

Vergaderjaar 2011–2012

29 247

Acute zorg

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 171

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 maart 2012

De kwaliteit en bereikbaarheid van de acute zorg in Nederland zijn in het algemeen goed, maar op onderdelen kan het nog beter. Daarover gaat deze brief. Mijn ambities zijn er op gericht de bereikbaarheid van de acute zorg (inclusief de acute verloskunde) zo goed mogelijk te houden en de kwaliteit waar nodig te verbeteren. Ook op dit terrein geldt voor mij: dichtbij als het enigszins kan en alleen concentreren als het vanwege de kwaliteit echt moet.

In de afgelopen weken is mij een aantal rapporten aangeboden over de acute zorg, in het bijzonder de acute verloskundige zorg. Ik ben blij met deze rapporten omdat zij mij meer inzicht geven in gewenste kwaliteit en de (on-)mogelijkheden dit te realiseren. Daarmee schetsen deze rapporten impliciet ook een aantal dilemma's waarin ik u wil meenemen.

In deze brief geef ik u mijn reactie op het rapport van de:

1. Gezondheidsraad: *«De basis moet goed!»,* over de achtervangfuncties van de spoedeisende hulp;
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg: *«Verloskunde in ziekenhuizen in november 2011»;*
3. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) *«24/7 acute verloskunde in het ziekenhuis».*

U treft deze rapporten in de bijlage.¹ Ik geef eerst een beknopte samenvatting van de rapporten en schets dan de consequenties van deze rapporten. Vervolgens beschrijf ik een aantal dilemma's die zich voordoen bij onverkorte invoering van alle normen rond de acute verloskunde en de achtervangfuncties bij de SEH. Ik besluit met een schets te geven van hoe ik deze dilemma's tegemoet treedt. Mijn ambitie is enerzijds een kwaliteitsslag te maken en anderzijds de bereikbaarheid en het aanbod van kleinere ziekenhuizen op peil te houden.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Essentie van de rapporten

1. Samenvatting «De basis moet goed!»

Ten grondslag aan het rapport van de Gezondheidsraad over de achtervangfuncties van de SEH ligt een rapport uit oktober 2009 van de veldwerkgroep «Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp (SEH): «Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis». In dit rapport zijn de vereiste competenties op de basis-SEH naar mening van de veldwerkgroep geschetst.

Naast de basis-SEH zijn er ook ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van één of meer aandoeningen (profiel-SEH's). In het bovengenoemde rapport zijn er zes profielen onderscheiden. De derde categorie SEH's betreft die van de universitaire centra. Dit zijn de complete SEH's die ook de zeer complexe acute problemen kunnen opvangen en behandelen.

In navolging van het werk van de veldwerkgroep uit 2009 heb ik in maart 2011 aan de Gezondheidsraad gevraagd mij te adviseren over de noodzakelijke deskundigheid en faciliteiten die op de basis-SEH beschikbaar moeten zijn om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is. De Gezondheidsraad heeft mij onlangs het advies «De basis moet goed!» overhandigd.

Goede en doelmatige acute zorg is gebaat bij een combinatie van gespreide basiskwaliteit en geconcentreerde specialisatie, met als leidraad de wettelijk vastgestelde normen voor bereikbaarheid. Uitgangspunt van het advies van de Gezondheidsraad is dat de keten van de acute zorg in de regio goed georganiseerd moet zijn. Een goede triage is hiervoor onmisbaar. Daarnaast is het nodig dat binnen elke regio een optimale taakverdeling moet zijn tussen basis-SEH's, profiel-SEH's en de SEH's van de universitaire centra. Niet elke basis-SEH hoeft 24 uur per dag en zeven dagen per week open te zijn, maar binnen de regio's moet wel bepaald worden op welke uren een basis-SEH geopend moet zijn om veel voorkomende maar laagcomplexe problemen te behandelen. Tijdens de minder drukke uren, meestal 's nachts, kunnen de profiel-SEH's of de complete SEH's van de universitaire centra die taak dan overnemen. Voorwaarde voor deze regio-indeling is dat voor elke SEH duidelijk moet zijn tot welk type deze behoort.

De basis-SEH's die geopend zijn, moeten niet alleen beschikken over de noodzakelijke competenties op de SEH zelf, maar ook de achtervang in de rest van het ziekenhuis is onontbeerlijk. De Gezondheidsraad stelt dat de SEH-arts, indien nodig, binnen korte tijd moet kunnen beschikken over de volgende specialismen: gynaecologie/obstetrie, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, neurologie, anesthesiologie en radiologie. Dit geldt ook voor de ondersteunende diensten zoals de apotheek, klinische chemie, medische microbiologie en pathologie. Ook moet het mogelijk zijn om in een ziekenhuis met een basis-SEH snel te opereren. Dit stelt uiteraard voorwaarden aan de beschikbaarheid van een anesthesioloog en een OK-team. Ook laboratorium- en röntgenfaciliteiten moeten direct toegankelijk zijn. Een 24-uurs verkoeverfunctie en observatieafdeling zijn eveneens geboden voor een adequate tijdelijke ondersteuning van vitale functies.

Voor een basis-SEH tijdens sluitingsuren geldt dat de aanwezigheid van een ervaren arts die kan reanimeren en triëren voldoende is voor het geval de gezondheidstoestand van een patiënt die op dat moment verblijft in het ziekenhuis, verslechtert.

Het rapport van de Gezondheidsraad is onlangs uitgebracht waardoor het nog niet mogelijk is geweest een analyse uit te voeren naar de consequenties van eventuele invoering van de normen.

Voor verloskunde geldt dat de normen voor achtervangfuncties al verder zijn ingevuld zoals beschreven in het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte.

2. Samenvatting Nota Verloskunde in ziekenhuizen november 2011 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Als gevolg van de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland heeft de Stuurgroep zwangerschap en geboorte in haar advies «Een goed begin.», dat in januari 2010 aan mijn voorganger is aangeboden, voorstellen gedaan om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen. In het stuurgroepadvies zijn normen voorgesteld, waarvan de naleving moet bijdragen aan het terugdringen van de babysterfte in Nederland. Ik heb de beroepsgroepen gevraagd om een aantal van de voorgestelde normen voor de ziekenhuizen nader te specificeren. Dit betreft de deelname aan de perinatale registratie (PRN), de deelname aan perinatale audit (PAN), een actief verloskundig samenwerkingsverband (VSV) en afspraken over parallelle acties. Daarnaast zijn er drie normen voor de acute verloskunde gespecificeerd: de 15-minutennorm en begeleidings- en bewakingsnormen (verder noem ik deze normen bevallingsnormen)¹. In juni 2011 heb ik, na verscheidene bestuurlijke overleggen, de beroepsgroepen laten weten dat de voorgestelde bevallingsnormen niet op korte termijn haalbaar zijn. Ik heb hen gevraagd om hiervoor een implementatieplan op te stellen. Hierop kom ik later in mijn brief terug.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een inventarisatie gedaan naar bovenstaande normen. Uit deze bijgevoegde inventarisatie van de IGZ, met een respons van 100%, blijkt dat een groot aantal ziekenhuizen voldoet of binnen de afgesproken termijn gaat voldoen aan een belangrijk deel van de normen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Het gaat om de normen deelname aan PRN, deelname aan PAN, een actief VSV en afspraken over parallelle acties. Zoals ik u bij brief van 14 december 2011 (kenmerk CZ/EKZ-3095911), inzake de rapportage van de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN), heb laten weten is de perinatale audit gedegen van de grond gekomen, met zichtbaar resultaat. Uit dit rapport blijkt dat de babysterfte bij voldragen baby's in de afgelopen tien jaar met bijna 39% is gedaald. Alle ziekenhuizen hebben volgens de inventarisatie van de IGZ deelgenomen aan de perinatale audit. Ook de deelname aan de Perinatale Registratie Nederland is hoog (registratie van verloskundige zorg en neonatale zorg zal per 1 juli 2012 90% zijn). Vóór 1 juli 2012 hebben alle ziekenhuisregio's een expliciet en functionerend verloskundig samenwerkingsverband (VSV). Een groot deel van de ziekenhuizen geeft aan dit ten tijde van de uitvraag al te hebben (90%). Bijna alle ziekenhuizen geven aan afspraken gemaakt te hebben over de inzet van parallelle acties voor 1 juli 2012. De verwachting is, samengevat, dus dat bijna alle ziekenhuizen aan bovenstaande normen voor de gestelde datum van 1 juli 2012 voldoen. Dit betekent dat het veld flink in beweging is gekomen naar aanleiding van het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte.

Deze resultaten zullen volgens het Stuurgroepadvies in belangrijke mate bijdragen aan het verlagen van de babysterfte. Met name de normen die samenwerking in de keten bevorderen zoals de VSV's en de Perinatale Audit. Maar ook afspraken over parallelle acties zullen bijdragen aan het

¹ De Stuurgroep heeft in haar advies als norm gesteld dat er 24 uur per dag 7 dagen per week binnen 15 minuten de benodigde medisch specialistische behandeling door een gynaecoloog of een geautoriseerde obstetrisch professional moet kunnen worden gestart. De 15 minuten starten wanneer de gynaecoloog of de obstetrisch professional onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog heeft vastgesteld dat er een potentieel levensbedreigende situatie is ontstaan (verder: 15 minuten norm). Daarnaast zijn begeleiding- en bewakingsnormen nader gespecificeerd, te weten de 1 op 2 bewaking door gynaecoloog/arts-assistent gynaecologie/ klinisch verloskundige en de 1 op 1 begeleiding door obstetrie en gynaecologie verpleegkundigen.

verlagen van de sterfte en morbiditeit. Er is echter nog wel een aantal knelpunten. Een van de knelpunten is gegevensuitwisseling in de VSV's. Mede hierdoor is het op dit moment nog niet mogelijk om alle zwangeren in het VSV te bespreken. Het Perinataal Webbased dossier moet hierin verbetering gaan brengen. Ik zal het College Perinatale Zorg subsidie verlenen om het Perinataal Webbased dossier zo aan te passen dat gegevensuitwisseling in het VSV eenvoudiger wordt. Ook blijken er knelpunten in de aanlevering van gegevens aan de PRN te zijn, waardoor het in veel ziekenhuizen niet mogelijk is om de registratie van de verloskundige zorg in de nieuwe (cliëntvolgende) PRN te registreren. Ik wil de ziekenhuizen vragen op korte termijn hier stappen in te zetten.

Over de eerdergenoemde «bevallingsnormen», die momenteel nog niet van kracht zijn heeft de IGZ de ziekenhuizen wel bevestigd. Aangezien uit de inventarisatie blijkt dat op dit moment maar een kwart van de ziekenhuizen voldoet aan deze normen constateert de inspectie dat deze «bevallingsnormen» op korte termijn niet haalbaar zijn. Bovendien bestaat in het veld twijfel over de wenselijkheid en noodzaak van het voldoen aan die normen. Als knelpunten werden genoemd het ontbreken van voldoende beschikbare professionals (gynaecologen, Obstetrie & Gynaecologie-verpleegkundigen, OK-teamleden, kinderartsen en anesthesiologen) en het ontbreken van financiële middelen voor de forse extra investeringen in mensen en middelen. Ook uit enkele ziekenhuizen twijfel of deze investeringen in het licht van de te behalen gezondheidswinst een verantwoorde keuze is. Veel ziekenhuizen gaven aan de continuïteit van kwalitatief hoogwaardige zorg ook nu al te borgen onder andere door de 24/7 bezetting van de verloskundige door een obstetrisch professional, de op korte termijn beschikbaarheid van gynaecoloog, anesthesist, kinderarts en OK-team, alsmede de mogelijkheid van thuisbeoordeling van een Cardio Toco Grafie (CTG) door de gynaecoloog.

Bijna de helft van de ziekenhuizen gaf in november aan dat zij concentratieplannen hadden om aan de in de normen genoemde bezetting te kunnen voldoen. Een derde van de ziekenhuizen die over concentratie nadenken gaf aan dat de 45 minuten bereikbaarheidsnorm daarbij een knelpunt kan worden.

De veldpartijen NVZ en NVOG hebben gekeken naar de implementatie en gevolgen van bovenstaande normen en dan met name naar de bevallingsnormen.

3. Samenvatting rapport 24/7 acute verloskunde in het ziekenhuis, door Plexus KMPG in opdracht van NVZ en NVOG

Uit het bijgevoegde rapport van de NVZ en NVOG blijkt dat er jaarlijks bij ongeveer 34 000 bevallingen sprake is van een spoedsituatie. Van deze bevallende vrouwen is 80% al in het ziekenhuis, 20% heeft reistijd naar het ziekenhuis toe. In het rapport wordt in diverse scenario's uitgewerkt wat de consequenties zijn van de maatregelen die genomen kunnen worden zodat de ziekenhuizen aan de «bevallingsnormen» van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte kunnen voldoen. De scenario's beschrijven verschillende mate van concentratie. Daarnaast is in alle scenario's onderzocht welk effect variatie in de wachtkans op de uiteindelijke implementatie van de bevallingsnormen heeft.

Uit het onderzoek blijkt dat zowel de mate van concentratie als de gehanteerde wachtkans van grote invloed zijn op de berekende tekorten aan specialisten en verpleegkundigen. 24/7 acute verloskundige zorg op 92 locaties bij een wachtkans van 1%¹ betekent grote tekorten aan specialisten en verpleegkundigen. Om deze tekorten in te vullen zijn de

¹ De wachtkans geeft aan in welk percentage van de gevallen er niet voldaan kan worden aan de 15-minutennorm. Soms is de gynaecoloog al bezig met een andere acute situatie. Het is niet te garanderen dat in 100% van de acute gevallen aan de 15-minutennorm kan worden voldaan.

jaarlijkse kosten 269 miljoen euro. In het scenario met acute verloskunde op 62 locaties en een gehanteerde wachtkans van 5% zou er alleen nog een tekort aan gynaecologen zijn en komen de jaarlijkse kosten lager uit, maar zijn nog steeds aanzienlijk, met zo'n 46 miljoen euro. In beide scenario's is er tijd nodig om deze professionals op te leiden, verwacht wordt dat dit zeker 14–23 jaar gaat duren, als deze al gevonden worden op de huidige arbeidsmarkt.

Het rapport ziet mogelijkheden in regioplannen om met meerdere ziekenhuizen samen te bepalen waar de bevallingsdiensten gedaan moeten worden. Dan kan de dagelijkse zorg (poliklinische zorg, kindwensconsulten, andere gynaecologische zorg) in elk ziekenhuis en verloskundig samenwerkingsverband blijven bestaan en dus dicht bij huis geleverd worden, maar worden alleen de bevallingsdiensten op die locaties gedaan die nodig zijn voor de aanrijtijden, waardoor een hoogkwalitatieve organisatie voor acute verloskundige zorg betaalbaar wordt ingericht. In alle scenario's is het volgens het onderzoek mogelijk om acute verloskunde binnen de normen voor kwaliteit en bereikbaarheid aan te bieden.

Gezien de aanrijtijdnorm ligt het voor de hand dat in stedelijke gebieden de organisatie van verloskundige zorg op minder locaties zal worden aangeboden, terwijl in de regio het aantal locaties minder zal afnemen. Er wordt bij de in het rapport genoemde concentratiebeweging uitgegaan van concentratie in de dichtbevolkte gebieden.

Consequenties invoering normen verloskunde en SEH

Ik heb u verschillende malen laten weten dat ik hecht aan een maximale bereikbaarheid van een basis-SEH (inclusief acute verloskundige zorg) binnen 45 minuten. Het overnemen van de normen voor een basis-SEH (van de Gezondheidsraad) en de bevallingsnormen (van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte), heeft gevolgen voor de huidige organisatie en uitrusting van een aantal voor de bereikbaarheidsnorm «kritische» SEH's (inclusief acute verloskundige zorg).

Er is een aantal SEH's dat als locatie nodig is voor de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten. Dit betekent dat bij sluiting van die SEH's er een aantal mensen niet meer binnen de normtijd van 45 minuten per ambulance een SEH kan bereiken. Voor deze zogenaamde «kritische» SEH-locaties geldt als voorwaarde dat zij in ieder geval 7 maal 24 uur open zijn voor het publiek.

De redentatie van de Gezondheidsraad volgend, houdt dit in dat deze SEH's minimaal zouden moeten beschikken over de achtervangfuncties (inclusief acute verloskundige zorg), zoals gesteld in het rapport «De basis moet goed!». Gelet op de voorwaarde ten aanzien van de openstelling (7x24 uur) is het immers voor deze SEH's niet mogelijk om tijdens de minder drukke uren de deuren te sluiten en te volstaan met de aanwezigheid van een ervaren arts die kan reanimeren en triëren. Daarbij geldt overigens dat niet in alle regio's een profiel-SEH of een complete SEH van een universitair centrum op een dusdanige afstand ligt dat de bereikbaarheid binnen 45 minuten kan worden gegarandeerd, maar daar zijn ook (nog) geen normen voor.

De sector is hard aan de slag gegaan met het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Wat betreft de normen deelname aan de Perinatale Registratie (PRN), deelname aan de Perinatale Audit (PAN), een actief Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) en afspraken over parallelle acties verwacht ik op grond van het onderzoek van de IGZ, dat de meeste ziekenhuizen hieraan per 1 juli 2012 voldoen. Deze resultaten

zullen volgens het Stuurgroepadvies in belangrijke mate bijdragen aan het verlagen van de babysterfte. De IGZ geeft in haar nota aan op welke wijze zij in het verdere traject toezicht houdt op de gehele keten. De IGZ zal in haar toezicht in 2012 eveneens bij de eerstelijnszorg de implementatie van de normen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte inventariseren.

Op dit moment lijken de drie bevallingsnormen voor de acute verloskunde niet haalbaar voor veel ziekenhuizen. Als deze normen niet haalbaar zijn voor de kritische SEH-locaties kan de bevallende vrouw niet binnen 45 minuten een SEH bereiken waar aan deze drie bevallingsnormen wordt voldaan.

Dilemma's

Het onverkort invoeren van alle normen rond de achtervangfuncties van de SEH's en de acute verloskundige zorg brengt een aantal dilemma's met zich mee.

Beschikbaarheid specialisten en verloskundig personeel

Op dit moment heerst er krapte op de arbeidsmarkt in Nederland. Ook voor de zorg betekent dit dat personeel moeilijk te vinden is. Voor de krimpregio's in het bijzonder houdt dit in dat zij met moeite in staat zijn bepaalde specialismen blijvend aan te bieden. Een belangrijke oorzaak hiervan is het beperkte aanbod van medisch specialisten die willen werken in een (klein) ziekenhuis in een regio waar het bevolkingsaantal daalt. Werken in een dergelijke regio lijkt voor specialisten om uiteenlopende redenen minder aantrekkelijk. Ziekenhuizen die worden geconfronteerd met dit beperkte aanbod lukt het met moeite, en soms zelfs niet, voldoende specialisten en verloskundig personeel te werven om een 7x24 uur dienstrooster rond te krijgen. Ter illustratie: het 24/7 bezetten van een plek gynaecologie vergt circa 5,5 FTE. In kleine ziekenhuizen werken vaak niet meer dan 4 gynaecologen. Deze ontwikkeling heeft vanzelfsprekend gevolgen voor het zorgaanbod van die ziekenhuizen. Dit probleem is niet op te lossen met financiële middelen.

Naast het moeilijk verkrijgen van specialisten en verloskundig personeel voor de relatief dunbevolkte regio's doet zich in deze regio's het volgende voor. Doordat er in deze regio's een beperkte zorgvraag is, kunnen specialisten – als zij uitsluitend in dat ziekenhuis zouden werken – te weinig ervaring behouden met minder vaak voorkomende behandelingen. Voorzover er volumevereisten zijn voor behandelingen, worden deze dan niet gehaald. Dit is uiteraard onwenselijk voor de kwaliteit.

Bereikbaarheid versus kwaliteit

Zoals ik al eerder schetste, is het niet denkbaar dat invoering van de nieuwe normen zonder gevolgen zal blijven voor bepaalde ziekenhuizen. Ik heb ook al aangegeven dat ik het belangrijk vind de bereikbaarheid van de spoedeisende hulp en de verloskundige zorg binnen de normtijd te houden. Ik realiseer mij dat het onverkort invoeren van de nieuwe normen tot consequentie zal hebben dat SEH's inclusief acute verloskundige zorg de deuren moeten sluiten omdat deze normen voor hen niet realiseerbaar zijn en daarmee ook het voortbestaan van het ziekenhuis wellicht onder druk komt. Als het gaat om sluiting van SEH's inclusief acute verloskundige zorg die nodig zijn voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten treedt onverminderd een bereikbaarheidsverlies op die, gelet op de arbeidsmarktvragestukken niet louter op te lossen is met een beschikbaarheidstoeslag.

Het wordt steeds meer duidelijk dat er in kleine ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden, een spanningsveld ontstaat tussen het voldoen aan de normen rondom de bevalling, de SEH's en de normen voor bereikbaarheid. Ook voor ziekenhuizen in dichter bevolkte delen van het land wordt nagedacht over concentratie.

Ondanks dat voor mij de bereikbaarheid van de acute zorg inclusief acute verloskundige zorg binnen 45 minuten essentieel is, kan ik niet voorkomen dat er concentratie plaatsvindt. Ik heb immers geen instrumenten om concentratie die niet leidt tot overschrijding van de 45-minutennorm, tegen te houden. Anderzijds ben ik niet van plan om een beleid te voeren waaraan kleine ziekenhuizen, hoe goed ook geleid, niet meer kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen van zorg die gerekend kunnen worden tot zorg die in de buurt beschikbaar moet zijn. Ik ben er helemaal geen voorstander van dat elk ziekenhuis op den duur cruciaal voor de bereikbaarheid binnen 45 minuten wordt. Dat zou onze zorg een fictief kwaliteitstempel geven, terwijl feitelijk de infrastructuur kwetsbaar is geworden. Als ieder ziekenhuis cruciaal wordt voor de levering van acute zorg is onze infrastructuur veel te kwetsbaar geworden, wat de kwaliteit van zorg aantast. Ook doordat er geen keuzemogelijkheden meer zullen zijn voor patiënten en aanbieders dus eigenlijk monopolisten zijn geworden.

Hoe om te gaan met de dilemma's?

Allereerst wil ik nogmaals benadrukken dat mijn ambities er op zijn gericht de bereikbaarheid van de acute zorg (inclusief de acute verloskunde) zo goed mogelijk te houden en de kwaliteit waar nodig te verbeteren. De rapporten laten zien dat er kwaliteitsslagen te maken zijn. Ik wil het veld niet in het ongewisse laten over mijn hoofdlijnen van beleid. Voor de normen voor acute verloskunde heb ik goed zicht op de gevolgen middels de inventarisatie van de IGZ en het rapport van NVZ/NVOG.

Mijn lijn ten aanzien van de normen voor verloskundige zorg en het rapport van de Gezondheidsraad is als volgt.

Ik wil de nieuwe normen voor de achtervangfuncties van de SEH en drie bevallingsnormen voor de verloskundige zorg, niet onverkort invoeren.

De rapporten die betrekking hebben op de introductie van de normen voor verloskundige zorg, laten zien dat er al veel is bereikt. Het overgrote deel van de normen is inmiddels geïmplementeerd. Duidelijk is evenwel ook geworden dat drie bevallingsnormen forse problemen geven bij de implementatie en slechts tegen hoge kosten en opleiding van veel extra personeel dat moeilijk beschikbaar is op een steeds krappere wordende arbeidsmarkt, kunnen worden bereikt. Daarnaast knellen ook de volumennormen in de kleine ziekenhuizen. Daarbij zal onverkorte handhaving van deze normen leiden tot een verlies aan bereikbaarheid van de verloskundige zorg. Het is niet duidelijk of deze nadelen in voldoende mate worden gecompenseerd door gezondheidswinst. Het goed samenwerken zal veel meer gezondheidswinst opleveren dan mogelijk zou zijn door het terugdringen van de sterfte in de acute fase. Ik vind het dan ook niet verantwoord op dit moment deze drie bevallingsnormen onverkort in te voeren. Ik stel mij voor dat over een periode van vijf jaar alsnog te bezien of invoering wenselijk is. Ik zal ook in overleg gaan met het College Perinatale Zorg om een en ander verder vorm te geven. Binnen de geldende normen moeten in regio's ook alternatieve oplossingen en regionaal maatwerk mogelijk zijn om ook de kleinere ziekenhuizen een rol te laten houden in de geboortezorg in de nabije omgeving. Ik heb gemerkt dat de regio's zeer goed in staat zijn alternatieve oplossingen te bedenken die toegespitst zijn op de lokale situatie. Met een aantal alternatieven is in

de praktijk al ervaring opgedaan. Dit proces wil ik verder stimuleren en ik zal het CPZ, de IGZ en de NZa vragen wat er voor nodig is dergelijke initiatieven verder mogelijk te maken.

Het advies van de Gezondheidsraad over de achtervangfuncties heb ik recentelijk ontvangen. Zoals ik eerder in deze brief heb aangekondigd, wil ik weten wat invoering van deze normen betekent voor de ziekenhuizen. Naast de praktische haalbaarheid van deze normen in termen van personeel en de gevolgen voor de bereikbaarheid heb ik meer in het bijzonder de vraag of invoering van deze normen daadwerkelijk tot de gewenste kwaliteitsverbetering leidt en of deze opweegt tegen de benodigde financiële middelen en de eventuele afname van de bereikbaarheid. Ik heb u daarbij de dilemma's aangegeven die zich mogelijk kunnen voordoen. Ik vind dat normen houdbaar moeten zijn voor de toekomst. Dit betekent dat ze praktisch uitvoerbaar en realistisch moeten zijn. Voor wat betreft de normen voor de SEH zal ik nagaan wat de invoering van de geadviseerde normen van de Gezondheidsraad aan consequenties heeft voor de bestaande SEH's. Daarbij wil ik ook een reële inschatting van de SEH's die weliswaar op dit moment niet aan de normen voldoen, maar in de toekomst mogelijkheden hiertoe zien. Voorts wil ik eerst beschikken over een rapportage over de effecten en neveneffecten van het introduceren van deze normen om te kunnen bepalen hoe hier mee om te gaan. Ik zal het initiatief nemen zo'n rapportage te laten maken. Ik kan mij bijvoorbeeld voorstellen dat voor die plekken in het land waar het onverkort handhaven van de nieuwe normen voor acute zorg zou leiden tot een onwenselijke achteruitgang in de bereikbaarheid het noodzakelijk kan blijken uit te gaan van het principe «pas de norm toe of leg uit dat op andere wijze de acute zorg adequaat is geborgd». Ik zie daarbij een belangrijke rol voor het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). Zij kunnen komen met alternatieven op maat voor deze gebieden. De IGZ hanteert vooralsnog de huidige bereikbaarheids- en kwaliteitsnormen. Wanneer uit de rapportage over de effecten en neveneffecten van het introduceren van de normen van de Gezondheidsraad blijkt dat (gedeeltelijke) introductie van deze normen verantwoord kan plaatsvinden, dan zal de IGZ hierop toetsen.

Ik zal het veld in de komende tijd benaderen om met mij mee te denken over de uitwerking en creatieve invulling van hogere kwaliteitseisen. Ik zal hierbij nadrukkelijk de kleine ziekenhuizen in de dunbevolkte gebieden uitnodigen om hierover met mij in gesprek te gaan.

Tot slot

Voor mij is cruciaal dat de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten gehandhaafd blijft en dat de kwaliteit aan de maat is. Vooral een robuuste zorginfrastructuur die tegen een stootje kan, garandeert duurzame levering van kwalitatief hoogwaardige zorg. Ik ben zuinig op de bestaande infrastructuur en wil die dan ook eerder verbreden dan versmallen. Ik wil kijken naar de functie die kleine ziekenhuizen kunnen blijven vervullen in de acute (verloskundige) zorg. Zo wil ik bijvoorbeeld de mogelijkheid van eerstelijns geboortecentra of tussenvormen tussen een huisartsenpost (HAP) en SEH bespreken met het veld. In overleg met het veld wil zo ik ook normen en inzetcriteria voor nieuwe typen zorg vastleggen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers