

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

3330

Vragen van het lid **Van den Berg** (CDA) aan de Minister voor Medische Zorg over *de overbelasting van de spoedeisende hulp in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)* (ingezonden 20 juni 2019).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 4 juli 2019).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de zorgen over de grote drukte op de spoedeisende hulp van het LUMC, waardoor patiënten vaak niet de zorg zouden krijgen die ze nodig hebben?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Kunt u per spoedeisende hulppost in de regio Leiden/Den Haag aangeven hoeveel personen er per jaar worden behandeld? Kunt u in dit overzicht tegelijk aangeven wat het niveau van deze spoedeisende hulppost is?

Antwoord 2

Voor SEH's geldt op dit moment geen indeling in verschillende niveau's. Alle SEH's moeten, met name op het gebied van personele bezetting, aan dezelfde minimumvereisten voldoen. Echter, het is niet zo dat alle patiënten ongeacht hun zorgvraag op iedere SEH terecht kunnen: de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg voor bepaalde categorieën patiënten (zoals kinderen) of patiënten met een bepaalde zorgvraag (zoals een acuut coronair syndroom) moeten aanwezig zijn. Voor traumacentra geldt wel een levelindeling. Een level 3 traumacentrum wil zeggen dat patiënten met geïsoleerde letsels zoals een enkel- of heupfractuur daar behandeld kunnen worden. Patiënten met een complexere zorgvraag werden door de ambulance naar een ziekenhuis met een traumacentrum level 2 of 1 vervoerd.

Ik beschik niet over een overzicht met per spoedeisende hulppost in de regio Leiden/Den Haag het aantal personen dat per jaar wordt behandeld. Ik heb de NZa gevraagd dit in kaart te brengen. Ik zal u hierover nog informeren.

¹ Nieuwsuur, «Personeel spoedeisende hulp LUMC: patiëntenzorg in gevaar», 18 juni 2019

Vraag 3

Deelt u de mening dat de zorg georganiseerd moet worden op basis van de zorgbehoefte in de regio?

Antwoord 3

Het is belangrijk dat de (huidige en toekomstige) zorgvraag van de inwoners in een regio en het zorgaanbod in deze regio goed op elkaar aansluiten. In de verschillende hoofdlijnenakkoorden is afgesproken dat partijen in de regio daartoe gezamenlijk regionale gedeelde beelden opstellen van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. Hierbij kijkt men naar de volle breedte: het sociale domein, curatieve zorg en langdurige zorg. De regiobeelden zullen worden gedeeld met andere partijen die actief zijn in een regio, als basis voor te maken keuzes in relatie tot de doelstellingen en financiële kaders uit de Hoofdlijnenakkoorden. Dat is dan het uitgangspunt voor het in samenspraak beantwoorden van de vraag: welke zorg heeft deze regio over vijf à tien jaar nodig en hoe anticiperen we daarop met elkaar? Ik stel ter stimulering van de totstandkoming van regiobeelden via het RIVM een basisdataset ter beschikking, evenals vouchers voor de aanvullende data-analyse.

Hoewel zorg voldoende toegankelijk moet zijn betekent het niet dat patiënten met iedere zorgvraag altijd terecht moeten kunnen bij een zorgaanbieder in hun regio. Zorg moet op de juiste plek worden verleend; (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet. Ook wijs ik erop dat er soms de mogelijkheid is tot het vervangen van zorg door andere zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg. Voor de spreiding van SEH's en ziekenhuisafdelingen voor acute verloskunde bestaat zoals u weet de 45 minuten-norm. Daarnaast moet de zorgverzekeraar er op grond van zijn zorgplicht voor zorgen dat de zorg voldoende toegankelijk is. De NZa ziet daarop toe.

Vraag 4

Zijn voor deze regio intussen de cijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beschikbaar, conform de motie Van den Berg?² Kunt u deze informatie met de Kamer delen?

Antwoord 4

Om de ontwikkeling van het gedeelde beeld in de regio te ondersteunen is door het RIVM een basisdataset opgesteld (www.regiobeeld.nl). Hiermee kunnen gemeenten en regio's inzicht krijgen in de stand van zaken en de toekomstige ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn en zich aan andere gemeenten en regio's spiegelen. Voor de volledigheid verwijs ik naar mijn brief van 18 juni 2019 met als titel Voortgangsbrief «De juiste zorg op de juiste plek» (Kamerstuk 29 689, nr. 995). Daarin ben ik uitgebreid ingegaan op de wijze waarop ik de door u genoemde motie uitvoer.

Vraag 5

Klopt het dat u nu al handhaaft op de verplichting die bij algemene maatregel van bestuur opgelegd zal worden om bij toekomstige wijzigingen in het aanbod van acute zorg in de regio te overleggen? Op welke wijze handhaaft u daarop en welk instrumentarium heeft u daarvoor?

Antwoord 5

Formele handhaving is nog niet aan de orde, maar ik stimuleer dat zorgaanbieders die overwegen om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten, handelen in de lijn van de concept algemene maatregel van bestuur. Dat wil zeggen dat ze een zeer zorgvuldig besluitvormingsproces inrichten. Allereerst dient een zorgaanbieder die overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde plaats te beëindigen dit te melden aan de IGJ en de NZa. De IGJ verwacht ook nu al van zorgaanbieders dat besluiten over wijzigingen in het zorgaanbod voldoende worden afgestemd en uitgewerkt, en dat de samenwerking zo wordt georganiseerd dat goede en veilige zorg

² Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2018–2019, Kamerstuk 31 016, nr. 133.

mogelijk is en blijft. Hij moet ook een plan opstellen om de continuïteit van zorg te borgen. Uiteraard moeten afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars. Andere zorgaanbieders voor wie een eventuele sluiting gevolgen kan hebben, waaronder zeker ook de Regionale Ambulancevoorziening, gemeenten en inwoners dienen betrokken te worden in het afwegingsproces. Die andere partijen moeten niet alleen maar worden geïnformeerd, zij moeten de kans krijgen bezwaren te uiten en suggesties te doen. De zorgaanbieder moet deze meewegen in zijn besluitvorming en kunnen uitleggen wat hij met die punten heeft gedaan. Ik heb de koepels van de ziekenhuizen, de huisartsenposten en de ggz-crisisdiensten in een brief gevraagd om de leden te vragen op zorgvuldige wijze besluiten te nemen. Ook in overleggen die ik voer met zorgaanbieders die sluitingsplannen hebben benadruk ik het belang van het betrekken van maatschappelijke partners, waaronder ook het regionaal overleg acute zorgketen, bij de besluitvorming.

Vraag 6

Kunt u aangegeven welke overleggen er hebben plaatsgevonden tussen de directie van het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) en de directie van het LUMC over de wijzigingen als gevolg van de voorgenomen sluiting van de spoedeisende hulp in Bronovo?

Antwoord 6

Het LUMC heeft mij laten weten dat in het bestuurlijk overleg tussen de raad van bestuur van het LUMC en de raad van bestuur van het HMC op 21 januari jl. is gesproken over het voornemen van het HMC om in het kader van de herstructurering van het HMC de locatie Bronovo om te vormen tot een «weekziekenhuis». Daarbij heeft het HMC het proces geschetst om tot besluitvorming te komen. Het LUMC heeft gevraagd goed geïnformeerd te worden tijdens dit traject, o.a. vanwege het belang voor de acute zorg/SEH-LUMC. HMC heeft dit toegezegd. Verder heeft de raad van bestuur van het LUMC mij laten weten dat naast het bestuurlijk overleg tussen beide ziekenhuizen, er op diverse momenten contacten zijn geweest van LUMC bestuurders met HMC alsook met collega instellingen in de regio en de gemeente Den Haag waar zij de potentiële effecten van de wijziging in het acute zorg aanbod te berde hebben gebracht. Daarnaast is dit onderwerp besproken in het ROAZ.

Vraag 7

Kunt u tevens aangeven welke overleggen er met u hebben plaatsgevonden over de toekomstige inrichting van de acute zorg in de regio Leiden/Den Haag?

Antwoord 7

Ik heb overleg gehad met de voorzitter van de raad van bestuur van het Haaglanden Medisch Centrum op 9 januari jl. en 23 mei. In het eerste overleg heb ik benadrukt dat HMC voor definitieve besluitvorming ervoor moet zorgen dat alle belanghebbenden (omwonenden, gemeenten, andere zorgverleners, toezichthouders) betrokken zijn geweest en hun ideeën, suggesties en zorgen mee zijn genomen. Daarnaast heb ik ook benadrukt dat er duidelijke afspraken moeten zijn gemaakt met verloskundigen, de ambulancedienst, huisartsen, en het ROAZ over de continuïteit van zorg (weet iedereen precies welke zorg waar heen gaat, is er voldoende capaciteit, etc.). In het tweede gesprek is gesproken over de wijze waarop daaraan invulling is gegeven. U bent hierover geïnformeerd bij brief van 14 januari (Kamerstukken Kamerstuk 31 016, nr. 185), bij brief van 28 januari 2019 (Kamerstuk 31 016, nr. 190) en brief van 25 juni jl. (Kamerstuk 31 016, nr. 236).

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van van het lid Ploumen (PvdA), ingezonden 19 juni 2019 (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 3328) en van het lid Van Gerven (SP), ingezonden 20 juni 2019 (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 3329).