



Tweede Kamer

DER STATEN-GENERAAL

Commissie VWS

Aan de minister voor Medische Zorg

Plaats en datum: Den Haag, 22 maart 2019
Betreft: Feitelijke vragen over de stand van zaken rondom het faillissement van ziekenhuizen
Ons kenmerk: 2019Z05661/2019D11801

Geachte heer Bruins,

Tijdens haar procedurevergadering van 13 maart 2019 heeft de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloten u feitelijke vragen te stellen over de stand van zaken rondom het faillissement van ziekenhuizen.

De commissie heeft besloten u bijgevoegde vragen te stellen en verzoekt u deze vragen voorafgaand aan het algemeen overleg Stand van zaken ziekenhuisfaillissementen op 25 april 2019 te beantwoorden.

Hierbij breng ik u het verzoek van de commissie over.

Hoogachtend,

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

H.J. Post

Vragen van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1. Welke signalen krijgt u van de voor ziekenhuiszorg in Flevoland verantwoordelijke zorgverzekeraar, Zilveren Kruis, over de ontwikkelingen binnen Flevoland?
2. Welke contacten heeft u met de voor Flevoland verantwoordelijke zorgverzekeraar Zilveren Kruis? Welke afspraken heeft u met Zilveren Kruis over informatie-uitwisseling? Heeft u geborgd dat Zilveren Kruis u effectief en adequaat in positie brengt en houdt als systeem-verantwoordelijk bewindspersoon? Hoe heeft u dat gedaan?
3. Ziet u ook dat veel specialisten en ander personeel van de IJsselmeerziekenhuizen niet meer in beeld zijn bij de doorstart waarbij het Harderwijks St Jansdal de regie en primaire verantwoordelijkheid heeft? Welke oorzaken liggen hier aan ten grondslag naar uw informatie? Is de op dit punt inmiddels ontstane situatie voor u niet aanleiding om extra maatregelen te nemen om veilig te stellen dat alsnog binnen afzienbare termijn en zo snel mogelijk de in het vooruitzicht gestelde voorzieningen in Flevoland daadwerkelijk beschikbaar komen?
4. Merkt u tevens op dat de beperkte instroom van personeel uit MC Zuiderzee, zeker als het specialisten betreft, nog een ander effect heeft, namelijk dat zij (al dan niet in een maatschap) voor zichzelf beginnen? En dat zij daarbij patiënten meenemen en zich verbinden met andere ziekenhuizen, of in ieder geval afstand nemen van St Jansdal? En dat dit niet alleen leidt tot versnippering, maar ook tot een kleiner "marktaandeel" voor St Jansdal, waardoor een neerwaartse spiraal dreigt? Wat is er door wie aan gedaan om dat te voorkomen? En zo er geen actie, bemiddeling of iets dergelijks is geweest, waarom niet?
5. Welke concrete stappen staan u voor ogen om de beoogde betrokkenheid van regionale c.q. provinciale en ook lokale overheden bij het systematisch en structureel bij elkaar brengen van vraag en aanbod van ziekenhuiszorg op regionaal niveau te bevorderen en te borgen? Welke maatregelen staan u daarbij voor ogen om die positie van regionale en lokale overheden structureel ook voldoende sterk in te vullen? Welke concrete stappen heeft u inmiddels reeds hiertoe gezet?
6. Heeft u ook al concrete stappen gezet voor de inzet naar een nieuwe vorm van samenwerking in de regio, waarbij meer ruimte geboden zal worden om over de schotten heen te werken en er zodoende stevige zorgketens kunnen ontstaan tussen de nulde en derde lijn? Welke stappen zijn dit?
7. Wat zijn de laatste berichten over de concrete aanrijtijden van ambulances binnen Flevoland en hoe verhouden die zich tot de concrete richtlijnen en plafonds die in dat verband tussen regering en Kamer zijn vastgelegd? Ziet u aanleiding voor aanvullende maatregelen binnen Flevoland?
8. Wat is uw beeld als het gaat om werkelijke tijden (de spreiding om het rekenkundig gemiddelde) en in relatie tot die gevallen waarbij thans door ambulances moet worden doorgereden wanneer het aanvankelijk beoogde ziekenhuis geen capaciteit blijkt te hebben en er dus verder gereden moet worden naar een volgend ziekenhuis? Laat u zich informeren over het aantal gevallen waarin dit inmiddels al zo heeft plaatsgevonden? Wordt deze categorie gevallen momenteel naar uw oordeel goed geregistreerd en gemonitord? Hoe weegt u het beeld op dit punt en de ontwikkeling die zich in deze aftekent?
9. Wat zijn uw belangrijkste aandachtspunten op dit moment, vanuit uw rol en verantwoordelijkheid, waar het gaat om de situatie en de ontwikkeling op het punt van de ziekenhuiszorg in Flevoland?
10. Kunt u een overzicht geven van de aanvullende specialismen - die binnen het ziekenhuis in Lelystad werden aangeboden door derde partijen - behouden kunnen blijven? Hoe wordt geborgd dat deze specialismen goed aansluiten op het aanbod van St Jansdal in Lelystad?
11. Klopt het dat er van de 89 specialisten uit de MC IJsselmeerziekenhuizen slechts 14 specialisten zijn meegegaan naar St Jansdal? Kunt u aangeven waar de overige 75 specialisten zijn gebleven? Is de op dit punt inmiddels ontstane situatie voor u aanleiding om extra maatregelen te nemen om veilig te stellen dat alsnog binnen afzienbare termijn en zo snel mogelijk de in het vooruitzicht gestelde (aanvullende) voorzieningen in Flevoland daadwerkelijk beschikbaar komen?
12. Is er momenteel, gelet op de zorgen die hierover zijn geuit, voldoende capaciteit beschikbaar bij de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het St Jansdal in Harderwijk en Lelystad?

13. Het ziekenhuis in Lelystad had in een iets verder verleden een speciale Spoedeisende Hulp (SEH)-status, juist omdat in een gebied als Flevoland de werkelijke aanrijtijden veelal een precair punt bleken te zijn en er relatief veelvuldig van overschrijdingen van normtijden sprake bleek te zijn; is er geen reden om, gelet op het zich thans aftekenend beeld, opnieuw een dergelijke speciale SEH-status toe te kennen aan de spoedeisende hulp-faciliteiten die St Jansdal momenteel in Lelystad weer op poten tracht te zetten?
14. Klopt het dat er verschillende niveaus zijn binnen de SEH (1, 2 en 3) en dat niet ieder ziekenhuis dezelfde faciliteiten hoeft te hebben? Welke faciliteiten zijn binnen een ziekenhuis minimaal noodzakelijk om een SEH in stand te houden? Wordt er bij het Kwaliteitskader Spoedzorgketen voldoende rekening gehouden met deze verschillende SEH-niveaus?
15. Kunt u aangeven welke mogelijkheden er zijn op het gebied van verloskundige zorg in een ambulance (onder weg of ter plaatse) in geval van fluxus (bloedverlies), uitgezakte navelstreng, dalende hartslag van het kind, loslatende placenta of een herseninfarct?
16. Kunt u aangeven wie de beheerder/eigenaar is van de patiëntgegevens in het geval een ziekenhuis failliet gaat? Kunt u bevestigen dat een patiënt te allen tijde toegang moet hebben tot zijn/haar patiëntgegevens?
17. Op welke wijze wordt er concreet uitvoering gegeven aan de motie Dik-Faber/Arno Rutte¹ met als doel dat Flevoland koploper wordt in 'slimme zorg thuis', anders dan dat er een inspiratie-/innovatiesessie wordt georganiseerd?
18. Zal het rapport van de zogenoemde verkenner in Flevoland ook scenario's bevatten? Zo ja, zal één van die scenario's ook een scenario zijn waarbij Flevoland op (ziekenhuis-) zorggebied weer als één samenhangend gebied wordt benaderd, ook gelet op de geografisch-fysieke situatie, historische ontstaansgeschiedenis en de huidige bestuurlijke realiteit?
19. Kan worden geconcludeerd dat de SEH niet gesloten had moeten worden gezien in de brief² wordt aangegeven dat de totale ritduur van de ambulance op Urk is gestegen, en op pagina 2 staat dat een SEH of acute verloskunde (AV) op grond van de 45-minutennorm alleen mag sluiten als het aantal inwoners dat in spoedgevallen (met ambulance) niet binnen 45 minuten op deze afdeling kan zijn, niet toeneemt?
20. In de brief wordt aangegeven dat de 45-minutennorm geen prestatienorm is, in het Feitenboek wordt niet ingegaan op de achtergrond van deze spreidingsnorm; vanuit welke overwegingen en op basis van welke argumenten maar ook met welke bedoeling heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) deze norm destijds benoemd?
21. In de brief staat dat belanghebbenden in de gelegenheid zijn gesteld om op de conceptversie van het Feitenboek te reageren; is inzichtelijk te maken hoe de belanghebbenden hebben gereageerd op het concept en welke opmerkingen van hen wel of niet zijn doorgevoerd?
22. Hoe oordeelt u over de berichtgeving dat het MC Slotervaart mogelijk verkocht wordt voor €45 miljoen en teruggaat naar de oude eigenaars Loek Winter en Willem de Boer en vastgoedondernemer Zadelhoff? Hoe kan het dat Zadelhoff het kopen van het Slotervaart een goede businesscase noemt en het Slotervaart failliet is gegaan omdat het niet rendabel zou zijn?³
23. Vindt u het aanvaardbaar dat Loek Winter betrokken is bij het koopproces, terwijl er nog een onderzoek tegen hem loopt?
24. Wat vindt u van het plan dat de eigenaars die MC Slotervaart willen opkopen hebben, om het ziekenhuis te ontmantelen en het gebouw te verhuren aan zorgaanbieders en woningbouw te realiseren?
25. Wat is nodig om de acute spoedeisende hulppost en de klinische verloskunde weer terug te brengen in Lelystad? Waarom kan dit wel in Terneuzen en waarom zou dit niet kunnen in Lelystad?
26. Is het niet zo dat, uitgaande van het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte, die pleit voor een bereikbaarheidsnorm van 15 minuten waarbinnen een vrouw met een spoedeisende bevalling een ziekenhuis met klinische verloskunde zou

¹ Kamerstuk 31013, nr.208

² Waar hierna wordt gesproken over 'de brief' wordt bedoeld op de brief over de stand van zaken MC IJsselmeerziekenhuizen en MC Slotervaart, Kamerstuk 31016, nr. 213

³ <https://www.trouw.nl/home/mc-slotervaart-mogelijk-terug-naar-eigenaars-unieke-situatie-~a1924340/>

- moeten kunnen bereiken, de veiligheid van moeder en kind in het geding is in Urk, Lelystad en Oost-Flevoland, aangezien deze norm bij lange na niet wordt gehaald?
27. Erkent u dat een ambulance geen ziekenhuis is? En erkent u dat een ambulance geen geschikte plek is om spoedbevallingen te doen?
 28. Onlangs zijn bereikbaarheidsanalyses SEH's en acute verloskunde gemaakt bij de verschillende scenario's in Drenthe en Zuidoost Groningen; kunt u eenzelfde overzicht laten maken voor Lelystad, Dronten en Urk van de veranderingen in de bereikbaarheid van SEH's en/of afdelingen acute verloskunde naar aanleiding van het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen?
 29. Kunt u per kern (Dronten heeft bijvoorbeeld de kernen Swifterbant en Biddinghuizen) aangeven hoe het gesteld is met de 15-minutennorm in de periode van januari 2018 tot april 2019?
 30. Wordt het Feitenboek, dat als doel heeft een gelijk uitgangspunt qua informatie en cijfers te krijgen, voorafgaand aan het vervolgproces nog geïmplementeerd zodat niet alleen de gemiddelden in beeld zijn maar juist ook de actuele situaties vanuit de verschillende dorpskernen?
 31. Kunt u een overzicht laten maken van januari 2018 tot april 2019 van het aantal keren en de duur en de spreiding over de dag van time-outs als gevolg van capaciteitsproblemen per specialisme per ziekenhuis: Lelystad, Harderwijk, Sneek, Heerenveen, OLVG, Almere, Amsterdam UMC en Zwolle?
 32. Kunt u aangeven hoe vaak een ambulance tijdens de rit de route moest aanpassen omdat de time-out als gevolg van capaciteitsproblemen bij een bepaald ziekenhuis niet bekend was?
 33. Wat zou het effect zijn op de bereikbaarheid van de SEH's in de regio Flevoland en Noordoostpolder/Urk indien het nieuwe kwaliteitskader SEH niet geïmplementeerd zou worden?
 34. Klopt het dat Lelystad een SEH had op niveau 3? Kan een dergelijke SEH ook voor minder dan 24/7 (bijvoorbeeld van 7.00-19.00 uur maandag tot en met vrijdag) ingericht worden?
 35. Wanneer zijn de cijfers met betrekking tot de beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen beschikbaar, aangezien in het Feitenboek een overzicht met betrekking tot de beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen ontbreekt en aangezien die beschikbaarheid de basis was voor de discussie of er wel of geen SEH open kan blijven? Kan hier een overzicht vanaf januari 2018 van gegeven worden?
 36. Door de inzet van drie extra ambulances is de aanrijtijd iets verbeterd; hoe garandeert u dat de aanrijtijden niet weer gaan verslechteren als de extra inzet van de ambulances stopt?
 37. Op welke wijze worden de huisartsen betrokken bij de continuering van de ziekenhuiszorg in Lelystad? Welke informatie wordt door hen gebruikt bij de verwijzing van de patiënt?
 38. Hoe wordt voorkomen dat voor patiënten die onder behandeling waren bij specialisten, die nu hun werkzaamheden als zelfstandig behandelcentrum (ZBC) buiten St Jansdal continueren, onduidelijkheid ontstaat over waar ze hun behandeling voort kunnen zetten? Op welke wijze worden zij geïnformeerd? Hoe wordt met hun medische dossiers omgegaan?
 39. Op welke wijze worden patiënten betrokken bij de continuering van zorg in Lelystad?
 40. Hoe reageren patiënten op de overname van het voormalig MC Zuiderzee?
 41. Hoe wordt de informatievoorziening van het ziekenhuis naar patiënten ervaren door deze patiënten?
 42. Hoe scoort St Jansdal in patiënttevredenheidsonderzoeken?
 43. Wat zijn de mogelijkheden voor patiënten in Lelystad om een gynaecoloog of een klinisch verloskundige te spreken? Zijn er spreekuren? Zo ja, hoe vaak?
 44. Zijn er nieuwe specialisten aangetrokken om de benodigde zorg te leveren? Zo ja, hoeveel?
 45. Heeft de overname geleid tot een effect op de wachtlijsten? Zo ja, wat voor effect?
 46. Zijn er momenteel nog problemen rond de bezetting van St Jansdal?
 47. In hoeverre is de huidige 45-minutennorm verouderd?
 48. In hoeverre brengt de huidige 45-minutennorm het risico met zich mee dat op de verkeerde plek de verkeerde zorg beschikbaar/bereikbaar is?
 49. Wat zou er in de plaats moeten komen voor de huidige 45-minutennorm en wanneer en hoe gaat dat gebeuren?
 50. In hoeverre is er een verschil tussen acute zorg en acute verloskundige en perinatale zorg die in een ambulance kan worden gegeven?

51. Is er verschil voor wat betreft gevolgen van een langere ritduur tussen acute zorg en acute verloskundige en perinatale zorg?
52. Hoeveel en welke meldingen zijn binnengekomen bij respectievelijk het Landelijk Meldpunt Zorg en het meldpunt Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)?
53. Welke signalen, die samenhangen met het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen, zijn cq. worden gebruikt om zicht te krijgen op mogelijke risico's in de patiëntenzorg en noodzakelijke verbeteringen in zorgverlening en samenwerking?
54. Wordt serieus overwogen om het huren van een bed om in de woonkamer te zetten en het beschikbaar stellen van informatie rondom de bevalling als oplossing te zien voor een langere afstand tot een ziekenhuis om te bevallen? Zo ja, kan beargumenteerd worden hoe dit een kwalitatief evenredige oplossing kan bieden?
55. Wat betekent het voor het oordeel over de kennis en kunde van verloskundigen, huisartsen en kraamverzorgenden in de regio dat het "uitbreiden van scholing van zorgprofessionals" wordt gezien als oplossing voor een grotere afstand tot een ziekenhuis bij een acute bevalling? ⁴
56. Hoe kan het voorschieten van taxikosten een oplossing bieden voor de afstand die een vrouw in partu moet afleggen tot een ziekenhuis waar zij veilig kan bevallen?
57. Welke oplossing biedt een mobiel cardiotocograaf (CTG)-apparaat op Urk aan een pasgeboren kind dat acuut gespecialiseerde zorg nodig heeft?
58. Wat wordt bedoeld met de zinsnede "Het is niet aan mij om mij te bemoeien met de vraag wat goede zorg is"? Wie is er in Nederland uiteindelijk verantwoordelijk voor dat er kwalitatief goede en bereikbare zorg beschikbaar is? ⁵

⁴ Kamerstuk 31016, nr.213, pagina 8

⁵ Kamerstuk 31016, nr.213, pagina 9