

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

612

Vragen van de leden **Leijten, Langkamp** en **Van Gerven** (allen SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het sluiten van de verloskundige afdeling van het ziekenhuis in Delfzijl*. (Ingezonden 9 juli 2009)

- 1
Wat is uw reactie op het feit dat de ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten hebben besloten de klinische verloskunde en kindergeneeskunde te concentreren in Winschoten?¹
- 2
Wat betekent dit voor de thuisbevallingen in de regio Delfzijl?
- 3
Vindt u dat thuisbevallingen in de regio Delfzijl op een verantwoorde manier mogelijk moeten blijven? Zo nee, waarom niet?
- 4
Op welke wijze kan de veiligheid voor thuisbevallingen in de regio Delfzijl worden gegarandeerd? Wordt het 45 minuten criterium voor acute situaties wel gehaald als klinische bevallingen niet meer mogelijk zijn in Delfzijl?
- 5
Wat vindt u van het gegeven dat de hoofdoorzaak van de concentratie is gelegen in het niet kunnen aantrekken van gynaecologen omdat ze er doodeenvoudig niet zijn volgens

de directie? Onderschrijft u deze conclusie en zo ja, waarom?

- 6
Is het niet absurd dat deze ziekenhuizen een beroep moeten doen op Duitse collega's omdat er kennelijk te weinig eigen gynaecologen worden opgeleid? Zo nee, waarom niet?
- 7
Hoe beoordeelt u de toekomst op lange termijn voor het ziekenhuis in Delfzijl? Bent u nog steeds van mening dat dit een volwaardig ziekenhuis behoort te zijn?² Valt wat u betreft daar ook klinische gynaecologie en klinische kindergeneeskunde onder? Zo nee, waarom niet?
- 8
Is het niet wenselijk, zeker ook voor de continuïteit voor de langere termijn voor de klinische gynaecologie en verloskunde in de ziekenhuizen in Delfzijl en Winschoten dat er wordt samengewerkt met de ziekenhuizen in Groningen (UMCG en Martini)? Zijn daartoe al stappen ondernomen? Zo nee, bent u bereid dit te stimuleren in het belang van een goede bereikbaarheid van de klinische gynaecologie in Oost-Groningen?
- 9
Hoeveel vacatures zijn er thans in Nederland voor gynaecologen en vindt u dit aantal aanvaardbaar?

- 10
Kunt u toelichten in welke ziekenhuizen in Nederland nog meer problemen dreigen met het aantrekken van gynaecologen?
- 11
Wat vindt u van het gegeven dat 1 op 7 nieuw geregistreerde gynaecologen in de periode 2000–2006 van buitenlandse afkomst is? Is dit niet een aanwijzing dat er in Nederland te weinig gynaecologen worden opgeleid?³
- 12
Vormt het tekort aan gynaecologen niet een regelrechte bedreiging voor het voortbestaan van kleinere ziekenhuizen, omdat door de tekorten de dienstenbelasting voor gynaecologen aldaar te hoog wordt?
- 13
Is het waar dat het aantal opleidingsplaatsen thans 48 tot 50 bedraagt? Is het niet verstandiger uit te gaan van de reële groei van de gynaecologische hulpvraag met 2% gebaseerd op de werkelijke groei van de afgelopen jaren in plaats van de 1% groeiraming van het Capaciteitsorgaan, hetgeen betekent dat de opleidingscapaciteit met circa 20 plaatsen per jaar zou moeten worden uitgebreid?⁴ Bent u hiertoe bereid? Zo nee, waarom niet?
- 14
Wat vindt u van het feit dat 1 op de 6 geregistreerde kinderartsen van buitenlandse afkomst is in de periode 2000–2006?³ Is het uit dien hoofde

niet onverstandig het aantal opleidingsplaatsen voor kinderartsen te verlagen naar 38-39 per jaar hetgeen beduidend lager is dan de afgelopen jaren? Betekent dit niet weer een open sollicitatie naar problemen in de toekomst voor de kleinere ziekenhuizen om kinderartsen te werven zoals voor enkele jaren geleden het geval was? Zo nee, waarom niet?

15

Bent u bereid de numerus fixus voor artsen op te heffen? Zo nee, waarom niet?

¹ Dagblad van het Noorden, 7 juli 2009: «Delfzicht ziekenhuis sluit klinische gynaecologie en kindergeneeskunde» http://www.dvhn.nl/nieuws/noorden/groningen/article4904693.ece/Delfzicht_sluit_klinische_gynaecologie_en_kindergeneeskunde

² Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2007–2008, nr. 685.

³ Capaciteitsorgaan, februari 2008: «Capaciteitsplan 2008». http://www.capaciteitsorgaan.nl/documents/Capaciteitsplan2008_000.pdf

⁴ Nivel, november 2006: «Monitor arbeidsmarkt gynaecologen 2006» <http://www.nivel.nl/pdf/monitor-arbeidsmarkt-gynaecologen-2006.pdf>

Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 november 2009), Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008–2009, nr. 3853

1

Het voornemen van de OZG om de kindergeneeskunde en gynaecologie per 1 januari 2010 te concentreren in Winschoten is genomen op kwalitatieve gronden. De IGZ bevestigt dit. Zij heeft in augustus een bezoek gebracht aan de OZG en zich laten informeren over de plannen. Volgens de IGZ is de huidige bezetting van gynaecologen te krap om langdurig goede kwaliteit zorg te bieden en is concentratie noodzakelijk. Met een grotere bezetting in Winschoten is dit wel mogelijk. Deze bezetting maakt het ook mogelijk om invulling te geven aan subspecialisatie, wat noodzakelijk geacht wordt voor het bieden van kwalitatief goede zorg. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en

de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) hebben ingestemd met dit besluit.

2

De concentratie zal in een aantal delen van de regio consequenties hebben voor de mogelijkheid van thuis bevallen. Dit zal betekenen dat verloskundigen van te voren een nog nauwkeuriger inschatting moeten maken of thuis bevallen een verantwoorde optie is of dat men besluit om over te gaan tot een poliklinische bevalling op locatie Delfzijl of een klinische bevalling op locatie Lucas. Omdat in Delfzijl poliklinisch bevallen mogelijk blijft zonder klinische zorg, zal adequate beschikbaarheid en bereikbaarheid van een gynaecoloog en kinderarts noodzakelijk zijn. De IGZ heeft aan de OZG meegegeven hiervoor een oplossing te zoeken. Binnenkort zal zij nader geïnformeerd worden over de voortgang van het besluit.

3

De keuze voor een thuisbevalling is een individuele keuze waarbij in overleg met de verloskundige ingeschat kan worden of dit een verantwoorde optie is. De acute zorg is een publieke taak die de overheid garandeert, echter indien het aanbod van acute zorg beperkt is, gaat kwaliteit boven bereikbaarheid en is concentratie gerechtvaardigd, zoals ik eerder in de notitie «Kiezen voor kwaliteit en bereikbaarheid van zorg» al heb aangegeven. Wat niet wegneemt dat de verloskunde regionaal zo goed mogelijk georganiseerd moet worden zodat met kwalitatief goede zorg aan de wensen van de patiënt tegemoet gekomen kan worden. Om dit te kunnen doen heeft de IGZ de OMG geadviseerd in de voorbereidende werkgroep die door het OMG is opgezet voor de vormgeving van de concentratie een (gemandateerde) afvaardiging van de eerstelijns verloskundigen, huisartsen, ambulancezorg, zorgverzekeraar en consumenten op te nemen.

4

Zoals ik in mijn antwoorden op vraag 2 en 3 aangeef heeft concentratie omwille van kwaliteit gevolgen voor de 45 minutennorm. Tevens geef ik in

mijn antwoord op vraag 3 aan dat de IGZ betrokken is en een vinger aan de pols houdt.

5

Ik onderschrijf deze conclusie niet. Om in voldoende aanbod van medisch specialisten te voorzien laat ik mij ten behoeve van de opleidingscapaciteit adviseren door het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan heeft in 2008 een advies uitgebracht vanuit een lange termijn perspectief (2019) voor de jaarlijkse instroom van medisch specialisten, waaronder gynaecologen. Op basis van dat advies heb ik een jaarlijkse instroom van 50 assistenten in opleiding tot gynaecoloog vastgesteld uitgaande van een totaal van bijna 1000 geregistreerde gynaecologen (2007). Hiermee ben ik aan de bovenkant van het advies gaan zitten. Het Capaciteitsorgaan wordt geacht een zorgvuldig advies op te stellen. Wetenschappelijke verenigingen worden daarbij betrokken en om hun inbreng gevraagd. Het Capaciteitsorgaan, in het bijzonder het plenair orgaan waarin de medisch specialisten worden vertegenwoordigd, maakt een afweging van de relevante feiten en belangen die spelen. Daarmee mag worden verwacht dat een afgewogen advies tot stand komt. Het Capaciteitsorgaan heeft mij desgevraagd in het voorjaar meegedeeld dat het op lokaal niveau, in «verre» perifere gebieden en in het bijzonder in de wat kleinere ziekenhuizen zonder opleiding, lastiger kan zijn om vacatures te vervullen. Landelijk gezien is het aanbod afdoende. Het is de bedoeling van het Capaciteitsorgaan in de tweede helft van 2010 een nieuw advies uit te brengen voor de jaarlijkse instroom van medisch specialisten.

6

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 5 aangeef is het aanbod volgens het Capaciteitsorgaan landelijk gezien afdoende. De instroom van artsen uit het buitenland hangt samen met het bestaan van vrij verkeer van diensten binnen Europa. Dat is niet per se het gevolg van tekorten aan

beroepsbeoefenaren, maar kan ook het gevolg zijn van de tarieven of een beter ondernemersklimaat.

7

De ontwikkelingen in de afgelopen periode laten zien dat juist in de plattelandsgebieden kleine ziekenhuizen moeite hebben met het blijvend aanbieden van het brede palet aan medisch specialistische zorg van voldoende kwaliteitsniveau. Het tekort aan geïnteresseerde specialisten, alsmede de karakteristiek van het plattelandsgebied zijn hiervan vaak de onderliggende oorzaken.

In een dergelijke situatie is samenwerking met andere ziekenhuizen c.q. concentratie in de regio noodzakelijk om continuïteit van het zorgaanbod te garanderen. Beide ziekenhuizen hadden voor de fusie al taakverdelingen en samenwerking met het UMCG. Door de fusie is er nog steeds een door de IGZ goedgekeurde IC op beide locaties en beschikt de OZG over een certificaat voor vaatchirurgie. De OZG heeft aangegeven dat dit voorbeelden zijn van zaken die zonder de fusie niet gerealiseerd hadden kunnen worden.

8

De klinische verloskunde van de OZG zal op 1 januari 2010 op locatie Lucas te Winschoten geconcentreerd worden. Daarnaast zal het volledige poliklinische dagbehandelingspakket gynaecologie en kindergeneeskunde volgens alle recente kwaliteitsnormen op zowel locatie Delfzicht als op locatie Lucas aanwezig zijn. De verwachting van de OZG is dat de vijf gynaecologen op beide locaties deze activiteiten kunnen waarborgen. Daarom is er geen dwingende reden om hiervoor een samenwerking aan te gaan met het UMCG of het Martini Ziekenhuis.

De OZG is op dit moment echter wel volop in bespreking met het UMCG om te bekijken hoe zij elkaar door middel van een samenwerkingsverband kunnen helpen. Dit betreft onder andere opleiding, samenwerking op het gebied van het B-segment en complexe zorg.

9

Volgens de arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact zijn er voor het specialisme obstetrie/gynaecologie in het tweede kwartaal van 2009 2,3 vacatures per 100 artsen. Zoals ik aangaf ga ik uit van het advies van

het Capaciteitsorgaan. Men houdt in de adviezen rekening met het aantal vacatures per specialisme.

10

In de regio Zeeland hebben de ziekenhuizen problemen met het aantrekken van voldoende gynaecologen. Om een verantwoord kwaliteitsniveau te kunnen blijven behouden in de regio is per 1 januari 2009 de verloskundige zorg geconcentreerd in Goes.

11,12 en 13

Zie de antwoorden op de vragen 5 en 6.

14

Naar aanleiding van het bovengenoemde advies van het Capaciteitsorgaan is de jaarlijkse instroom van assistenten in opleiding tot specialist kindergeneeskunde vastgesteld op 39 assistenten in opleiding. Juist omdat dit advies vanuit een langjarig perspectief (2019) is opgesteld met ruimte voor gefundeerde tussentijdse aanpassingen verwacht ik niet, dat zich – zoals in het verleden – problemen zullen voordoen. Zie tevens mijn antwoord op vraag 5. Met betrekking tot het aantal geregistreerde specialisten kindergeneeskunde uit het buitenland verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 6.

15

Naar aanleiding van gestelde vragen bij het AO arbeidsmarktbeleid/innovatiebeleid in de zorg van 4 februari 2009 ben ik in mijn brief van 19 maart 2009, MEVA/ABA/2914457, aan de Kamer (Tweede Kamer, 2008–2009, 29 282, nr. 82) ingegaan op nog een aantal openstaande vragen. Als bijlage bij die brief heb ik, mede namens mijn ambtgenoot van OCW, een verzoek aan de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg van dezelfde datum gevoegd om te adviseren over het verruimen dan wel loslaten van de numerus fixus. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg is voornemens daarover begin december 2009 zijn advies uit te brengen. Daarna zal ik opnieuw een standpunt bepalen.