

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

4023

Vragen van het lid **Van den Berg** (CDA) aan de Minister voor Medische Zorg over de berichten «Kamervragen over nachtelijke HAP sluiting in Oostburg?» en «Koester al het jonge bloed.» (ingezonden 27 juli 2021).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 september 2021). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020–2021, nr. 3717.

Vraag 1

Kent u de berichten Kamervragen over nachtelijke HAP sluiting in Oostburg? (Omroep Zeeland¹) en Koester al het jonge bloed (PZC²)?

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat vindt u van de pilot nachtelijke sluiting die de huisartsen willen uitvoeren eind 2021?

Antwoord 2

Hoe het zorgaanbod in de avond-, nacht-, en weekenduren is ingericht, is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de huisartsen in de regio in samenwerking met de zorgverzekeraar. Het is aan hen om hier samen in goed overleg uit te komen.

Van Nucleuszorg (de coöperatie van alle huisartsen in Zeeuws-Vlaanderen) heb ik begrepen dat zij hebben verkend hoe de acute huisartsenzorg in Zeeuws-Vlaanderen zo kan worden georganiseerd dat de continuïteit en kwaliteit het meest gewaarborgd is in de toekomst. Hierbij spelen aspecten zoals de hoge dienstendruk en het huisartsentekort in Zeeland een rol. Een oplossing die Nucleuszorg in een pilot gaat onderzoeken is het sluiten van de huisartsenpost (HAP) in Oostburg voor consulten tussen 24:00 uur en 08:00 uur. De HAP blijft in die nachtelijke uren telefonisch bereikbaar en voor een consult kan de patiënt naar de HAP in Terneuzen. Indien nodig kan de

¹ <https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/128768/Kamervragen-over-nachtelijke-HAP-sluiting-in-Oostburg>

² <https://www.pzc.nl/zeeuws-nieuws/rare-regels-om-huisarts-te-worden-in-zeeland-woorden-versoepeld-al-het-jonge-bloed-moet-je-koesteren~ac462f80/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

huisarts ook een visite afleggen bij de patiënt thuis, ongeacht waar de patiënt in Zeeuws-Vlaanderen woont.

Vraag 3

Wat vindt u ervan dat de reisafstand van plaatsen als Sluis, Aardenburg en Cadzand naar Terneuzen niet voldoet aan de veldnorm (*minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de HAP kan binnen 30 minuten per auto de HAP bereiken*)?

Antwoord 3

Ik vind het belangrijk dat acute zorg toegankelijk is. De directie van Nucleus-zorg heeft mij laten weten dat de pilot twee belangrijke uitgangspunten heeft: er blijft voldaan worden aan de veldnorm en eventuele andere risico's moeten beheersbaar zijn. Hiertoe is een grondige risicoanalyse gemaakt en berekend dat 92% van de inwoners van het werkgebied van HAP binnen 30 minuten per auto de HAP kan bereiken. Er wordt dus nog steeds voldaan aan de veldnorm die aangeeft dat minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de HAP binnen 30 minuten per auto de HAP kan bereiken.

Vraag 4

Kunt u andere regio's aangeven waarbij voor grote groepen inwoners de veldnorm niet wordt gehaald?

Antwoord 4

Van de inwoners van Nederland kan 99,9% binnen de veldnorm van 30 minuten op de dichtstbijzijnde huisartsenpost zijn. Ongeveer 25.700 mensen moeten langer dan 30 minuten reizen naar een HAP (dit is inclusief de Waddeneilanden). In sommige delen van Nederland (de Waddeneilanden en in het Zuidwesten van Friesland) organiseren huisartsen zelf de ANW-diensten en is er geen sprake van een centrale HAP.

Vraag 5

Kunt u aangeven hoeveel, welke en wanneer HAP-zorg cq spoedzorg er nu door Knokke wordt verricht (*dit moet bekend zijn omdat verzekeraars de factuur betalen*)?

Antwoord 5

Ik beschik niet over deze informatie. Uit de declaratiegegevens is dit ook niet te destilleren. Daarnaast zou ik ook deze bedrijfsvertrouwelijke informatie van de zorgaanbieder in Knokke niet openbaar maken.

Vraag 6

Kunt u bevestigen dat zorgverleners in België geen toegang mogen hebben tot zorgsystemen in Nederland, niet vallen onder Wkkgz en Inspectie IGJ niet bevoegd is?

Antwoord 6

Het klopt dat buitenlandse zorgverleners niet zondermeer toegang hebben tot zorgsystemen. Echter, als er sprake is van een behandelrelatie is het mogelijk om toegang te krijgen tot (een samenvatting van) de patiëntgegevens. Hierover dienen dan wel aanvullende afspraken gemaakt te worden tussen de zorgverleners in België en Nederland, zodat de patiëntgegevens veilig en betrouwbaar uitgewisseld kunnen worden binnen de Europees geldende richtlijnen.

Indien de uitvoering van de zorg plaatsvindt in het buitenland, is de toezichthouder in het desbetreffende land verantwoordelijk voor toezicht op de zorg in dat land. De IGJ kan geen toezicht houden in het buitenland of onderzoek doen en kan daar dus ook niet handhavend optreden. Alleen de toezichthouder in het betreffende land mag dit. De IGJ houdt wel toezicht op de in Nederland op grond van de WTZi toegelaten zorginstellingen die tevens een vestiging in het buitenland hebben.

Als een buitenlandse zorgaanbieder in Nederland zorg gaat aanbieden, moet deze voldoen aan de Nederlandse wetgeving. Dus als het een zorgaanbieder betreft die zorg aanbiedt als bedoeld in de Wkkgz, moet aan alle toepasselijke wetgeving worden voldaan en valt de aanbieder dus onder het toezicht van de IGJ.

Zorgverleners die met een buitenlands diploma in Nederland willen werken, kunnen dat alleen als het diploma van gelijkwaardige inhoud en niveau is als een diploma dat in Nederland is behaald. Om dit te bepalen moet het diploma erkend worden. Hiervoor gelden verschillende procedures, welke afhangen van het land waarin het diploma is behaald, de nationaliteit en het beroep.

Vraag 7

Kunt u aangeven waarom blijkbaar alleen een arts mag schouwen en bijvoorbeeld geen verpleegkundig specialist? Waardoor wordt dat bepaald?

Antwoord 7

Bij overlijden moet er altijd een lijkschouwing plaatsvinden. Het doel hiervan is om te onderzoeken of een verklaring van overlijden kan worden afgegeven. Een verklaring van overlijden kan worden afgegeven door een behandelend arts of door een gemeentelijk lijkschouwer (forensisch arts). Dit is vastgelegd in *Artikel 3 van de Wet op de lijkbezorging (Wlb)*.

De wet maakt verschil tussen natuurlijke en niet-natuurlijke dood, waarbij de arts alleen een verklaring van overlijden mag afgeven als hij ervan overtuigd is dat de patiënt door een natuurlijke oorzaak is overleden. De behandelend arts is in eerste instantie verantwoordelijk voor de lijkschouw omdat deze op grond van zijn/haar professionele inzicht en zijn/haar kennis van de persoonlijke omstandigheden van de overledene kan inschatten of er sprake is van een natuurlijke dood. Indien er twijfel is, moet de arts de gemeentelijke lijkschouwer inschakelen. Indien ook de gemeentelijk lijkschouwer geen overtuiging van natuurlijk overlijden heeft, brengt die verslag uit aan de officier van justitie. Voor lijkschouw bij het overlijden van een minderjarige moet de behandelend arts altijd eerst overleggen met de gemeentelijk lijkschouwer (forensisch arts) voordat hij een verklaring van overlijden afgeeft.

De Ministeries van BZK, J&V en VWS vinden de kwaliteit van een goede lijkschouw van groot belang. Uit de Taskforce Lijkschouw 2018, is gebleken dat de kwaliteit van zowel de lijkschouw door de behandelend arts als de lijkschouw door de gemeentelijk lijkschouwer verbetering behoeft. De ministeries hebben sindsdien gezamenlijk een aantal acties uitgezet ten behoeve van de professionalisering van het beroep en de keten van lijkschouw. Onderdeel daarvan is het verkennen in hoeverre taakherschikking mogelijkheden biedt bij de uitvoering van de lijkschouw in de zin van de Wlb. Het gaat hierbij specifiek om de rol die de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA), bij het uitvoeren van de lijkschouw in de langdurige zorg zouden kunnen aannemen. Bij de verkenning zal inzicht worden verkregen in kwaliteitsaspecten, lastenverlichting, tijds- en/of kostenbesparing bij de mogelijkheid tot het verruimen van lijkschouwen door de PA/VS. De verkenning start dit najaar.

Via ZonMw is binnen het programma Forensische Geneeskunde (looptijd 2020–2025), een programmatische kwaliteitsbevordering en richtlijnontwikkeling opgezet. Binnen deze programmatische lijn is specifiek aandacht voor het thema Taakherschikking, mede door te onderzoeken of andere beroepsgroepen, waaronder bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten, bij kunnen dragen aan de schouw.

Vraag 8

Kunt u aangegeven hoeveel uur landelijk gemiddeld een huisarts Avond/Nacht/weekend (A/N/W) werkt?

Antwoord 8

Het totaal aantal actieve ANW-uren van huisartsen (uitgevoerd door praktijkhouders en waarnemers) lag in 2019 op 1,57 miljoen uur. Dit komt neer op gemiddeld 189 uur per normpraktijk. De normpraktijk is het aantal ingeschreven patiënten per fulltime werkende huisarts-eigenaar (praktijkhouder). Het is een landelijk gemiddelde dat de NZa via het kostenonderzoek berekent. Sinds 2018 telt een normpraktijk 2095 patiënten.

Vraag 9

Kunt u aangeven wat de grootte is van de huisartsenpraktijken in Zeeland, in Zeeuws-Vlaanderen en hoe dat is in de rest van Nederland?

Antwoord 9

In Nederland zijn er gemiddeld 3.317 patiënten ingeschreven per praktijk, wat neerkomt op 2.095 patiënten per fte huisarts-eigenaar (praktijkhouder). De NZa is momenteel toe aan het werken naar een nieuw kostenonderzoek. De precieze cijfers over de grootte van de huisartsenpraktijken in Zeeland en Zeeuws-Vlaanderen zijn op deze schaal niet bekend.

Vraag 10

Kunt u aangeven hoe de verhouding huisarts/waarnemer is en hoe dat is in de rest van Nederland?

Antwoord 10

De personeels-samenstelling is per praktijk verschillend. Gemiddeld genomen werkt een vaste waarnemer (gewogen) 0,20 fte en een incidenteel waarnemer 0,11 fte (gewogen) per praktijk. Een huisarts in dienst van een huisarts (Hidha) werkt 0,20 fte (gewogen). Daarnaast zijn huisartsen in opleiding (Haio) gemiddeld 0,04 fte werkzaam.

De precieze cijfers over de grootte van de huisartsenpraktijken in Zeeland en Zeeuws-Vlaanderen zijn op deze schaal niet bekend.

Vraag 11

Deelt u de mening dat beeldbellen mogelijk moet zijn voordat de pilot van start kan gaan?

Antwoord 1

Het gebruik van beeldbellen in een consult kan op verschillende manieren van meerwaarde zijn voor zowel de zorgverlener als de patiënt. Het is aan de zorgverlener zelf om te bepalen of de inzet van een beeldbelconsult wenselijk is.

Vraag 12

Kunt u bevestigen dat door de investering in de apotheek-robot er meer medicijn afgiftes zijn in de A/N/W-uren? Zo ja, hoeveel procent meer?

Antwoord 12

De apotheek in kwestie geeft aan dat er sinds de plaatsing veel gebruik van de apotheek-robot wordt gemaakt, maar kan dit niet verder specificeren.

Vraag 13

Wat betekent de pilot nachtelijke sluiting HAP volgens u voor het gebruik van de apotheek-robot? Wordt dit minder?

Antwoord 13

Het gebruik van de apotheek-robot is afhankelijk van het voorschrijven van medicatie door de huisarts. Als patiënten uit Oostburg en omstreken zich melden bij de HAP in Terneuzen kunnen zij nog steeds gebruik maken van de apotheek-robot in Oostburg, aangezien de werking van de apotheek-robot niet afhankelijk is van de HAP in Oostburg.

Hoe het gebruik van de apotheek-robot zal zijn gedurende de pilot is pas met zekerheid te zeggen als dit in een later stadium geëvalueerd zal worden.

Vraag 14

Wat vindt u ervan dat er in de nacht geen taxi's rijden in Zeeuws-Vlaanderen?

Antwoord 14

Ik heb van Nucleuszorg vernomen dat er in deze pilot rekening is gehouden met het feit dat er 's nachts geen taxi's rijden in Zeeuws-Vlaanderen. Er is een visite-auto beschikbaar voor de huisarts als het bezoek medisch noodzakelijk is.

Vraag 15

Deelt u de mening dat huisartsen in opleiding vaak blijven werken in de regio waar ze zijn opgeleid?

Antwoord 15

Jonge huisartsen werken in het begin van hun loopbaan inderdaad veelal in de regio waar zij hun opleiding hebben gevolgd.

Vraag 16

Deelt u de mening dat er niet alleen voldoende huisartsen opgeleid moeten worden maar dat er ook een goede verspreiding over het land moet zijn?

Antwoord 16

Ja.

Vraag 17

Kunt u aangegeven wat de inhoudelijk motivatie is dat huisartsen in opleiding pas na succesvol afronden eerste opleidingsjaar van locatie mogen ruilen en niet bij de start van de opleiding?

Antwoord 17

De plaatsingsprocedure is zo ingericht dat alle sollicitanten op zijn of haar hoogste voorkeur worden geplaatst. Ruilen meteen na de plaatsing is daarom dan niet aan de orde. Het kan zijn dat de sociale of persoonlijke omstandigheden van een arts veranderen, waardoor hij of zij mogelijk wil ruilen. Na afronding van het eerste jaar is dat wel mogelijk.

Vraag 18

Kunt u aangeven welke studiefinanciering c.q. tegemoetkoming huisartsen in opleiding krijgen als ze twee keer buiten de boot zijn gevallen en na drie jaar weer opnieuw mogen solliciteren, maar begrijpelijk intussen een andere studie zijn gestart?

Antwoord 18

Een dergelijke tegemoetkoming is mij niet bekend. Indien een sollicitant uitgeloot wordt kan hij of zij als basisarts werken. Indien de sollicitant een andere medische vervolgopleiding is gaan volgen kan in het kader van die opleiding wordt bekeken wat daar de mogelijkheden zijn.

Vraag 19

Kunt u aangeven waarom de hoofden van huisartsenopleiding allen verbonden zijn aan een academisch ziekenhuis <https://www.huisartsopleiding.nl/over-de-organisatie/bestuur-en-organisatie/>? Wat zijn de voorwaarden om huisartsen-opleidingsinstituut te worden en hoe wordt bestuur daarvan gekozen?

Antwoord 19

Het College Geneeskundige Specialismen is verantwoordelijk voor de opleidingsregelgeving. Zij bepaalt aan welke voorwaarden moet worden voldaan om bijvoorbeeld te kunnen worden aangemerkt als opleidingsinstituut. Zie hiervoor het Kaderbesluit CGS.