

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

2820

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het Academisch Ziekenhuis Maastricht twee topklinische afdelingen te sluiten* (ingezonden 29 april 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 15 juni 2011).

Vraag 1, 2

Wat is uw betrokkenheid bij het besluit van de directie van het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) om de superspecialistische taken van de klinische immunologie- en sarcoïdose-afdelingen van het ziekenhuis te beëindigen?¹ Heeft u daarmee ingestemd? Zo ja, wat is dan uw argument hiervoor?

Antwoord 1, 2

De verantwoordelijkheid voor het bieden van goede kwaliteit van zorg ligt bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Het besluit om de betreffende zorg af te stoten past in de landelijke discussie over de organisatie van topreferente zorg, waarbij in NFU-verband de beweging gaande is om de zorg voor patiënten met zeldzame en complexe ziekten te concentreren. Hierbij geldt als uitgangspunt dat niet alle UMC's alle functies kwalitatief verantwoord kunnen blijven uitoefenen. Ik onderschrijf dit beleid.

Er is meerdere malen contact geweest met het azM over het afstoten van de twee topklinische afdelingen. Naar aanleiding van de afspraken die zijn gemaakt met mijn voorganger, over het inlichten van VWS alvorens definitieve besluiten worden genomen rondom topreferente zorg, ben ik ingelicht over het besluitvormingsproces. Ik heb op 23 februari 2011 een brief ontvangen van het azM waarin ze een toelichting geven op het voornemen om keuzes te maken ten aanzien van de klinische immunologische patiëntenzorg in het azM. Ik heb mij ervan vergewist dat het traject in aanloop naar het voorgenomen besluit zorgvuldig is geweest en dat gegarandeerd is dat toegeleiding van patiënten wat betreft de last resort functie zorgvuldig en adequaat zal geschieden. Ik heb vastgesteld dat er een zorgvuldig besluitvormingsproces doorlopen is.

Vraag 3

Hoe beoordeelt u deze situatie, nu de zorg voor nieuwe patiënten die deze superspecialistische zorg nodig hebben niet is geregeld?

¹ Persbericht azM. 27 april 2011.

Antwoord 3

Wat betreft de klinische immunologie zijn er afspraken gemaakt met het Universitair Medisch Centrum in Utrecht (UMCU) en het UMC St. Radboud in Nijmegen over het voortzetten van de behandelingen zodat de continuïteit van de behandeling in alle gevallen gewaarborgd is. Ook nieuwe patiënten kunnen daar terecht.

De basis patiëntenzorg voor de sarcoïdose patiënten blijft binnen de afdeling longziekten in het azM gehandhaafd. In totaal gaat het om ongeveer 200 patiënten waarvan een deel uit het eigen verzorgingsgebied (naar schatting 55). Of een patiënt zijn behandeling elders gaat voortzetten, is afhankelijk van de specifieke casus en zijn eigen wensen. De inschatting is dat niet meer dan 40 patiënten hun behandeling elders moeten voortzetten.

Patiënten die in aanmerking komen voor topreferente zorg zullen in een ander UMC hun behandeling moeten voortzetten of starten. Wat betreft de topreferente sarcoïdose zorg zijn er afspraken gemaakt met het UMCU over het voortzetten van de behandelingen zodat de continuïteit van de behandeling in alle gevallen gewaarborgd is. Daarnaast bieden het ErasmusMC in Rotterdam, het OLVG in Amsterdam in samenwerking met het AMC en het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein in samenwerking met het UMCU ook sarcoïdosezorg. Verder vormen interstitiële longziekten een specifiek aandachtspunt in meerdere STZ ziekenhuizen, waar de patiënt eventueel ook terecht kan. Uitbehandelde sarcoïdose patiënten kunnen overigens terecht bij longartsen in alle ziekenhuizen in Nederland, dit geldt ook voor het toedienen van medicijnen.

Om nieuwe verwijzingen van buiten het verzorgingsgebied van het azM te voorkomen zal een duidelijke communicatie richting de mogelijke verwijzers van deze patiënten plaatsvinden.

Het azM heeft aangegeven dat de gemiddelde reisafstand voor deze patiëntengroep zelfs kan verminderen als gevolg van het verplaatsen van zorg naar andere UMC's. Voor enkele patiënten zal het wel een langere reistijd tot gevolg hebben. Aan het belangrijke criterium van continuïteit van zorg wordt wat mij betreft echter voldaan.

Vraag 4

Klopt het dat professor Drent van de sarcoïdose-afdeling dagelijks vijf tot acht verzoeken krijgt van collega's om te overleggen over patiënten of ze voor second-opinion te zien?

Antwoord 4

Nee, navraag bij het azM leert dat in 2010 110 nieuwe patiënten zijn geregistreerd. Dit zijn zowel nieuwe patiënten als patiënten die komen voor een second opinion. Dat zorgt voor een toename van gemiddeld 0,5 patiënt per dag en dat komt niet overeen met de vijf tot acht verzoeken voor second opinion. Uitgangspunt is dat het gaat over binnen het azM geregistreerde patiënten, die dan ook onder de verantwoordelijkheid vallen van de ziekenhuisorganisatie, het is niet na te gaan hoeveel informele verzoeken professor Drent van collega's ontvangt.

Vraag 5

Hoe wordt de zorg voor deze patiënten gegarandeerd nu professor Drent vanaf 1 mei 2011 is verboden nog nieuwe patiënten in behandeling te nemen? Welke academische ziekenhuizen hebben dezelfde expertise in huis, zodat zij de zorg voor deze patiënten adequaat kunnen overnemen, aangezien professor Drent als de specialist in Nederland geldt en toonaangevend in de wereld?

Antwoord 5

Wat betreft de topreferente sarcoïdose zorg zijn er afspraken gemaakt met het UMCU over het voortzetten van de behandelingen zodat de continuïteit van de behandeling in alle gevallen gewaarborgd is. Dat het UMCU, in samenwerking met het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, deze activiteit blijvend kan en wil vormgeven blijkt ook uit de continuering van de leerstoel Interstitiële Longziekten. Voor het beantwoorden van deze vraag verwijst ik ook naar mijn antwoord gegeven onder punt 3.

Vraag 6

Klopt het dat dr. Van Paassen en prof. Cohen Tervaert ook dagelijks verzoeken krijgen om patiënten in behandeling te nemen?

Antwoord 6

Volgens opgave van het azM hebben prof. Cohen Tervaert en dr. Van Paassen in 2010 samen 472 nieuwe patiënten gezien, naast de reeds bij hen in behandeling zijnde. Dit gaat zowel om hoogcomplexe zorg als om patiënten die basis immunologische zorg nodig hebben. Dat komt erop neer dat, wanneer alle patiënten gelijk verdeeld zouden worden over beide specialisten en dat het aantal werkdagen op 240 kan worden gesteld, er sprake is van één nieuwe patiënt per persoon per dag.

Vraag 7

Hoe wordt adequate zorg voor deze patiënten gegarandeerd nu dr. Van Paassen en prof. Cohen Tervaert vanaf 1 mei 2011 is verboden nog nieuwe patiënten in behandeling te nemen? Welke academische ziekenhuizen hebben dezelfde expertise in huis, zodat zij de zorg voor deze patiënten adequaat kunnen overnemen?

Antwoord 7

Alle UMC's zijn in staat patiënten met systeemziekten te behandelen. Daarnaast verwijs ik u ook voor wat deze vraag betreft naar mijn antwoord gegeven op vraag 3. Tevens heeft het azM aangegeven dat er immunologische zorg aanwezig blijft binnen het azM ondergebracht binnen de andere deelgebieden van de Interne Geneeskunde en de Reumatologie.

Vraag 8

Klopt het dat alleen het academisch ziekenhuis in Groningen dezelfde expertise in huis heeft als Van Paassen en Cohen Tervaert bieden? Vindt u het aanvaardbaar dat patiënten zich nu allemaal naar Groningen moeten begeven voor adequate behandeling? Zijn er afspraken gemaakt met het academisch ziekenhuis in Groningen om al deze patiënten over te nemen? Waar worden de patiënten met sarcoïdose en andere interstitiële longaandoeningen overgenomen? Heeft u kennisgenomen van de gedetailleerde afspraken? Is continuïteit van zorg werkelijk gegarandeerd?

Antwoord 8

Het is mij niet bekend op welke gronden gesteld wordt dat de expertise in het UMCG en in het azM groter is dan die in de UMC's waarmee afspraken zijn gemaakt. De afspraken met Nijmegen en Utrecht sluiten geen patiëntencategorie uit, dus de expertise is daar ook aanwezig. Het is dus niet het geval dat de patiënten alleen nog maar naar het UMCG kunnen voor een adequate behandeling en er zijn dus ook geen specifieke afspraken gemaakt met het UMCG. Continuïteit van zorg is gegarandeerd omdat voor patiënten individueel een afspraak gemaakt wordt over waar de zorg het best verder kan plaatsvinden.

Vraag 9

Wat is de rol geweest van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in deze? Heeft zij ingestemd met het beëindigen van de afdelingen? Hoe heeft zij de continuïteit en kwaliteit van de zorg beoordeeld? Zijn de betrokkenen inclusief patiënten die hierin ongewenst zijn verzeild geraakt daarin gehoord?

Antwoord 9

De IGZ is in een vroeg stadium door de Raad van Bestuur op de hoogte gebracht van haar voornemen de afdeling klinische immunologie niet te continueren. Bij het door ziekenhuizen afstoten van afdelingen, is het standpunt van de IGZ dat dit de bestuurlijke verantwoordelijkheid is van de Raad van Bestuur. De IGZ toetst in een dergelijke situatie of de continuïteit van de zorg gewaarborgd blijft. De IGZ is zeer alert op signalen rond de gesignaleerde problematiek bij het azM en laat zich vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, (inclusief continuïteit van zorg) en patiëntveiligheid regelmatig door het bestuur van het azM, haar medisch specialisten en andere betrokkenen waaronder ook patiënten, informeren over de situatie. Daarbij komen tevens de plannen en de stappen van het azM aan de orde die

gericht zijn op het aangaan van samenwerking met andere academische ziekenhuizen evenals de relevante financiële positie van het azM. Op dit moment is de IGZ van oordeel dat het azM adequate kwaliteit van zorg levert.

Vraag 10

Hebben de zorgverzekeraars, zoals CZ, bij het besluit van de Raad van Bestuur nog een rol gespeeld? Hebben zij ingestemd met het besluit? Hoe beoordeelt u hun rol?

Antwoord 10

Zorgverzekeraars zijn niet expliciet om instemming gevraagd, aangezien de continuïteit van de zorg gewaarborgd bleef. Wel zijn zorgverzekeraars via het regulier lokaal overleg over het proces leidend tot de besluitvorming tussentijds geïnformeerd.

De verzekeraar voldoet aan de zorgplicht omdat de zorg voor deze patiënten wordt overgenomen door andere UMC's. Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 3.

Vraag 11

Onderschrijft u dat de patiënt centraal hoort te staan? Wat is dan uw reactie op de mail van een geschokte patiënt?

Antwoord 11

Het azM heeft het proces in gang gezet om meer focus aan te brengen in het totale portfolio van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Deze handelwijze past in de landelijke discussie over de organisatie van topreferente zorg, waarbij in NFU-verband de beweging gaande is om de zorg voor patiënten met zeldzame en complexe ziekten te concentreren. Voor een individuele patiënt kan dit soms betekenen dat de zorg wat verder weg wordt geleverd maar de kwaliteit en continuïteit van zorg gaat voor bij deze vormen van zorg.

Vraag 12

Bent u bereid een grondige analyse van de problemen van het azM te maken en een werkelijke kosten en batenanalyse van dit besluit te maken en vast te stellen of er wel echt sprake is van een probleem? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 12

Nee, zoals ik eerder heb vermeld ligt de verantwoordelijkheid voor het bieden van goede kwaliteit van zorg bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis.

Vraag 13

Bent u bereid u per direct in verbinding te stellen met het azM en het te verzoeken dit besluit terug te draaien totdat er in de Kamer een fundamenteel debat heeft plaatsgevonden over de toekomst van de academische zorg in Nederland op basis van de uitgangspunten van het algemeen maatschappelijk belang, zijnde toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit?²

Antwoord 13

Nee, zolang de kwaliteit en de continuïteit van zorg gewaarborgd worden zal ik geen actie ondernemen. Indien de inspectie signalen bereikt dat er problemen zijn bij het verkrijgen van de juiste zorg zal de inspectie de Raad van Bestuur van het azM daarop aanspreken.

Ten aanzien van de maatschappelijke verantwoordelijkheid wil ik aangeven dat er verschillende mechanismen zijn die corrigerend kunnen werken mocht

² Ik lees net op L1 Nieuws dat de kogel door de kerk is.

Ik merk dat ik met dit besluit misschien wel meer moeite heb dan met het accepteren van fibrose. Bij fibrose hebben is het vooral domme pech, het is zo en je moet er maar mee leren leven. Zo'n dom besluit om het schrappen van deze twee specialismen, is bijna niet te snappen. Mensen die verstand van zaken MENEN te hebben, durven deze beslissing te nemen en vast dadelijk nog te zeggen dat ze het beste met ons voor hebben.

Zoveel machtsmisbruik – niet serieus nemen van echte artsen, patiënten, – politiek misbruik – en nog veel lelijke dingen, daar kan ik heel moeilijk mee omgaan en maakt me vreselijk boos. Dat we aan zo'n mensen zijn overgeleverd en dat zij deze macht hebben en krijgen van mensen maakt me machteloos boos.

dat nodig zijn: de Raad van Toezicht, het jaarverslag, de Ondernemingsraad en de verzekeraars die hen contracteren en ook een zorgplicht hebben.