de Stuurgroep IC zijn voortvarend opgepakt door de veldpartijen in het Kernteam IC. Op verzoek van vrijwel alle partijen heeft het CTG de toeslag voor een IC-beademingsdag in 2005 verhoogd van € 720 naar € 937. Die verhoging maakt het mogelijk om de kwaliteit op het peil van de nieuwe Richtlijn Intensive Care te brengen. Door deze financiële impuls is de capaciteit van de IC-afdelingen zodanig toegenomen dat die voldoet aan de door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen geraamde behoefte.

De door de IGZ geconstateerde tekortkomingen hebben niet echt met geld te maken. Volgens de IGZ schatten veel IC-afdelingen hun niveau van zorg te hoog in, waardoor complexe patiënten te lang op een IC-afdeling liggen waar zij niet de optimale behandeling kunnen krijgen. Daarom dringt de IGZ erop aan om de Richtlijn Intensive Care voor 1 januari 2006 te accorderen. De meeste wetenschappelijke verenigingen die hierbij betrokken zijn, hebben dat inmiddels gedaan. De vier resterende wetenschappelijke verenigingen zullen dat naar verwachting zeer binnenkort doen, zodat de richtlijn op 1 februari 2006, dus een maand later dan de IGZ had gewenst, definitief vastgesteld kan worden. Die richtlijn biedt de IGZ dan houvast, want de resultaten van de toetsing aan de hand van de richtlijn zullen hun weerslag vinden in de prestatie-indicatoren. Deze transparantie van de prestatie-indicatoren zal leiden tot een realistischer inschatting van het eigen zorgniveau door de IC-afdelingen en een betere benutting van de beschikbare capaciteit. Van de IC-afdelingen heeft 35% zich aangemeld om hun functioneren conform de richtlijnen te laten beoordelen door de visitatiecommissie, die een belangrijke rol speelt bij de borging van de IC-kwaliteit. De kwaliteit van de zorg zal ook verbeterd worden door registratie en benchmarking van de IC-zorg. Daarom pleit de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care voor invoering daarvan op alle IC-afdelingen.

Als het belang van de patiënten op een IC-afdeling echt in het geding is, staat het de IGZ vrij om die afdeling te sluiten, zoals in Weert is gebeurd. Dat heeft geleid tot een snelle verbetering van de situatie, waardoor de afdeling snel heropend kon worden. Dit harde ingrijpen van de IGZ heeft ook een sanerend effect gehad op andere ziekenhuizen. Gehoopt wordt echter dat dankzij de nieuwe richtlijn het algemene niveau aanzienlijk wordt verhoogd, zodat de IGZ niet hoeft over te gaan tot sluiting van IC-afdelingen.

Het transport van patiënten naar een IC-afdeling van een ander ziekenhuis om hen daar op het juiste niveau te kunnen behandelen, laat in de meeste regio's inderdaad nog te wensen over. De aanbevelingen van het Kernteam IC voor landelijke implementatie van het MICU-vervoer moeten snel worden omgezet in daden. Om de veldpartijen daarbij te steunen, heeft de minister middelen vrijgemaakt voor een taskforce MICU-transport, die bestaat uit de MICU-coördinatoren van de zes MICU-centra en de zes vertegenwoordigers van de betreffende Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's).

In Amsterdam is de financiering van het MICU-vervoer als volgt geregeld: de RAV factureert een zogeheten A1-tarief rechtstreeks bij de verzekeraar en het MICU-centrum declareert de kosten voor de inzet van het MICU-team bij het aanvragende ziekenhuis, waarbij per rit een basistarief geldt

van bijna € 2000 voor het totale MICU-team, apparatuur en medicatie voor vier uur. Als het transport buiten kantooruren plaatsvindt of langer duurt dan vier uur, geldt een toeslag van € 990. Op basis van deze kostprijninformatie uit Amsterdam zal de landelijke invoering van het MICU-vervoer 6 mln. à 7 mln. bedragen, uitgaande van 3000 ritten, waarvan de helft voor volwassenen en de helft voor kinderen. Het Kern-team IC meent dat dit een nieuwe voorziening is die niet uit bestaande middelen kan worden gefinancierd. Het feit dat de academische centra van Amsterdam en Rotterdam met hun bestaande middelen de gewenste voorzieningen voor het MICU-vervoer hebben gefinancierd, geeft echter aan dat er geen financieel probleem hoeft te zijn. Instellingen hebben voor interklinisch transport middelen in hun budget. Bovendien kunnen door de komst van deze nieuwe voorziening een aantal oude voorzieningen worden geschrapt.

Het Kernteam IC vindt dat er in Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam een MICU-centrum moet komen met een traumahelikopter en dat er daarnaast een MICU-centrum moet komen in Maastricht en (voor het opvangen van de piekbelasting in andere regio's) in Utrecht.

De forse investeringen in de opleiding van IC-verpleegkundigen hebben ertoe geleid dat er nu voldoende IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen is. Het Capaciteitsorgaan ontwikkelt, mede met het oog op de vergrijzing van het personeel, ramingen voor de lange termijn, ook van het aantal benodigde intensivisten. Ten behoeve van het schaarste-offensief van de academische ziekenhuizen en het wachtlijstoffsensief bij de algemene ziekenhuizen zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor extra opleidingsplaatsen voor IC-verpleegkundigen. Voor algemene ziekenhuizen is op basis van een CTG-beleidsregel een vergoedingsbedrag per opleidingsplaats per jaar van ruim € 23 000 (prijsspeil 2004) vrijgemaakt. Voor de academische ziekenhuizen is bijna 7 mln. beschikbaar gesteld aan de Stichting SoFoKleS. Op 1 januari 2007 treedt een opleidingsfonds in werking dat een grotere centrale regie mogelijk maakt bij het genereren van de benodigde capaciteit: op basis van beleidsrijke ramingen van dit fonds zal de minister de benodigde capaciteit vaststellen. Naar verwachting zal de opleiding voor IC-verpleegkundigen worden opgenomen in het opleidingsfonds. In mei 2006 wordt daar een definitief besluit over genomen.

Bij de niet erkende vervolgoopleidingen gaat het deels om opleidingen waarvoor erkenning in de maak is en deels om kleine IC-afdelingen die niet geschikt zijn voor de opleiding van IC-verpleegkundigen. De minister zal schriftelijk nader op deze vraag ingaan, evenals op de vraag of er voldoende geld beschikbaar is voor de opleidingen.

Omdat op het punt van de acute zorg steeds meer wordt uitgegaan van een ketenbenadering, is het inderdaad zinvol om de inspectie op de totale keten te laten toezien. De IGZ zal via de prestatie-indicatoren toezien op een adequate levelindeling per ziekenhuis en per regio. De indicatoren voor de acute keten worden vanaf 2007 in die prestatie-indicatoren opgenomen.

De minister zal de vragen over de AED schriftelijk beantwoorden.

### **Nadere gedachtewisseling**

Mevrouw **Arib** (PvdA) constateert dat het na alle debatten in de Kamer de hoogste tijd werd dat de IC-capaciteit is uitgebreid.

De situatie op het punt van het IC-transport is zorgwekkend, vooral omdat onduidelijk is welk ziekenhuis waarvoor verantwoordelijk is en omdat de ambulancevoorziening niet altijd over de vereiste deskundigheid beschikt. Wordt de gezamenlijke planning van de verschillende betrokken partijen afgedwongen of vindt die plaats op basis van vrijwilligheid? En door wie en hoe worden de criteria voor de inzet van het transport bepaald? Wat is de precieze taak van de taskforce MICU-transport en zal de Kamer worden

geïnformeerd over de plannen of activiteiten van die taskforce? Hoe verhoudt de rol van de taskforce zich tot de coördinerende rol van de Landelijke vereniging van Traumacentra?

Met de nieuwe DBC wordt de IC-arts wel vergoed, maar de begeleidende verpleegkundigen en de benodigde hardware worden niet vergoed. Hoe moeten die kosten worden gefinancierd?

Wanneer in 2006 zal de IGZ de kwaliteit van de IC en het interklinisch transport toetsen en wanneer zal de Kamer daarover worden geïnformeerd?

Mevrouw **Schippers** (VVD) benadrukt dat veel noodzakelijke verbeteringen door het veld moeten worden gerealiseerd: de organisatie van de IC-afdelingen, een betere inschatting van het zorgniveau en de vaststelling van de richtlijn. Blijkens het rapport van de IGZ en veel signalen uit het veld is het kernprobleem echter dat er onvoldoende deskundig personeel op de werkplek aanwezig is om de voor de IC, zowel in het ziekenhuis als in het vervoer, geformuleerde taken te vervullen. Dat heeft met geld en de capaciteit van opleidingen te maken. Hoe gaat de minister dit kernprobleem oplossen?

De heer **Buijs** (CDA) is het met de minister eens dat er op financieel gebied en op het punt van de capaciteit veel in de IC is gebeurd. Het tekort aan deskundig personeel voor het medisch handelen is echter het grootste probleem, mede omdat onduidelijk is waar de eindverantwoordelijkheid ligt. Daarom moet de taskforce MICU-transport, in overleg met de IGZ, zich niet alleen richten op het IC-vervoer, maar ook op de wijze waarop het vak wordt uitgeoefend en op de kwaliteitseisen die aan de IC moeten worden gesteld. Als duidelijk is waar de persoonlijke verantwoordelijkheid voor het runnen van een IC-afdeling ligt, zijn ook meer sancties dan sluiting van een IC-afdeling mogelijk: dan kan de IGZ, indien nodig, een waarschuwing of een berisping geven.

De **minister** merkt op dat eensgezindheid bij de betrokken zorginstellingen over de gewenste vorm van de keten nog geen goede zorgkwaliteit garandeert. Met de Wet toelating zorginstellingen beschikt hij echter over een adequaat instrument om op dat punt in te grijpen. De taskforce MICU-transport zal de financiering van het MICU-vervoer doorlichten. In dat verband zullen de betrokken partijen zich samen met het ministerie van VWS buigen over de plussen en minnen voor het ziekenhuisbudget en voor het ambulancevervoer. De Kamer zal in de zomer van 2006 worden geïnformeerd over de conclusies van de taskforce. Over de toets die de IGZ in 2006 zal uitvoeren op het punt van het interklinisch vervoeren, zal de Kamer schriftelijk worden geïnformeerd. De minister heeft geen informatie uit het veld die erop wijst dat er een tekort is aan deskundig personeel. Wel is er sprake van een inzetprobleem: er is genoeg deskundig personeel, maar dat is niet altijd beschikbaar op de werkplek. De IGZ moet goed op dit punt letten en moet de artsen aanspreken op hun attitude, opdat de beschikbare capaciteit goed wordt ingezet. De minister zegt toe dat de taskforce MICU aandacht zal besteden aan dit aspect, zodat ook dit punt aan de orde zal komen in de rapportage die de Kamer komende zomer zal ontvangen. Vanaf begin 2007 is een door het Capaciteitsorgaan vervaardigde beleidsrijke raming

van het in de toekomst benodigde personeel beschikbaar. De minister meent overigens dat in Nederland de neiging bestaat om de opleidingseisen erg hoog op te schroeven.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen