

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

808

Vragen van de leden **Agnes Mulder** en **Bruins Slot** (beiden CDA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het besluit om bevallingen vanaf 1 januari 2013 niet meer in het Diaconessenhuis in Meppel te laten plaatsvinden* (ingezonden 19 november 2012).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 11 december 2012).

Vraag 1

Klopt het dat het besluit om bevallingen vanaf 1 januari 2013 niet meer in het Diaconessenhuis in Meppel te laten plaatsvinden is ingegeven vanuit een arbeidsmarktprobleem, namelijk het niet tijdig kunnen aantrekken van een nieuwe gynaecoloog? Zo ja, welke stappen zijn ondernomen om dit arbeidsmarktprobleem te voorkomen?

Antwoord 1

De Raad van Bestuur van Zorgcombinatie Noorderboog heeft, omwille van kwaliteit en doelmatigheid het besluit genomen om bevallingen vanaf 1 januari 2013 niet meer in het Diaconessenhuis te laten plaatsvinden. Van de diverse redenen die aan dit besluit ten grondslag liggen is het aanstaande tekort aan gynaecologen van doorslaggevend belang. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 2 van de leden Bruins Slot en Agnes Mulder (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 572) beschrijf, speelt het feit dat er in het Diaconessenhuis slechts 700 bevallingen per jaar plaatsvinden hierin een belangrijke rol. Het betreft hier een lokaal arbeidsmarktprobleem. In algemene zin heb ik de afgelopen periode diverse acties ondernomen om een eventueel landelijke tekort aan gynaecologen tegen te gaan. Ten eerste ligt de instroom van studenten gynaecologie op het niveau van het meest recente advies van het capaciteitsorgaan. Ten tweede heb ik u per brief van 1 maart 2012 (kenmerk CZ/TSZ 3106339), laten weten dat ik de drie strengste bevallingsnormen niet onverkort zal invoeren. Invoering van deze normen zou immers, met name in kleine ziekenhuizen, de inzet van extra gynaecologen vergen en dat is niet overal haalbaar. Ten derde is in het regeerakkoord opgenomen dat met verzekeraars een convenant wordt afgesloten inzake de concentratie van acute zorg, waaronder ook de acute verloskundige zorg. Mogelijk heeft ook deze concentratie positieve effecten op een mogelijk landelijk tekort aan gynaecologen. Uitgangspunt hierbij is natuurlijk wel dat de kwaliteit en bereikbaarheid wordt geborgd, zoals in de plannen in de regio Meppel het geval is.

Vraag 2

Waren er eventueel ook tijdelijke oplossingen mogelijk geweest totdat er een nieuwe gynaecoloog zou zijn aangetrokken om het team rondom klinische bevalling weer compleet te maken? Zijn er nog alternatieven onderzocht?

Antwoord 2

Zie mijn antwoord op vraag 5 van de leden Bruins Slot en Agnes Mulder (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 572). In het advies van de heer Blijham zijn ook alternatieve modellen voor de regio meegenomen. Hij komt echter tot de conclusie dat deze niet haalbaar en ondoelmatig zijn.

Vraag 3

Verwacht u dat een gebrek aan medisch specialisten in andere krimpregio's zal leiden tot het moeten sluiten van afdelingen?

Antwoord 3

Ik heb geen concrete signalen ontvangen dat andere ziekenhuizen om deze reden afdelingen moeten sluiten.

Vraag 4

Wordt de afdeling gesloten omdat er niet voldaan wordt aan de bevallingsnormen, opgesteld door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, of wordt de afdeling gesloten omdat niet wordt voldaan aan de minimumnormen gesteld door de overheid?

Antwoord 4

Met het aanstaande tekort aan gynaecologen in Meppel zou het niet mogelijk zijn geweest om aan de geldende minimumnormen te voldoen.

Vraag 5

Kunt u aangeven in hoeverre het sluiten van deze afdeling past binnen uw streven om zorg voor de mensen in het landelijk gebied bereikbaar te houden, ook als het om acute verloskundige zorg gaat (zie het verslag van het algemeen overleg Zwangerschap en geboorte van 7 maart jl.¹)?

Antwoord 5

Het uitgangspunt voor dit besluit is dat zorg dicht bij wordt geboden waar het kan, en verder weg waar het moet. De begeleiding tijdens en na afloop van de zwangerschap verandert niet en blijft gewoon in handen van de vrouwde gynaecoloog dichtbij in het Diaconessenhuis. De gynaecologische zorg in het Diaconessenhuis wordt zelfs uitgebreid met verschillende specialisaties zoals vruchtbaarheidsonderzoek. Alleen voor de acute verloskundige zorg dient de zwangere vrouw naar het ziekenhuis in Zwolle te reizen indien dit nodig is. Hiervoor is een aantal afspraken met de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) gemaakt waarvan onderzoek van het RIVM aantoont dat de bereikbaarheid in de regio zelfs verbetert.

Vraag 6

Kunt u aangeven hoe u deze beslissing waardeert binnen uw woorden tijdens dat algemeen overleg dat «bij acute verloskundige zorg afstand en bereikbaarheid ongelooflijk belangrijk zijn» en dat u «zich hard maakt dat juist in landelijk gebied de infrastructuur goed op orde wordt gehouden»?

Antwoord 6

Zie mijn antwoord op vraag 5. Het op orde houden van een goede infrastructuur in landelijk gebied is inderdaad erg belangrijk voor mij. Dit mag echter niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Ook mensen in het landelijk gebied hebben recht op kwalitatief goede zorg.

Vraag 7

Kunt u uiteenzetten hoe uw oordeel van de huidige situatie overeenkomt met het niet nemen van onomkeerbare stappen zoals gevraagd in de moties van de leden Arib en Smilde²? Waarom is er niet gewacht totdat College

¹ Algemeen overleg Zwangerschap en geboorte d.d. 7 maart 2012, Kamerstuk 32 279, nr. 32.

² Kamerstuk 32 279, nrs. 16 en 25.

Perinatale Zorg (CPZ) haar plannen presenteerde, te meer omdat u het CPZ als een belangrijke pijler van het Nederlandse verloskundig systeem heeft genoemd in dat algemeen overleg?

Antwoord 7

In de motie Smilde wordt de regering verzocht «erop aan te dringen dat ziekenhuizen geen onomkeerbare stappen nemen met betrekking tot de concentratie van verloskundige zorg, bijvoorbeeld door het sluiten van verloskundige afdelingen, voordat de Inspectie voor de Gezondheidszorg de plannen van aanpak van ziekenhuizen heeft beoordeeld.» Met de beoordeling van de plannen van aanpak door de IGZ wordt verwezen naar de inventarisatie van de IGZ naar de voortgang van de implementatie van de stuurgroep-normen in de ziekenhuizen. Deze inventarisatie is op geaggregeerd niveau gepresenteerd in een rapport dat ik u bij brief van 1 maart 2012 (kenmerk CZ/TSZ-3106339) heb toegestuurd. Daarmee is er op basis van deze motie geen reden om de sluiting van de acute verloskunde in Meppel, of andere onomkeerbare stappen in de acute verloskundige zorg, tegen te houden. Uiteraard houdt de IGZ in Meppel, net als in de rest van Nederland, toezicht op de naleving van de normen voor kwaliteit en bereikbaarheid. De andere motie, van de leden Arib en Smilde, gaat in op de ontwikkeling van regionale zorgstandaarden voor zorg rond zwangerschap en geboorte, maar stelt niets over het nemen van onomkeerbare stappen. Zie voor een reactie op deze motie mijn antwoord op vraag 9 van de leden Bruins Slot en Agnes Mulder (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 572).

Vraag 8

Welk effect heeft de beslissing om de afdeling klinische verloskundige zorg in Meppel te sluiten op de mogelijkheid van thuis bevallen in de regio?

Antwoord 8

Zie mijn antwoord op vraag 6 van de leden Bruins Slot en Agnes Mulder (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 572).

Vraag 9

Welk effect heeft de beslissing op de verloskundige keten in deze regio?

Antwoord 9

Zie mijn antwoord op vraag 11 van de leden Bruins Slot en Agnes Mulder (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 572).

Vraag 10

Wat is de omvang van de kosten die in vraag 10 van de eerdere vragen van de leden Bruins Slot en Agnes Mulder³ worden genoemd?

Antwoord 10

Onduidelijk is nog hoe hoog de kosten en reductie van kosten als gevolg van dit besluit precies zijn, omdat nog onduidelijk is welke keuzes de zwangere vrouwen in de regio uiteindelijk maken ten aanzien van de locatie waar zij willen bevallen. Daarmee wordt gaandeweg het jaar pas duidelijk wat exact de gevolgen van het besluit zijn voor bijvoorbeeld de extra kosten voor eerstelijns verloskunde en de ambulancevoorzieningen.

Vraag 11

Kunt u aangeven in hoeverre de afbouw van voorzieningen (concentratie van afdelingen) ook de maatschappelijke functie van zorg kan raken als kwaliteit niet het doorslaggevende argument is?

Antwoord 11

Zoals ik in antwoord op vraag 12 van de leden Bruins Slot en Agnes Mulder (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 572) heb beschreven ben ik van mening dat een ziekenhuis een maatschappelijke functie in de regio heeft. Ik heb daarbij wel aangegeven dat de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg mijns inziens leidend is. Naar mijn mening is kwaliteit van zorg,

³ Kamervragen 2012Z18761/2012D42435

waaronder het hebben van voldoende kwalitatief personeel, in Meppel doorslaggevend geweest in de plannen.

Vraag 12

Kunt u deze vragen beantwoorden voor het algemeen overleg over zwangerschap en geboorte d.d. 13 december a.s.?

Antwoord 12

Ja