

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

1160

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de ontwikkelingen bij de Ommelander Ziekenhuis Groep* (ingezonden 2 december 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 20 januari 2012) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 1056.

Vraag 1 en 2

Klopt het dat afdeling A1 in Delfzijl gaat sluiten en de intensive care en hartbewaking naar Winschoten worden verplaatst? Zo ja, wat is hierover uw oordeel in het licht van de bereikbaarheid van (acute) ziekenhuiszorg in Groningen?

Klopt het dat er ter vervanging van de intensive care en hartbewaking één calamiteitenbed en 2 cardiobedden op de Spoedeisende Hulppost (SEH) komen? Zo ja, komen deze bovenop de bestaande capaciteit van de SEH? Wat is uw oordeel over de gekozen oplossing?

Antwoord 1 en 2

Nee, de afdeling A1 in Delfzijl gaat niet sluiten. De Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG) heeft mij laten weten dat vanaf juli 2011 de Intensive Care (IC) is geconcentreerd in Winschoten (locatie Lucas), onder borging van afspraken met de Regionale Ambulance Voorziening. Het besluit is genomen met oog op de toekomst om te kunnen blijven voldoen aan de kwaliteitseisen. Ook worden voorbereidingen getroffen om de hartbewaking van locatie Delfzicht te concentreren op locatie Lucas, onder dezelfde afspraken en bestaande protocollen van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Op locatie Delfzicht blijft een calamiteitenbed aanwezig en is er daarnaast een afzonderlijke eerste harthulp met twee bedden. Een cardiologische verpleegafdeling was er al en de cardiologen blijven op locatie Delfzicht werkzaam. De geschetste capaciteit aan bedden is een aanvulling op de bestaande SEH capaciteit. De SEH op locatie Delfzicht wordt intern verplaatst naar de afdeling A1.

Ook blijven op beide locaties van de OZG de spoedeisende hulp 7x24 uur beschikbaar. Tevens blijft de zorg vanuit de poliklinieken op beide locaties voor alle specialismen beschikbaar.

Vraag 3

Is het waar dat de chirurgische afdelingen B1 en B2 in Delfzijl worden teruggebracht tot short stay en dagverpleging? Zo ja, wat is hierover uw opvatting?

Antwoord 3

De OZG heeft mij laten weten dat er voorbereidingen worden genomen om afdeling B1 op locatie Delfzicht tot een afdeling Dagbehandelingen te maken. Dit betekent dat circa 90% van alle dagbehandeling binnen de OZG wordt geconcentreerd op locatie Delfzicht. Het overige percentage blijft op locatie Lucas, dit zijn patiënten voor dagbehandeling met een hoog risico score. Afdeling B2 wordt een short stay afdeling, waar patiënten met kort verblijf worden verpleegd. Op locatie Delfzicht zijn daarnaast voldoende mogelijkheden voor patiënten die langer verpleegd moeten worden. Ik kan me voorstellen dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars als gevolg van de krimp in de regio en de geldende kwaliteitsnormen het zorgaanbod concentreren of anders inrichten. De bereikbaarheid en de kwaliteit van de zorg verdienen hierbij speciale aandacht, en moeten voldoen aan de daarvoor geldende eisen. De wijze waarop een ziekenhuis hieraan vorm en inhoud wilt geven, valt binnen de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf.

Vraag 4

Klopt het dat de chirurgische afdeling A2 zich gaat toespitsen op cardiologie en longziekten? Zo ja, wat betekent dit voor patiënten uit Delfzijl en omgeving die een darm-, blaas- of prostaatoperatie nodig hebben? Wat is de rechtvaardiging met betrekking tot de kwaliteit voor het schrappen van deze zorg?

Antwoord 4

Het ziekenhuis heeft mij laten weten dat er voorbereidingen worden getroffen om van afdeling A2 een hart- en longafdeling te maken. Voor chirurgische en urologische patiënten wordt per patiënt afhankelijk van de diagnose, door de specialist bepaald naar welke locatie ze gaan. Kleine ingrepen blijven op locatie Delfzicht, de grotere gaan naar locatie Lucas. Ook hier geldt dat de concentratie van zorg plaatsvindt op basis van de kwaliteitscriteria.

Vraag 5

Wilt u de rol van de zorgverzekeraars in deze zaak beschrijven en hier uw oordeel over geven? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Zoals ik in antwoord op vraag 3 heb aangegeven, kan ik me voorstellen dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars als gevolg van de krimp in de regio en de geldende kwaliteitsnormen, in samenspraak het zorgaanbod concentreren of anders inrichten. De bereikbaarheid en de kwaliteit van de zorg zijn hierbij cruciale uitgangspunten. De wijze waarop een ziekenhuis aan het toekomstige zorgaanbod vorm en inhoud wilt geven, valt binnen de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf.

Vraag 6

Herinnert u zich uw antwoorden op eerdere schriftelijke vragen, waarin u niet de vraag kon beantwoorden of u een voldoende hoge beschikkingstoeslag zou verstrekken om een volwaardige SEH, inclusief IC-faciliteit, te laten voortbestaan? Kunt u deze vraag nu wel beantwoorden?¹

Antwoord 6

Ja, ik kan mij deze antwoorden herinneren. In antwoord op deze vraag heb ik u destijds gemeld dat het wel of niet toekennen van de beschikbaarheidsbijdrage en de hoogte afhankelijk is van een aantal criteria. Toetsing aan de hand van deze criteria zal eerst moeten plaatsvinden. Voor de nadere uitwerking van deze criteria heb ik gewezen op het advies van de Gezondheidsraad dat ingaat op de achtervangfuncties voor een basis-SEH die nodig zijn om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is. Ik verwacht deze maand nog over het advies te kunnen beschikken.

¹ Vergaderjaar 2010–2011, Aangangsel van de Handelingen nr. 2912.

Voor 2011 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de Ommelander Groep een beschikbaarheidsbijdrage toegekend. De hoogte van de bijdrage 2012 sluit, conform de aanwijzing beschikbaarheidsbijdrage, aan bij de berekeningswijze en parameters zoals die van toepassing waren voor het jaar 2011.

Vraag 7

Herinnert u zich uw antwoorden op eerdere schriftelijke vragen, waarin u aangaf dat u zich kunt voorstellen dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen in krimpregio's het aanbod verminderen of concentreren? Deelt u de mening dat de consequentie van deze redering zal zijn dat bewoners van krimpregio's uiteindelijk nog hooguit in één ziekenhuis in die regio terecht kunnen omdat anders de volumenormen niet gehaald worden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Ja, ik kan mij de antwoorden herinneren. Zoals ik in antwoord op vraag 3 en 5 heb aangegeven kan ik het me voorstellen dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen in krimpregio's het zorgaanbod toekomstbestendig organiseren. Ik heb ook al eerder aangegeven dat krimpregio's als Noord-Oost Groningen mijn bijzondere aandacht hebben in verband met hun kwetsbaarheid als het gaat om verantwoorde kwaliteit en bereikbaarheid van zorg. Juist in deze kwetsbare regio's zie ik ten aanzien van deze kwaliteit en bereikbaarheid ook een belangrijke rol voor de ziekenhuizen zelf, de zorgverzekeraar in de regio en andere partners in de keten van de zorg. De volumenormen zijn opgesteld om de kwaliteit van hoogcomplexere behandelingen verantwoord te kunnen blijven uitvoeren.

Uiteraard is het te verkiezen om verschillende zorgaanbieders in één regio te hebben. In krimpregio's is behoud van voldoende zorgaanbod aandachtspunt nummer één. In deze regio's is behoud van voldoende zorg, van goede kwaliteit en goed bereikbaar op zichzelf al een hele opgave waarop alles moet zijn gericht. Bij afwezigheid van voldoende patiënten is het immers onmogelijk om verschillende aanbieders van dezelfde zorg (vooral hoogcomplexere zorg) open te houden.