

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e
 [redacted] 5.1.2e @minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Tue 1/25/2022 5:23:07 PM
Subject: RE: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen
Received: Tue 1/25/2022 5:23:00 PM

Volgens mij zit bij iedere set kamervragen een korte oplegger: hierbij bied ik de antwoorden aan, ondertekend door Minister. Zit er standaard bij en dat moet er volgens mij bijblijven. Daarnaast dan procedureel briefje. Ik kijk straks hoe het in marjolein zit...

Van: [redacted] 5.1.2e

Verzonden: dinsdag 25 januari 2022 18:21

Aan: [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: RE: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Ja

Verzonden met BlackBerry Work

(www.blackberry.com)

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Datum: dinsdag 25 jan. 2022 6:20 PM

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Bel anders ff met [redacted] 5.1.2e morgen.

Van: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: dinsdag 25 januari 2022 18:18

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl> [redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Mmm heel vreemd. Dus dan moet alles weer teruggedraaid worden? Dus procedure aanbiedings brief aan Kamer voor vier sets helemaal weg?

Verzonden met BlackBerry Work

(www.blackberry.com)

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Datum: dinsdag 25 jan. 2022 6:16 PM

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Kweet ook niet.... Blijkbaar toch nodig.

Moet ik ze weer terug zetten?

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: dinsdag 25 januari 2022 18:16

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

CC: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: FW: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Huh wat raar. Dus toch aparte aanbiedingsbrieven per set ?

Verzonden met BlackBerry Work

(www.blackberry.com)

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Datum: dinsdag 25 jan. 2022 5:27 PM

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; adviseurdgcz <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl> [redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Kopie: groep DBPZ-Stukkenstroom [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>;

[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Hoi [redacted] 5.1.2e

Dank voor de heads-up. Wil je per set Kamervragen een aanbiedingsbrief maken? De vragen moeten allemaal apart worden beantwoord aan de Kamerleden. Dus je kan per marjoleinzaak een aanbiedingsbriefje aanmaken.

Dank!

[redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: dinsdag 25 januari 2022 16:42

Aan: adviseurdgcz [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e

<[redacted]@minvws.nl>

CC: groep DBPZ-Stukkenstroom <[redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>;

[redacted]@minvws.nl>; [redacted]@minvws.nl>

Onderwerp: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Hi [redacted]

Ik doe straks marjoleinzaak 1023803 de lijn in. Deze zaak bevat een aanbiedingsbrief aan de TK voor vier sets Kamervragen over de aangeboren hartafwijkingen.

De beantwoording van de Kamervragen zelf zijn ieder een aparte marjoleinzaak, hieronder de zaak nrs. van de Kamervragen waar het om gaat:

- Vragen van de leden Kuiken en Nijboer zaak nr. 1022589
- Vragen van Van Haga (Groep Van Haga) zaak nr. 1022651
- Vragen Agema (PVV) zaak nr 1023323
- Vragen van de leden Van der Plas (BBB) en Pouw-Verweij (JA21) zaak nr. 1023381

Deze zaken (vier sets Kamervragen) doe ik na de aanbiedingsbrief (1023803) de lijn in.

Bovengenoemde Kamervragen (met antwoorden) moeten dus als bijlage mee bij de aanbiedingsbrief in zaak 1023803.

Ik heb dit ook nog eens duidelijk in het notitieveld in marjolein aangegeven. Maar het leek me goed – ook gezien de spoed – om jullie hierover een mailtje te sturen.

Ik hoop dat mijn uitleg duidelijk genoeg is en dat het zo goedkomt.

Hoor heel graag.

Dank en groet, [redacted] 06-[redacted]

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:11:17 AM
Subject: FW: Facts & figures
Received: Wed 8/10/2022 10:11:19 AM
[20220125 Overzicht gegevens per umc.docx](#)
[CONCARE definitief 20 april 2013.pdf](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: woensdag 26 januari 2022 02:56

Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: RE: Facts & figures

H. [redacted] 5.1.2e
 Dank voor het lijstje. In groen wat ik in ieder geval compleet heb en in de bijlage zit. Kan ik aanvullen met wat de umcs nog insturen cq. we naar aanleiding daarvan nog opvragen.

Gr. [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e

Verzonden: woensdag 26 januari 2022 14:32

Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: Facts & figures

Beste AHA-ers,

We hadden het er al eerder over, maar voor de zekerheid toch nog even op de mail. Het lijkt mij goed als we een documentje hebben met daarin de feiten en cijfers die relevant zijn voor onze beslissing. Meer in het bijzonder denk ik aan in ieder geval de volgende feiten, maar hoe uitgebreider hoe beter.

Waarschuwing vooraf: het is best veel en misschien hebben we niet alles. Maak dan wel de tabel maar laat die leeg. Als het goed is kunnen we ook de gegevens gebruiken die de umc's ons toegezegd hebben te sturen. Kijk onderling even wie wat doet, we kunnen eventueel ook anderen van binnen of buiten PZo inschakelen.

- ✓ Tabelmatig overzicht van de volumes van de behandeling per centrum uitgesplitst zoals in de tabel bij criterium 2 maar dan cijfermatig en over de laatste zeg vijf jaar of zo; **Zie bijlage, voor hartchirurgie en int.cardiologie.**
- ✓ Zijn er objectieve gegevens over de complexiteit van de operaties? **Staan in Concacare consensudocument van de NVVC. Lijst in de bijlage. En Brondocument bijgevoegd.**
- ✓ De mortaliteit zo gedetailleerd mogelijk sinds zeg 2016 of zo. Zo wel per jaar als vijf jaars gemiddelde of zo; **Zie bijlage.**
- ✓ Andere kwaliteitsgegevens? De bubble chart van [redacted] 5.1.2e? **Zie bijlage**
- ✓ De subspecialismen zoals die genoemd zijn in Bartelds met daarachter een vinkje of die op locatie aanwezig zijn;
- ✓ De aanwezigheid van de drie kernspecialismen (kinderinterventiecardiologie, congenitale hartchirurgie en congenitale volwassen interventiecardiologie). Ook de senioriteit, leeftijdsopbouw, inzetbaarheid en de voorziene datum van pensionering. **Niet van iedereen bekend.**
- ✓ Hoeveel kinder-IC bedden zijn er? Zijn er tekorten aan kinder-IC verpleegkundigen of niet? **Deels beschikbaar**
- ✓ Kunnen de bewering over de arbeidsmarktpositie van het UMCG tov het UMCU of anders gezegd de arbeidsmarktposities van de regio's objectiveren? (ik heb zelf deze vraag ook bij MEVA neergelegd dus misschien kunnen we dat eerst even afwachten).
- ✓ Utrecht beweert dat het onder één dak hebben van OK, kinder-IC en kinderziekenhuis een voordeel is. Daar kan ik mij intuïtief veel bij voorstellen, maar is dat ook meer te objectiveren? **Navraag gedaan UMCU voor bron/richtlijn.**
- ✓ Utrecht geeft ook aan dat de betere behandelstrategie de correctie van de hartafwijking in één ingreep is. Is dat te objectiveren? **Moet ik navragen, maar vermoed dat dit een eigen visie is, gezien het ontbreken van een kwaliteitskader/standaard. Ref. advies patientenorganisaties: dat is juist wat er mist, patiënten worden overal anders behandeld; die praktijkvariatie is juist ongewenst maar onderdeel van het probleem van gebrekkige samenwerking).**

Laten we even kijken hoe ver we komen.

Groet,

[redacted] 5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

070 [redacted] 5.1.2e

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl
Sent: Wed 1/26/2022 8:55:57 AM
Subject: RE: Vier sets Kamervragen vervolg
Received: Wed 1/26/2022 8:55:58 AM

Jeetje [redacted] 5.1.2e, wat vervelend voor al het extra werk. Sorry als ik/wij je op het verkeerde pad hebben gestuurd. Het leek een goed idee om de TK zo mee te nemen. Ik zet het terug.
 En ja, het aan [redacted] 5.1.2e meegeven lijkt me een goed plan.

Van: [redacted] 5.1.2e

Verzonden: woensdag 26 januari 2022 09:27

Aan: [redacted] 5.1.2e

CC: [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: Vier sets Kamervragen vervolg

Urgentie: Hoog

Net met [redacted] 5.1.2e gebeld.

Een overkoepelende brief aan de Kamer met aanbieding van meerdere sets kamervragen is niet toegestaan. Dit is vanuit beleefheidsoverwegingen richting de Kamer, zodat ieder Kamerlid zelf antwoord op zijn gestelde vragen krijgt. Ook niet toegestaan naast de vier individuele aanbiedingen.

De overkoepelende brief met nota moet dus afgebroken worden en de individuele zaken met een apart aanbiedingsbriefje aan de Kamer sturen.

We mogen de overkoepelende nota bij de individuele zaken doen om extra werk te voorkomen.

De twee feitelijke mededelingen die we in de overkoepelende brief aan de Kamer deden (gesprek met UMC's gehad + beantwoording 234 feitelijke Kamervragen vóór debat van 17 feb) kunnen we aan [redacted] 5.1.2e meegeven zodat hij dit bij de Kamerleden kan neerleggen. Als we dit laatste willen dan laat ik dit [redacted] 5.1.2e zo nog even weten. Hoor graag [redacted] 5.1.2e of jullie dit willen.

Zet de zaken dus maar terug naar [redacted] 5.1.2e en mij dan maken wij deze individuele zaken in orde.

Groet, [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: dinsdag 25 januari 2022 17:27

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; adviseurdgcz [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

CC: _groep DBPZ-Stukkenstroom [redacted] 5.1.2e @minvws.nl> [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Hoi [redacted] 5.1.2e

Dank voor de heads-up. Wil je per set Kamervragen een aanbiedingsbrief maken? De vragen moeten allemaal apart worden beantwoord aan de Kamerleden. Dus je kan per marjoleinzaak een aanbiedingsbriefje aanmaken.

Dank!

[redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: dinsdag 25 januari 2022 16:42

Aan: adviseurdgcz [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

CC: _groep DBPZ-Stukkenstroom [redacted] 5.1.2e @minvws.nl> [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: uitleg spoedzaak marjolein aangeboren hartafwijkingen

Hi [redacted] 5.1.2e

Ik doe straks marjoleinzaak 1023803 de lijn in. Deze zaak bevat een aanbiedingsbrief aan de TK voor vier sets Kamervragen over de aangeboren hartafwijkingen.

De beantwoording van de Kamervragen zelf zijn ieder een aparte marjoleinzaak, hieronder de zaak nrs. van de Kamervragen waar het om gaat:

- Vragen van de leden Kuiken en Nijboer zaak nr. 1022589
- Vragen van Van Haga (Groep Van Haga) zaak nr. 1022651
- Vragen Agema (PVV) zaak nr 1023323
- Vragen van de leden Van der Plas (BBB) en Pouw-Verweij (JA21) zaak nr. 1023381

Deze zaken (vier sets Kamervragen) doe ik na de aanbiedingsbrief (1023803) de lijn in.

Bovengenoemde Kamervragen (met antwoorden) moeten dus als bijlage mee bij de aanbiedingsbrief in zaak 1023803.

Ik heb dit ook nog eens duidelijk in het nottieveld in marjolein aangegeven. Maar het leek me goed – ook gezien de spoed – om jullie hierover een mailtje te sturen.

Ik hoop dat mijn uitleg duidelijk genoeg is en dat het zo goedkomt.

Hoor heel graag.

Dank en groet, [redacted] 5.1.2e (06- [redacted] 5.1.2e

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:38:55 AM
Subject: FW: Kinderhartchirurgie
Received: Wed 8/10/2022 10:38:56 AM

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: woensdag 26 januari 2022 13:41

Aan: [redacted] 5.1.2e
 [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: FW: Kinderhartchirurgie

Beste mensen,

De NZa ziet een rol voor zich bij de concentratie van complexe medisch specialistische zorg. Deel 1 van de opdracht lijkt mij heel goed en hebben we ook zo besproken.

Het lijkt mij dat we over deel van de opdracht nog een goed moeten nadenken. Ik zie zelf wel een rol als de NZa in het verlengde van de eerste vraag en in het kader van het laten landen van de concentratie van de AHA's kijkt naar hoe de andere onderdelen van de complexe kindzorg, maar of de NZa ook een rol heeft bij de concentratie van de andere complexe zorg en zo ja welke, daar moeten we denk ik ook met elkaar nog even over doordenken en doorspreken.

Groet,

[redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: woensdag 26 januari 2022 13:35

Aan: [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: Kinderhartchirurgie

Dag [redacted] 5.1.2e

We spraken elkaar vandaag over de actualiteiten rondom het concentratiebesluit kinderhartchirurgie. Ik gaf aan welke rol de NZa voor zich ziet in dit vraagstuk, juist ook gericht op de toekomst.

Hierbij nog even bondig per mail, zodat je dit kunt meenemen in de verdere interne afstemming.

In algemene zin zien wij concentratie van hoogcomplexe zorg, waar dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg kan verhogen, als positieve ontwikkeling in het kader van passende zorg.

Deze beweging vraagt om een lange termijn visie op concentratie van zorg en het toekomstig (academisch) zorglandschap.

Tegelijkertijd vraagt de casus kinderhartchirurgie op korte(re) termijn om analyse en advies op het gebied van implementatie van het genomen besluit.

We stellen daarom voor om deze vraagstukken te knippen in twee afzonderlijke trajecten:

1. Gericht op de kinderhartchirurgie:

Analyse en advies op wat nodig is voor implementatie van het genomen concentratiebesluit en de transitie. Het gaat daarbij om de financiële en andere impact op betrokken umc's en patiëntstromen, voor zover dat relevant is voor implementatie-acties en het transitieproces.

2. Gericht op toekomstig academisch zorglandschap:

Toekomstgericht, vanuit beweging naar passende zorg. Inventarisatie van vormen van zorg die in aanmerking komen voor concentratie, criteria waaraan getoetst kan worden (objectivering), aanpak/proces om te komen tot een passende verdeling over de verschillende umc's.

Voor beide trajecten lijkt het ons goed om die parallel aan elkaar te laten oplopen (niet volgtijdelijk), omdat traject 2 juist ook toekomstperspectief geeft, wat positief kan bijdragen aan de lopende discussies rondom de kinderhartchirurgie. Wel hebben beide trajecten een andere doorlooptijd.

Als jullie achter deze aanpak staan, lijkt het ons goed om op korte termijn afstemming te hebben over een opdrachtbrief, waarin we preciezer kunnen bepalen wat de reikwijdte van de opdracht is.

Groet,

[redacted] 5.1.2e

06 - [redacted] 5.1.2e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
Cc: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 1/26/2022 1:42:30 PM
Subject: RE: Kinderhartchirurgie
Received: Wed 1/26/2022 1:42:31 PM

Ha [redacted] 5.1.2e
 Even alleen aan jullie: impactanalyse deel 1 lijkt mij inderdaad goed. Wel kijken of we er daarmee zijn, want de pgo's hebben in hun advies en in het gesprek met [redacted] 5.1.2e ook andere aspecten genoemd die ze in zo'n analyse zouden willen meenemen. Moeten we denk ik goed naar kijken of we dat ook aan NZa kunnen vragen of dat er meer of iets anders bij moet.
 Op punt 2: zo staat het wel in het coalitieakkoord, dat de concentratie mede irt de regiobeelden voor jzojp vormgaat krijgen. Logisch of niet, mijn eerste reactie is : niet of niet per se, want concentratie gaat niet (alleen) over de zorg in de regio maar (ook) over het landelijke speelveld, dat is wel de richting die is aangegeven. Drian en ik hebbe laatst al even met CZ gebrainstormd hierover en daar was het gevoel tav rol van de NZa hetzelfde, nl niet echt logisch om dat vanuit de regiobeelden te doen. Maar misschien overzie ik niet goed wat er in die regiobeelden gaat komen. Idd goed over nadenken.

Gr [redacted] 5.1.2e
Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: woensdag 26 januari 2022 13:41

Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: FW: Kinderhartchirurgie

Beste mensen,
 De NZa ziet een rol voor zich bij de concentratie van complexe medisch specialistische zorg. Deel 1 van de opdracht lijkt mij heel goed en hebben we ook zo besproken.
 Het lijkt mij dat we over deel van de opdracht nog een goed moeten nadenken. Ik zie zelf wel een rol als de NZa in het verlengde van de eerste vraag en in het kader van het laten landen van de concentratie van de AHA's kijkt naar hoe de andere onderdelen van de complexe kindzorg, maar of de NZa ook een rol heeft bij de concentratie van de andere complexe zorg en zo ja welke, daar moeten we denk ik ook met elkaar nog even over doordenken en doorspreken.
 Groet,
 [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e [redacted]@nza.nl
Verzonden: woensdag 26 januari 2022 13:35
Aan: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl

Onderwerp: Kinderhartchirurgie

Dag [redacted] 5.1.2e
 We spraken elkaar vandaag over de actualiteiten rondom het concentratiebesluit kinderhartchirurgie. Ik gaf aan welke rol de NZa voor zich ziet in dit vraagstuk, juist ook gericht op de toekomst.
 Hierbij nog even bondig per mail, zodat je dit kunt meenemen in de verdere interne afstemming.
 In algemene zin zien wij concentratie van hoogcomplexiteit van zorg, waar dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg kan verhogen, als positieve ontwikkeling in het kader van passende zorg.
 Deze beweging vraagt om een lange termijn visie op concentratie van zorg en het toekomstig (academisch) zorglandschap.
 Tegelijkertijd vraagt de casus kinderhartchirurgie op korte(re) termijn om analyse en advies op het gebied van implementatie van het genomen besluit.
 We stellen daarom voor om deze vraagstukken te knippen in twee afzonderlijke trajecten:

1. Gericht op de kinderhartchirurgie:

Analyse en advies op wat nodig is voor implementatie van het genomen concentratiebesluit en de transitie. Het gaat daarbij om de financiële en andere impact op betrokken umc's en patiëntstromen, voor zover dat relevant is voor implementatie-acties en het transitieproces.

2. Gericht op toekomstig academisch zorglandschap:

Toekomstgericht, vanuit beweging naar passende zorg. Inventarisatie van vormen van zorg die in aanmerking komen voor concentratie, criteria waaraan getoetst kan worden (objectivering), aanpak/proces om te komen tot een passende verdeling over de verschillende umc's.

Voor beide trajecten lijkt het ons goed om die parallel aan elkaar te laten oplopen (niet volgtijdelijk), omdat traject 2 juist ook toekomstperspectief geeft, wat positief kan bijdragen aan de lopende discussies rondom de kinderhartchirurgie. Wel hebben beide trajecten een andere doorlooptijd.

Als jullie achter deze aanpak staan, lijkt het ons goed om op korte termijn afstemming te hebben over een opdrachtbrief, waarin we preciezer kunnen bepalen wat de reikwijdte van de opdracht is.

Groet,

[redacted] 5.1.2e

06 - 5-1-20

06 - 5-1-20



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u bestemd is. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht onjuist aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. E-mailberichten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevatten geen besluiten waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:11:10 AM
Subject: FW: Actielijst AHA
Received: Wed 8/10/2022 10:11:11 AM
[Actielijst AHA.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: woensdag 26 januari 2022 23:55
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: Actielijst AHA
Bijgaand bijgewerkte actielijst.
Gr [redacted] 5.1.2e

Hanzeplein 1 Postbus 30 001, 9700 RB Groningen

Universitair Medisch Centrum Groningen

Raad van Bestuur

Aan
 Aan het Ministerie van VWS
 t.a.v. 5.1.2e
 5.1.2e

Telefoon 5.1.2e

Bijlage(n) 1
 Kenmerk 22.403941/RvB

Datum 27 januari 2022
 Onderwerp Interventies aangeboren hartafwijkingen

Geachte 5.1.2e

Op donderdag 20 januari jl. heeft er digitaal overleg plaatsgevonden waarin u namens het Ministerie een nadere toelichting heeft gegeven op het besluitvormingsproces met betrekking tot de voorgenomen concentratie van centra voor de invasieve behandeling van aangeboren hartafwijkingen. Bij dit overleg waren de betrokken umc's aanwezig, evenals

5.1.2e

Tijdens dit overleg bent u aan de hand van een presentatie nader ingegaan op het proces zoals dit tot nu toe is gelopen, alsmede de criteria die zijn gehanteerd bij de totstandkoming van het besluit van de Minister van VWS op 20 december 2021. U heeft tijdens dit overleg uitleg gegeven waarom het Ministerie gekozen heeft voor de centra in Rotterdam en Utrecht en op basis van welke (aanvullende) criteria en inzichten dit heeft plaatsgevonden.

Reflectie op het besluitvormingsproces

In de brief van 20 december 2021 aan de Tweede Kamer maakte de demissionair Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn beslissing bekend over de toekomstige organisatie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Kern van dit besluit is dat interventies bij kinderen en de hoogcomplexere interventies bij volwassenen met een aangeboren hartafwijking in de toekomst alleen zullen plaatsvinden in het Erasmus MC en het UMCU.

In deze brief worden vijf – bij de umc's niet eerder bekende – criteria gegeven voor dit besluit. De onderbouwing van de Minister om op basis van deze criteria twee umc's aan te wijzen beperkt zich in de kamerbrief tot één zin:

“Geen van deze criteria is op zichzelf doorslaggevend om voor het ene of het andere umc te kiezen, maar indien de criteria in onderlinge samenhang worden gezien en worden afgezet tegen de concrete feiten en omstandigheden zoals die mij bekend zijn op basis van alle vergaarde informatie, is mijn conclusie dat het Erasmus MC en het UMCU de beste uitgangspunten hebben om de functie van interventiecentrum te gaan vervullen.”

Met andere woorden: een besluit met een enorme impact op de gezondheidszorg in Nederland wordt niet inhoudelijk onderbouwd. Vanaf het moment dat de inhoud van de



kamerbrief bekend is geworden, hebben de betrokken umc's dan ook geprobeerd bij uw Ministerie over de nadere onderbouwing van dit besluit meer informatie te ontvangen.

Het ontbreken van transparantie in zowel de procedure als de uitkomst van het onderhavige besluit, gecombineerd met de grote impact op de patiëntenzorg, heeft tot gevolg gehad dat enkele umc's zich genoodzaakt voelden om publiekelijk hun zorgen te uiten over de impact van dit besluit. Er is veel onrust ontstaan bij (ouders van) deze patiëntengroep en een aantal umc's is lijnrecht tegenover elkaar komen te staan. Zeker in een tijd waarin alle ziekenhuizen elkaar hard nodig hebben om de pandemie te bestrijden, is dit buitengewoon onwenselijk.

Dit had voorkomen moeten en ook kunnen worden met een vooraf kenbaar gemaakt transparant en helder besluitvormingsproces. Ook had meer gebruik gemaakt moeten worden van gedragen voorstellen tot verregaande samenwerking uit het veld zelf, in casu het DC3-initiatief, dat door 5 van de 6 betrokken umc's gedragen werd. Gelet op het voornemen van het Kabinet om in de toekomst op meer zorgonderdelen naar verdere concentratie van zorg te streven, is een vooraf helder en transparant besluitvormingsproces essentieel.

Toelichting op besluit

Met uw presentatie van 20 januari jl. heeft u inzicht willen geven op het proces, de door het Ministerie gehanteerde uitgangspunten, de gehanteerde criteria en de beoordeling van de criteria door het Ministerie.

De verbazing was groot toen slides werden gedeeld met daarop voor ons nieuwe uitgangspunten en criteria, die klaarblijkelijk door het Ministerie zijn meegewogen in het proces. Deze nieuwe uitgangspunten en criteria (met name om de keuze tussen het UMCG en het UMCG te onderbouwen) waren voorafgaand aan het besluit van de Minister niet bekend en tevens niet genoemd in de brief van 20 december 2021 aan de Tweede Kamer. Ook bleef onduidelijk op basis van welke informatie en hoe de weging van de criteria (in plussen en minnen en ook kwalitatief (bv meer visie van het UMCG op registraties) had plaatsgevonden.

In uw mail van vrijdag 21 januari jl. verzoekt u vervolgens de umc's om binnen 5 werkdagen informatie met betrekking tot de nieuw genoemde uitgangspunten en criteria aan te leveren aan het Ministerie, zodat deze informatie kan worden meegenomen in een eventuele heroverweging van het onderhavige besluit. Door ons is nadien nog verzocht om de daadwerkelijke data / argumenten te ontvangen op basis waarvan de weging van het UMCG en de overige centra gebaseerd is, maar het Ministerie gaf te kennen deze data niet aan te willen leveren met het oog op, naar wij begrijpen, eventuele juridische consequenties.

UMCG-perspectief

Vanuit ons perspectief gebeurt er nu het volgende: Na een voorbereidingstijd van meerdere jaren is een niet adequaat onderbouwd besluit genomen op basis van vooraf niet bekende criteria. Vervolgens worden, nadat de besluitvorming al heeft plaatsgevonden, nieuwe criteria toegevoegd en aan betrokken partijen wordt gevraagd om in 5 werkdagen nadere informatie aan te leveren, om zeker te weten dat alle relevante informatie beschikbaar was om het besluit te kunnen nemen. En dit alles zonder dat het Ministerie bekend wil maken op welke gegevens haar besluitvorming gebaseerd is.



Overweging

Het opleveren van de gevraagde informatie, waarbij het op punten overigens onduidelijk is welke informatie het Ministerie exact wil hebben (onze visie op registraties?), levert gelet op het bovenstaande ons inziens geen bijdrage aan een zorgvuldige besluitvorming. De basis van een dergelijk proces – toetsing van vooraf bekende en transparante criteria, het op basis daarvan verzamelen en beoordelen van informatie, en een integrale impactanalyse van de consequenties van een besluit voorafgaand aan het uiteindelijk besluit – ontbreekt simpelweg.

Het UMCG was derhalve niet voornemens om *nadat* het besluitvormingsproces al heeft plaatsgevonden, nog informatie aan te leveren waarmee het Ministerie de indruk wekt het besluitvormingsproces te repareren en daarmee te rechtvaardigen.

Tegelijkertijd wil het UMCG te allen tijde voorkomen dat het beeld zou kunnen ontstaan dat wij niet mee willen werken aan het verkrijgen van een compleet beeld van de wijze waarop interventies voor aangeboren hartafwijkingen zijn georganiseerd binnen het UMCG. Om die reden hebben wij er uiteindelijk voor gekozen om de gevraagde informatie – onder protest en voor zover duidelijk was wat exact werd gevraagd – aan te leveren. Daarbij merken wij nadrukkelijk op dat, ondanks navragen, de gegevens waarmee de wegging voor het UMCG en overige centra werd gemaakt niet met ons zijn gedeeld. Dit heeft onze mogelijkheden om gericht te reageren sterk beperkt. In de bijlage bij deze brief treft u deze informatie aan.

Conclusie en advies

Nogmaals, het besluitvormingsproces zoals deze met betrekking tot de concentratie van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen tot nu is verlopen, is onzorgvuldig en vertoont ons inziens grote hiaten. Zo is de (uiteindelijk) gemaakte keuze tussen het UMCG en het UMCU gebaseerd op niet vooraf bekend gemaakte criteria en wegingsfactoren. Dit is niet de manier waarop dergelijke majeure beslissingen genomen moeten worden. Het leidt bovendien tot onnodige onrust bij deze groep patiënten en hun ouders. Het proces om in de toekomst gezamenlijk verdere stappen te zetten in de concentratie van complexe zorg, is hiermee helaas onnodig belast. Teneinde in de toekomst goede en gedragen keuzes te maken in – ook ons inziens noodzakelijke – concentratievraagstukken, kan de Minister niet anders dan deze valse start herstellen. Het besluitvormingsproces met betrekking tot de voorgenomen concentratie van centra voor de invasieve behandeling van aangeboren hartafwijkingen dient (helaas) opnieuw te worden doorlopen.

Concreet voorstel

Concreet denken wij aan het doorlopen van een helder en transparant besluitvormingsproces met duidelijke tijdslijnen, waarbij de keuzes worden gemaakt op basis van vooraf vastgestelde en bekende criteria, transparante informatie en tevens een integrale impactanalyse van consequenties van de verschillende beleidskeuzes vooraf. De analyse en duiding van beschikbare gegevens door onafhankelijke derden (een commissie van wijzen, zoals bijvoorbeeld in het verleden de Commissie Lie of bij de Kinderoncologie de Commissie Borst) zal uiteindelijk moeten leiden tot een advies aan de Minister over de aan te wijzen centra. Op basis van dit advies kan de Minister vervolgens een gedegen en weloverwogen besluit nemen. Gezien al het voorwerk van de afgelopen jaren (er liggen o.a. goede adviezen van de Commissie Bartelds en de Commissie Lie) kan dit naar onze mening



in een periode van 6 maanden worden uitgevoerd. Het spreekt daarbij vanzelf, dat de weging van de commissie voor de betrokken centra bindend zal zijn en niet voor beroep vatbaar.

De gesuggereerde tijdsdruk in dit dossier ten gevolge van naderende pensionering van meerdere kinderhartchirurgen is ons inziens met name gebaseerd op de personeelsopbouw in randstedelijke umc's. Dit mag echter geen reden zijn om nu niet een pas op de plaats te maken en maximaal een half jaar extra tijd te nemen voor een zorgvuldig proces. Ook de toekomstige dossiers op het gebied van concentratie van zorg zullen gebaat zijn bij deze tijdsinvestering.

Wij verzoeken u dan ook nogmaals dringend om terug te komen op uw eerder gegeven advies aan de minister en een nieuw besluitvormingstraject in te richten. Dit is niet alleen een logische maar ook een gebruikelijke en zelfs vereiste procedure bij schaarse vergunningen. In dat traject willen wij graag een constructieve bijdrage leveren aan de concentratie van centra voor de invasieve behandeling van aangeboren hartafwijkingen.

Uiteraard zijn wij bereid het bovenstaande in een gesprek nader aan u toe te lichten. Uw reactie zien wij graag tegemoet.

Hoogachtend,

Met vriendelijke groet,
namens de Raad van Bestuur

5.1.2e

5.1.2e

Prof. dr. A.G.J. van der Zee,
voorzitter

5.1.2e

c.c.

5.1.2e

- voorzitters Raden van Bestuur overige umc's



afzender	prof.dr. D.H. Biesma & prof.dr. Ch. Polman	aan	5.1.2e @minvws.nl
e-mail	5.1.2e @lumc.nl	cc	Alle Umc's
e-mail	5.1.2e @amsterdamumc.nl		Ter kennisgeving aan vaste commissie VWS
onze referentie	36925/2022/DB/DvB		
datum	27 januari 2022		
onderwerp	Reactie op onderbouwing concentratie kinderhartinterventies		
Aantal pagina's	3		

Geachte 5.1.2e

Het samenwerkingsverband CAHAL - waarin het LUMC, het AMC en het VUmc zijn vertegenwoordigd - benadrukt dat het onaangenaam verrast is door de gehanteerde ongemotiveerde, onvolledige en onjuist toegepaste criteria, de selectie en besluitvorming door de minister van VWS d.d. 20 december jl., waarin de minister besluit de concentratie voor de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking plaats te laten vinden in slechts twee centra. CAHAL is het oneens met de inhoud van het besluit van 20 december jl., met de formele en inhoudelijke procedure die gevolgd is om tot dit besluit te komen en met de wijze waarop door een afvaardiging van VWS aan de hand van de power point presentatie op 20 januari jl. getracht wordt het besluit achteraf te rechtvaardigen.

Besluit d.d. 20 december jl.

Wij hebben bezwaar tegen de volgende onderdelen van het besluit en de procedure:

- a. Het besluit om geen 3 maar slechts 2 centra aan te wijzen;
- b. Onzorgvuldige voorbereiding, geen transparante procedure, maar ook omdat wij begrijpen dat de door de NZa uit te voeren Impactanalyse door de minister zal worden benut om de gevolgen van de besluitvorming uitsluitend retrospectief te onderzoeken. Van een prospectieve analyse om op zorgvuldige wijze tot besluitvorming te komen is ten onrechte geen sprake;
- c. Het hanteren van vijf, kennelijk uitputtende, criteria, die mede wat onjuiste en onvolledige inhoud en samenhang betreft, de keuze voor de centra niet kunnen dragen;
- d. De inzet van de WBMV om de concentratie te bewerkstelligen, nu juist CAHAL, ACAHA en CCH medio 2021 een gezamenlijke visie voor de toekomst van de congenitale hartzorg binnen Nederland tot in extenso hebben uitgewerkt in de Dutch Congenital Cardiac Collaboration (ook wel "DC 3" genaamd). Dat uitgewerkte plan is de minister in juni 2021 voorgelegd, wat hij zonder motivering ten onrechte naast zich neer heeft gelegd.



Reactie power point presentatie d.d. 20 januari jl.

In uw e-mail van 21 januari jl. geeft u aan informatie te willen ontvangen. CAHAL verbaast zich erover dat deze informatie eerst achteraf wordt opgevraagd, waardoor het bij de totstandkoming van het besluit geen rol heeft kunnen spelen. U geeft voor het verstrekken van de informatie een termijn van een week en voegt daar onmiddellijk aan toe dat het verzoek er niet toe strekt "om het hele traject en de bijbehorende discussie opnieuw te voeren". CAHAL zal niettemin aan het verzoek voldoen maar tekent daarbij aan dat vanwege de korte termijn geen volledigheid kan worden gegarandeerd.

Alle betrokken zorgprofessionals binnen CAHAL hebben de achteraf opgegeven criteria en de overige inhoud van de presentatie beoordeeld aan de hand van wat wetenschappelijk kan worden onderbouwd, dan wel uit onderzoeken of de feitelijke situatie blijkt.

Die reactie hebben wij gebundeld in de "Beoordeling concentratie voor de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking". Zie daarvoor de aan deze reactie gehechte Bijlage (*). In de Beoordeling concentratie voor de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking, lichten wij – niet uitputtend – toe:

- Ad I Criteria zoals gebruikt door VWS en de beoordeling;
- Ad II Welke criteria geven in samenhang de evenwichtige beoordeling van alle centra afzonderlijk gebaseerd op wetenschap, literatuur, *patient outcome* en juiste zorg juiste plek?;
- Ad III Toepassing criteria ad I en ad II op CAHAL (zie onderstaande tabel);
- Ad IV Reactie ppt VWS en uitlatingen c.q. uitgevoerde niet verifieerbare beoordeling in de ppt.

Criterion	CAHAL	EMC	UMCU	UMCG
1. levensloopzorg	+			
2. behandel cap. / volume normen	+			
3. ziekenhuisvoorzieningen	+			
4. continuïteit van zorg	++			
5. organisatiekracht	+			
6. ECZA / ERN erkenning	+ / +			
7. ESC recommendations ACHD	+			
8. ECMO faciliteit	++			
9. Innovatie en wetenschap	++			
10. Electrofysiologie	++			

Tot slot

CAHAL dringt aan op een 'reset'. Dat betekent zoveel dat het besluit van 20 december jl. wordt ingetrokken en er wordt teruggegaan naar de inrichting van de zorg zoals door 5 van de 6 umc's medio 2021 werd ondersteund en bij VWS is ingediend in het DC 3-plan. Wij zien in het voorgelegde DC 3-plan zonder meer de fundamenten voor de beste congenitale hartzorg van Europa. Kennis, kunde en kracht worden gebundeld.



DC 3 maakt het mogelijk dat er door middel van centrale aansturing op uniforme wijze onderzoek, opleiding en onderwijs en congenitale hartzorg wordt ingericht, waarbij er sprake is van een continue verbeteren samen met de patiënt.

Wordt niet teruggegaan naar het DC-3 plan, dan dringt CAHAL aan op een intrekking van het besluit van 20 december jl. met gelijktijdige inrichting van een procedure op basis waarvan tot een gemotiveerde, zorgvuldige en begrijpelijke keuze kan worden gekomen. Die procedure zou in ieder geval de volgende stappen moeten bevatten:

1. formuleren van concept-criteria op basis waarvan de selectie zal plaatsvinden, waaronder eveneens de motivering voor het aantal valt;
2. verwerking van zienswijzen umc's op deze concept-criteria;
3. vaststelling van de criteria;
4. opstellen ontwerp stappenplan om op basis van de criteria tot een selectie te komen;
5. verwerking van zienswijzen umc's op dit ontwerp;
6. vaststelling en doorlopen stappenplan;
7. ontwerp-besluit tot aanwijzing geselecteerde umc's;
8. zienswijzen umc's op ontwerp-besluit;

Het besluit van de minister van 20 december jl. is voor de samenwerkingspartners binnen CAHAL een besluit waar zij zich dan ook niet mee kunnen verenigen. Zij gaan graag met de minister en de andere umc's het gesprek aan om te komen tot de beste congenitale hartzorg van Europa.

Met vriendelijke groet,
mede namens CAHAL.



Prof. dr. Douwe Biesma
Voorzitter raad van bestuur
LUMC



Prof. dr. Chris Polman
Voorzitter raad van bestuur
Amsterdam UMC, locaties AMC en VUmc

Bijlage: Beoordeling concentratie voor de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking



Inhoudelijke reactie UMCG op presentatie VWS

Hieronder reageren wij op de presentatie en toelichting van 20 januari jl. In die toelichting werden voor het UMCG nieuwe selectiecriteria geïntroduceerd zonder duidelijke omschrijving of definitie. Daarnaast merken wij nadrukkelijk op dat, ondanks navragen, de gegevens waarmee de weging voor het UMCG en overige centra werd gemaakt niet met ons zijn gedeeld. Dit heeft onze mogelijkheden om gericht te reageren sterk beperkt.

Wij volgen hieronder de volgorde van de gepresenteerde criteria.

Criterion 1: Levensloopzorg (diã 14)

Levensloopzorg wordt door VWS omschreven als: "interventies bij kinderen én volwassenen binnen één centrum op 1 locatie. De zorg kenmerkt zich door een goede overgang van kind- naar volwassenzorg". De beroepsverenigingen stellen dat *alle* interventies, ongeacht leeftijd, op één locatie dienen te worden uitgevoerd, omdat alleen dan de maximale blootstelling voor het gehele team mogelijk is.

- VWS stelt dat het in het kinderziekenhuis geïntegreerd zijn van de kinderhartchirurgie een betere uitgangspositie geeft. Onduidelijk is wat met deze 'integratie' wordt bedoeld en waarom dat voor levensloopzorg een voordeel is. Het UMCG heeft de kinderhartchirurgie ingebed als onderdeel van een multidisciplinaire eenheid (het CCH team), met een eigen CCH-bestuur dat zeggenschap heeft over de gehele keten (kind en volwassenen). Daarmee bereiken we volledige integratie in kinderziekenhuis en in de rest van het UMCG, en borgen we de kwaliteit van *de gehele keten* onder 1 dak.
- Voor werkelijke levensloopzorg is het vereist dat een substantieel deel van de centrumzorg volwassen (GUCH) patiënten betreft en follow-up van kinderen ook in de volwassenheid doorloopt. Figuur 1 toont de aantallen operaties bij volwassenen per centrum. Wij wijzen op de grote verschillen tussen centra in het aandeel volwassen patiënten als voorwaarde voor levensloopzorg. In 2020 werden in het UMCG bijna 4 maal zoveel volwassenen geopereerd als in het UMCU. Figuur 2 toont dat de bijdrage van volwassenen in het totaal van operaties in 3 van de 4 centra 40% (norm) bedraagt en stijgend is. In 1 centrum is het percentage 10% en dalend.



Figuur 1 Aantal operaties bij Volwassenen per Centrum en Totaal (Bron: NVT data)



Figuur 2 Verhouding Volwassenen / Totaal per Centrum (Bron: NVT data)

- Het UMCG draagt al jaren haar visie op levensloopzorg uit door de genoemde geïntegreerde CCH-structuur waarbinnen wekelijkse indicatiebesprekingen met kindercardiologen, cardiologen en chirurgen (als enige in Nederland) plaatsvinden, de transitie 18-/18+ wordt begeleid door speciaal opgeleide transitieverpleegkundigen, waarbij vrijwel geen 'lost-to-follow-up' optreedt.

Concluderend: op het gebied van levensloopzorg onderscheidt het UMCG zich duidelijk positief t.o.v. van de meeste andere centra en had zeer positief (++) gescoord moeten worden.

criterium 2 Behandelcapaciteit en volumennormen (dia 15)

VWS doelt hiermee op de mate waarin centra voldoen aan de volumennormen in alle leeftijdsgroepen en of kwaliteit van zorg voldoende is op basis van ziekenhuismortaliteit (2016-20).

- VWS stelt dat de kwaliteit in alle centra goed is en dat het geheel van volumennormen nergens wordt behaald (en desondanks toch 1 centrum een + haalt).
- Het UMCG stelt dat dit gegeven voor haar een belangrijke reden voor daadwerkelijke concentratie van de zorg in minder centra is, maar wijst wel nadrukkelijk op de onjuiste interpretatie van de volume-eisen bij neonaten die door VWS wordt gehanteerd. De correcte grens in deze categorie is >40 interventies per jaar per centrum (correspondentie in het bezit van IGJ). VWS gaat ten onrechte uit van 180 ingrepen per jaar (het getal van 2019). In het rapport van de 'Cie Bartelds' (p.17) is het gemiddelde over meerdere jaren 210 ingrepen per jaar.



Concluderend: Op grond van beide argumenten is de noodzaak tot centralisatie naar 2 in plaats van 3 centra ten minste aan discussie onderhevig, waarbij voordelen van een keuze voor 2 centra dienen afgewogen te worden ten opzichte van mogelijke nadelen, zoals op basis van een brede impactanalyse geïdentificeerd en meegewogen dient te worden. Het DC₃ plan is mede gebaseerd op deze bredere afweging.

Criterion 3 Ziekenhuisvoorzieningen (dia 16)

VWS omschrijft dit als: de beschikbaarheid van een volwaardig kinderziekenhuis met alle benodigde subspecialismen voor het bieden van multidisciplinaire zorg en het behandelen van alle mogelijke complicaties.

- VWS beoordeelt het UMCG + op dit criterium.
- UMCG stelt dat dit ++ zou moeten zijn: het UMCG beschikt aantoonbaar over een volwaardig kinderziekenhuis met alle (sub)specialistische expertise over de volle breedte van de kindergeneeskunde, inclusief ECLS programma voor kinderen met cardiaal en/of respiratoir falen (appendix D, pagina 52, "Eisen betreft aanwezige specialismen voor de zorg voor patiënten met AHA <18 jaar") en specifieke, landelijk gecentraliseerde en internationaal erkende expertisecentra zoals Pulmonale Hypertensie en Longtransplantatie-programma's bij kinderen.
- Het UMCG beschikt over een goed functionerend 18-/18+ transitieprogramma met verwaarloosbare "lost-to-follow up".
- Het UMCG kent gegarandeerde operatiekamer-slots voor CCH-zorg, met dedicated (specifiek voor CCH-zorg opgeleide en beschikbare) kinderthorax-anesthesisten en perfusieteam. Zowel de kinderen als volwassenen worden in het geïntegreerd OK-programma behandeld. Dit zorgt voor een optimale flexibiliteit en zeer lage percentages voor het afzeggen van geplande operaties, hoge patiënttevredenheid en maximale beschikbaarheid (24/7) voor het opvangen van acute complicaties.
- In het UMCG wordt grootschalig gebouwd met het oog op de toekomst. Dit jaar wordt een gloednieuwe (Neonatale) IC opgeleverd. Binnen afzienbare tijd zal een geheel nieuw operatiecomplex worden gerealiseerd met veel ruimte voor hoogcomplexere interventies bij patiënten met een AHA. De bouw van het nieuwe (!) kinderziekenhuis wordt binnen enkele jaren afgerond.

Concluderend: UMCG onderscheidt zich op dit criterium veel gunstiger dan door VWS is gescoord.

Criterion 4 Continuïteit van zorg (dia 17)

VWS noemt hier: de uitgangspositie voor wat betreft de personele capaciteit en leeftijdsopbouw binnen behandelteams op kernspecialismen ten behoeve van de continuïteit van zorg, in het bijzonder van cong. chirurgie (norm = 3 fte) en kinderinterventiecardiologie (norm = 5fte).

- VWS scoort hier voor het UMCG respectievelijk + en –.
- Het UMCG herkent deze normen niet en vindt deze bovendien verwarrend. De gebruikte getallen staan niet in rapporten of richtlijnen van de beroepsgroep. Het rapport Lie noemt minimaal 3 chirurgen (p. 31), maar noemt geen aantal kinderinterventiecardiologen. 'Bartelds' noemt dat na concentratie (!) sprake zou moeten zijn van 4 chirurgen, 4 kinderinterventiecardiologen en twee interventiecardiologen (pagina 58). Bovendien noemt men geen fte's maar aantal professionals.
- Het UMCG voldoet aan de gestelde norm (3 chirurgen). Aanvulling met een 4e congenitaal chirurg (Rapport 'Bartelds') zal gemakkelijk plaatsvinden door professionals sluitende centra. Het UMCG heeft 3



kinderinterventiecardiologen, met ruimte voor aanvulling tot 4 na concentratie. UMCG voldoet reeds aan de norm van 2 congenitaal interventie cardiologen zoals geschetst in de eindsituatie door de 'commissie Bartelds'

- Meer informatie over onze multidisciplinaire teams en wijze van samenwerken treft u aan in het laatste deel van deze bijlage. Het UMCG beschikt over de gewenste (multidisciplinaire) personele capaciteit met een toekomstbestendige leeftijdsopbouw over alle kernspecialismen. Meer gedetailleerde informatie over onze personeelsopbouw per betrokken functiegroep delen wij desgevraagd graag aanvullend met u.
- Continuïteit van zorg wordt verder geborgd door kinderthoraxanesthesisten en kinderperfusionisten. Het UMCG heeft in vergelijking met andere centra een omvangrijke en zeer ervaren groep kinderthoraxanesthesiologen met veel ervaring en opleidingspotentieel. Het opleiden van een anesthesioloog tot kinderthorax anesthesioloog kost minstens twee extra jaar. Het duurt vervolgens nog enkele jaren voordat alle ingrepen kunnen worden gedaan. Het UMCG toont hiermee aan over voldoende groei- en absorptievermogen te beschikken om grotere behandelvolumes te accommoderen na concentratie. Het UMCG beschikt over een omvangrijk en toekomstbestendig dedicated congenitaal perfusieteam.

Concluderend: VWS gebruikt een slecht onderbouwde en verwarrende norm. Het UMCG heeft een uitstekende toekomstbestendige personele bezetting (++)

criterium 5 Organisatiekracht en vermogen tot uitbreiding behandelcapaciteit (dia 18)

VWS omschrijft dit als: "Uitbreidingspotentieel binnen de transitieperiode van de centra gebaseerd op organisatiekracht van het UMC en uitgangspositie qua personeel." Ook noemt VWS (dia12) dat het UMCU "een duidelijke visie (heeft) op bv registraties en de inrichting van ketenzorg binnen het centrum en de behandelstrategie"

- VWS geeft alle centra hier + en het UMCG +/-.
- Het UMCG stelt dat dit criterium meer vragen oproept dan beantwoord. Niet duidelijk is wat er bedoeld wordt met 'organisatiekracht' en hoe dat gemeten en vergeleken is. Ook blijft onduidelijk welk personeel geteld is en hoe daaruit een uitgangspositie is afgeleid. Ook is de bedoelde UMCU-visie onbekend en het staat vast dat het UMCG hierover nooit is bevraagd waardoor een eerlijke vergelijking van visies uitgesloten lijkt.

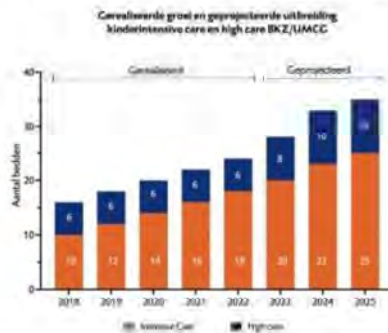
Organisatiekracht

- Er zijn voldoende voorbeelden die bewijzen dat het UMCG krachtig en succesvol is in het organiseren van complexe zorg. Naast de al 75 jaar succesvolle regionale netwerk-samenwerking van het CCH zijn voorbeelden uit andere domeinen: Hartnet, UMCG transplantatiecentrum en het netwerk Zorg voor het Noorden.
- HartNet Noord-Nederland is de organisatie van regionale transmurale ketenhartzorg (waaronder ook de congenitale patiënten). Op initiatief van het UMCG werken alle partners in de keten succesvol samen: patiëntenvereniging, zorgverzekeraars, huisartsen, ziekenhuizen, en ambulancediensten.
- Het UMCG Transplantatiecentrum (GTC) organiseert en coördineert al vele jaren de transplantatieprogramma's voor kinderlever- en kinderlongtransplantaties, alsmede gecombineerde hartlong-longlevertransplantatie. Het bewijst dagelijks dat het UMCG weet hoe complexe en weinig voorkomende zorg als een keten, dwars door alle afdelingen, georganiseerd moet worden. De GTC-resultaten kunnen zich meten met de wereldtop.

Vermogen tot uitbreiding behandelcapaciteit



- Voor behandelcapaciteit is vooral menskracht (m.n verpleegkundigen) nodig. Er bestaat al jarenlang een landelijk tekort aan kinder-IC verpleegkundigen. Het UMCG is echter recent in staat geweest om een uitbreiding (180% toename) in het aantal inzetbare *Kinder-IC-bedden* te realiseren (zie figuur 5) door zeer veel kinder-IC verpleegkundigen op te leiden. De capaciteits-uitbreiding was ook mogelijk doordat een 6-beds unit ("Special Care") werd opgericht, met gericht daarvoor geschoolde artsen en verpleegkundigen. In deze unit worden technologie-afhankelijke chronisch zieke kinderen opgenomen die anders zeer langdurig op de IC zouden moeten liggen. Het gaat om chronisch beademde kinderen en kinderen met een tracheaanule. In andere centra worden deze kinderen nog wel opgenomen op de kinder-IC. De kinder-IC kent een lage personeels uitstroom, gemiddeld 2 ICK verpleegkundigen per jaar t.g.v. pensioen op een team van 74 fte kinder-IC verpleegkundigen. Dit laat zien dat het UMCG in deze beroepsgroep een laag verloop heeft. Figuur 3 toont de gerealiseerde capaciteitsgroei en de prognose tot 2026.



Figuur 4 - Gerealiseerde groei en geprojecteerde uitbreiding kinder-IC en high care BKZ/UMCG

- Relevant voor de UMCG-behandelcapaciteit is nog: 1) dat de kinder-IC UMCG geen leveringsverplichting aan derden kent, zoals het WKZ/UMCU dat wel heeft met het PMC (kinderoncologie). Dat maakt dat de IC-bedden primair gebruikt kunnen worden voor de geprioriteerde programma's en IC-behoefte kinderen afkomstig uit Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel en Noord-Duitsland; en 2) dat het congenitale hartchirurgie programma (naast het levertransplantatie-programma) is geprioriteerd voor de electieve zorg. Dat betekent dat post-cardiochirurgische patiënten altijd voorrang krijgen boven andere electieve patiënten. Spoedeisende ingrepen bij kinderen met een AHA worden altijd mogelijk gemaakt; 3) dat de kinder-IC een nauwe samenwerking met de volwassen-IC heeft waardoor flexibel kan worden ingespeeld op de vraag naar IC bedden voor adolescenten. Meer informatie over de Kinder-IC in bijlage 2.
- Het UMCG-opleidingsvermogen wordt verder geïllustreerd door de FZO-doelen die worden bereikt: Noord Nederland was de enige regio die gestelde FZO doelen haalde voor het daadwerkelijk opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen. Volgens de laatste FZO-cijfers blijven Erasmus MC en UMCU ver onder de streefaantallen (bron: Advies FZO raming t.o.v. 2020). Naar onze mening is de score voor UMCG te laag en de andere centra te hoog.
- Aanvullend daaraan wijst het UMCG op het succes van het 'Netwerk Zorg voor het Noorden'. Dit is de netwerkorganisatie die 9 ziekenhuizen (waaronder UMCG) en 3 ambulancediensten in Friesland Groningen Drenthe met elkaar verbindt met als doel om de beste zorgprofessionals in de zorg te (blijven) binden. In dit netwerk worden schaarse verpleegkundige beroepsgroepen met groot succes regionaal opgeleid zodat de (keten)zorg in de gehele regio gewaarborgd blijft.



- VWS stelt dat het UMCU een grotere potentie heeft dan het UMCG om meer personeel aan te trekken gezien de ligging in het land. Dit argument wordt vanuit VWS niet met feiten gesteund en komt op ons om drie redenen merkwaardig over. Ten eerste is bekend dat juist in de randstad problemen bestaan bij het werven van zorgpersoneel, en ten tweede omdat het overheidsbeleid er juist op is gericht om regio's buiten de randstad aantrekkelijker te maken en werkgelegenheid te stimuleren. UMC's kunnen daarbij als vaak grootste regionale werkgevers een belangrijke rol spelen. Ten derde heeft Noord Nederland volgens het CBS een aantrekkelijke vestigingsklimaat. Dit heeft er mede toe geleid dat er in 2021 door binnenlandse verhuizingen per saldo meer nieuwe inwoners bijkwamen in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe (figuur 5). Deze ontwikkeling past in de trend die al sinds 2015 gaande is (groei-regio, geen krimp) en recent EU onderzoek toont dat Groningen het grootste aandeel jongeren (15-29 jaar) heeft in Europa (Bron: Eurostat <https://t.co/315iKWK4Mq>).

Verhuide personen, april t/m december 2020 (x 1 000)



Figuur 4: Verhuide personen, april t/m december 2020 (Bron: CBS <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/01/minder-gemeenten-met-bevolgingskrimp-in-2021>).

Concluderend: het UMCG beschikt over een zeer grote organisatiekracht en een sterke uitgangspositie en vermogen tot uitbreiding van behandelcapaciteit.

Op grond van het bovenstaande zou volgens ons de gemaakte matrix als volgt moeten zijn ingevuld:

VWS criteria	UMCG	UMCU
1. Levensloopzorg	++	-
2. Behandelcapaciteit en volumenorren	-	-
3. Ziekenhuisvoorzieningen	++	+
4. Continuïteit van zorg		
-chirurgie	+	+
-interventiecardiologie	+	-
5. Organisatiekracht en vermogen tot uitbreiding behandelcapaciteit	++	+



Tenslotte vragen we aandacht voor enkele relevante selectiecriteria die ontbreken. Wij lichten deze criteria graag nader toe als daaraan behoefte bestaat.

- **Impact van het besluit op de landelijke Kinder-IC capaciteit**

Het VWS-besluit besteedt geen aandacht aan de impact die concentratie heeft op de zorg voor ernstig zieke kinderen in het algemeen en op de acute en intensieve IC- zorg voor kinderen in de academische centra in het bijzonder. Ook is de haalbaarheid niet getoetst. Door sluiting van 2 hartcentra (LUMC en UMCG) zullen naar schatting 15 van de 100 landelijke IC bedden verdwijnen. Hiermee verdwijnt de mogelijkheid tot opvangen van piekbelasting (RS-virus) en lopen specifiek programma's (zoals diverse transplantaties) die IC-capaciteit nodig hebben gevaar.

- **Impact op concentraties van andere complexe zorg**

Bij de keuze van centra is kennelijk geen rekening gehouden met de reeds bestaande en door het veld zelf geïnitieerde concentraties op het gebied van de Pulmonale Hypertensie en gespecialiseerde kinderlongchirurgie en -transplantatie, die medisch-inhoudelijk direct met de zorg voor AHA-patiënten verweven is. Niet alleen kinderen met cardiale, maar ook kinderen met longproblematiek die thoraxchirurgische zorg behoeven moeten op deze wijze naar de randstad verwezen worden. Paradoxaal doet het Besluit van de Minister deze eerder bereikte concentratie volledig teniet.

- **ECZA-erkenning**

Het enige centrum zonder erkenning als centrum voor aangeboren hartafwijkingen wordt nu een vergunning gegund. Het UMCG beschikt over een volledige erkenning voor zowel het expertisecentrum voor congenitale hartafwijkingen (dit staat verkeerdt in de beslisnota vermeld) en als enige centrum in Nederland een erkenning als expertisecentrum pulmonale hypertensie op de kinderleeftijd. Dit laatste is een voorbeeld van succesvolle landelijke concentratie van zeldzame ziekte ten gevolge van een aangeboren hartafwijking.

- **Spreiding van zorgfunctie in het algemeen en van kindzorg in het bijzonder**

Concentratie van zorg moet hand in hand gaan met een visie op regionale spreiding en beschikbaarheid van zorg. Centralisatie van (kind-) zorg in de randstad leidt tot ongelijkheid van beschikbaarheid van noodzakelijke kindzorg in Nederland, waardoor het huidige Besluit in tegenspraak is met het zogenaamde non-regressiebeginsel (GC No. 5 van het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind). We verwijzen u hiervoor naar de brief van de Kinderombudsvrouw aan de Minister d.d. 14 januari 2022 De concentratie van de AHA-Interventies zoals nu voorgesteld is na de kinderoncologie de tweede aanslag op de zorginfrastructuur en beschikbaarheid van noodzakelijke kindzorg in Noord- en Oost-Nederland.



KICK en CCH

Aanvullende informatie inzake de inbedding van multidisciplinaire hartzorg in de ketenzorg op de kinderintensive care

Kinderthoraxchirurgen, kindercardiologen en kinderthoraxanaesthesiologen zijn een onmisbare schakel in de ketenzorg voor kinderen opgenomen op de kinderintensive care met een aangeboren of verworven hartafwijking. Dit is geoperationaliseerd in a) een gezamenlijke dagelijkse ochtendoverdracht van de kinderintensivisten, kinderthoraxchirurgen, kindercardiologen en kinderthoraxanaesthesiologen, b) deelname aan de dagelijkse multidisciplinaire patiëntenbespreking van de kinderintensive care (zie ook "unique selling points"), c) "Keek op de week" [een bespreking waar alle post-cardiochirurgische en cardiologische patiënten worden besproken door alle kinderintensivisten, kinderthoraxchirurgen, kindercardiologen en kinderthoraxanaesthesiologen), d) een wekelijkse, gezamenlijke morbiditeit en mortaliteitsbespreking waarbij alle kinderintensivisten, kinderthoraxchirurgen, kindercardiologen en kinderthoraxanaesthesiologen aanwezig zijn, en e) deelname van de kinderintensivisten aan de wekelijkse cardiologie/cardiochirurgie-bespreking.

Unique selling points kinderintensive care BKZ/UMCG t.o.v. andere centra in Nederland

De kinderintensive care van het BKZ/UMCG streeft naar holistische en multidisciplinaire zorg. Daarom is er dagelijks een medisch multidisciplinair overleg waarbij de patiënt centraal staat; bij dit overleg zijn daarom alle behandelaren aanwezig die betrokken zijn bij de zorg voor kritisch zieke kinderen op de kinderintensive care. Gezamenlijk wordt het medisch beleid afgestemd. Laagdrempelig sluiten paramedische disciplines aan bij dit overleg.

De kinderintensive care van het BKZ/UMCG heeft sinds 10 jaar een ECLS-programma voor alle kritisch zieke kinderen met cardiaal en/of respiratoir falen, en in een reanimatiesetting (eCPR). Dit programma is opgezet naar buitenlands model (USA, Canada, Australië) als een samenwerking tussen kinderintensivisten, kinderthoraxchirurgen, kinderaesthesiologen, kinderperfusionisten en kinderintensive care verpleegkundigen. Het BKZ/UMCG is lid van de Extra-Corporeal Life support Organisation (ELSO). Het aantal ECLS-runs bedraagt jaarlijks ~10 – 12. De ELSO stelt dat een centrum minimaal 6 runs per jaar moet doen om kwalitatieve en veilige ECLS zorg te leveren. Er bestaat een uitgebreid scholingsprogramma voor het medisch en verpleegkundig team. Data van de patiënten wordt geregistreerd in de wereldwijde ELSO registry. Overleving van patiënten in ons centrum is in lijn met wereldwijd gerapporteerde data.

De kinderintensive care van het BKZ/UMCG is een van de meest veelomvattende afdelingen in Nederland (medisch, chirurgisch, cardiochirurgie, transplantatiechirurgie, ECLS, nierfunctie-vervangende therapie) en daarmee zeer gewild bij kinderartsen en anaesthesiologen die de vervolgopleiding tot kinderintensivist willen volgen. De medische staf kent een gunstige leeftijdsopbouw en verdeling in senior, mid-career en junior stafleden. Voor de komende 15 jaar is er geen uitstroom op basis van leeftijd. De medische staf is opgeleid in verschillende centra: Amsterdam, Rotterdam, Groningen, Leiden, Maastricht, Melbourne, Utrecht, Toronto. Uniek aan de kinderintensive care van het BKZ/UMCG is de aanwezigheid van een Technisch Geneeskundige in de staf. Deze persoon vervult de rol van academisch respiratory therapist; een van de winstpunten is een kortere beademingsduur door een geïndividualiseerde beademingsstrategie voor elke patiënt op de kinderintensive care. Dit heeft een significant gunstig effect op de beschikbare capaciteit van de kinderintensive care.



De kinderintensive care van het BKZ/UMCG heeft jarenlange expertise opgebouwd als vierdelijns centrum voor kritisch zieke kinderen pulmonale hypertensie en kinderen een orgaantransplantatie (long, lever). Het gaat om een specifieke, hoog-complexe groep van kinderen. Opbouwen van kennis en expertise nodig voor de medisch en verpleegkundige zorg van deze kinderen vergt jaren; dat is daarom niet eenvoudig overdraagbaar naar een ander centrum.

De kinderintensive care van het BKZ/UMCG is een belangrijke schakel in de ketenzorg voor levensbedreigend zieke of gewonde kinderen afkomstig uit Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel en Noord-Duitsland omdat het kinderziekenhuis van het UCMG een veelomvattend pakket aan zorg kan bieden, inclusief kinderhartchirurgie. Er is een nauwe samenwerking met de traumatologie van het UMCG en het Medisch Mobiel Team (MMT).

De onderzoekslijn van de kinderintensive care is gericht op beademing bij kinderen met en zonder hartafwijking; deze onderzoekslijn is internationaal erkend. Er bestaat een samenwerking met Los Angeles, Seattle en Montreal.



Beoordeling concentratie voor de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking¹

Alle betrokken zorgprofessionals binnen CAHAL hebben de achteraf door de minister van VWS bij besluit van 20 december jl. opgegeven criteria en de inhoud van de presentatie van 20 januari jl. van VWS beoordeeld aan de hand wat wetenschappelijk kan worden onderbouwd, danwel uit onderzoeken of de feitelijke situatie blijkt.

Achtereenvolgens is in onderhavige beoordeling opgenomen:

- Ad I Criteria zoals gebruikt door VWS en de beoordeling ervan;
- Ad II Welke criteria geven in samenhang de evenwichtige beoordeling van alle centra afzonderlijk gebaseerd op wetenschap, literatuur, *patient outcome* en juiste zorg juiste plek?;
- Ad III Toepassing criteria ad I en ad II op CAHAL;
- Ad IV Reactie ppt VWS en uitlatingen c.q. uitgevoerde niet verifieerbare beoordeling in de ppt.

Ad I Criteria zoals gebruikt door VWS

1. Criterium 1 Levensloopzorg

A. Toelichting gebruik van dit criterium

"Interventies bij kinderen en volwassenen worden binnen het centrum op één locatie uitgevoerd."

In geen van de onderzoeken en adviezen van de IGJ, de Gezondheidsraad danwel Commissie Lie wordt gesproken over dit criterium. Evenmin wordt dit criterium gebruikt Europees, dan wel internationaal.

"Zorg is ingericht volgens het principe van levensloopzorg, met goede overgang van kind- naar volwassenenzorg."

In de aanvraag voor erkenning van ECZA en ERN is juist levensloop een belangrijk item voor toetsing. In beide aanvragen wordt uitvoerig ingegaan met meerdere criteria waaraan moet worden voldaan voor levensloopzorg, waarbij met name de overgang van kind-naar volwassenenzorg streng wordt getoetst. Derhalve voldoet elk centrum met de ECZA en ERN-erkenning volgens de objectieve en toetsbare criteria van ECZA en ERN aan de principes van levensloopzorg.

B. Weging van dit criterium

"Interventies bij kinderen en volwassenen worden binnen het centrum op één locatie uitgevoerd."

¹ Bijlage behorende bij brief CAHAL aan de minister van VWS t.a.v. 5.1.2e d.d. 27 januari 2022

In geen van de onderzoeken en adviezen van de IGJ, de Gezondheidsraad danwel Commissie Lie wordt gesproken over dit criterium. Evenmin wordt dit criterium gebruikt Europees, dan wel internationaal.

"Zorg is ingericht volgens het principe van levensloopzorg, met goede overgang van kind- naar volwassenenzorg."

Dit principe is een belangrijke (inter)nationale weging (zie de ECZA / ERN-erkenning). De ERN-erkenning kan gebruikt worden als toets. In het CAHAL vindt levensloopzorg zelfs al vanaf de foetus plaats;

1. Criterium 2 Behandelcapaciteit en volumennormen

A. Toelichting gebruik van dit criterium

"Centra voldoen voor congenitale cardiothoracale chirurgie voor alle leeftijdscategorieën aan de volumennormen gesteld in kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroep."

1. Volumennorm: *"Het aantal operaties 1 mnd-1 jaar > 100/jaar"*
VWS maakt in de tabel in de presentatie gebruik van foutieve volumennormen, zie rapport ZPAH. De norm moet zijn *"aantal operaties bij kinderen < 1 jaar moet >100/jaar zijn"*. Door de kinderen < 1 maand hieruit te laten klopt de systematiek niet meer en is ook niet conform rapport ZPAH, Commissie Lie, ERN, of enig ander erkende norm hiervoor.
2. *"Volumennorm <30 dagen > 60/jaar"*.
 - a. Zie tabel 4 van Kansy et al. Ann Thorac Surgery 2018 (PMID: 29242060) en de open brief aan IGJ van Prof. Dr. T. Ebels (mede-auteur van het enige artikel waarop deze norm is gebaseerd): *"het is discutabel/een misconceptie om dit getal van 60 in absolute zin zo te gebruiken."*

Table 4. Effects for 5-Unit Volume Increase^a

Selection Criteria ^b	No. of Observations	OR (95% CI)	p Value
All patients included	26,598	0.9781 (0.9653-0.9910)	0.001
>20	24,032	0.9748 (0.9607-0.9984)	0.001
>30	20,914	0.9773 (0.9617-0.9932)	0.005
>40	17,617	0.9814 (0.9634-0.9998)	0.047
>50	14,101	0.9826 (0.9617-1.0040)	0.222
>55	12,887	0.9853 (0.9633-1.0078)	0.198
>60	11,099	0.9901 (0.9737-1.0230)	0.877
>65	9,709	0.9998 (0.9733-1.0271)	0.989
>80	6,218	1.0075 (0.9674-1.0492)	0.719
>100	3,722	1.0249 (0.9867-1.0646)	0.205

^a Repeated multivariate analyses as in Table 3, but with different selection criteria of patients included. ^b Patients included from centers with at least "x" surgeries per year.

CI = confidence interval; No. = number; OR = odds ratio.

- b. Dit getal is mede gebaseerd op het includeren van chirurgische sluiting van een open ductus Botalli. Dit vindt vrijwel niet meer plaats. Het is belangrijk te realiseren dat het sluiten van de ductus bovendien een relatief kleine ingreep is

(met gekend lage mortaliteit), waarvoor bij premature kinderen nauwelijks meer een indicatie bestaat.

- c. Bij de besluitvorming om naar 2 centra te concentreren heeft het getal van > 60 neonaten begrijpen wij van VWS een doorslaggevende rol gespeeld. Die basis is onjuist en vindt geen steun in een evidence based beoordeling.
3. Het is onjuist en zeer ongebruikelijk om 1 jaar te gebruiken om de volumenormenten te beoordelen. Dit hoort over een termijn van 5, of beter, 10 jaar te gebeuren. De kwaliteit in mortaliteit in dezelfde tabel wordt immers ook over meerdere jaren berekend. Zowel aantallen als sterftecijfers kunnen per jaar verschillen en fluctueren in de praktijk.
4. Het is onjuist om het jaar 2020 te gebruiken: het jaar waarin corona de zorg op zijn kop heeft gezet en er aanzienlijke beperkingen aan de hartchirurgie zijn opgelegd. Deze beperkingen waren zeker niet gelijkmatig verdeeld over alle klinieken in Nederland.
5. Het aantal catheterinterventies is niet meegenomen.

B. Weging van dit criterium voor de centra

Wij zijn van mening dat dit wel degelijk een zeer belangrijk criterium is voor weging. Er zouden correcte tabellen en aantallen gebruikt moeten worden, over 5 tot 10 jaar. Het minimum aantal neonatale ingrepen moet 40 zijn. Er zouden ook catheterinterventies moeten worden getoond. Sterftecijfers zijn eveneens zeer belangrijke wegingen en deze zijn anders dan VWS aangeeft wel degelijk beschikbaar.

2. Criterion 3 Ziekenhuisvoorzieningen

A. Toelichting gebruik van dit criterium

“Beschikbaarheid van volwaardig kinderziekenhuis met alle benodigde subspecialismen voor het bieden van multidisciplinaire zorg en het behandelen van alle mogelijke complicaties.”

Wij zijn het volledig eens met dit criterium; het is onduidelijk op basis van welke informatie de tabel is ingevuld. Het LUMC/CAHAL is niet gevraagd gegevens aan te leveren dan wel te reageren op deze stelling. CAHAL voert in het LUMC kindhartoperaties en -interventies uit in een volwaardig kinderziekenhuis waarin het gehele scala aan post operatieve complicaties kan worden behandeld in hetzelfde operatiecentrumcomplex waar het kind geopereerd wordt.

B. Weging van dit criterium voor de centra

Door de Commissie Lie zijn in aanloop naar haar rapport destijds in 2009 reeds criteria opgesteld waarvoor umc's moesten aangeven hoe zij de zorg voor kinderen met een aangeboren hartafwijking georganiseerd hebben (zie het rapport van de Commissie Lie, p. 41 en 42). Hierin wordt naast de aanwezigheid van ECMO expertise ook genoemd: “is er on-site aanwezigheid van: afdeling kindergeneeskunde met alle diagnostiek- en behandelmogelijkheden”. In het rapport van de Commissie Lie werd dit voor alle centra als voldoende tot goed beoordeeld en dus niet als (doorslaggevend) criterium gebruikt om tot een locatiekeuze te komen. Onduidelijk is waarom dit nu wel een criterium is om

tot locatiekeuze te komen. Noch wetenschappelijke verenigingen, noch de IGJ ziet het criterium zoals door VWS gebruikt als doorslaggevend criterium.

3. Criterium 4 Continuïteit van zorg

A. Toelichting gebruik van dit criterium

"Uitgangspositie van de interventiecentra voor wat betreft de personele capaciteit en leeftijdsopbouw binnen behandelteams op kernspecialismen t.b.v. de continuïteit van zorg:

- *Congenitale cardiothoracale chirurgie (norm = 3 fte)*
- *Kinderinterventiecardiologie (norm = 5fte)"*

Los van de constatering dat personele bezetting en ervaring van professionals van evident belang is, maakt VWS kennelijk een foto op dit moment waarbij aantallen fte als uitgangspunt tellen.

1. Hoe komt VWS aan deze normen? Deze normen zijn niet in overeenstemming met het advies van ZPAH (appendix G-blz 58).
2. Op basis van welke gegevens is deze tabel ingevuld?
3. Zijn de umc's gevraagd om gegevens aan te leveren voor invulling?
4. Ervaring van een congenitale hartchirurg voor het hele palet van congenitale hartchirurgie is essentieel voor het doen van operaties bij complexe aangeboren hartafwijkingen, waarom is deze ervaring niet meegenomen?

B. Weging van dit criterium voor de centra

Er zou een uitgebreide inventarisatie moeten plaatsvinden van de samenstelling van de teams. Op grond daarvan kan dan een ranking worden gemaakt.

Er zou in dit kader van continuïteit ook belangrijk zijn te evalueren in welke mate het centrum in staat is langdurige samenwerkingsverbanden aan te gaan.

Van belang is dat VWS kennelijk een 'foto' maakt van de bezetting, maar niet meeweegt dat het in het kader van de concentratie gaat om juist het verplaatsen van die personen. Met andere woorden: het zou dan dus niet uitmaken omdat als gevolg van de concentratie die professionals in die twee centra zouden behoren te gaan werken volgens VWS. Nu dat is wat VWS voor ogen heeft met de eindsituatie is het criterium irrelevant, nu dat in feite niet van belang is.

4. Criterium 5 Organisatiekracht en vermogen tot uitbreiding behandelcapaciteit

A. Toelichting gebruik van dit criterium

"Uitbreidingspotentieel binnen de transitieperiode van de centra gebaseerd op organisatiekracht van het umc en uitgangspositie qua personeel."

Het is onduidelijk op grond van welke gegevens de tabel is ingevuld en wat wordt verstaan onder 'uitbreidingspotentieel' en 'organisatiekracht'. De umc's zijn niet bevraagd op dit criterium. Het is onduidelijk op welke wijze de ranking plaats heeft gevonden en welke parameters daarbij zijn gebruikt.

B. Weging van dit criterium voor de centra

Dit kan pas gewogen worden nadat de centra deze capaciteit hebben berekend op basis van eenduidige invulling van het criterium.

Ad II Welke criteria geven op objectieve, transparante en non-discriminatoire wijze invulling aan de evenwichtige beoordeling van alle centra afzonderlijk gebaseerd op wetenschap, literatuur, *patient outcome* en juiste zorg juiste plek?

5. Reeds eerder bepaalde kwaliteitscriteria in de concentratiediscussie voor aangeboren hartafwijkingen door daartoe gekwalificeerde toezichhouders danwel wetenschap, geven een duidelijke invulling van de goede zorg en verwachte outcome. Onduidelijk is om welke reden die criteria zijn verlaten:
 - Het rapport "*Concentratie van congenitale hartchirurgie en catheterinterventies*" d.d. 11 juni 2009, is samengesteld door een internationale commissie. Dit is het rapport dat dient als uitgangspunt van concentratie van congenitale hartzorg. Dit is ook het rapport waarnaar door VWS en IGJ in de communicatie naar de centra wordt gerefereerd.
 - In zowel het rapport: "*Bijzondere interventies aan het hart, gezondheidsraad*" d.d. 18 januari 2007 (p.194 en 195) als in het rapport "*Concentratie van congenitale hartchirurgie en catheterinterventies*" 2009, p.30 en p.31 staan "*Kwaliteitscriteria voor centra voor aangeboren hartafwijkingen*".
 - Deze criteria zijn samengesteld op basis van een gedegen rapport en on-site visits. Deze criteria lijken maar deels gebruikt bij de samenstelling van de criteria die gebruikt zijn bij de huidige keuze.
 - Bij criterium 3 (p. 30) / 5 (p. 195) wordt expliciet t.a.v. de interventie (kinder) cardiologen genoemd: "*Ieder centrum beschikt over tenminste 3 congenitaal hartchirurgen en 3 interventiecardiologen die gezamenlijk het gehele terrein van catheterinterventies (inclusief elektrofysiologisch onderzoek en behandeling van ritmestoornissen) bestrijken.*"
6. Op grond van eerder internationaal en nationaal erkende eenduidige criteria, hebben onze zorgprofessionals zich gebogen over criteria die in ieder geval ook aan de orde zouden behoren te zijn (daarom hieronder benoemd als criterium 6 tot en met 10) bij de selectie zoals VWS die helaas reeds heeft uitgevoerd.
7. Criterium 6 Nationale en Internationale Erkenning als Expertise Centrum

A. Toelichting gebruik van dit criterium

ECZA en ERN

- **ECZA-erkenning:** Er zijn door zorgprofessionals samengestelde en getoetste kwaliteitscriteria waaraan een centrum moet voldoen om een erkenning van expertise centrum zeldzame aandoeningen (ECZA) voor aangeboren hartafwijkingen te krijgen. De quote op de ECZA-pagina van VWS ([NFU-visie expertisecentra zeldzame aandoeningen | NFU](#)) is: "*De juiste diagnose op het juiste moment. En de juiste zorg op de juiste plek. Elke patiënt met een zeldzame aandoening moet daarop kunnen rekenen in Nederland.*"

Samenwerking en wetenschappelijk onderzoek op nationaal en Europees niveau is daarvoor essentieel. Zodat kennis, kunde, ervaring en de laatste stand van de wetenschap multidisciplinair wordt gedeeld."

- **ERN-erkenning:** ECZA-erkenning is essentieel om een erkenning binnen de European Reference Networks ('ERN') te krijgen. Dit netwerk heeft als doel om bij zeldzame aandoeningen - zoals aangeboren hartafwijkingen - op Europees niveau samen te werken en zo de kwaliteit van zorg voor deze kwetsbare patiënten op internationaal niveau te borgen.

B. Weging van dit criterium voor de centra

Erkenning of niet lijkt ons een duidelijk criterium juist in een concentratiediscussie waarbij *"De juiste diagnose op het juiste moment. En de juiste zorg op de juiste plek. Elke patiënt met een zeldzame aandoening moet daarop kunnen rekenen in Nederland."* zo belangrijk is. Indien er geen erkenning is dan zou met behulp van de criteria zoals ECZA en ERN deze gebruiken een weging gemaakt kunnen worden. ECZA en ERN omvat een objectieve beoordeling door externen, niet door het eigen huis danwel de eigen professionals. Inmiddels is bekend dat uitsluitend Erasmus MC en CAHAL voor de komende vijf jaren, de onvoorwaardelijke ECZA-erkenning door VWS zelf toegekend hebben gekregen.

8. Criterium 7 ESC recommendations for equipment and staff for ACHD expertise center

A. Toelichting gebruik van dit criterium

De European Society of Cardiology geeft duidelijke eisen waaraan faciliteiten en behandelgroepen moeten voldoen voor kwalitatief goede zorg voor volwassen met een aangeboren hartafwijking (PMID: 24474738, PMID: 32860028).

Table 2 Equipment requirements of specialist grown-up congenital heart disease centres

ECG	European Heart Journal (2014) 35, 686–690 doi:10.1093/eurheartj/ehs572.
Holter monitoring	
Stress ECG	
Ambulatory blood pressure monitoring	
Event recorder	
Cardiopulmonary exercise testing	
Echocardiography (including transoesophageal echo, 3D echo)	
CMR imaging	
Cardiac computed tomography	
Catheterization laboratory	
Electrophysiology laboratory	
Pacemaker/ICD implantation	
Pacemaker/ICD after-care equipment	
Cardiac surgery operating room	

Table 5 Staff requirements for specialist ACHD centres^a

Discipline	Required number
Adult/paediatric cardiologist with ACHD certification	≥2
ACHD imaging specialist (certified in TTE/TOE, CMR, CCT)	≥2
Congenital interventional cardiologist	≥2
CHD surgeon	≥2
Anaesthesiologist with CHD experience and expertise	≥2
Specialist nurse (if national professional nursing bodies allow specialization)	≥2
Invasive electrophysiologist with ACHD experience	≥1
Pulmonary vascular disease expert	≥1
Clinical geneticist	≥1
Psychologist	≥1
Social worker	≥1
Palliative care team	

ACHD = adult congenital heart disease; CHD = congenital heart disease; CMR = cardiovascular magnetic resonance; CCT = cardiovascular computed tomography; TOE = transoesophageal echocardiography; TTE = transthoracic echocardiography.
 *Modified from Baumgartner et al.⁸ European Heart Journal (2020) 00, 1–83
 doi:10.1093/eurheartj/ehaa554

© ESC 2020

Weging van dit criterium voor de centra

The European Society of Cardiology (ESC) is dé Europese vereniging van gezondheidszorg beroepsbeoefenaren die zich bezighouden met de cardiologie. Het is een overkoepelende en toonaangevende organisatie met meer dan 60.000 leden die de kennis en expertise op het vlak van cardiologie bundelt. De richtlijnen die door de ESC worden geformuleerd en erkend zijn leidend voor het inrichten van de zorg en beroepsuitoefening binnen de cardiologie binnen Europa en Nederland. Actieve bijdrage binnen de internationale ACHD organisaties: Prof. Barbara Mulder (Amsterdam UMC) is jarenlang voorzitter geweest van de ISACHD. Voorts heeft CAHAL meerdere bestuursleden geleverd aan de ESC werkgroep voor ACHD in de laatste decennia; de huidige treasurer is Dr. Bouma (Amsterdam UMC). Gezien de uitdrukkelijke aanbeveling in de ESC Guideline voor gespecialiseerd ACHD-centrum en samenstelling van het team en de toonaangevende aard van de ESC als organisatie, zou dit een zwaarwegend criterium behoren te zijn.

9. Criterium 8 ECMO-faciliteit

A. Toelichting gebruik van dit criterium

Moderne hartchirurgie zonder ECMO service is ondenkbaar; dit is ook een criterium dat gebruikt is door de Commissie Lie (p. 41-42) en is ook opgenomen in diverse internationale guidelines [1: *Ann Pediatr Cardiol.* 2018 Jan-Apr; 11(1): 3–11. doi: 10.4103/apc.APC_88_17; PMID: PMC5803974; PMID: 29440824. 2: *Review J Heart*

Lung Transplant; 2019 Nov;38(11):1144-1161. doi: 10.1016/j.healun.2019.07.004. Epub 2019 Jul 17. Structured review of post-cardiotomy extracorporeal membrane oxygenation: Part 2-pediatric patients. 3: ECLS in Pediatric Cardiac Patients; *Front. Pediatr.* 2016; doi.org/10.3389/fped.2016.00011

Dit is ook o.a. één van de ERN-criteria waaraan getoetst wordt. In 2016 zijn in de richtlijnen van de NHS als voorwaarde opgenomen de aanwezigheid van een ECMO-programma voor een kinderhartchirurgische unit (zie p. 22).

B. Weging van dit criterium voor de centra

Men zou kunnen kijken naar het aantal ECMO behandelingen op de kinder intensive care. Voorts zijn er internationale erkenningen door o.a. ELSO. Deze kunnen uitgevraagd en meegewogen worden.

10. Criterium 9. Innovatie en Wetenschap

A. Toelichting gebruik van dit criterium

Innovatie en wetenschap zijn belangrijke poten van excellente zorg. Met name wetenschap bevordert het reflecterend vermogen van teams en gaat hand in hand met betere zorg. Daarnaast hebben de weinige centra die overblijven de "maatschappelijke taak en plicht" om middels innovatie en wetenschap de grenzen van dit type zorg te verruimen. Ook dit is een belangrijk criterium voor zowel de ECZA- als ERN-erkenning.

B. Weging van dit criterium voor de centra

De centra kunnen hier bevestigd worden op innovatieve zorg en daar enkele voorbeelden van noemen. Wetenschappelijke activiteit kan eenvoudig worden aangetoond middels een citatie analyse. Er kan een ranking worden gebruikt om de centra te scoren.

11. Criterium 10 Electrofysiologie voor kinderen en ACHD (internationale erkenning)

A. Toelichting gebruik van dit criterium

Dit criterium is reeds door de Gezondheidsraad en de Commissie Lie als belangrijk criterium aangegeven: criterium 3 (p. 30)/5 (p.195) wordt expliciet ten aanzien van de interventie (kinder) cardiologen genoemd: "Ieder centrum beschikt over tenminste 3 congenitaal hartchirurgen en 3 interventiecardiologen die gezamenlijk het gehele terrein van catheterinterventies (inclusief elektrofysiologisch onderzoek en behandeling van ritmestoornissen) bestrijken."

B. Weging van dit criterium voor de centra

Het is essentieel dat dit criterium wordt meegenomen omdat invasieve ritmebehandelingen bij kinderen ook onder deze concentratie vallen. ERN-erkenning omvat dit criterium als onderdeel van de toetsing.

Ad III 10 criteria toegepast op CAHAL

12. Criterium 1 (levensloopzorg)

CAHAL is het enige centrum in Nederland dat alle operaties en interventies bij kinderen én volwassenen in één operatiekamercomplex uitvoert; in het zogenaamde CVIC in het LUMC. In de naastgelegen kinder- en volwassen intensive care afdelingen kunnen al deze patiënten direct opgevangen worden. Deze situatie is uniek in Nederland en geen enkel ander centrum beschikt over deze faciliteit. Op locatie Amsterdam van het CAHAL worden géén kinderhartoperaties of kinderhartinterventies uitgevoerd. Het CAHAL functioneert in alle opzichten als één centrum, met één team medisch specialisten, gezamenlijke MDO's, één set protocollen en procedures en afspraken. Er wordt gezamenlijk gerapporteerd over uitkomsten die weer input zijn voor verbeteringen.

In het rapport van de Commissie Lie en de kwaliteitsvisitaties van de NVT valt in dat verband te lezen dat in andere centra een apart kinderziekenhuis door een tunnel of brug verbonden is met het hoofdgebouw. Er is in die centra dus voor kinderen niet sprake van één locatie.

Levensloopzorg is in het CAHAL maximaal verzorgd, inclusief een uitgebreid prenataal (interventie) programma, kinderprogramma, transitie poli en zorg tot op hoog volwassen leeftijd. Dit is ook uitvoerig getoetst in de ECZA- en ERN-erkenningen. Deze erkenningen, die beide aan het CAHAL zijn toegekend, zouden nooit worden toegekend als het CAHAL niet over *state-of-the-art* levensloopzorg zou beschikken.



13. Criterium 2 Behandelcapaciteit en volumenormen

Operaties	CAHAL 2011-2021 gemiddeld per jaar
# Operaties bij neonaten (< 30 dagen)	59
# Operaties bij kinderen < 1 jaar	158
# Operaties bij kinderen < 18 jaar	286
# Operaties bij patienten ≥ 18 jaar	137
# Operaties totaal congenitale ingrepen	423

Hartcatheterisaties	CAHAL 2011-2021 gemiddeld per jaar
# diagnostische HC < 18 jaar	50
# interventionele HC < 18 jaar	135
# EP procedures < 18 jaar	92
# totaal < 18 jaar	277
# diagnostische HC > 18 jaar	50
# interventionele HC > 18 jaar	105
# totaal > 18 jaar	155
# totaal HC procedures (kind & volw)	432

CAHAL voldoet reeds lange tijd aan de volumenormen en heeft daarvoor behandelcapaciteit waarbij er groei mogelijk is van de capaciteit.

14. Criterium 3 Ziekenhuisvoorzieningen

In het Willem-Alexander Kinderziekenhuis zijn alle benodigde subspecialisaties van de kindergeneeskunde aanwezig om optimale zorg te bieden aan kinderen met een aangeboren hartafwijking vanaf de opvang direct na de geboorte door een ervaren team van perinatologen en neonatologen, de pre en post operatieve zorg door een zeer ervaren team van kinderintensivisten met een platinum ECMO-erkenning, tot en met de transitie naar het team van Adult Congenital Heart Disease-cardiologen middels een transitie traject.

Door de Commissie Lie zijn in aanloop naar het rapport criteria opgesteld waarna umc's moesten aangeven hoe zij dat georganiseerd hebben. Hierin wordt naast de aanwezigheid van ECMO-expertise ook genoemd: "is er on-site aanwezigheid van: afdeling kindergeneeskunde met alle diagnostiek- en behandelmogelijkheden".

Hierop is CAHAL getoetst en in het rapport is aangegeven dat: "De in de checklist (Bijlage 3) onder infrastructuur en faciliteiten genoemde onderwerpen, criterium 2 van de Gezondheidsraad (zie hoofdstuk 1) zijn in alle centra voldoende tot goed."

Uiteindelijk wordt in het betreffende rapport CAHAL zelfs als 1 van de 2 centra genoemd als interventie locatie-LUMC, zowel in een 2 centra als een 3 centra concentratiemodel.

De organisatie van zorg rondom kinderen is sinds het uitkomen van het rapport van de Commissie Lie verder geprofessionaliseerd zowel inhoudelijk als qua locatie met recent de opening van het vernieuwde Willem-Alexander Kinderziekenhuis, op 18 juni 2021 en de opening van het CVIC, januari 2021. Met nadruk kunnen alle complicaties die voor kunnen komen bij kinderen met een aangeboren hartafwijking in het Willem-Alexander Kinderziekenhuis /LUMC worden behandeld.

Voor een aantal complicaties vóór en ná interventies aan het hart is extra corporele membraan circulatie (ECMO) noodzakelijk, zoals bijvoorbeeld bij een low cardiac output syndroom. ECMO is aanwezig binnen het Willem-Alexander Kinderziekenhuis /LUMC en is ook meegenomen in de criteria die genoemd worden in Bijlage 3 van het rapport van de Commissie Lie.

Ten aanzien van gastro-intestinale afwijkingen/complicaties: De zorg voor gastro-intestinale afwijkingen bij kinderen met een aangeboren hartafwijking en complicaties rondom kinderhartinterventies wordt verricht door het kinderchirurgisch team van CAHAL. De kinderchirurgen van het Amsterdam UMC hebben een aanstelling ook in het LUMC en peri-operatieve complicaties die in het LUMC ontstaan worden ook daar geopereerd.

Daarnaast is er al jaren bij de opleidingsvisiteatie, zo ook in 2021, een zeer goede beoordeling van de opleiding kindergeneeskunde, getuigend van de volledigheid van het Willem-Alexander Kinderziekenhuis.

15. Criterion 4 Continuïteit van zorg

De personele bezetting van CAHAL ziet er als volgt uit:

Congenitale Cardiothoracale chirurgie:

- 2 kinderhartchirurgen met > 10 jaar ervaring en die nog minstens 5 jaar blijven werken
- 1 kinderhartchirurg met > 10 jaar ervaring is net vertrokken naar het buitenland (vacature)
- 1 buitenlandse kinderhartchirurg met > 10 jaar ervaring, Nederlandse erkenning binnenkort verwacht
- 1 fellow kinderhartchirurgie rondt zijn opleiding binnen 1 jaar af.

Kindercardiologie:

- 16 kindercardiologen (totaal aantal)
- 2 fellows kindercardiologie
- 5 kinderinterventiecardiologen met > 10 jaar interventie ervaring, waarvan 2 ook electrofysiologie procedures uitvoeren
- 1 kinderinterventiecardioloog rondt dit jaar zijn interventie fellowship af.

Foetale Gynaecologie

- 4 gynaecologen en ondersteuning gespecialiseerd in hartafwijkingen en foetale interventies tijdens de zwangerschap.

Congenitale cardiologen (volwassen):

- 12 ACHD cardiologen, waar onder 5 cardiologen met focus op beeldvorming bij AHA (ESC EACVI certificering in alle imaging modaliteiten)
- 3 interventiecardiologen met focus op structurele aangeboren hartafwijkingen met > 10 jaar ervaring
- 2 electrofysiologen met focus op de behandeling van hartritmestoornissen bij patiënten met complexe AHA (ESC EHRA certificering), internationaal verwijscentrum.
- 3 pulmonale hypertensie specialisten
- 2 ACHD fellows

Kindercardioanesthesiologen

Er zijn in het LUMC 8 kinderaanesthesiologen aanwezig, die ook allemaal opgeleid zijn om de volledige kindercardioanesthesie te beheersen. Zij zijn allen inzetbaar voor de kindershartchirurgie.

Kinderintensivisten

10 kindersintensivisten (waarvan 3 kindersintensivist / anesthesioloog), allen met uitgebreide postcardiochirurgische en ECMO-ervaring
 2 anesthesiologen met vaste aanstelling die opgeleid worden tot kindersintensivist
 1 kinderarts die opgeleid wordt tot kindersintensivist

Perfusionisten

Er zijn in het LUMC 10 perfusionisten werkzaam die zijn opgeleid voor de kindershartchirurgie en ECMO op de volwassen- en kinder-IC.

Met bovenstaande bezetting, met name op het gebied van de congenitale cardiothoracale chirurgie en de foetale gynaecologie, behoort het CAHAL tot het meest ervaren centrum met het grootste aantal professionals met langdurige ervaring. Het zou op dit criterium als beste moeten scoren. Daarnaast zouden wij graag wijzen op de brief van 12 oktober 2018 aan de IGJ van de raad van bestuur van LUMC en AmsterdamUMC over de bezetting van het CAHAL.

16. Criterium 5 Organisatiekracht*Operatiekamer capaciteit*

Voor de gehele cardiothoracale chirurgie beschikt het LUMC over een overkoepelend centrum, het Cardiovasculair Interventie Centrum (CVIC). Wij hebben voldoende capaciteit om uit te breiden mocht er een concentratie naar twee centra plaatsvinden.

Intensive Care capaciteit

Momenteel zijn er 12 kinder IC bedden. De kinder IC werkt met een vaste ploeg kinder IC-verpleegkundigen; daarnaast is er een flexibele pool met IC verpleegkundigen, die opgeleid zijn als volwassen én kinder IC verpleegkundigen. Dit is uniek voor de Nederlandse kindershartcentra en zorgt voor een zeer robuuste IC capaciteit. Er worden continue nieuwe verpleegkundigen opgeleid waardoor de kinder-IC gemakkelijk op kan schalen.

Samenwerkingsvermogen

Voor de continuïteit van zorg is het zeer belangrijk dat het centrum samenwerkingsverbanden kan onderhouden. CAHAL is een al meer dan 25 jaar bestaande samenwerking tussen de professionals die te maken hebben met patiënten met aangeboren hartafwijkingen in het LUMC en AmsterdamUMC. De samenwerkingen van andere centra zijn niet bestendig gebleken.

17. Criterium 6 (ECZA / ERN-erkenning)

CAHAL (LUMC-Amsterdam UMC) heeft in 2021 de hernieuwde erkenning gekregen als expertisecentrum voor aangeboren hartafwijkingen (ECZA) . Tevens is CAHAL (Amsterdam UMC-LUMC) als enige Nederlandse centrum erkend binnen het European Reference Network voor zeldzame hartziekten (GUARD-Heart) voor 4 thematische gebieden nl.1) familiaal electrical

diseases in adults and children (2017) 2) familial cardiomyopathies in adults and children (2017) 3) Specific electrophysiology conditions in children (2017) and 4) Congenital heart diseases (2021). Dit betekent dat het CAHAL het enige Nederlandse centrum is met een Europese erkenning om hartinterventies uit te voeren bij patiënten met aangeboren hartafwijkingen en kinderen met hartritmestoornissen en cardiomyopathieën.

Dit betekent dat het CAHAL aan strenge kwaliteitscriteria voldoet en getoetst is op alle onderdelen rond de zorg voor aangeboren hartafwijkingen zoals volumenormenten voor interventies, ECMO, elektrofysiologie, levensloopzorg en wetenschappelijk onderzoek. Ook is CAHAL getoetst op alle aspecten voor de zorg voor kinderen met erfelijke ritmestoornissen en cardiomyopathieën en specifieke elektrofysiologische aandoeningen bij kinderen. Dit houdt onder meer in de expertise op het gebied van invasieve ritmebehandelingen bij kinderen (katheterablaties, ICD en pacemaker behandelingen, stlectomieën). Naast kwaliteitscriteria voor toelating vinden ook on site audits van de ERN centra plaats.

18. Criterion 7 ESC recommendations ACHD

CAHAL voldoet aan alle door de ESC gestelde *recommendations* ten aanzien van de personele bezetting/ bestaande van een specialistische ACHD center (PMID: 24474738, PMID: 32860028), tabel weergegeven onder "Criterion 7".

Het CAHAL-team bestaat uit:

- 12 ACHD cardiologen, waar onder 5 cardiologen met focus op beeldvorming bij AHA (ESC EACVI certificering in alle imaging modaliteiten)
- 3 interventiecardiologen gespecialiseerd in complexe structurele en aangeboren hartafwijkingen
- 3 volwaardige congenitale chirurgen, 1 fellow
- volwaardig team thorax anesthesisten & perfusionisten
- team van verpleegkundig specialisten en een dedicated verpleegkundig consulent
- 2 elektrofysiologen met focus op de behandeling van hartritmestoornissen bij patiënten met complexe AHA (ESC EHRA certificering), internationaal verwijscentrum
- 3 pulmonale hypertensie specialisten, ECZA-erkenning
- volwaardig team klinische genetica
- volwaardig team psychologen en een team van medisch maatschappelijk werkers gespecialiseerd in levensloop zorg voor AHA patiënten
- volwaardig palliatief team

19. Criterion 8 ECMO-faciliteit

ECMO is essentieel voor een centrum met congenitale hartchirurgie. Het LUMC heeft sinds 2009 een ECMO programma en sinds 2017 een Gouden ELSO erkenning van dit ECMO programma met sinds 2020 de hoogste ("Platinum") waardering. Er zijn in Europa slechts 5 centra met deze Platinum erkenning, waarvan slechts twee met een kinderhartchirurgisch programma (incl. het LUMC). In Nederland is het LUMC het enige centrum met deze erkenning. Dit betekent dat dit programma, voor zowel kinderen als volwassen tot de top van Europa en de wereld behoort. CAHAL zou hier dus de beste moeten scoren.

20. Criterium 9 Innovatie & Wetenschap

Jarenlang fundamenteel, translationeel en klinisch onderzoek naar aangeboren hartafwijkingen vertaalt zich in goede behandelresultaten en internationaal aanzien. Binnen CAHAL vindt veel onderzoek plaats naar aangeboren hartafwijkingen en hartritmestoornissen. Door de jaren heen hebben al deze onderzoeksprojecten geleid tot meer dan 1500 publicaties in peer reviewed (inter-)nationale tijdschriften en zijn er meer dan 100 mensen gepromoveerd binnen CAHAL.

Onderstaand een opsomming van de onderzoeksprojecten die worden gedaan binnen CAHAL:

- De CONCOR database voor landelijke registratie van volwassenen met aangeboren hartafwijkingen is binnen CAHAL gehuisvest. Hierin zijn geanonimiseerde gegevens van ruim 17.000 volwassenen met aangeboren hartaandoeningen opgeslagen. Deze database wordt landelijk gebruikt voor diverse onderzoeksprojecten.
- PReCOR database, die alle CAHAL foetussen met hartaandoeningen registreert. Inmiddels zijn de medische gegevens van meer dan 1.000 foetussen opgeslagen. Dit helpt om wetenschappelijk onderzoek te doen, bijvoorbeeld naar hoe we meer afwijkingen vroegtijdig kunnen opsporen en de prognose beter kunnen voorspellen.
- Sinds 2014 verzamelen we in het Heart and Neuro Development (HAND-) programma de beelden van de hersenontwikkelingen van ongeboren kinderen. Veel kinderen met congenitale hartaandoeningen hebben een kleinere hoofdcontour en een achterstand in neurocognitieve ontwikkeling. Met behulp van Artificial Intelligence (AI) is er onderzoek gedaan waaruit blijkt dat de placenta een grote rol speelt bij achterblijvende hoofdgroei.
- Onderzoek naar de oorzaak, behandeling en preventie van hartritmestoornissen bij ongeboren kinderen, kinderen en volwassenen met complexe aangeboren hartafwijkingen. O.a. worden er met behulp van 3D mapping en elektrofysiologietechnieken nieuwe inzichten verkregen in het ontstaan van kamerritmestoornissen bij patiënten met een Tetralogie van Fallot. Hierdoor kunnen deze levensbedreigende ritmestoornissen succesvol worden behandeld. Deze nieuwe inzichten en behandelmethoden zijn overgenomen door alle grote centra wereldwijd en maken deel uit van de aanbevelingen in Europese en Amerikaanse richtlijnen.
- Het toepassen van eHealth en wearables bij volwassenen met aangeboren hartaandoeningen.
- Onderzoek naar de kwaliteit van leven bij volwassen patiënten met aangeboren hartaandoeningen.
- Het decellulariseren van donor-hartkleppen, in samenwerking met de Nederlandse hartkleppenbank.
- Onderzoek naar de rol van (pathologische) cardiale autonome innervatie in het kader van substraat voor aritmieën.
- Onderzoek naar rechter systeemkamer harten, met aandacht voor klinische uitkomsten, hartfalen en behandelstrategieën (inclusief optimalisatie van pacing modaliteiten en farmacologische behandeling) om de lange termijn uitkomsten te verbeteren.

Innovatie binnen CAHAL

Door de jaren heen zijn binnen CAHAL nieuwe diagnostische technieken ontwikkeld om de behandeling van patiënten met aangeboren hartafwijkingen te optimaliseren, enkele voorbeelden zijn:

- Binnen de regio van CAHAL is een programma opgezet (*POLAR-studie*) voor het structureel meten van de saturatie (zuurstofspanning) bij een pasgeboren baby om een aangeboren hartaandoening vroegtijdig op te sporen. Momenteel is een richtlijn in ontwikkeling om dit programma landelijk te implementeren. Daarnaast zijn wij met de

CAHAL regio ook de enige in Nederland die een structureel screeningsprogramma heeft opgezet, passend bij de Nederlandse setting van de eerstelijns verloskundige zorg.

- Eerste kliniek die gebruik maakt van *3D printen* van harten van patiënten, zodat congenitaal hartchirurgen en (kinder-)interventiecardiologen zich goed kunnen voorbereiden op de behandeling van een hartafwijking.
- *Advanced imaging, MRI-4D flowmetingen bij Fontan patienten*. Projecten met betrekking tot beeldvorming van het hart ('advanced imaging'), zoals een 4-dimensionale flow MRI en echocardiografische studies voor en na hartoperaties en tijdens de vroege stadia van de zwangerschap.
- *Homemonitoring traject*, dit biedt de mogelijkheid voor ouders met een baby met een ernstige aangeboren hartafwijking thuis af te wachten op een vervolg operatie.
- CAHAL is een van de grootste centra ter wereld met de toepassing van een *eHealth programma* voor volwassen patiënten met een aangeboren hartafwijking. Juiste zorg op de juiste plaats.

Een citatie analyse geeft het volgende beeld:

Tijdens de 26 jaar dat CAHAL bestaat (**1996-jan 2022**) zijn er > 140 proefschriften gepubliceerd vanuit de betrokken afdelingen. Dit betreft zowel klinisch als translationeel onderzoek. Uit onderstaande figuur blijkt dat dit meer is dan in andere centra (sinds 2010 gemeten). Om een beeld te krijgen van de wetenschappelijke output van de afzonderlijke centra, werd een zoekstrategie binnen PubMed en Web of Science verricht over de periode **2007-2022**. De zoekstrategie bestond uit permutaties van de volgende met elkaar gecombineerde blokken: Blok A. zoekstrategie betreffende CHD voor Web of Science en PubMed; Blok B. zoekstrategie betreffende de affiliaties (i.e de 4 centra, te weten CAHAL, ACAHA, UNCG en UMCU) en Blok C. zoekstrategie betreffende de auteurs behorende bij de vijf onderscheiden groepen.



Uit bovenstaande analyse blijkt dat CAHAL de meeste wetenschappelijke activiteit heeft. Dit geldt zowel voor het absolute aantal publicaties op gebied van aangeboren hartafwijkingen als voor de impact van de publicaties zoals uitgedrukt in de citatiescore en H-factor. Daarnaast hebben we gekeken hoeveel collega's uit de verschillende centra hebben bijgedragen aan ESC richtlijnen en aan het OUTREACH consortium. CAHAL scoort op vrijwel alle hierboven beschreven parameters van de wetenschappelijke output evident hoger dan de andere centra.

criterium 10 (Electrofysiologie)

CAHAL huisvest de grootste groep electrofysiologen voor congenitale aandoeningen in Nederland. Zie elders voor details.

Self assessment

21. Getoetst aan bovenstaande criteria ziet de invulling van het self assessment er als volgt uit:

Overzicht "self-assessment" scores op de 10 criteria

Criterium	CAHAL	EMC	UMCU	UMCG
1. levensloopzorg	+			
2. behandel cap. / volume normen	+			
3. ziekenhuisvoorzieningen	+			
4. continuïteit van zorg	++			
5. organisatiekracht	+			
6. ECZA / ERN erkenning	+ / +			
7. ESC recommendations ACHD	+			
8. ECMO faciliteit	++			
9. Innovatie en wetenschap	++			
10. Electrofysiologie	++			

Ad IV Reactie ppt VWS en uitlatingen c.q. uitgevoerde niet verifieerbare beoordeling

22. Criterium 1 Levensloopzorg

Het is onjuist dat CAHAL hier een "min" scoort. Zie daarvoor de toelichting hiervoor.

De ECZA / ERN erkenning houdt in dat levensloopzorg geborgd is binnen CAHAL, per definitie want anders waren die erkenningen niet toegekend. Het is dus onbegrijpelijk dat CAHAL hier een "min" scoort. CAHAL zou hier + of ++ moeten scoren.

23. Criterium 2 Behandelcapaciteit en volumennormen

Het gebruik van het volume van één jaar is onjuist en zeer ongebruikelijk. Alleen aantallen over een langere periode (5 – 10 jaar) geven een correct beeld van het centrum. Het gebruik van het jaar 2020 is onwenselijk gezien de Corona pandemie. Het gebruik van een categorie "1 mnd – 1jr (>100)" is onjuist; het moet zijn "minimaal 100 kinderen < 1 jaar". Het aantal voor kinderen onder de 18 jaar is in de tabel inconsistent weergegeven: in de tabel van VWS staat bij het EMC "0-18 jaar" en bij de andere centra "1-18 jaar". De aantallen over meerdere jaren laten zien dat CAHAL op alle categorieën het grootste of één na grootste volume heeft. De waardering van de aantallen van 2020 zijn onjuist voor CAHAL.

24. Criterium 3 Ziekenhuisvoorzieningen

Kennelijk heeft VWS een beeld van de kindergeneeskunde in het Willem Alexander Kinderziekenhuis dat niet strookt met de werkelijkheid en ook niet strookt met de eerdere beoordeling van de Commissie Lie. De kindergeneeskunde van het WAKZ beschikt over alle

facetten van de kindergeneeskunde en in lijn daar mee beschikt ook over de erkenning voor een volledige opleiding Kindergeneeskunde. Alle denkbare complicaties die zich na een hartoperatie kunnen voor doen kunnen in het LUMC worden opgelost, inclusief ECMO en kinderchirurgie voor gastro-intestinale complicaties. Mocht VWS van mening zijn dat dit in het verleden niet zo zou zijn geweest dan zijn wij benieuwd naar die voorbeelden.

25. Criterion 4 Continuïteit van zorg

Het is onjuist dat CAHAL geen 3 congenitale cardiothoracaal chirurgen in dienst zou hebben. Toevallig is net 1 chirurg (om bijzondere persoonlijke redenen) vertrokken; we verwachten deze vacature snel in te kunnen vullen. Gesprekken met een kandidaat zijn gaande. Zie ook terug voor de werkelijke bezetting. Het is onjuist dat het CAHAL geen 5 kinderinterventiecardiologen heeft.

26. Criterion 5 Organisatiekracht

Het is onduidelijk waarom het EMC hier meer plussen krijgt dan CAHAL. Het CVIC en de nieuwe Hotfloor / kinder intensive care zijn in staat om de capaciteit meer dan fors op te voeren.

Ad IV Reactie ppt VWS

27. DIA 4

"Kwaliteitsnormen worden niet gehaald"

Deze stelling is in tegenspraak met alle voorgaande rapporten en de tweede kamerbrief d.d. 20 december 2021, waarin wordt bevestigd en aangegeven dat er op dit moment geen zorgen zijn over de kwaliteit van zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Zoals aangegeven in de brief aan IGJ d.d. 12 oktober 2018 voldoet CAHAL al sinds haar oprichting aan alle kwaliteitsnormen. Het is bovendien niet duidelijk welke kwaliteitsnormen hier door VWS worden bedoeld.

28. DIA 4

"Brede consensus in het veld onder bestuurders en professionals dat verdere concentratie nodig is."

Het "veld" die de betrokken patiënten behandelen is altijd voor concentratie. Maar het zijn vaak de randgebieden die ernstig getroffen worden bij concentratie als die leidt tot het verdwijnen van een stuk zorg uit hun ziekenhuis. Het is ook om die reden dat de NVIC, NVVC gepleit hebben om niet te ver te concentreren.

Zoals uit het NIVEL rapport blijkt is in de praktijk vaak de motivatie voor concentratie zowel economisch (hoger volume zou efficiënter zijn) als politiek (hoger volume geeft een grotere machtspositie om het beleid te bepalen). Overigens zijn concentraties vaak duurder. Dat "het veld" dus wil concentreren zegt niet dat "het veld" altijd kwaliteit als motivatie heeft. De noodzaak voor concentratie blijkt niet uit de huidige kwaliteitsuitkomsten.

De noodzaak wordt gevoeld door een verjonging van de professionals. Dit probleem is ook te adresseren door samenwerking, lateralisatie van bepaalde zeldzame aandoeningen, gemeenschappelijke besprekingen, gemeenschappelijke protocollen, procedures en afspraken, etc.

Nergens wordt door VWS of de IGJ gekeken naar de effecten van concentratie op de rest van de zorg in de huizen die de hartinterventies kwijtraken. Er zijn geen experts geraadpleegd in die randgebieden. Het zou zomaar kunnen dat de mogelijke winst die geboekt kan worden door concentratie volledig te niet gedaan wordt door de vermindering van de kwaliteit van zorg in de UMC's waar dit onderdeel met het besluit van 20 december jl wordt verwijderd.

29. DIA 4

"De mate van concentratie: worden interventies geconcentreerd bij twee of drie interventiecentra"

De Commissie Lie heeft een aantal jaren terug geadviseerd om het aantal centra te reduceren naar 3. Die commissie heeft ook alle centra uitgebreid bezocht en geaudit. De moeite waard om dat rapport nog eens te lezen. De IGJ komt tot de conclusie dat de concentratie naar 2 centra het beste is. Dit rapport van IGJ is ondeugdelijk. Het baseert zich vooral op de ondergrens van 60 neonaten. Collega Ebels, één van de auteurs van het artikel waarop dit getal gebaseerd is, heeft al laten zien dat 60 het aantal is waarboven geen kwaliteitswinst meer te verwachten is bij toenemend volume. Tussen de 40 en 60 is de relatie tussen volume en uitkomst NIET langer significant. Zowel de beroepsgroep in het rapport Bartels, als de IGJ gebruikt de informatie uit dit artikel dus onjuist. Voor de beoordeling *"wat is het minimum aantal ingrepen per jaar dat je moet doen om bij verdere toename van volume geen aantoonbare winst meer kan verkrijgen"* is het antwoord: 40. Dit staat los van wie deze getallen geciteerd of gebruikt heeft in het verleden. Bij een dermate ingrijpende beslissing als het sluiten van jaren bestaande kinderhartcentra dient een objectief en overtuigend criterium gebruikt te worden.

Visierrapport werkgroep (ZPAH): 2 of 3

Deze werkgroep, bestaande uit betrokken medisch specialisten, kwam niet uit de keuze 2 of 3. In deze werkgroep is met beperkte blik gekeken alleen naar de zorg voor deze patiëntengroep en niet met een bredere blik op het hele vakgebied van de complexe kindergeneeskunde.

Gesprekken VWS:

5 van de 6 (als je Maastricht niet meetelt) voorzitters RvB hebben het plan DC3 aangeleverd, dus die pleiten ook voor 3.

De NVVC heeft gepleit voor 3 centra, de NVIC heeft zich uitgesproken tegen verdere concentratie, de NVOG heeft géén gesprek met VWS op ambtelijk niveau gehad (wel later een brief geschreven en gevraagd om in de toekomst betrokken te worden).

30. DIA 5

"Informatie basis 1....."

De vraag die bij dit onderdeel op deze dia kan worden gesteld, is om welke reden heeft VWS geen gebruik gemaakt van het rapport: *"Bijzondere interventies aan het hart, gezondheidsraad"* d.d. 18 januari 2007. Hierin valt te lezen op p.194 en 195 dat er tien *"Kwaliteitscriteria voor centra voor aangeboren hartafwijkingen"* zijn. Deze criteria worden overigens herbevestigd en

uitgebreid behandeld in het rapport *“Concentratie van congenitale hartchirurgie en catheterinterventies”* van de Commissie Lie op p.30 en 31.

VWS heeft gebruik gemaakt van een rapport van de IGJ d.d. 10 november 2021. De IGJ is gewoon om bij iedere vorm van concentratie en lateralisatie in ziekenhuizen om prospectieve risico inventarisaties te vragen. Het is onbegrijpelijk dat de IGJ zelf dat heeft nagelaten in dit rapport.

31. DIA 6

“Informatie basis II.....”

Het is onduidelijk met wie VWS gesproken heeft en op welke titel. Met name omdat hier mogelijke belangenverstrengeling een rol speelt en willekeur aan de orde kan zijn, is het van groot belang dat deze gesprekken openbaar gemaakt worden. De voorzitter van de commissie ZPAH, de voorzitter van de sectie kindercardiologie van de NVK en de voorzitter van de sectie kinderhartchirurgie van de NVT komen allemaal uit Rotterdam.

32. DIA 7

“Uitgangspunten”

Het is opvallend dat het uitgangspunt “Eén interventiecentrum is één behandellocatie” bovenaan staat en dik gedrukt is. Dit insinueert dat er centra zijn die hier niet aan voldoen. Dat is onjuist. 3^e bullet. Wordt hier wellicht het niet doorpakken van VWS destijds in 2009 bedoeld na het uitkomen van rapport van de Commissie Lie, die adviseerde het UMCU te sluiten? CAHAL heeft zich altijd ingespannen om de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg te garanderen en de adviezen van de IGJ en VWS op te volgen met lateralisatie (naar LUMC locatie) van de kinderhartchirurgie en kinderinterventies

4^e bullet. Uit de verdere presentatie blijkt dat VWS “eigen” kwaliteitseisen heeft gebruikt en andere – internationaal geaccepteerde – eisen ten onrechte buiten beschouwing laat. De reden hiervan is onduidelijk en niet onderbouwd. Nogmaals, en als voorbeeld, het UMCU heeft geen ECMO-programma, hetgeen in alle (inter)nationale rapporten, aanbevelingen en erkenningen wordt vereist. Het opbouwen van een hoog kwalitatief ECMO programma duurt 5 tot 10 jaar.

4^e bullet. De IGJ / VWS stellen dat niet de huidige kwaliteit van de vier centra, maar toekomstige kwaliteit van de aangewezen centra bepalend is. Wij beargumenteren daarentegen dat het aangetoond is dat de huidige kwaliteit van zorg van een centrum, bepaald door aantallen en uitkomsten, stabiliteit, vermogen tot samenwerking, innovatie, onderzoek en Europese erkenningen voorspellend is voor zorg geleverd in de toekomst.

5^e bullet. Het is moeilijk voor te stellen om in het UMCU, waar momenteel nauwelijks infrastructuur voor behandeling van volwassen patiënten met aangeboren hartafwijkingen aanwezig is, het aantal operaties per jaar in deze groep van 25 momenteel naar meer dan 200 binnen 2 jaar kan toenemen. Dit geldt ook voor alle andere aspecten van zorg voor deze groep.

5^e bullet. Bij “concentratie” van zorg is niet gekeken naar de risico's van verplaatsing van interventies bij kinderen en volwassenen van een hoog volume centrum naar een laag volume centrum. Een dergelijke verplaatsing zou een unicum in de wereld zijn.

6^e bullet. Gezien bovenstaande is het onuitvoerbaar om dit binnen 2 jaar te realiseren.

33. DIA 8

"Besluitvorming"

2^e bullet. De keuze voor een centrum is niet complex, de gevolgen die de keuze heeft zijn wel groot en dienen om die reden zorgvuldig te worden beoordeeld. Ten eerste is in het verleden al advies hieromtrent gegeven door de Commissie Lie. Ten tweede zou het vasthouden aan (inter)nationaal gedefinieerde criteria deze keuze eenvoudig maken. Deze criteria zijn ruimschoots voorhanden: zie eerder genoemde rapporten. Daarnaast zijn er objectieve procedures voor ECZA- en ERN-erkenningen waarin bij uitstek naar kwaliteit wordt gekeken. De European Society of Cardiology geeft duidelijke eisen waaraan faciliteiten en behandelgroep moeten voldoen voor kwalitatief goede zorg voor volwassenen met een aangeboren hartafwijking (PMID: 24474738, PMID: 32860028). Ook de NHS geeft voldoende aanknopingspunten om deze keuze te maken. Er wordt nu gekozen voor een laag-volume centrum zonder de vereiste aanwezigheid van ECMO-voorzieningen voor kinderhartchirurgie, en vrijwel zonder infrastructuur voor de zorg voor volwassenen met aangeboren hartafwijkingen.

3^e bullet. Kwaliteitscriteria zijn ruim voorhanden. De kwaliteitsregistraties zijn openbaar, uitvoerig en toetsbaar.

3^e bullet. *"Centra registreren niet uniform"*. CAHAL deelt dit vermoeden en maakt zich zorgen over de juistheid van de aangeleverde data door het centrum met de grootste aantallen. Wij verwachten bij zo'n belangrijke keuze op grond van deze aantallen operaties dat deze getallen eerst door een onafhankelijke commissie worden getoetst.

34. DIA 9

"DC3"

1^{ste} bullet: Het DC3 plan werd gedragen door 5 van de 6 betrokken UMC's (Maastricht heeft een andere zorgstructuur en verwijspatroon).

2^e bullet. Het DC3 plan betrof niet vier maar drie locaties voor interventies bij kinderen en hoog complexe operaties volwassen patiënten (LUMC, UMCG en EMC). Het DC3 plan ziet toe op volumennormen waarbij de bereidheid is geboden om bij tekortschieten van volumina in bepaalde groepen verder te concentreren naar 2 locaties voor die ingrepen.

Ten aanzien van het strikt hanteren van de volumegetallen verwijzen we graag naar de open brief van Prof. T. Ebels aan de IGJ, die door CAHAL volledig onderschreven wordt (zie de eerdere toelichting in dit document over 40 versus 60 neonatale hartoperaties).

Het DC3 plan voldeed in alle opzichten aan de gedachten en wensen van de IGJ en VWS in de afgelopen jaren, inclusief een governance voor een landelijk virtueel centrum, gezamenlijke besprekingen, protocollen en data-analyses. Het centrum zou functioneren als één team.

Regionale spreiding over Nederland zou daarmee ook geborgd zijn. Het is dus anders dan VWS stelt in het besluit van 20 december 2021 niet zo dat de umc's niet zelf tot een oplossing konden komen.

35. DIA 10:

"Keuze voor interventie is ingewikkeld"

Keuze voor een centrum is *niet* ingewikkeld indien deze keuze wordt gebaseerd op gangbare, objectieve, kenbare en transparante criteria:

- 1) (Inter) nationale erkenningen en richtlijnen;
- 2) De Commissie Lie heeft centra gevisiteerd en hier uitspraken over gedaan;
- 3) Volumecriteria voor kinderen en volwassenen;
- 4) Infrastructuur.

Uit de dia blijkt ook dat er kennelijk "off the record" gesprekken zijn geweest. Medewerkers danwel bestuurders van CAHAL hebben niet met VWS gesproken over de door VWS gehanteerde criteria of het proces, noch is door VWS aan hen hun mening gevraagd over andere centra. Graag zouden wij vernemen met wie en waarover gesproken is.

4^{de} bullet: De impact van het verlies van congenitale hartinterventies is wel degelijke verschillend voor de verschillende umc's/kinderziekenhuizen! Dit is derhalve een te generaliserende opmerking en verdient een gedegen impactanalyse. De impact van het verlies van congenitale hartinterventies kan grote gevolgen hebben buiten de kinderhartinterventies / kindercardiologie. Dit blijkt uit de e-mail correspondentie p.43-44 rapport Commissie Lie rondom de concentratie van kinderhartinterventies in Zweden waar in de media regelmatig naar wordt gerefereerd: *"There was no analysis of the consequences for pediatric cardiology or other services in Stockholm and Uppsala."*

En de beschreven nadelige gevolgen die dit besluit heeft gehad: *"The loss of pediatric heart surgery from Stockholm and Uppsala has been a severe disadvantage to the development not only in pediatric cardiology but in other related specialities as well. It has taken over 10 years to recover from immediate negative effects and to rebuild a strong pediatric cardiac service."*

36. DIA 11:

"Tussenstap ..."

29 november 2021: de voorzitter van de NFU, afkomstig uit het UMCU en het centrum dat in het DC3 plan zou sluiten voor interventies, heeft aangegeven dat er geen unanieme mening was.

"gebrek aan consensus": er was een zeer ruime meerderheid, immers 5 van de 6 umc's hebben een gezamenlijk plan.

20 december 2021: *"signalen over onrust op de werkvloer en dringende verzoeken van zorgprofessionals"* zijn bij ons niet bekend. VWS onderbouwt deze signalen evenmin. Voor CAHAL is het onbegrijpelijk dat een 20 jaar lang lopende discussie in enkele weken moet worden afgerond door een demissionair minister.

37. DIA 12:

"Hoe is de keuze gemaakt I"

Bullet 1. Met enige verbazing hebben wij gelezen dat de IGJ en veel zorgprofessionals van mening zijn dat er "nu doorgepak" moet worden. Wij zijn benieuwd wat de precieze motieven zijn daar op verschillende plaatsen wordt aangegeven dat de kwaliteit van zorg op dit moment in orde is. Wij zijn benieuwd wie deze zorgprofessionals zijn geweest. De keuze voor de twee centra zoals bij besluit van 20 december 2021 gemaakt, staat ter discussie.

Bullet 2. Aan de impact van de verplaatsing wordt volledig voorbij gegaan. Dat klemt des te meer daar waar het gaat om verplaatsing van zorg van een hoog volume centrum naar een laag volume centrum.

Bullet 2. Impactanalyse is retrospectief en niet prospectief. Daarnaast is de impact wel degelijk verschillend voor de verschillende umc's/kinderziekenhuizen! Dit verdient een gedegen impactanalyse. In het WAKZ/LUMC is 60% van de opnames en 75% van de bedbezetting van de

IC, door kinderen met een aangeboren hartafwijkingen. Het sluiten van het kinderinterventieprogramma brengt derhalve direct de continuïteit en het bestaansrecht van de IC kinderen in gevaar met gevolgen voor het programma voor stamceltransplantatie voor niet-oncologische indicaties bij kinderen, de landelijke IC-capaciteit die al jaren onder druk staat met name ten tijde van een RSV-epidemie en de opleiding tot kinderarts in het LUMC en daarmee landelijk de capaciteit om voldoende kinderartsen op te leiden voor de toekomst.

Bullet 3. Dit is een bijzondere opmerking. In Rotterdam zijn slechts een beperkte hoeveelheid chirurgen werkzaam (met de pensionering van de meest ervaren chirurg begin 2022 is er geen chirurg die het gehele spectrum van operaties beheerst).

Bullet 4. Deze opmerking is pertinent onjuist. CAHAL, locatie LUMC, is het enige centrum in Nederland dat alle kinderen en volwassenen, operatie en catheterinterventies in één operatiekamercomplex behandelt. Alle mogelijke complicaties kunnen met alle mogelijke middelen, inclusief ECMO en gastro-intestinale chirurgie op locatie LUMC worden behandeld.

Bullet 4. Om met één niet onderbouwde zin het grootste en bekendste centrum van Nederland weg te zetten is wel heel opvallend. Dit centrum voldoet al jaren aan alle volume-eisen, beschikt over nationale en internationale erkenningen als expertisecentrum, heeft de grootste wetenschappelijke output en de grootste internationale reputatie.

38. DIA 13:

"Hoe is de keuze gemaakt II"

Bullet 1. Kennelijk is CAHAL niet serieus overwogen als centrum. Dit is in volledige tegenspraak met eerdere rapporten en beoordelingen van de IGJ en VWS zelf. Zoals hierboven uiteengezet zijn er vele objectieve kwaliteitscriteria beschikbaar. Het is onduidelijk waarom VWS de gegevens over mortaliteit als gebrekkig beoordeelt. Het is eveneens onduidelijk waarom VWS de registratie als niet eenduidig en beperkt beoordeelt.

Bullet 2. De personele bezetting in Utrecht is: één kinderhartchirurg met ruime ervaring die binnen 5 jaar met pensioen gaat. De andere kinderhartchirurg heeft 2 jaar ervaring.

Bullet 2. Bij de keuze voor Utrecht wordt voorbijgegaan aan het beperkte programma voor volwassenen met aangeboren hartafwijkingen. De personele bezetting is dusdanig klein dat ook niet-congenitaal opgeleide chirurgen deze operaties verrichten.

Bullet 2. *"Ook heeft Utrecht een duidelijke visie op bv registraties en de inrichting van ketenzorg binnen het centrum en de behandelstrategie"*: het is ons onduidelijk wat hier mee bedoeld wordt. CAHAL is hier nooit naar gevraagd. Ketenzorg en behandelstrategieën zijn onderdeel van het dagelijks werk in ieder congenitaal centrum. Dit statement past niet bij het ontbreken van de ECZA-erkenning in Utrecht en het ontbreken van de ERN-erkenning. CAHAL heeft initiatieven genomen voor landelijke registraties, zoals CONCOR, landelijke complicatie-registratie hartcatheterisaties (CONHC), prenatale registraties van aangeboren hartafwijkingen (PRECOR) en de chirurgische ECHSA database. Ook de samenvoeging van KINCOR en CONCOR bij de NHR wordt vanuit CAHAL geëffectueerd.

CAHAL
27 januari 2022

To: [redacted]@minvws.nl
From: [redacted]
Sent: Wed 8/10/2022 10:10:32 AM
Subject: FW: Reactie op nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen
Received: Wed 8/10/2022 10:10:34 AM
[36925 Reactie op onderbouwing concentratie kinderhartinterventies.pdf](#)
[Bijlage behorende bij brief 36925 reactie op onderbouwing concentratie kinderhartinterventies CAHAL.pdf](#)

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 00:23
Aan: [redacted]@minvws.nl [redacted]
Onderwerp: FW: Reactie op nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen
Van: [redacted]@lumc.nl Namens [redacted]@lumc.nl
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 12:00
Aan: [redacted]
CC: [redacted]@umcg.nl; [redacted]@lumc.nl; [redacted]@umcutrecht.nl; [redacted]@amsterdamumc.nl; [redacted]@erasmusmc.nl; [redacted]@mumc.nl; [redacted]@radboudumc.nl; [redacted]@lumc.nl; secretariaat.vzrvb@lumc.nl
Onderwerp: Reactie op nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen


Urgentie: Hoog

Geachte [redacted]
Bijgaand onze reactie (brief met bijlage) op uw presentatie met nadere toelichting op de besluitvorming met betrekking tot de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen van datum 20 januari jl.

Met vriendelijke groet,
Prof.dr. D.H. Biesma

Voorzitter Raad van Bestuur LUMC

[redacted]
Leiden University Medical Center
Email: [redacted]@lumc.nl
Tel.: +31 [redacted]
Present: [redacted]

 Save a tree. Don't print this e-mail unless it's really necessary.

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:10:54 AM
Subject: FW: Reactie op nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen
Received: Wed 8/10/2022 10:10:57 AM
[36925 Reactie op onderbouwing concentratie kinderhartinterventies.pdf](#)
[Bijlage behorende bij brief 36925 reactie op onderbouwing concentratie kinderhartinterventies CAHAL.pdf](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 00:23
Aan: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl); [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: FW: Reactie op nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Van: [redacted] 5.1.2e Namens Polman, C.H.

Verzonden: donderdag 27 januari 2022 12:10

Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e @umcg.nl; [redacted] 5.1.2e @lumc.nl; [redacted] 5.1.2e @umcutrecht.nl; Polman, C.H. ;
[redacted] 5.1.2e @erasmusmc.nl; [redacted] 5.1.2e @mumc.nl; [redacted] 5.1.2e @radboudumc.nl

Onderwerp: Reactie op nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Urgentie: Hoog

Geachte [redacted] 5.1.2e
Bijgaand onze reactie (brief met bijlage) op uw presentatie met nadere toelichting op de besluitvorming met betrekking tot de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen van datum 20 januari jl.
Met vriendelijke groet,
Chris Polman



Prof.dr. Chris Polman
voorzitter raad van bestuur Amsterdam UMC, decaan VU
Locatie VUmc | [redacted] 5.1.2e | De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam
Locatie AMC | [redacted] 5.1.2e | Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam
T: +31 [redacted] 5.1.2e | E: [redacted] 5.1.2e @amsterdamumc.nl
www.amsterdamumc.nl | www.vumc.nl / www.amc.nl

VUmc disclaimer: www.vumc.nl/disclaimer
AMC disclaimer: www.amc.nl/disclaimer

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:10:38 AM
Subject: FW: reactie UMCG inzake Congenitale Hartcentrum
Received: Wed 8/10/2022 10:10:40 AM
[22.403941 Interventies aangeboren hartafwijkingen](#) 5.1.2e [Ministerie VWS Definitief.pdf](#)
[22.403941 Bijlage 1 brief Krapels definitief.pdf](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 00:23
Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl); [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: FW: reactie UMCG inzake Congenitale Hartcentrum
Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 11:59
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e @lumc.nl; [redacted] 5.1.2e @amsterdamumc.nl [redacted] 5.1.2e @umcutrecht.nl [redacted] 5.1.2e @radboudumc.nl;
[redacted] 5.1.2e @mumc.nl [redacted] 5.1.2e @erasmus.nl; Zee, AGJ van der ; [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: reactie UMCG inzake Congenitale Hartcentrum
Geachte [redacted] 5.1.2e
Op verzoek van de heer Van der Zee zend ik u bijgevoegd de reactiebrief met bijlage van het UMCG inzake het dossier Congenitale Hartcentrum.
Met vriendelijke groet,
[redacted] 5.1.2e
Hanzeplein 1 | Postbus 30 001 | 9700 RB Groningen | Huispostcode [redacted] 5.1.2e
[redacted] 5.1.2e | [redacted] 5.1.2e @umcg.nl |



umcg

De inhoud van dit bericht is vertrouwelijk en alleen bestemd voor de geadresseerde(n). Anderen dan de geadresseerde(n) mogen geen gebruik maken van dit bericht, het niet openbaar maken of op enige wijze verspreiden of vermenigvuldigen. Het UMCG kan niet aansprakelijk gesteld worden voor een incomplete aankomst of vertraging van dit verzonden bericht.

The contents of this message are confidential and only intended for the eyes of the addressee(s). Others than the addressee(s) are not allowed to use this message, to make it public or to distribute or multiply this message in any way. The UMCG cannot be held responsible for incomplete reception or delay of this transferred message.

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:10:46 AM
Subject: FW: Vervolg op Nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen
Received: Wed 8/10/2022 10:10:49 AM
[20220127 InformatieVWSnavtoelichtingbesluit20jan_UMCUtrecht.pdf](#)
[20210817 Presentatie_VWS_UMCUtrecht.pdf](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 00:24
Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl); [redacted] 5.1.2e
 [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: FW: Vervolg op Nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen
Van: [redacted] 5.1.2e Namens Schneider, M.M.E. (Margriet)
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 11:43
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e @umcg.nl;
 [redacted] 5.1.2e @lumc.nl; Schneider, M.M.E. (Margriet); [redacted] 5.1.2e @amsterdamumc.nl; Stefan Sleijfer [redacted] 5.1.2e @mumc.nl;
 [redacted] 5.1.2e @radboudumc.nl

Onderwerp: RE: Vervolg op Nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Geachte [redacted] 5.1.2e
 Hartelijk bedankt voor de toelichting op het besluit inzake de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen afgelopen donderdag.
 In reactie op het verzoek aanvullende informatie te delen, bied ik namens het UMC Utrecht graag bijgaande presentatie aan. Daarbij voor de volledigheid de presentatie uit augustus 2021. Vanzelfsprekend zijn wij bereid een en ander nader toe te lichten indien gewenst.
 Hartelijke groet,
 Margriet Schneider
Prof.dr. M.M.E. Schneider



Voorzitter raad van bestuur Universitair Medisch Centrum Utrecht | Postbus 85500 | 3508 GA UTRECHT | Kamernummer [redacted] 5.1.2e Huispostnummer [redacted] 5.1.2e
 T: [redacted] 5.1.2e | www.umcutrecht.nl

De informatie opgenomen in dit bericht kan vertrouwelijk zijn en is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Indien u dit bericht onterecht ontvangt, wordt u verzocht de inhoud niet te gebruiken en de afzender direct te informeren door het bericht te retourneren. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht is een publiekrechtelijke rechtspersoon in de zin van de W.H.W. (Wet Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek) en staat geregistreerd bij de Kamer van Koophandel voor Midden Nederland onder nr. 30244197.

 Denk s.v.p. aan het milieu voor u deze e-mail afdrukt.

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 21 januari 2022 11:55
Aan: [redacted] 5.1.2e @umcg.nl; [redacted] 5.1.2e @lumc.nl; Schneider, M.M.E. (Margriet) [redacted] 5.1.2e @umcutrecht.nl>;
 [redacted] 5.1.2e @amsterdamumc.nl; Stefan Sleijfer [redacted] 5.1.2e @erasmusmc.nl>; [redacted] 5.1.2e @mumc.nl;
 [redacted] 5.1.2e @radboudumc.nl
CC: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>;
 [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: Vervolg op Nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Beste voorzitters van de umc's,
 Gisteren, donderdag 20 januari, hebben wij u een nadere toelichting gegeven op het besluit van de minister rond de concentratie voor de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking. Ik wil u bedanken voor de constructieve wijze waarop wij het gesprek hebben kunnen voeren. Ook wil ik u bedanken voor het begrip dat u heeft getoond voor de erkenning dat het ook voor VWS niet eenvoudig is tot een gedragen besluit te komen nu de umc's er onderling niet uitkomen. In het gesprek is door u een aantal vragen gesteld die in essentie de strekking hebben de toelichting verder te verhelderen. Ook is van uw kant aangegeven dat u feitenmateriaal wilt aanleveren die mogelijke feitelijke onjuistheden, die in de presentatie of de toelichting op de criteria naar voren zijn gekomen, te corrigeren. Voor de goede orde is de presentatie nogmaals bijgevoegd.

Concreet wil ik u de volgende informatie vragen, deels hebben we deze informatie al maar we willen ieder misverstand uitsluiten daarom vragen we u deze (nogmaals) aan te leveren:

- ∇ De concrete feiten en cijfers over de bezetting van de kernspecialismen, inclusief de senioriteit, inzetbaarheid en voorziene pensioendatum als die de komende vijf jaar in het verschiet ligt.
- ∇ Andere relevante feiten en cijfers zoals kinder IC-bedden en andere zaken die u van belang vindt.
- ∇ Reactie op vermeende feitelijke onjuistheden in de presentatie en de toelichting.
- ∇ Vragen die u nog heeft.
- ∇ Andere notities die u relevant vindt voor de besluitvorming en waarvan u de indruk heeft dat die door VWS nog niet zijn benut.

Ik wil u ook verzoeken deze informatie met elkaar te delen. In ieder geval zal VWS deze informatie met u allen delen en in voorkomende gevallen ook over en weer feitelijke professionele en inhoudelijke reacties vragen over de stukken die zijn aangeleverd, zodat er geen misverstanden meer kunnen zijn over de feiten. Ten overvloede merk ik op dat het besluit dat de Minister van VWS hierin heeft genomen tot stand is gekomen obv alle beschikbare documenten en onderzoeken en een hele reeks gesprekken die hierover zijn gevoerd met alle betrokkenen. Bovenstaande uitvraag heeft niet als doel om dit hele traject en de bijbehorende discussie opnieuw te voeren. Mochten er echter zaken zijn die een wezenlijk ander licht laten schijnen op de besluitvorming dan zullen we daar uiteraard goed naar kijken.

Graag deze stukken **uiterlijk donderdag 27 januari 12.00 uur** aanleveren op de mail bij **5.1.2e** en ondergetekende. De mailadressen zijn bekend. Op grond van deze informatie zal een brief worden opgesteld waarin de nadere toelichting wordt weergegeven. Deze brief zal ook naar de Tweede Kamer worden gezonden. Over het precieze proces rond deze brief komen we bij u terug.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
070 **5.1.2e**



Tweede Kamer

DER STATEN-GENERAAL

Den Haag, 12 januari 2022

Voorbouwcommissie:	vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Activiteit:	Inbreng feitelijke vragen
Datum:	woensdag 19 januari 2022
Tijd:	14.00 uur
Onderwerp:	Concentratie van de zorg en toekomstige organisatie van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen
<hr/>	
Agendapunt:	Concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen
Zaak:	Brief regering - minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.J. Kuipers - 11 januari 2022 Concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen - 2022Z00313
Agendapunt:	Toekomstige organisatie van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen
Zaak:	Brief regering - minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, H.M. de Jonge - 20 december 2021 Toekomstige organisatie van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen - 31765-612
<hr/>	
Griffier:	M.E. Esmeijer
Noot:	<ol style="list-style-type: none"> 1. De feitelijke vragen worden volgens afspraak met de fracties uitsluitend ingebracht via de vragenapplicatie (VIA). 2. De leden wordt verzocht per vraag aan te geven op welke bladzijde van het Kamerstuk de vraag betrekking heeft. 3. Fracties die geen vragen inleveren, wordt verzocht dit ook per e-mail kenbaar te maken (cie.vws.inbreng@tweedekamer.nl).
Activiteitsnummer:	2022A00143

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e
[redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]

From: [redacted] 5.1.2e

Sent: Thur 1/27/2022 7:45:18 AM

Subject: convocatie concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen

Received: Thur 1/27/2022 7:45:19 AM

[entree van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen - 19 januari 2022 14.00 uur \(1\).pdf](#)

Hoi allen,
Bijgaand de convocatie, deze kan nog wijzigen.
Groeten,

[redacted] 5.1.2e

.....
Directie Patiënt en Zorgordening

Ministerie van VWS

Parnassusplein5 | 2511 VX | Den Haag | [redacted] 5.1.2e

Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

.....
M 06- [redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e @minvws.nl



Raad van Bestuur

5.1.2e
Per email: 5.1.2e @minvws.nl
5.1.2e
Per email: 5.1.2e @minvws.nl

Doorkiesnummer 5.1.2e
Kamernummer 5.1.2e
E-mail 5.1.2e @erasmusmc.nl
Ons kenmerk RvB 399554
Datum 27 januari 2022

Geachte 5.1.2e

Postadres
Postbus 2040
3000 CA Rotterdam

Allereerst danken wij u voor de toelichting op de besluitvorming rondom de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen van 20 januari jl. en de gelegenheid om daarop te reageren. Graag doen wij dat in deze brief.

Bezoekadres
Dr. Molewaterplein 40
3015 GD Rotterdam

Wij herkennen ons in de presentatie en sturen u hierbij, naar aanleiding van uw verzoek per email van 21 januari jl. en per gestelde vraag, de verzochte informatie. Desgewenst kunnen wij u uiteraard van meer en specifieke gegevens voorzien.

Parkeergarage
Wytemaweg 12
3015 CN Rotterdam

De concrete feiten en cijfers over de bezetting van de kernspecialismen, inclusief de senioriteit, inzetbaarheid en voorziene pensioendatum als die de komende vijf jaar in het verschiet ligt.

Raad van Bestuur
Prof. dr. S. Sleijfer

Het Erasmus MC heeft alle specialismen in huis voor zowel kinderen als volwassenen, waardoor ook voor patiënten met meerdere aandoeningen multidisciplinaire zorg op één locatie gegarandeerd is. Indien gewenst kunnen wij een overzicht van deze specialismen aanleveren.

5.1.2e

5.1.2e

In antwoord op uw vraag met betrekking tot de in de presentatie genoemde kernspecialismen:

Kernspecialisten kinderhartzorg	aantal med. spec.	aantal fellows	waarvan uit Nijmegen	waarvan <5 jr pensioen	toelichting
congenitaal cardiothoracaal chirurgen	4	1		2	Er zijn op dit moment 4 congenitaal cardiothoracaal chirurgen met voldoende senioriteit werkzaam binnen het Erasmus MC, daarnaast is er 1 fellow (tot 31.12.2022). Eén chirurg gaat juni 2022 met pensioen, een half jaar later is de fellow klaar. Oktober 2026 gaat eveneens een chirurg pensioen, echter wordt er tijdig een nieuwe fellow opgeleid waardoor de continuïteit van zorg

Bestuurssecretaris
5.1.2e

					gewaarborgd blijft en er dus tot juni 2022 en vanaf jan 2023 continu minstens 4 congenitaal cardiothoracaal chirurgen zullen zijn.
Interventie kindercardiologen	4			1	Eén interventiekindercardioloog gaat mei 2024 met pensioen. Er wordt zorggedragen dat er tijdens een opgeleid en ingewerkt volwaardige interventie kindercardioloog beschikbaar is.
Interventiecardioloog ACHD	2		1		2 cardiologen volwassenen (waarvan 1 uit Nijmegen) als 2e operateur bij kinderen t.b.v. Adult Congenital Heart Disease (ACHD) procedures.
Kindercardiologen (excl. interventie cardiologen)	8			2	1 pensionering per mei 2022. Wordt vervangen door een fellow. 2e pensionering in 2025
Elektrofysiologen	5			nvt	5 electrofysiologen zijn betrokken bij besprekingen en bepalen beleid waarvan 2 de procedures verrichten

Andere relevante feiten en cijfers zoals kinder IC-bedden en andere zaken die u van belang vindt.

Komende jaren wordt het Sophia verbouwd en wordt onder andere het aantal IC bedden uitgebreid:

	huidig	na verbouwing
IC kinderen (ICK) *	25	29
IC neonatologie (ICN)*	29	36

*een aantal bedden is flexibel en kan zowel voor ICK als ICN ingezet worden

De kindercardiologie en kinder congenitaal cardiothoracaal chirurgen maken deel uit van het Kinderthoraxcentrum - Erasmus MC Sophia, waarbij multidisciplinair wordt samengewerkt. Binnen het Kinderthoraxcentrum bieden we zorg aan kinderen met aandoeningen van het hart, de luchtwegen, het middenrif en slokdarm. Ook doen wij binnen het Kinderthoraxcentrum wetenschappelijk onderzoek, dit doen wij met een multidisciplinaire benadering. Het Erasmus MC is een tertiair verwijzingscentrum voor complexe luchtweg problematiek.

Het Erasmus MC Sophia is het landelijk verwijzingscentrum voor de behandeling van hartfalen bij kinderen. Het is het enige centrum in Nederland waar kinderhart transplantaties worden verricht en steunharten bij kinderen worden geplaatst. We kennen een groot aantal multidisciplinaire overleggen (MDO) onder andere rondom deze patiëntengroep. Tevens is er een nauwe en laagdrempelige samenwerking met de congenitaal cardiologen voor volwassenen en zijn zowel de kindercardiologen als congenitale cardiologen bij hartteams aanwezig.

Het Sophia staat aan de vooravond van een grootschalige verbouwing met onder andere bovengenoemde uitbreiding van de IC capaciteit en vernieuwing van het OK-complex tot een state of the art complex. Zo wordt de kinder catheterisatiekamer verbouwd en ontstaat de mogelijkheid hier ook te opereren (incl. perfusie aansluitingen). Voor de kinderhartoperaties wordt een nieuwe OK gebouwd en een extra (reguliere) OK wordt eveneens voorzien van perfusie aansluitingen. Met deze verbouwing kunnen wij inspelen op de gevraagde activiteiten en is er groeiruimte, ook voor de langere termijn.

Het Erasmus MC kent sinds 2017 een samenwerking met het Radboudumc binnen het Academisch Centrum voor Aangeboren Hartafwijkingen (ACAHA). Deze succesvolle samenwerking is vormgegeven in een shared care model, waarbij onderlinge samenwerking en afstemming ten behoeve van de individuele patiëntenzorg goed verloopt.

Reactie op vermeende feitelijke onjuistheden in de presentatie en de toelichting.

Met betrekking tot criterium 4, continuïteit van zorg, vermoeden wij dat de electrofysiologen en interventie cardioloog die de ACHD procedures verricht niet zijn meegeteld. Zie ook onze reactie bij de vraag "concrete feiten kernspecialismen". Als dit vermoeden juist is kan dit mogelijk leiden tot een andere beoordeling van dit criterium voor ons centrum.

Vragen die u nog heeft.

In de slide "Criterium 4, continuïteit van zorg" hanteert u een norm van 3 fte kinder congenitaal cardiothoracaal chirurgen en 5 fte kinderinterventie cardioloog. In het rapport "Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, scenario's voor de toekomst" worden in de tabel van eisen (pagina 25) andere normen gesteld te weten: ≥ 4 chirurgen, $\geq 3-4$ interventiecardiologen kindercardiologie met een voorkeur voor 4 en ≥ 2 interventiecardiologen congenitale cardiologie. Ons inziens zou aangesloten moeten worden bij de normering zoals in voornoemd rapport opgenomen. Wij vernemen graag waarom de door u gehanteerde normering op dit punt afwijkt van de norm uit het rapport. Mocht u daar duidelijke reden voor hebben, dan zouden wij graag nog in de gelegenheid worden gesteld om daar op te reageren.

In de slide "Formalisering besluitvorming" schetst u het verloop rondom de formalisering van de besluitvorming. Kunt u aangeven op welk moment in dit proces het besluit tot concentratie van de kinderhartchirurgie naar twee centra formeel wordt?

Tot slot zouden wij willen meegeven dat, mede gegeven de dynamiek en emotie in het land, het zeer wenselijk is dat op korte termijn wordt overgegaan tot het benoemen van een procesbegeleider. Ondanks dat formalisering van het besluit dan mogelijk nog op zich laat wachten, bestaat er al wel ruimte en reden voor alle huidige centra om alvast mee te denken over en mee te werken aan de locatie-onafhankelijke aspecten van deze concentratie. U zult immers begrijpen dat het Erasmus MC, als een van de twee aangewezen centra, zich graag zo goed en spoedig mogelijk wil voorbereiden op deze concentratie van zorg, maar tegelijkertijd oog wil hebben voor de huidige discussie en emotie.

Andere notities die u relevant vindt voor de besluitvorming en waarvan u de indruk heeft dat die door VWS nog niet zijn benut.

Wij hebben op dit moment naast bovenstaande geen aanvulling op de reeds bij u bekende informatie. Mocht er echter gaandeweg dit proces aan uw zijde behoefte bestaan aan feitelijke en objectieve informatie of onderbouwing van zaken die het Erasmus MC aangaan, dan wel meer algemeen en/of breder de concentratie raken, dan zijn wij gaarne bereid daaraan een bijdrage te leveren.

Pagina 4/4
Ons kenmerk 399554
Datum 27 januari 2022



Wij hebben met deze brief u van meer informatie en onderbouwing van de cijfers willen voorzien. We kijken uit naar verdere samenwerking met u én met de andere centra om de zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking nog verder te optimaliseren.

Namens de Raad van Bestuur,

5 1 2e

decaan / waarnemend voorzitter Raad van Bestuur Erasmus MC

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:57:54 AM
Subject: FW: Reactie Erasmus MC - nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen
Received: Wed 8/10/2022 10:57:59 AM
[RvB 399554 -toelichting besluitvorming.pdf](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 13:22
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: FW: Reactie Erasmus MC - nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 12:13
Aan: [redacted] 5.1.2e @umcg.nl; Douwe Biesma ([redacted] 5.1.2e @lumc.nl); [redacted] 5.1.2e @umcutrecht.nl; [redacted] 5.1.2e @mumc.nl; [redacted] 5.1.2e @radboudumc.nl; Polman, C.H.
CC: [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: RE: Reactie Erasmus MC - nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Ter informatie voor u allen.

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e

Raad van Bestuur

From: [redacted] 5.1.2e
Sent: donderdag 27 januari 2022 10:48
To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
Subject: Reactie Erasmus MC - nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen
Importance: High

Geachte [redacted] 5.1.2e

In de bijlage treft u aan de reactie van het Erasmus MC bij monde van Professor Stefan Sleijfer, waarnemend voorzitter Raad van Bestuur.

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e

Raad van Bestuur

☎ 010 [redacted] 5.1.2e

📍 Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam

✉ [redacted] 5.1.2e @erasmusmc.nl

Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam

🌐 www.erasmusmc.nl

📱 📧 📷 📺 📺

Erasmus MC




From: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl>
Sent: vrijdag 21 januari 2022 11:55
To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@umcg.nl; [redacted] 5.1.2e [redacted]@lumc.nl; Schneider, M.M.E. (Margriet) [redacted] 5.1.2e [redacted]@umcutrecht.nl>; [redacted] 5.1.2e [redacted]@amsterdamumc.nl; Stefan Sleijfer <[redacted] 5.1.2e [redacted]@erasmusmc.nl>; [redacted] 5.1.2e [redacted]@mumc.nl; [redacted] 5.1.2e [redacted]@radboudumc.nl

Cc: [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl> [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl>

[redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl>

Subject: Vervolg op Nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Waarschuwing: Deze e-mail is afkomstig van buiten de organisatie. Klik niet op links en open geen bijlagen, tenzij u de afzender herkent en weet dat de inhoud veilig is.

Caution: This email originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Beste voorzitters van de umc's,

Gisteren, donderdag 20 januari, hebben wij u een nadere toelichting gegeven op het besluit van de minister rond de concentratie voor de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking. Ik wil u bedanken voor de constructieve wijze waarop wij het gesprek hebben kunnen voeren. Ook wil ik u bedanken voor het begrip dat u heeft getoond voor de erkenning dat het ook voor VWS niet eenvoudig is tot een gedragen besluit te komen nu de umc's er onderling niet uitkomen. In het gesprek is door u een aantal vragen gesteld die in essentie de strekking hebben de toelichting verder te verhelderen. Ook is van uw kant aangegeven dat u feitenmateriaal wilt aanleveren die mogelijke feitelijke onjuistheden, die in de presentatie of de toelichting op de criteria naar voren zijn gekomen, te corrigeren. Voor de goede orde is de presentatie nogmaals bijgevoegd.

Concreet wil ik u de volgende informatie vragen, deels hebben we deze informatie al maar we willen ieder misverstand uitsluiten daarom vragen we u deze (nogmaals) aan te leveren:

- De concrete feiten en cijfers over de bezetting van de kernspecialismen, inclusief de senioriteit, inzetbaarheid en voorziene pensioendatum als die de komende vijf jaar in het verschiet ligt.
- Andere relevante feiten en cijfers zoals kinder IC-bedden en andere zaken die u van belang vindt.
- Reactie op vermeende feitelijke onjuistheden in de presentatie en de toelichting.
- Vragen die u nog heeft.
- Andere notities die u relevant vindt voor de besluitvorming en waarvan u de indruk heeft dat die door VWS nog niet zijn benut.

Ik wil u ook verzoeken deze informatie met elkaar te delen. In ieder geval zal VWS deze informatie met u allen delen en in voorkomende gevallen ook over en weer feitelijke professionele en inhoudelijke reacties vragen over de stukken die zijn aangeleverd, zodat er geen misverstanden meer kunnen zijn over de feiten. Ten overvloed merk ik op dat het besluit dat de Minister van VWS hierin heeft genomen tot stand is gekomen obv alle beschikbare documenten en onderzoeken en een hele reeks gesprekken die hierover zijn gevoerd met alle betrokkenen. Bovenstaande uitvraag heeft niet als doel om dit hele traject en de bijbehorende discussie opnieuw te voeren. Mochten er echter zaken zijn die een wezenlijk ander licht laten schijnen op de besluitvorming dan zullen we daar uiteraard goed naar kijken.

Graag deze stukken **uiterlijk donderdag 27 januari 12.00 uur** aanleveren op de mail bij [redacted] 5.1.2e en ondergetekende. De mailadressen zijn bekend. Op grond van deze informatie zal een brief worden opgesteld waarin de nadere toelichting wordt weergegeven. Deze brief zal ook naar de Tweede Kamer worden gezonden. Over het precieze proces rond deze brief komen we bij u terug.

Met vriendelijke groot,

[redacted] 5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
070 - [redacted] 5.1.2e

Radboudumc

Datum
25 januari 2022

Ons kenmerk
RvB22.51008

Pagina
2 van 2

werkgelegenheid te stimuleren. Een groot en aansprekend kennisinstituut als een umc speelt daar als vaak grootste werkgever in de regio een belangrijke rol in. Verder is bekend dat juist ook in de Randstad grote problemen bestaan bij het aantrekken van zorgpersoneel. Of dat in deze casus ook aan de orde is weet ik niet, maar feiten en cijfers zijn in deze denk ik gewenst. Echter als dit als criterium meegenomen gaat worden in dossiers rondom concentratie en spreiding, maakt de minister per direct een statement over de positie umc's die niet in de Randstad liggen. Dat uitgangspunt zal door velen, inclusief mijzelf, niet worden gedeeld. Anders gezegd, het legt een zware hypotheek op een toch al complex dossier en doet geen recht aan een goede spreiding van academische zorgvoorzieningen voor de burgers van Nederland en de professionals die daar werken.

Ik zie uw antwoord graag tegemoet en ben uiteraard altijd bereid tot gesprek,

Vriendelijke groet,

5.1.2e



To: [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl];
 [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl]; 5.1.2e [redacted] @minvws.nl]

From: [redacted] 5.1.2e

Sent: Thur 1/27/2022 12:25:10 PM

Subject: FW: Nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Received: Thur 1/27/2022 12:25:11 PM

[20220125121134.pdf](#)

Van: [redacted] 5.1.2e Namens Lahuis, Bertine

Verzonden: dinsdag 25 januari 2022 12:10

Aan: [redacted] 5.1.2e [redacted] @lumc.nl; Polman, CH ;

[redacted] 5.1.2e [redacted] @umcg.nl 5.1.2e [redacted] @umcutrecht.nl

CC: [redacted] 5.1.2e [redacted] @lumc.nl; Polman, CH ;

[redacted] 5.1.2e [redacted] @umcg.nl; [redacted] 5.1.2e [redacted] @umcutrecht.nl; [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: Nadere toelichting concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen

Urgentie: Hoog

Geachte [redacted] 5.1.2e

In de bijlage stuur ik u de reactie van mevrouw Lahuis.

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e

Radboudumc [redacted] 5.1.2e
 Route/Huispost 630 | Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen | Geert Grooteplein-Zuid 10 Nijmegen |
 [redacted] 5.1.2e | aanwezig [redacted] 5.1.2e [redacted] @radboudumc.nl

De informatie in dit bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Aan dit bericht en de bijlagen kunnen geen rechten worden ontleend. Heeft u deze e-mail onbedoeld ontvangen? Dan verzoeken wij u het te vernietigen en de afzender te informeren. Openbaar maken, kopiëren en verspreiden van deze e-mail of informatie uit deze e-mail is alleen toegestaan met voorafgaande schriftelijke toestemming van de afzender. Het Radboudumc staat geregistreerd bij de Kamer van Koophandel in het handelsregister onder nummer 80262783.

The content of this message is intended solely for the addressee. No rights can be derived from this message or its attachments. If you are not the intended recipient, we kindly request you to delete the message and inform the sender. It is strictly prohibited to disclose, copy or distribute this email or the information inside it, without a written consent from the sender. Radboud university medical center is registered with the Dutch Chamber of Commerce trade register with number 80262783.

Reflectie op: OPEN BRIEF AAN DE INSPECTIE GEZONDHEIDSZORG EN JEUGD, t.a.v. 5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

De bovengenoemde open brief geeft aanleiding om een nadere nuancering aan te brengen. Argumenten die in deze gevoelige discussie naar voren worden gebracht, zouden gestoeld dienen te zijn op correcte interpretatie van wetenschappelijke bevindingen zonder direct daaraan het predicaat "misconceptie" te verbinden. Met name het eerste en derde punt van de genoemde brief dienen op hun juiste waarde geschat te worden.

De auteur van bovengenoemde open brief aan IGJ, 5.1.2e stelt op basis van de publicatie van Kansy et al (1) het volgende over het IGJ adviesrapport inzake de concentratie van de Nederlandse kinder- en congenitale hartchirurgie aan de toenmalige minister voor VWS:

"De 1ste belangrijke misconceptie is de veronderstelling dat 60 pasgeborenen per jaar het absolute minimum is dat nodig is om zo goed mogelijk hartchirurgie bij deze kwetsbare groep uit te oefenen. Doordat u en de commissie toekomstscenario's het enige bestaande artikel over het effect van operatie-volume bij hartoperaties van pasgeborenen kennelijk niet of niet goed heeft gelezen, is bij u niet overgekomen dat de kans dat deze uitkomst op toeval gebaseerd is 88% is. We noemen dat gewoonlijk "niet significant" en verdient daarom zeker niet de status die u het heeft gegeven. Het cijfer dat wel significant is in dit artikel is 40 pasgeborenen per jaar, dat heeft een kans van bijna 5% dat het door toeval is ontstaan en dat wordt over het algemeen significant gevonden. De reden dat 60, ook in het artikel, zo prominent wordt genoemd is omdat de theoretische kans op verdere verbetering bij een nog groter aantal pasgeborenen nihil is, maar het cijfer zelf is niet significant! De juiste rekeneenheid is daarom 40 pasgeborenen per jaar. Tegelijkertijd moet daarbij ook bedacht worden dat dit hele artikel gebaseerd is op data van over de hele wereld, dat betekent dat dit niet de enige relevante en significante factor is in het model waarin nog veel meer risicofactoren meespelen."

Ondergetekenden zijn het niet eens met deze stelling aangezien het een onjuiste wetenschappelijke interpretatie betreft van de data-analyse van de genoemde publicatie. Hieronder staat uiteengezet dat de interpretatie door 5.1.2e van het hier boven genoemde aspect onjuist is, en wat de correcte interpretatie is.

5.1.2e refereert in zijn stelling naar onderstaande Tabel 4 uit het artikel van Kansy (1):

Table 4. Effects for 5-Unit Volume Increase^a

Selection Criteria ^b	No. of Observations	OR (95% CI)	P Value
All patients included	26,598	0.9781 (0.9653-0.9910)	0.001
>20	24,032	0.9748 (0.9607-0.9884)	0.001
>30	20,914	0.9773 (0.9617-0.9932)	0.005
>40	17,617	0.9814 (0.9634-0.9998)	0.047
>50	14,101	0.9826 (0.9617-1.0040)	0.222
>55	12,867	0.9853 (0.9633-1.0078)	0.198
>60	11,099	0.9981 (0.9737-1.0230)	0.877
>65	9,709	0.9998 (0.9733-1.0271)	0.989
>80	6,218	1.0075 (0.9674-1.0492)	0.719
>100	3,722	1.0249 (0.9867-1.0646)	0.205

^a Repeated, multivariate analyses as in Table 3, but with different selection criteria of patients included. ^b Patients included from centers with at least "x" surgeries per year.

CI = confidence interval; OR = odds ratio; No. = number.

Deze tabel geeft een overzicht van de associatie tussen volume toename (per 5 units van per jaar geopereerde patiënten/uitgevoerde procedures) en sterfte in het ziekenhuis na een procedure voor alle centra, en vervolgens oplopend voor de subsets van centra met meer dan 20, meer dan 30, etc., tot meer dan 100 procedures per jaar. Dit alles gecorrigeerd voor belangrijke risicofactoren voor ziekenhuis sterfte, zoals patiënten factoren, jaar van operatie en bruto nationaal inkomen (BNI).

De tabel laat zien dat wanneer er wordt gekeken naar alle centra en naar centra met >20, >30 en >40 jaarlijkse procedures, dat er in deze datasets een statistisch significante verlagings in de ziekenhuis sterfte te

observeren is bij toename van het volume (p-waarde kleiner dan 0.05). Met andere woorden: als we aannemen dat volumetoename niet geassocieerd is met sterfte, dan gaan we dat bij herhaling slechts vinden in <5% van de gedane studies. Dit zien we ook aan het betrouwbaarheidsinterval; als men deze studie 100 keer herhaalt, dan zal men in 95 van de studies zien dat een toename in volume geassocieerd is met een lagere sterfte. Voor centra met >50, >55, >60, >65, >80 en >100 jaarlijkse procedures is geen statistisch significante verlaging van de ziekenhuis sterfte meer te zien door volume toename. Met andere woorden: als we aannemen dat volumetoename niet geassocieerd is met sterfte, dan gaan we dat bij herhaling vinden in >5% van de gedane studies.

De betekenis van deze analyses is dat als een centrum minder dan 20, 30, 40 of 50 procedures per jaar uitvoert, dat dit centrum een hogere verwachte ziekenhuis sterfte zal hebben dan hoog-volume centra, wanneer men een p-waarde van 0.05 hanteert als afkappunt. Immers, pas wanneer er wordt gekeken naar centra met meer dan 50 jaarlijkse procedures is er geen statistisch significante associatie meer tussen ziekenhuissterfte en volumetoename. Daarom is het onduidelijk waarom 5.1.2e 40 procedures in pasgeborenen per jaar "de juiste rekeneenheid" vindt als het gaat om het bepalen van het absolute minimum aan procedures per jaar dat nodig is om zo goed mogelijk hartchirurgie bij deze kwetsbare groep uit te oefenen. Immers, uit de analyses blijkt dat 50 procedures per jaar het absolute minimum is.

De auteurs in bovengenoemde studie hebben terecht voor een volume van >60 procedures per jaar (en niet >50) gekozen als afkapwaarde. Dit omdat de auteurs nog een relatieve risico reductie (RRR) vinden van 1.47% bij een volume van >55 en een bijna verwaarloosbare RRR van 0.19% bij een volume >60 (1). Alhoewel dit niet statistisch significant bevonden is, zijn ondergetekenden van mening dat men een zo laag mogelijke RRR moet nastreven, zeker omdat het om kinderlevens gaat, en derhalve kiezen voor een volume van >60 procedures per jaar. Wij staan daarmee achter de redenering van de auteurs: zeker in deze zeer kwetsbare groep patiënten zou het motto "better safe than sorry" voorop moeten staan.

5.1.2e stelt tevens hierboven dat de dataset data betreft van over de hele wereld, dat is niet geheel waar: Noord en Midden Amerika ontbreken en 69 van de 90 participerende landen zijn Europees. Tevens is in de analyses gecorrigeerd voor BNI. In die zin passen de analyses goed bij de Nederlandse situatie. Mocht daarover twijfel bestaan dan zou een herhaling van de analyse van de 69 Europese centra uit de dataset overwogen kunnen worden.

Over het tweede punt hebben wij geen opmerkingen. Het is niet duidelijk waarom het hier inhoudelijk om een misconceptie zou gaan.

Tot slot stelt collega 5.1.2e in zijn open brief aan IGG het volgende:

"De 3de misconceptie die een rol speelt is het aantal van 300 kinderhartoperaties per centrum per jaar, daarmee wordt bedoeld jonger dan 18 jaar. Dit werd gebaseerd op een studie naar 121.023 patiënten uit Europa en de Verenigde Staten, jonger dan 18 jaar, waarbij ziekenhuizen werden vergeleken die waren ingedeeld in 4 groepen op grond van hun jaarlijks aantal kinderhartoperaties. De groepen waren: aantal (grote) operaties <150, 150-250, 250-350 en >350, het aantal ziekenhuizen per groep was resp. 50, 26, 12 en 12. In de groep van 250-350 werd de laagste mortaliteit van 4.25% aangetroffen, die niet significant verschilde van de daaropvolgende groep. De ondergrens ligt derhalve op 250, en niet 300 zoals in het rapport toekomstscenario's wordt gesteld."

De vraag bij deze opmerking van 5.1.2e is of het inderdaad wel waar is dat er gesproken zou moeten worden van een absolute ondergrens of dat er uitgegaan moet worden van het aantal kinderhartoperaties waarbij met grote zekerheid gesteld kan worden dat er geen associatie is tussen het volume (cases per jaar) en de kwaliteit van de zorg. 5.1.2e refereert in zijn open brief naar een artikel van Kansy et al (2) over 119,345 kinderhartchirurgische procedures in 99 centra, dat het

volgende concludeert: “Our analysis showed that the risk of in-hospital mortality was lower in higher-volume centres. Although the risk of complications is higher in high-volume centres, the mortality associated with complications that occurred in these centres was lower”.

In dit artikel worden centra ingedeeld in groepen op basis van het jaarlijks aantal uitgevoerde operaties: <150, 150-250, 251-350 en >350. In tegenstelling tot **5.1.2e** bewering dat de laagste mortaliteit in de groep van 251-350 was en dat deze 4.25% was, laat Tabel 2 uit het artikel een ander beeld zien want ongecorrigeerde ziekenhuis sterfte is lager (3.28%) in de centra die jaarlijks meer dan 350 procedures uitvoeren in vergelijking met de centra die er jaarlijks 251-350 (4,26%) uitvoeren:

Centra volume (cases per jaar)	Ongecorrigeerde ziekenhuissterfte (gemiddelde (95% betrouwbaarheidsinterval))
Alle centra samen	4.63% (4.51-4.75)
<150	4.82% (4.57-5.07)
150-250	6.21% (5.94-6.47)
251-350	4.26% (4.01-4.51)
>350	3.28% (3.09-3.46)

Om centra echter goed te kunnen vergelijken moet er gecorrigeerd worden voor factoren die van invloed zijn op ziekenhuissterfte, want deze factoren zijn mogelijk verschillend in de verschillende groepen. Het artikel van Kansy (2) laat in Tabel 3 zien dat wanneer er gecorrigeerd wordt voor deze factoren, er inderdaad geen statistisch significant verschil is in ziekenhuissterfte tussen de groepen 251-350 en >350 jaarlijkse procedures, en dat in de centra met kleinere volumes (<150, 150-250) wel significant meer ziekenhuissterfte is. De vraag is of je op basis van deze observatie kan stellen dat de ondergrens van 300 jaarlijkse kinderhartoperaties bijgesteld zou moeten worden naar 250, zoals **5.1.2e** voorstelt. Aan de hand van nadere analyse van een drietal andere studies komen ondergetekenden tot een andere conclusie, namelijk dat de ondergrens van 300 jaarlijkse kinderhartoperaties terecht is en wetenschappelijk onderbouwd. Voor meer details over deze studies wordt verwezen naar de bijlage. In het kort:

- Welke et al (3) observeren al in 2009 in de Amerikaanse STS Congenital Heart Surgery database dat de afvlakking van de associatie tussen het jaarlijkse aantal procedures en risk-adjusted sterfte begint op ongeveer 250 jaarlijkse procedures, maar pas rond de 300 jaarlijkse procedures lijkt te verdwijnen,
- Backer et al (4) geven in 2020 de bevestiging van deze observatie in de Amerikaanse STS database met de conclusie dat >300 procedures per jaar nodig zijn om overleving te optimaliseren in kinderhart chirurgische patiënten, en
- Pasquali et al (5) laten zien dat met een toenemend aantal jaarlijkse kinderhart chirurgische procedures de behandelvariatie wat betreft morbiditeit en mortaliteit afneemt.

Samenvattend stelt **5.1.2e** in zijn open brief aan IGI ten onrechte dat 40 procedures per jaar in pasgeborenen het minimumaantal is om kwalitatief goede hartchirurgie in deze kwetsbare groep uit te kunnen voeren. De data-analyse van Kansy (1) dient op juiste wijze geïnterpreteerd te worden. Kansy et al bevelen terecht een minimumaantal jaarlijkse procedures van 60 aan, omdat bij dat volume er een bijna verwaarloosbare RRR van 0.19% is. Wij staan achter de redenering van de auteurs: zeker in deze zeer kwetsbare groep patiënten zou het motto “better safe than sorry” voorop moeten staan.

5.1.2e maakt niet duidelijk waarom zijn punt 2 een misconceptie zou zijn.

De stelling van 5.1.2e dat de ondergrens niet 300 maar 250 jaarlijkse kinderhartoperaties per centrum per jaar zou moeten zijn, wordt niet ondersteund door de beschikbare literatuur. Omdat ten eerste op basis van de observatie dat de afvlakking van de associatie tussen het jaarlijkse aantal procedures en risk-adjusted sterfte begint op ongeveer 250 jaarlijkse procedures maar pas rond de 300 jaarlijkse procedure lijkt te verdwijnen, ten tweede op basis van de recente bevestiging van deze observatie in de Amerikaanse STS database met de conclusie dat >300 procedures per jaar nodig zijn om overleving te optimaliseren in kinderen en omdat ten derde op basis van de bevinding dat met een toenemend aantal jaarlijkse kinderhartchirurgische procedures de behandelvariatie afneemt, moet geconcludeerd worden dat de ondergrens van 300 kinderhartoperaties per jaar per centrum, zoals aangegeven in het rapport toekomst scenario's zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen goed onderbouwd is door wetenschappelijk onderzoek.

1. Kansy A, zu Eulenburg C, Sarris G, Jacobs JP, Fragata J, Totoba Z, Ebels T, Maruszewski B. Higher programmatic volume in neonatal heart surgery is associated with lower early mortality. *Ann Thor Surg* 2018;105:1436-40
2. Kansy A, Ebels T, Schreiber C, Jacobs J, Tobota Z, Maruszewski B. Higher programmatic volume in paediatric heart surgery is associated with better early outcomes. *Cardiol Young* 2015; 25:1572-78
3. Welke K, O'Brian S, Petersen E, Ungerleider R, Jacobs M, Jacobs J, The complex relationship between pediatric cardiac surgical case volumes and mortality rates in a national clinical database. *J Thorac CardioVasc Surg* 2009;137:1133-40
4. Backer C, Pasquali S, Dearani J. Improving National Outcomes in Congenital Heart Surgery The Time Has Come for Regionalization of Care *Circulation* 2020;141:943-5
5. Pasquali S, Thibault D, O'Brien S, Jacobs J, Gaynor J, Romano J, Gaies M, Hill K, Jacobs M, Shahian D, Backer C, Mayer J. National variation in congenital heart surgery outcomes. *Circulation* 2020;142:1351-1360.

5.1.2e

26-1-2022

Bijlage

Het artikel van Welke et al (3) betreffende de Amerikaanse STS Congenital Heart Surgery database, dat dezelfde groepsindeling als Kansy et al (1) (<150, 150-250, 250-350 en >350) hanteert over 32,413 procedures in 48 centra: ([https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223\(08\)02251-4/fulltext](https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223(08)02251-4/fulltext)) toont aan dat er een associatie is tussen risk-adjusted ziekenhuissterfte en jaarlijks aantal kinderhartchirurgische procedures (hoe hoger het jaarlijks aantal procedures, hoe lager de risk-adjusted sterfte), met name voor hoog complexe procedures, en dat afvlakking van de associatie begint op ongeveer 250 jaarlijkse procedures maar pas rond de 300 jaarlijkse procedure lijkt te verdwijnen. Dit is in het bijzonder voor het geval voor procedures met een hoge moeilijkheidsgraad (zie de Figuren hieronder).

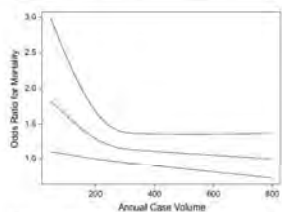


FIGURE 2. Association between overall annual volume and risk-adjusted mortality ($P = .002$, test of no volume-mortality association).

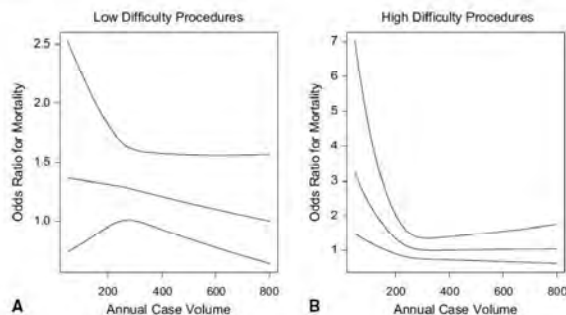


FIGURE 3. Association between surgical volume and risk-adjusted mortality by Aristotle difficulty (A, low difficulty, ≤ 3 [$P = .059$, test of no volume-mortality association]; B, high difficulty, >3 [$P = .007$, test of no volume-mortality association]).

Een recente paper uit de VS waar een ondergrens van 300 procedures per jaar wordt geadviseerd is: Improving National Outcomes in Congenital Heart Surgery The Time Has Come for Regionalization of Care van Carl L. Backer et al (4). Deze studie uit 2020 betoogt, refererend naar de bovengenoemde publicatie van Welke et al (3):

"Studies have documented an inflection point whereby survival for children having congenital heart surgery is optimized at an annual case volume of >300 index cases per year. Recent data from the STS publicly reported congenital databases also support these findings. Median annual volume of centers with the lowest adjusted mortality rate ($\leq 2\%$) was 300 cases per year, whereas median annual volume of the highest mortality centers ($>4\%$) was 100 cases per year."

Tot slot is het verstandig om ook de associatie tussen het jaarlijks aantal procedures en behandelvariatie mee te nemen in de overweging aan welke minimale aantallen procedures per jaar centra moeten voldoen om kwalitatief goede resultaten te boeken. Dit is de focus van een recente studie van Pasquali et al (5), die kijkt naar variatie in ziekenhuissterfte en complicaties na kinderhartchirurgie in 102 US ziekenhuizen (84K procedures) en daarbij vindt dat er minder variatie in uitkomsten is in high volume centra (>350 cases) versus low volume centra (<150 cases), gemeten met het Inter Decile Ratio (IDR= gemiddelde waarde onderste deciel / gemiddelde waarde bovenste deciel), zie de Tabel en de Figuur hieronder.

Table 4. Hospital Variation in Adjusted Outcomes by Surgical Volume

Outcome	Lower Decile	Median	Upper Decile	Interdecile Ratio	Interdecile Absolute Difference
Operative mortality, %					
Annual volume <150 cases	1.7 (1.3-2.0)	3.1 (2.8-3.4)	5.5 (4.6-6.6)	3.3 (2.5-4.5)	3.8 (2.8-5.0)
Annual volume 150 to 349 cases	1.6 (1.4-1.9)	2.8 (2.5-3.1)	4.5 (4.0-5.1)	2.6 (2.3-3.4)	2.9 (2.3-3.5)
Annual volume ≥350 cases	1.7 (1.4-2.0)	2.7 (2.4-3.0)	3.9 (3.4-4.4)	2.3 (1.8-2.8)	2.1 (1.6-2.8)
LOS, d, mean, days					
Annual volume <150 cases	10.3 (9.8-10.8)	14.5 (14.0-15.1)	19.7 (18.6-20.8)	1.9 (1.8-2.0)	9.4 (8.4-10.4)
Annual volume 150 to 349 cases	10.7 (10.2-11.2)	15.4 (14.7-16.1)	19.5 (18.6-20.3)	1.8 (1.8-1.9)	8.8 (8.2-9.4)
Annual volume ≥350 cases	10.9 (10.5-11.4)	14.1 (13.4-14.8)	17.1 (16.5-17.8)	1.6 (1.5-1.6)	6.2 (5.8-6.6)
Major complications, %					
Annual volume <150 cases	5.3 (4.3-6.2)	12.3 (11.1-13.6)	21.3 (19.0-23.9)	4.0 (3.3-5.0)	16.0 (13.5-18.7)
Annual volume 150 to 349 cases	6.6 (5.9-7.5)	12.3 (11.2-13.5)	19.7 (18.0-21.6)	3.0 (2.6-3.4)	13.1 (11.5-14.8)
Annual volume ≥350 cases	7.8 (6.9-8.7)	13.9 (12.4-15.6)	18.2 (16.7-19.9)	2.3 (2.1-2.6)	10.4 (9.1-11.9)

Data are displayed as adjusted estimates (95% credible interval [CrI]). Surgical volume refers to average annual cases/year during the study period. Distribution of hospitals across volume groups is as follows: <150 cases/year (48 hospitals, n=16 069), 150 to 349 cases/year (39 hospitals, n=37 444), ≥350 cases/year (15 hospitals, n=30 894). LOS indicates length of stay; STAC, Society of Thoracic Surgeons-European Association for Cardiothoracic Surgery; and STS CHSD, Society of Thoracic Surgeons Congenital Heart Surgery Database.

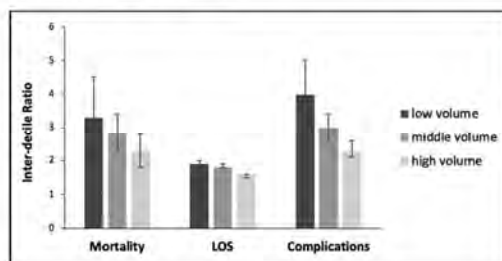


Figure 3. Variation in adjusted outcomes by hospital surgical volume category.

Data are displayed as adjusted estimates and 95% credible intervals (CrIs) for the interdecile ratio by hospital volume category across all outcomes. High-volume hospitals had less variability in outcome (lower interdecile ratio) compared with low-volume hospitals across outcomes, with the results for length of stay (LOS) and complications having nonoverlapping 95% CrIs. See the Methods and Table 4 for more information regarding volume categories: low (<150 cases per year), middle (150 to 349 cases per year), and high (≥350 cases per year).

A set of four social media sharing icons: LinkedIn (in), Twitter (bird), Facebook (f), and Instagram (camera).

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:10:24 AM
Subject: FW: 1e antwoorden feitelijke vragen over Toekomst organisatie en concentratie AHA's
Received: Wed 8/10/2022 10:10:26 AM
[ct. Antwoorden feitelijke vragen Toekomstige organisatie en concentratie zorg bij AHA's.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: vrijdag 28 januari 2022 02:33
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: 1e antwoorden feitelijke vragen over Toekomst organisatie en concentratie AHA's

Daar [redacted] 5.1.2e en [redacted] 5.1.2e
Bij deze de 1e antwoorden op de feitelijke vragen. Onze antwoorden zijn in rood, in geel wie vraag heeft beantwoord.
Er zitten hier en der nog pm's in, maar dat zien jullie vanzelf.
Op- en aanmerkingen horen wij graag (bij voorkeur met track & changes).
Sterkte, want het is niet weinig!
Met vriendelijke groet,
[redacted] 5.1.2e



[redacted] 5.1.2e
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
Directie Patiënt en Zorgordering | Cluster Rechtmatige Zorg |
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
* | 06 [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl |

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Fri 1/28/2022 7:41:01 AM
Subject: FW: zorgvisie hartchirurgie
Received: Fri 1/28/2022 7:41:02 AM

Van [redacted] 5.1.2e
Verzonden: vrijdag 28 januari 2022 08:32
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: zorgvisie hartchirurgie

LUMC-arts: VWS-besluit concentratie kinderhartchirurgie is erdoorheen 'gesjoemeld'



Bart Kiers

Een besluit tot concentratie van de kinderhartchirurgie moet een gedegen toetsing op kwaliteit van de bestaande kinderhartcentra als basis hebben. LUMC-kinderinterventiecardioloog Nico Blom vindt het onbegrijpelijk dat oud-minister Hugo de Jonge van VWS dat heeft nagelaten. 'Zonder gedegen kwaliteitsaudit zal het veld nooit tot een goede samenwerking komen. Dan zal er zo veel onbegrip blijven bestaan.'



Nico Blom:

'Twee centra is misschien theoretisch beter. Maar de gevolgen zijn gigantisch als je kijkt naar de verplaatsing van zorg en aantasting van de bestaande zorginfrastructuur.'

Stomverbaasd was kinderinterventiecardioloog Nico Blom toen de raad van bestuur hem maandagavond 20 december belde. Oud-minister Hugo de Jonge van VWS had besloten dat **kinderhartchirurgie en -katheterisaties** zouden verdwijnen uit Leiden en Groningen. 'Ik heb een kwartier sprakeloos voor mij uit zitten staren', vertelt Blom, die in 1995 begon als fellow-kindercardioloog bij CAHAL, het samenwerkingsverband LUMC en Amsterdam UMC.

Commissie-Lie: CAHAL is voorbeeld

CAHAL is volgens Blom uitgegroeid tot een van de toonaangevende Europese expertisecentra voor hartchirurgie. Bevestiging daarvan gaf de **commissie-Lie**, waarin internationale waargewichten zaten, die in 2009 een serieuze kwaliteitsaudit deed van de toenmalige centra. 'De commissie-Lie noemde CAHAL hét goede voorbeeld van hoe je samenwerking moet doen. Bij bezoeken van de IGJ de afgelopen periode was de boodschap dat wij zeker moesten blijven. We halen al 25 jaar de volumenormen. Wij zijn altijd het grootste centrum van Nederland geweest met de meeste ingrepen. Rotterdam heeft ons net ingehaald, nadat ze Nijmegen erbij kregen.'

VWS komt er niet uit

Dat oud-minister De Jonge zegt dat 'het veld' het niet heeft opgelost, vindt Blom aanmatigend. 'Dat is de omgekeerde wereld. De commissie-Lie heeft in 2009 geadviseerd om te concentreren in Leiden, Rotterdam en Groningen. De IGJ nam dat advies aanvankelijk over, maar gaf een maand later Utrecht alsnog een vergunning. VWS kwam er dus zelf niet uit.'

IGJ en concentratie kinderhartchirurgie

Dat de problematiek in 2021 weer op de agenda kwam, is te danken aan IGJ-inspecteur Irene Hellemans, die het concentratiedossier al tien jaar onder haar hoede had. Vlak voor haar pensionering in 2018 uitte zij haar zorgen over de toekomst van de kinderhartchirurgie, vertelt Blom. 'Die zorgen hadden niets met CAHAL en Rotterdam te maken, maar met onduidelijkheid over de samenwerking tussen Utrecht en Groningen.'

Commissie-Bartelds: 2 of 3 centra

De betrokken medisch specialisten hebben vervolgens op verzoek van VWS en de IGJ een commissie aangesteld om te onderzoeken hoe concentratie vorm kon krijgen. Deze **commissie-Bartelds** adviseerde voor twee of drie centra, zonder een voorkeur uit te spreken. 'Dat was een heel neutraal rapport. De commissie heeft de aantallen hart- en katheter-operaties bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal centra. Dat levert drie scenario's: vier, drie of twee centra. Alleen drie of twee centra voldoen, volgens de commissie-Bartelds.'

VWS-besluit is willekeur

Het ministerie van VWS is in de ogen van Blom aan de haal gegaan met het rapport-Bartelds. Op pure willekeur zijn twee centra aangewezen. 'De keuze is niet gemaakt op basis van een kwaliteitsanalyse, maar op grond van theoretische aannames over volumes. VWS noemt Zweden als voorbeeld, maar daar zijn twee centra op 10 miljoen inwoners. Finland heeft er één op 5 miljoen mensen. Dat is een reële maat. Bij een scenario van twee centra heb je in Nederland één centrum op 8,5 miljoen inwoners. Dat is echt heel sterk geconcentreerd.'

Toets op kwaliteit

VWS zegt ten onrechte dat het heel moeilijk is om de kwaliteit te toetsen, stelt Blom. 'Dat is helemaal niet moeilijk. Daar zijn internationale richtlijnen voor. De volumennormen en sterftecijfers vertellen genoeg. De Europese norm zegt dat je 100 zuigelingen jonger dan een jaar moet doen. Je moet bij 300 kinderen operaties doen of 375 operaties bij kinderen en volwassen samen. CAHAL en Erasmus hebben allebei een erkenning van het European Reference Network (ERN) GUARD-Heart. Daarvoor moet je waslijsten invullen. Belangrijk is ook dat je ECMO hebt (dat is een kleine hart-longmachine voor gebruik op de intensive care, red.)'

Volumennormen en concentratie

Opmerkelijk is ook dat VWS sterk leunt op een advies van de IGJ dat uitgaat van een volumennorm van 60 operaties bij neonaten jonger dan 30 dagen. Maar de onderliggende studie van onder meer thorax-chirurg Tjark Ebels uit het UMCG is verkeerd geïnterpreteerd. Dat zegt Ebels zelf en Blom beaamt dat de echte minimumnorm 40 is. 'Als je een besluit niet baseert op een gedegen kwaliteitsanalyse, krijg je nooit acceptatie van het proces.'

DC3-plan: drie centra

Veel realistischer dan twee kinderhartcentra is volgens Blom het plan voor drie centra. Het zogeheten DC3-plan, een initiatief van de bestuurders van het Erasmus MC, LUMC en UMC Groningen, is in juni 2021 aangeboden aan VWS. Met twee grote centra in de Randstad en het kleinere Groningen erbij is de regionale spreiding ook gedekt. De DC3 moet één bestuur krijgen om de expertise en volumes op elke locatie op peil te houden. Als na vijf jaar zou blijken dat dit niet haalbaar was, zou het model met twee locaties alsnog in beeld komen. Dat alleen het kleinere Utrecht niet meedeed, komt volgens Blom doordat Utrecht geen specifieke expertise heeft. 'Twee is misschien theoretisch beter. Maar de gevolgen zijn gigantisch als je kijkt naar de verplaatsing van zorg en aantasting van de bestaande zorginfrastructuur.'

Shared care

Want essentieel bij concentratie naar twee centra is hoe de zogeheten *shared care* tot stand komt. Alleen de operaties verdwijnen uit de kinderhartcentra, maar de voor- en nazorg niet. 'Het gaat om precieze en hoogcomplexe aandoeningen. Als het niet lukt om goed samen te werken tussen de centra zonder en met operaties, hebben we in Nederland echt een heel groot probleem. In CAHAL laten we al 25 jaar zien hoe dat op twee locaties moet. Utrecht heeft qua samenwerking geen goede *track record*.'

Concentratie en kwaliteit

Een besluit tot concentratie van de kinderhartchirurgie zal altijd een gedegen toetsing op kwaliteit van de bestaande kinderhartcentra als basis moeten hebben. Dat dit niet is gebeurd, vindt Blom onbegrijpelijk. 'Het idiote van dit hele concentratiedossier is dat er geen enkele toetsing is op kwaliteit. Als de huidige kwaliteit beter is op een plek, dan is de kans groter dat die daar in de toekomst ook goed is. Dat is zo logisch als wat. In elke concentratiedossier is de huidige kwaliteit het uitgangspunt. Het kan niet zo zijn dat de komende dertig concentratiedossiers er op basis van willekeur doorheen worden gesjoemeld. Ik vertrouw erop dat politici dat inzien. Zonder gedegen kwaliteitsaudit zal het veld nooit tot een goede samenwerking komen. Dan zal er zo veel onbegrip blijven bestaan.'

Serie concentratie kinderhartchirurgie

Zorgvisie schrijft een serie over de concentratie van kinderhartchirurgie:

1. 'Verdwijnen kinderhartchirurgie uit UMCG is gevaarlijk'
2. LUMC vecht besluit kinderhartchirurgie juridisch aan
3. Erasmus MC laat van zich horen over concentratie kinderhartchirurgie
4. Ryan Accord: 'We moeten niet met modder gooien'
5. Bartelds: 'Het zal me echt een worst wezen wie de operaties doet'
6. Hartexperts twisten over volumenoromen

Met vriendelijke greet,

5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

M 06 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

5.1.2e

email: 5.1.2e @minvws.nl

070 5.1.2e

Dagblad van het Noorden - [vervolg van voorpagina](#) - 28 jan 2022 04:48

Lengte: 534 woorden

Het ministerie van VWS concludeert op basis van eigen onderzoek dat **kinderhartchirurgie** geconcentreerd moet worden in het Erasmus MC in Rotterdam en UMC Utrecht. Het UMCG is het oneens met de score die het per criterium van het ministerie heeft gekregen. „We zijn er zeer verbaasd en verbijsterd over”, zegt Verhagen. „We zijn ervan overtuigd dat als het ministerie over de juiste informatie had beschikt, de enige conclusie had geweest dat **kinderhartchirurgie** juist hier moet blijven.”

Naast de oproep om de procedure opnieuw te doen, heeft het UMCG het ministerie ook de eigen cijfers opgestuurd, waar VWS volgens Verhagen niet over beschikt. „Het ministerie heeft ons nooit om de cijfers gevraagd”, zegt Verhagen. De procedure kan wat de hoogleraar betreft „de toets der kritiek absoluut niet doorstaan”.

Een voor een loopt Verhagen de criteria langs op basis waarvan het ministerie de toekomst van de **kinderhartchirurgie** heeft bepaald. Het eerste punt is dat de **ziekenhuizen** levensloopzorg moeten bieden. Dat patiënten die als pasgeborene worden geopereerd, in het **ziekenhuis** tot ver in hun volwassenheid terecht kunnen voor specialistische zorg.

„Wij scoren hier volgens het ministerie niet hoog op, terwijl het hele pakket van zorg in het UMCG bij uitstek geboden wordt. Dit hebben wij ook altijd uitgedragen”, zegt Verhagen. „Het kan niet anders of het ministerie heeft zich op verkeerde data gebaseerd.”

Het tweede criterium is het voldoen aan voldoende volume en mortaliteit (het overlijdenspercentage van patiënten). Het ministerie houdt het aantal van 60 operaties aan dat jaarlijks gedaan moet worden.

„Waarom 60? Dat blijft onduidelijk. Wij denken dat de norm rond de 40 operaties moet liggen en voldoen daaraan, net als de andere **ziekenhuizen**”, zegt Verhagen.

Daarnaast wil het ministerie dat de chirurgie daar wordt geconcentreerd waar sprake is van een 'volwaardig kinderziekenhuis'. Het UMCG scoort hier één plusje, terwijl het recht zegt te hebben op twee plusjes (het ministerie beoordeelt de **ziekenhuizen** met plusjes en minnetjes). „We zijn hier juist heel breed en multidisciplinair. Waarom één plusje? Het ministerie heeft zich waarschijnlijk vergist.”

Op het punt van personele capaciteit scoort het UMCG een plus en een min voor leeftijdsopbouw. „Uiterst merkwaardig”, zegt Verhagen. „Dat is waarschijnlijk nattevingerwerk geweest van het ministerie, want onze leeftijdsopbouw zit juist goed in elkaar.”

Ook scoort het UMCG volgens het ministerie niet goed op de aantallen congenitale chirurgen en kinder-interventiecardiologen, terwijl Verhagen claimt dat het **ziekenhuis** op deze punten de normen gewoon haalt.

Dan is er nog de organisatiekracht van het **ziekenhuis**, de mogelijkheden om vormen van zorg uit te kunnen breiden. Hier constateert het ministerie tot Verhagens boosheid dat het in Utrecht en Rotterdam makkelijker is om zorgpersoneel aan te trekken dan in Groningen. „Nee! Het is andersom. Het is al lang gebleken dat het in de Randstad veel moeilijker is om aan zorgpersoneel te komen dan hier in het Noorden”, zegt Verhagen. „Het is een zeer vervelende misvatting dat we in het Noorden zaken minder goed voor elkaar kunnen krijgen dan in de Randstad.”

[Link naar PDF](#)

Copyright 2022 Mediahuis Noord All Rights Reserved



[Emmen steunt UMCG-](#)

Dagblad van het Noorden - [Pim Siegers](#) - 28 jan 2022 04:48

Lengte: 255 woorden

De Emmer steunbetuiging volgt op gelijkgestemde geluiden uit gemeenteraden in Groningen en Provinciale Staten van Drenthe, Friesland en Groningen. Raadsleden in Emmen willen ook in ander Drentse gemeenten het protest ontketenen.

Initiatiefnemer in de raadsvergadering gisteravond was Jenneke Ensink van Lef!, zelf moeder van een **kind** met een hartafwijking. Zij wist alle andere partijen achter haar voorstel te krijgen. Alleen de PVV, zoals veel vaker afwezig, stemde niet mee. Ensink: „Het kabinetsbesluit kan kinderlevens kosten, dit besluit treft ook Drentse hartpatiënten”. Ook vreest ze een verlies van goed geschoold medisch personeel en noodzakelijke apparatuur.

Anita Louwes van de PvdA steunde de motie met een persoonlijke hartenkreet. Louwes is zelf in haar jeugd in behandeling geweest bij deze afdeling in het UMCG. „Dit raakt mij zeer, daarom ga ik mee de barricaden op.”

Emmen stelt nu een brandbrief op aan de minister en vraagt andere Drentse politici dat mede te ondertekenen. Partijen met een afvaardiging in de Tweede Kamer verplichten zich om ook die contacten te gebruiken om het voornemen te dwarsbomen.

Het kabinet wil hartchirurgie en -katheterisaties voor kinderen en complexe ingrepen bij mensen met een aangeboren hartafwijking verplaatsten naar **ziekenhuizen** in Rotterdam en Utrecht.

Een kleine 260.000 duizend mensen tekenden al de petitie tegen die centralisering van hartzorg. De Tweede Kamer debatteert 17 februari over de voorgenomen sluiting van **kinderhartchirurgie** in Groningen.

[Link naar PDF](#)

Copyright 2022 Mediahuis Noord All Rights Reserved

Uitnodiging

Minister Ernst Kuipers

**2022/0008**

Datum aangevraagd:

maandag 10 januari 2022

Naam van de bijeenkomst

Gesprek patiënten en ouders patiënten met een (complexe) aangeboren hartafwijking

DatumTussen vrijdag 14 januari 2022 en
maandag 31 januari 2022**Tijd**

12:00 - 13:00

Plaats

's-Gravenhage

Locatie

Door u te bepalen.

Straat

Parnassusplein

Huisnummer

5

Postcode

2511VX

Thema

Curatieve zorg

Programma

Een gesprek van maximaal 1 uur met een kleine vertegenwoordiging (max. 6) patiënten en ouders van minderjarige patiënten met een complexe aangeboren hartafwijking inzake de implicaties van het door minister genomen besluit inzake centralisatie van de (kinder)hartchirurgie en hoogcomplexe interventies bij volwassenen met een aangeboren hartafwijking. Zie ook de al door ons aan u toegezonden brief in deze.

Rol

Op werkbezoek komen.

Motivatie

De minister heeft onze brief + lijst mede ondertekenaars via zijn woordvoerders reeds ontvangen. Deze brief gaat over de zorgen en vragen van patiënten en ouders inzake het besluit de (kinder)hartchirurgie en complexe interventies bij volwassenen met een aangeboren hartafwijking te centreren. Dit kabinet heeft laten weten met mensen, betrokkenen, te willen praten over hun zorgen, problemen.

De groep mede ondertekenaars van onze brief is nog groeiende. Gezien het voor onverwachte besluit, daags voor Kerst 2021, hebben wij nog maar een kleine week onze mede laten ouders op de hoogte kunnen brengen, benaderen.

Een kleine vertegenwoordiging gaat graag kort met de minister in gesprek over het betreffende besluit van zijn voorganger en de implicaties ervan op de steeds groter wordende groep volwassen patiënten die dit betreft en ouders van de nog jonge patiënten die dit besluit treft.

Uitnodiging

Minister Ernst Kuipers

**2022/0008**

Datum aangevraagd:

maandag 10 januari 2022

Andere sprekers

Er zijn geen andere sprekers uitgenodigd.

Doelgroep

Ouders van (onder jarige) kinderen met een aangeboren hartafwijking en volwassenen met een gecompliceerde aangeboren hartafwijking, afhankelijk van hartchirurgische (het)ingrepen en overige interventies.

Aantal bezoekers

1-25

Toegangskosten

Gratis

Openbaar of besloten

Besloten

Voertaal

Nederlands

Media

Ja, namelijk: NOS / NRC

Contactgegevens aanvrager**Voornaam**

5.1.2e

Tussenvoegsel**Achternaam**

5.1.2e

Functie

Patiënt aangeboren hartafwijking

Organisatie

Privé personen

Telefoonnummer

06 5.1.2e

E-mailadres

5.1.2e@gmail.com

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
Cc: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; _dienstpostbus Uitnodigingen Bewindslieden [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: _dienstpostbus Uitnodigingen Bewindslieden [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
Sent: Fri 1/28/2022 11:32:59 AM
Subject: RE: Een of meerdere openstaande taken
Received: Fri 1/28/2022 11:33:00 AM
[2022 0008- Gesprek patiënten en ouders patiënten met een \(complexe\) aangeboren hartafwijking.pdf](#)

Goedemiddag iedereen,
 Zojuist is het besluit van de minister teruggekomen en hij is akkoord met hoog ambtelijke vervanging in deze uitnodiging.
 [redacted] 5.1.2e kan jij laten weten of [redacted] 5.1.2e inderdaad een bijdrage gaat leveren wat betreft deze uitnodiging?
 Dan kan ik [redacted] 5.1.2e die de uitnodiging heeft ingestuurd laten weten dat ze eventueel contact met secretariaat kan opnemen.
 (dat ligt uiteraard ook een beetje aan wat de exacte bijdrage van [redacted] 5.1.2e gaat zijn natuurlijk.)
 Ik verneem het graag nog even.
 Alvast dank!
 Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e

E-mail: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl
 Telefoon: 06 - [redacted] 5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag
 Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

Van: [redacted] 5.1.2e

Verzonden: woensdag 19 januari 2022 12:18

Aan: [redacted] 5.1.2e _dienstpostbus Uitnodigingen Bewindslieden

Onderwerp: RE: Een of meerdere openstaande taken

Klopt, ik zal nog een keer bij [redacted] 5.1.2e navragen. Ze zou het nogmaals met [redacted] 5.1.2e bespreken.

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: woensdag 19 januari 2022 12:03

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; _dienstpostbus Uitnodigingen Bewindslieden <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

CC: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: Een of meerdere openstaande taken

Ja klopt, advies was om [redacted] 5.1.2e gesprek te laten voeren, maar nog geen reactie, toch [redacted] 5.1.2e

Verzonden met BlackBerry Work

(www.blackberry.com)

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Datum: woensdag 19 jan. 2022 10:44 AM

Aan: _dienstpostbus Uitnodigingen Bewindslieden <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: RE: Een of meerdere openstaande taken

[redacted] 5.1.2e meende dat jij deze al had uitgezet?

Groet

[redacted] 5.1.2e

Verzonden met BlackBerry Work

(www.blackberry.com)

Van: Werkbezoek VWS [redacted] 5.1.2e @werkbezoeken.nl>

Datum: woensdag 19 jan. 2022 9:06 AM

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: Een of meerdere openstaande taken



Geachte collega,

U heeft een of meerdere openstaande taken.

- [Geven van een werkbezoek advies voor uitnodiging 2022/0008 Gesprek patiënten en ouders patiënten met een \(complexe\) aangeboren hartafwijking \(Aangevraagd op 11 januari 2022\)](#)

Heeft u tussentijds vragen of opmerkingen, stel die dan aan ons via 5.1.2e@minvws.nl.

Met vriendelijke groet,

Externe Optredens en Protocol

Directie Communicatie

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
Cc: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Fri 1/28/2022 1:12:32 PM
Subject: RE: Overleg inz. aangeboren hartafwijkingen
Received: Fri 1/28/2022 1:12:00 PM

Ha: [redacted] 5.1.2e
 [redacted] 5.1.2e en ik schuiven samen aan, [redacted] 5.1.2e niet. Vooral nog geen stukken.
Grt: [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e

Verzonden: vrijdag 28 januari 2022 12:50

Aan: [redacted] 5.1.2e

CC: [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: FW: Overleg inz. aangeboren hartafwijkingen

Ho: [redacted] 5.1.2e

Afspraak met de minister is in de agenda gekomen voor maandag 31 januari van 17:30 tot 18:30 uur.

Wouter, nodig ik hier [redacted] 5.1.2e ook voor uit? En zijn hier stukken voor?

[redacted] 5.1.2e ik heb aan de secretaresse van [redacted] 5.1.2e doorgegeven dat jij om 17:30 uur een afspraak hebt bij de minister.

Groet, [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: vrijdag 28 januari 2022 12:09

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

CC: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: FW: Overleg inz. aangeboren hartafwijkingen

Ho: [redacted] 5.1.2e kan jij dit oppakken zie hieronder voor [redacted] 5.1.2e en [redacted] 5.1.2e

Groetje, [redacted] 5.1.2e

Van: Minister van VWS [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Verzonden: vrijdag 28 januari 2022 12:01

Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

CC: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>

Onderwerp: Overleg inz. aangeboren hartafwijkingen

Beste allen,

Overleg is ingepland op: **maandag 31 januari, 17.30-18.30 uur!**

Fijn als de volgende deelnemers kunnen aanhaken:

∇ DGCZ

∇ PZO: [redacted] 5.1.2e

Tevens begrepen dat er vandaag nog digitale stukken komen, fijn als ik dat per mail kan ontvangen.

Hierbij de webex gegevens:

U hebt de informatie voor deze Rijksvideo Vergadering gewijzigd.

Wanneer het tijd is, start u hier uw Rijksvideo Vergadering.

Vergaderingsnummer (toegangscodes): [redacted] 5.1.2e

Wachtwoord voor vergadering: [redacted] 5.1.2e

Hostsleutel: 441932

maandag 31 januari 2022

17:30 | (UTC+01:00) Amsterdam, Berlijn, Bern, Rome, Stockholm, Wenen | 1 uur

Vergadering starten

Meer manieren om deel te nemen:

Deelnemen via de vergaderingskoppeling

<https://rijksvideo.webex.com/rijksvideo/j.php?MTID=m89c24a6884be17f0efba255bbaa892c1>

Met vriendelijke groet,

5.1.2e



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken
Parnassusplein 5 | 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |

* +3170 5.1.2e @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
Cc: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl];
adviseurdcgz [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Sun 1/30/2022 2:57:54 PM
Subject: RE: Gesprek met commissaris van de koning Drenthe
Received: Sun 1/30/2022 2:57:55 PM

Ha [redacted] 5.1.2e

Prima om morgen nog even te overleggen. Ten overvloede maar je kent de argumenten zelf als geen ander:

- ∇ DC 3 model is drie centra die op vier locaties interventies uitvoeren;
- ∇ IGJ adviseert ook twee locaties;
- ∇ Off the record doen veel zorgprofessionals dat ook;
- ∇ Rekenkundig is drie locaties te veel als je de volumenorm in ieder geval voor neonaten wilt halen.

Groet,

[redacted] 5.1.2e

Van [redacted] 5.1.2e

Verzonden: zondag 30 januari 2022 15:38

Aan: [redacted] 5.1.2e

CC: [redacted] 5.1.2e; adviseurdcgz

Onderwerp: Gesprek met commissaris van de koning Drenthe

Dag [redacted] 5.1.2e

Vrijdagochtend en zondagmiddag door [redacted] 5.1.2e gebeld over Groningen. Regio Groningen ziet vooral dat hen opnieuw iets wordt afgenomen en er geen verschil is tussen UMCU en UMCG. Argumentatie dun. Wil graag voor DC3 model gaan.

Maken het politiek, Tweede Kamer is belangrijk partij om het verhaal Groningen in te vullen. Iedereen wil voor kwaliteit gaan en ziet dat concentratie noodzakelijk is. Echter eerder naar 3 locaties dan 2

Goed om morgen nog een voor overleg te hebben voor we de minister spreken.

[redacted] 5.1.2e

Verzonden met BlackBerry Work

(www.blackberry.com)

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 10:40:08 AM
Subject: FW: Schriftelijke Kamervragen Concentratie AHA
Received: Wed 8/10/2022 10:40:10 AM

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: maandag 31 januari 2022 11:17
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e Dienstpostbus IGI Parlementaire Zaken
Onderwerp: RE: Schriftelijke Kamervragen Concentratie AHA

Dag, [redacted] 5.1.2e

Je vroeg via via om een IGI reactie op een aantal gestelde vragen. Zie hiervoor onderstaande. Graag wil ik jou verzoeken om deze vragen op zijn minst in CC aan de domeinsecretaris te sturen. In dit geval is dat [redacted] 5.1.2e maar heb ik het opgepakt i.v.m. haar verlof. Alvast bedankt.

Groet, [redacted] 5.1.2e

A: Waarom is de samenwerking tussen artsen van het UMC Utrecht, die voorheen de complexe operaties in het UMC Groningen uitvoerden, gestopt en welk effect heeft dit gehad op de kwaliteit? [\(alleen tweede deel van de vraag\)](#)

Het stoppen van de samenwerking tussen UMCG en UMCU heeft geen direct gevolg voor de kwaliteit van de complexe operaties. Wel kan het zijn dat er nu meer patiënten tussen de beide UMC's moeten worden verwezen om onder de optimale omstandigheden geopereerd te worden. Op de langere duur is het huidige kwaliteitsniveau minder goed vol te houden om dezelfde redenen waarom is besloten om de kinderhartchirurgie landelijk verder te concentreren.

B: Op basis waarvan is de IGI tot de rekensom gekomen zoals in haar advies staat?

Antwoord op vraag B en op vraag D:

De IGI hanteert de volumennormen zoals die in het visier rapport 'zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, scenario's voor de toekomst' zijn beschreven en onderbouwd. Daarin wordt verwezen naar internationale literatuur en de database van de European Congenital Heart Surgeon Association (ECHSA). In aanvulling op de cijfers van het aantal behandelingen bij de huidige centra in de verschillende leeftijdscategorieën heeft de inspectie daar ook de toen bekende cijfers over 2019 betrokken. Inmiddels zijn de cijfers over 2020 bekend en die liggen tussen de cijfers van 2018 en 2019 in. Het visier rapport is opgesteld en publiek gemaakt vanuit de verenigingen van professionals die het meeste bij de kinderhartchirurgie betrokken zijn te weten de NVT, de NVK en de NVVC. Het is gebruikelijk dat de verenigingen van professionals (wetenschappelijke verenigingen) veldnormen ontwikkelen waaraan de (organisatie van de) zorg kan worden getoetst. De volumennormen die in het visier rapport worden genoemd beschouwt de inspectie als een dergelijke veldnorm en het is de enige die in aanmerking komt voor de Nederlandse situatie.

C: Waarop baseert de IGI haar stelling dat er minder kinderen geboren gaan worden en dat alleen in de Randstad het aantal kinderen toeneemt?

De IGI heeft in haar advies naar aanleiding van het verschijnen van het genoemde visier rapport aannemelijk gemaakt dat het aantal hartchirurgische ingrepen bij kinderen eerder af dan toe zal nemen. Deze lichte trend is zichtbaar in de jaarlijkse cijfers van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie sinds 2015. Hierbij zijn geen regionale verschillen betrokken.

D: Welke internationale richtlijnen en/of internationaal geaccepteerde volumennormen heeft de IGI gebruikt in haar besluitvorming?

De IGI heeft op onderdelen referentie gezocht in dezelfde internationale literatuur als in het visier rapport wordt genoemd. Zie verder het antwoord op de vraag B.

Groet, [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl

Verzonden: maandag 24 januari 2022 13:25

Aan: [redacted] 5.1.2e @igi.nl

CC: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl

Onderwerp: Schriftelijke Kamervragen Concentratie AHA

Hallo, [redacted] 5.1.2e

We hebben 241 schriftelijke vragen gekregen van de Commissie VWS, die voor het debat van 17 feb beantwoord moeten worden. Op onderstaande vragen ontvangen we graag een antwoord van de IGI. Zou jij hier uiterlijk donderdag 12 uur (met MT afgestemde) antwoorden op kunnen aanleveren?

Groet, [redacted] 5.1.2e

A: Waarom is de samenwerking tussen artsen van het UMC Utrecht, die voorheen de complexe operaties in het UMC Groningen uitvoerden, gestopt en welk effect heeft dit gehad op de kwaliteit? [\(alleen tweede deel van de vraag\)](#)

Het stoppen van de samenwerking tussen UMCG en UMCU heeft geen direct gevolg voor de kwaliteit van de complexe operaties. Wel kan het zijn dat er nu meer patiënten tussen de beide UMC's moeten worden verwezen om onder de optimale omstandigheden geopereerd te worden. Op de langere duur is het huidige kwaliteitsniveau minder goed vol te houden om dezelfde redenen waarom is besloten om de kinderhartchirurgie landelijk verder te concentreren.

B: Op basis waarvan is de IGI tot de rekensom gekomen zoals in haar advies staat?

Antwoord op vraag B en op vraag D:

De IGI hanteert de volumennormen zoals die in het visier rapport 'zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, scenario's voor de toekomst' zijn beschreven en

onderbouwd. Daarin wordt verwezen naar internationale literatuur en de database van de European Congenital Heart Surgeon Association (ECHSA). In aanvulling op de cijfers van het aantal behandelingen bij de huidige centra in de verschillende leeftijdscategorieën heeft de inspectie daar ook de toen bekende cijfers over 2019 betrokken. Inmiddels zijn de cijfers over 2020 bekend en die liggen tussen de cijfers van 2018 en 2019 in. Het visierapport is opgesteld en publiek gemaakt vanuit de verenigingen van professionals die het meeste bij de kinderhartchirurgie betrokken zijn te weten de NVT, de NVK en de NVVC. Het is gebruikelijk dat de verenigingen van professionals (wetenschappelijke verenigingen) veldnormen ontwikkelen waaraan de (organisatie van de) zorg kan worden getoetst. De volumennormen die in het visierapport worden genoemd beschouwt de inspectie als een dergelijke veldnorm.

C: Waarop baseert de IGJ haar stelling dat er minder kinderen geboren gaan worden en dat alleen in de Randstad het aantal kinderen toeneemt?

De IGJ heeft in haar advies naar aanleiding van het verschijnen van het genoemde visierapport aannemelijk gemaakt dat het aantal hartchirurgische ingrepen bij kinderen eerder af dan toe zal nemen. Hierbij zijn geen regionale verschillen betrokken.

D: Welke internationale richtlijnen en/of internationaal geaccepteerde volumennormen heeft de IGJ gebruikt in haar besluitvorming?

Zie het antwoord op de vraag B.



5,1,2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Patiënt en Zorgordening |

Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag |

Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |

* | 06-51120000 | [@minvws.nl](mailto:info@minvws.nl) |

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
Cc: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e @ziggo.nl]; [redacted] 5.1.2e @ziggo.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Mon 1/31/2022 11:21:04 AM
Subject: Actielijst AHA 31 jan
Received: Mon 1/31/2022 11:21:05 AM
[Actielijst AHA 31 jan.docx](#)

Toegevoegd aan actielijst:

- Brief Ged Staten Provincie Overijssel (spreiding van zorg en contrast met eerdere nota Zorg van de Toekomst Min Van Arkel)
- Nieuwe WOB verzoek van Nieuwsuur

Gr [redacted] 5.1.2e

dat nu eenmaal moest volgens de toen geldende regels. Daarna heb ik een paar jaar bestuurswerk en operaties gedaan in Amsterdam. Tot het UMCG mij vroeg of ik niet terug wilde komen. Graag!"

Ze vinden het zo pijnlijk en onterecht dat er nu vanuit Rotterdam en Utrecht statistieken van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie worden opgerakeld waarin staat dat de sterftecijfers in Groningen bij de pasgeborenen hoger zouden zijn dan in de andere centra.

„Alleen de categorie en de jaren waar Groningen slechter lijkt te scoren worden eruit gelicht." Ebels heeft de statistieken nog eens goed onder de loep genomen. Bij te vroeg geboren kinderen moest regelmatig de ductus dichtgemaakt worden, de verbinding tussen de grote ader naar het hart en de longslagader die normaal gesproken vanzelf dichtgaat. Dat was een veelvoorkomende operatie zonder extreem hoog risico. In een vergelijking over de resultaten van operaties bij pasgeborenen rekenen andere ziekenhuizen meer ductus-operaties mee waardoor hun gemiddelde beter lijkt.

Arrigoni en Van Bostel ergeren zich aan het schermen met de cijfers. „Er is gewoon heel veel discussie over hoe je moet registreren. Onze eerlijkheid bij de registraties wordt nu tegen ons gebruikt."

Bij het besluit om te concentreren wordt door de inspectie en het ministerie een wetenschappelijk onderzoek van Ebels zelf gebruikt om aan te tonen dat 'Groningen' te weinig operaties doet. Een ziekenhuis zou pas goed genoeg zijn in zulke operaties als het er zestig per jaar doet. Ebels stelt dat hij destijds beschreef dat het minimum eigenlijk bij veertig operaties ligt. In een brief aan de Tweede Kamer zegt hij dat zijn onderzoek verkeerd uitgelegd wordt. Daar wordt door de Rotterdamse voorzitter van een onderzoeksc commissie die de concentratieplannen inluide weer met 'verbijstering' op gereageerd.

Waar de vier kinderchirurgen zich vooral ook druk om maken is wat de gevolgen zijn voor volwassenen met hartafwijkingen en voor patiënten van andere afdelingen in het ziekenhuis. „Er wordt in de plannen onderscheid gemaakt tussen simpele en complexe operaties. De simpele zouden we wel mogen blijven doen hier. Maar dat onderscheid is niet altijd te maken van tevoren", zegt Van Bostel.

En hoe moet het dan met andere complexe operaties? „We doen hier ook kinder-longtransplantaties. De mensen die daarbij betrokken zijn, werken ook bij de kindhartchirurgie. Als de deskundigheid bij het ene verdwijnt, komt ook het andere op het spel te staan. Dan zouden er ook wel eens meer complexe transplantaties bij kinderen kunnen verdwijnen uit Groningen. Er is geen enkel ander centrum in Nederland of België dat die zorg op deze manier wél kan bieden."

Het is ook te gemakkelijk om te zeggen dat het alleen om de kindhartchirurgen gaat. „We staan altijd met een team van ongeveer tien mensen in de operatiekamer", zegt Ebels. „De ervaren ok-assistenten, verpleegkundigen en andere ondersteunende mensen die nu met ons een op elkaar ingespeeld team vormen, gaan niet zomaar ergens anders werken."

Dat geldt misschien wel voor de kindhartchirurgen zelf. Hoewel zij als hoogopgeleide professionals eigenlijk in de hele wereld aan de slag kunnen. „Ik hou alle opties open", zegt Van Bostel.

[Link naar PDF](#)

Copyright 2022 Mediahuis Noord All Rights Reserved



'Minister tot een ander besluit dwingen over hartchirurgie'

Dagblad van het Noorden - Stef Alena - 29 jan 2022 05:53

Lengte: 292 woorden

Op 17 februari staat er in de Tweede Kamer een debat gepland over het plan van het ministerie van Volksgezondheid om kindhartchirurgie te concentreren in het Erasmus MC en UMC Utrecht. Naast Groningen verliest dan ook het UMC Leiden zijn afdeling kindhartchirurgie. Partijen van links tot rechts hebben rond de 200 vragen gesteld aan minister Ernst Kuipers van Volksgezondheid over de gang van zaken.

Dankzij de brief die UMCG-bestuursvoorzitter Ate van der Zee donderdag aan Kuipers heeft gestuurd komen daar nog wat vragen bij. In het schrijven roept Van der Zee de minister op het hele proces over te doen en een commissie van wijzen opdracht te geven onderzoek te doen naar de beste locaties. Het Groninger academisch ziekenhuis is „verbijsterd" over criteria die het pas achteraf te horen kreeg en ook over de score die het van het ministerie heeft gegeven op vijf verschillende punten, waaronder organisatiekracht en leeftijdsopbouw van het personeel.

In het UMCG zijn ze ervan overtuigd dat het ministerie niet over de juiste informatie beschikte bij het beoordelen van het UMCG. Eduard Verhagen, hoofd van het Beatrix Kinderziekenhuis van het UMCG, verwacht voor het debat van 17 februari een antwoord van de minister op het verzoek het hele proces over te doen.

De PvdA schaarst zich in elk geval achter het standpunt dat de procedure opnieuw moet, laat Henk Nijboer weten. Volgens de Groninger is er „verkeerd en partijdig geoordeeld". De PvdA is van mening dat het noorden en oosten van het land net zo goed volwaardige kindzorg verdienen als de rest van het land. De partij heeft in de woorden van Nijboer „nog veel vragen" en kondigt aan in het debat van 17 februari de minister tot een „ander besluit te willen dwingen".

[Link naar PDF](#)

Copyright 2022 Mediahuis Noord All Rights Reserved



Sluiting van hartcentrum grijpt Paulien erg aan

Friesch Dagblad - Ate Hoekstra - 29 jan 2022 05:38

Lengte: 723 woorden

Paulien Lei (26) is een van de duizenden mensen in het Noorden die persoonlijk worden getroffen door het besluit de kindhartchirurgie weg te halen uit Groningen. „Wij hier in deze provincie, Groningen en Drenthe hebben toch evenveel recht op goede zorg als mensen in Utrecht of

Amsterdam?"

Een posttraumatische stressstoornis. Dat was de diagnose die Paulien Lei in 2015 te horen kreeg. Een gevolg van de zware hartoperaties die zij als kind moest ondergaan. Bovendien een stoornis die mogelijk nooit meer zal verdwijnen. „Heb ik een ingreep nodig, dan komt dat telkens terug”, vertelt de hartpatiënte uit Leeuwarden. „Als ik straks naar Rotterdam moet, waar ik de mensen niet ken en nog niet vertrouw, weet ik zeker dat de emotionele schade voor mij nog erger wordt.”

Lei is een van de duizenden mensen in Noord-Nederland die al sinds hun geboorte onder behandeling staan bij gespecialiseerde hartspecialisten in het UMCG in Groningen. Maar nu het ministerie van Volksgezondheid deze specialistische zorg wil concentreren bij het Erasmus MC in Rotterdam en het UMC in Utrecht, kunnen Lei en haar lotgenoten straks niet meer in Groningen terecht voor behandeling. Dat kan grote gevolgen hebben, zowel medisch als psychisch.

Vier operaties

Het plan om het kinderhartcentrum in Groningen te sluiten leidde de afgelopen maanden al tot veel verzet. Een online petitie om de afdeling te behouden, leverde al bijna 260.000 handtekeningen. Op. Kinderombudsman Margrite Kalverboer waarschuwt dat het de situatie voor kinderen in het noorden en noordoosten van het land zal verslechteren.

Ook Lei de beslissing niet. Omdat de rechterkant van haar hart zich voor de geboorte niet goed heeft ontwikkeld, kwam zij met een

eenkamerhart ter wereld. Ze was zestien dagen oud toen ze haar eerste openhartoperatie bij het UMCG onderging. Nog voor haar vierde verjaardag zouden er drie operaties volgen. „Daarna blijf je tot je achtste onder controle bij de kinder cardioloog en vervolgens bij de cardioloog voor volwassenen”, vertelt Lei. „Als alles goed gaat, betekent dat één keer per jaar controle. Gaat er iets niet goed, dan moet je er misschien tien keer naartoe.”

Dat merkte Lei zelf twee jaar geleden. „Ik had dat jaar last van hartritme stoornissen en ben toen voor een hartkatheterisatie geweest. Toen moest ik soms elke week naar het UMCG voor allerlei testen en onderzoeken.”

Zou dat in de toekomst weer gebeuren, dan moet zij vanwege haar aangeboren hartafwijking waarschijnlijk naar Rotterdam of Utrecht. Dat betekent veel extra reistijd en weg uit een vertrouwde omgeving. En dat terwijl zij, net als de meeste hartpatiënten, een slechtere conditie heeft dan de gemiddelde Nederlander. Reizen is voor haar een vermoeiende activiteit. „Moet ik nu naar Groningen voor een onderzoek, dan is dat een intensieve dag in het ziekenhuis en daarna vaak een dag rusten. Moet ik straks naar Rotterdam, dan kan ik daar nog twee dagen aan vastplakken.”

Levens in gevaar

Voor Lei was het kort na haar geboorte kante boord. Ze vreest wat er gebeurt als kinderen in het Noorden straks niet meer in Groningen terecht kunnen met een levensbedreigende hartkwaal. „Ik moest bij binnenkomst in het UMCG direct naar de operatiekamer. Dat is minutenwerk. Als je dan eerst met je kind helemaal naar Utrecht moet, gaat dat levens kosten.”

Een standaardcontrole zal voor haar straks in Groningen nog wel mogelijk zijn, verwacht de hartpatiënte. Bij meer dan dat is ze echter al snel aangewezen op Rotterdam of Utrecht. Ook als ze bijvoorbeeld een been breekt en een operatie nodig heeft. „Je kunt mij niet onder narcose brengen als ieder ander”, legt ze uit. „Ik heb een heel andere bloedsomloop en daarom een anesthesiste nodig die gespecialiseerd is in aangeboren hartafwijkingen. Als ze de kinderhartchirurgie weghalen uit Groningen, vertrekken die gespecialiseerde anesthesisten waarschijnlijk ook.”

Lei haalt hoop uit het brede verzet tegen de plannen van de minister. Tegelijkertijd vreest ze dat ze bij het haar zo vertrouwde UMCG straks niet meer terecht kan. Met haar PTSS is ze nog het bangst voor de emotionele schade die dat zal veroorzaken. „Moet ik naar Utrecht of Rotterdam, dan zou ik dat zo lang mogelijk rekken. Dat brengt ook weer risico's met zich mee.”

De in Kollum opgegroeide Lei blijft kalm. Maar het onbegrip is groot. „Zorg zou niet afhankelijk mogen zijn van waar je woont. Wij hier in deze provincie, in Groningen en in Drenthe hebben toch evenveel recht op goede zorg als mensen in Utrecht of Amsterdam?”

Als alles goed gaat, heb je één keer per jaar controle. Anders moet je er misschien tien keer naartoe

Paulien Lei

[Link naar PDF](#)

Copyright 2022 Mediahuis Noord All Rights Reserved



[Menselijke maat geldt kennelijk niet bij kinderhartchirurgie](#)

Leidsch Dagblad - 29 jan 2022 04:36

Rubriek: p.9

Lengte: 359 woorden

Naar aanleiding van de discussies over het sluiten van te veel kinderhartchirurgieplekken, mede op verzoek van onze zoon. Deze regering heeft het veelvuldig over 'de menselijke maat'. Maar bij de kinderhartchirurgie geldt dat kennelijk niet.

Vanuit mijn eigen ouderervaring: onze zoon werd met vacterl-associatie in het LUMC geboren en direct doorgestuurd naar het AMC. Eigenlijk moest hij naar het praktisch onbereikbare Nijmegen, maar via-via-via kon hij gelukkig alsnog naar Amsterdam. Hij had weliswaar geen hartafwijking, maar wel tig andere afwijkingen. In totaal is hij in tien jaar tenminste zeventien keer geopereerd en heeft hij ruim drie plus drie

maanden in het AMC gelegen. En daarna hebben we nog vele malen heen en weer moeten rijden voor controles en meer.

Dit had ook vooral veel persoonlijke negatieve gevolgen voor ons gezinsleven en bracht ook nog eens extra hoge kosten mee en een ruim verlies van inkomen. En dit was slechts 55 minuten van deur tot deur, met de ook nog eens noodzakelijke auto (met openbaar vervoer was het bijna 120 minuten).

Slechts twee **hartcentra** in Nederland overhouden zou betekenen dat heel erg veel ouders erg veel zouden moeten gaan reizen om bij hun **kind** te zijn. Dat is geen menselijke maat meer, maar een totaal onnodige, zeer negatieve situatie die gecreëerd wordt. Terwijl dat echt onnodig is en uitermate onverantwoord. Om maar niet te spreken over filevorming en ons milieu. Voor de mensen in Groningen is dit natuurlijk helemaal waanzinnig, dan heb je het over vele uren reistijd en nog veel hogere kosten en onnodige stress.

En dan durft deze minister nog zo iets te zeggen van: pech gehad, moet je er maar wat voor over hebben?

Dan het verhaaltje, meer is het niet te noemen, van Wouter van Leeuwen uit het Rotterdamse Erasmus MC, dit is gewoon eigenbelang en niet in het belang van de kinderen of de getroffen gezinnen.

Bovendien het is toch veel eenvoudiger, goedkoper en milieuvriendelijker als de chirurgen op diverse plaatsen opereren? Met eerder genoemde zestig operaties per jaar zijn er nog pakweg driehonderd dagen over om elders te snijden?!

Erik Rorsch, Oegstgeest

[PDF-bestand van dit document](#)

Copyright 2022 Mediahuis Nederland BV All Rights Reserved



Gronings kinderhartcentrum sluiten tast hele regio aan

Trouw - KOEN SCHULING IS BURGEMEESTER VAN GRONINGEN - 29 jan 2022 02:39

Rubriek: p. 28, 29

Lengte: 447 woorden

In het commentaar (Trouw, 25 januari) gaat het over de ophef in het noorden over de keuze van het kabinet om onder andere het Groningse centrum voor **kinderhartchirurgie** te sluiten. Ook de centra in Leiden en Amsterdam gaan dicht, de **kinderhartcentra** in Utrecht en Rotterdam blijven bestaan. Ik ben het geheel met de schrijver van het commentaar eens dat het logisch is dat er bij de sluiting in Groningen een verband wordt gelegd met de woede over de afhandeling van de mijnbouwschade. Maar daarna komt een aantal argumenten die ik als burgemeester van Groningen graag weerleg.

Zo lijkt de commentaarschrijver het eens te zijn met de specialisten van de **ziekenhuizen** in Rotterdam en Utrecht dat emotie overheerst in deze discussie. De emotie die je inderdaad voelt als jouw **kind** in de toekomst mindere zorg krijgt dan kinderen in de Randstad.

De sluiting van dit kinderhartcentrum zal namelijk grote impact hebben op de levens van de kinderen en hun ouders, én daarnaast op de zorg in de hele regio, breder dan alleen vanuit medisch perspectief. En ja, daar komen emoties bij kijken. Door dit alles terzijde te schuiven en te zeggen dat er nu eenmaal een keuze gemaakt moet worden, wordt deze discussie onterecht en ongefundeerd simplistisch.

Het opheffen van deze afdeling in het UMCG heeft ingrijpende gevolgen, niet alleen voor haar patiënten en familie, maar voor vele specialismen daar omheen en voor de regio in zijn geheel. Gezinnen moeten straks 185 kilometer naar Utrecht of 245 kilometer naar Rotterdam reizen. Bovendien gaan hoogwaardige arbeidsplaatsen, noodzakelijke acute zorgcapaciteit, zorgvuldig opgebouwde kennis en jarenlange ervaring definitief voor het noorden verloren. En juist die kennis en ervaring worden in Groningen gebruikt om samen met onderwijsinstellingen en bedrijfsleven te innoveren. Iets waar heel Nederland van profiteert.

Op niveau

Zoals de minister in zijn brief van afgelopen 20 december schreef, is de zorg van alle vier de **ziekenhuizen** op niveau. Dat dan om onduidelijke redenen vervolgens het enige **ziekenhuis** in de regio afvalt, kunnen wij niet volgen. Volgens het commentaar vormt de reisafstand voor deze specifieke zorg geen probleem. Dan kan men dus andersom ook naar Groningen komen.

Op vele dossiers zie ik dat er impact dreigt te ontstaan voor juist deze prachtige regio, die vervolgens ondergeschikt wordt gemaakt aan een groter belang. Dit besluit haalt niet slechts een steen uit de muur, maar tast het fundament onder dit cluster van noodzakelijke en zeer goed georganiseerde zorg aan. En juist in Groningen weten we inmiddels wat er gebeurt als je een fundament laat trillen.

Bekijk de oorspronkelijke pagina: [pagina 28](#), [pagina 29](#)

Copyright 2022 DPG Media B.V. All Rights Reserved



About LexisNexis® Privacy Policy Terms & Conditions Copyright © 2022 LexisNexis. All rights reserved. RELXGroup



To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
Cc: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Mon 1/31/2022 3:51:18 PM
Subject: FW: Voorbereiding Commissie Debat concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (17/02)
Received: Mon 1/31/2022 3:51:20 PM

Ter info: Vooroverleg met minister staat gepland op **15 feb (14 tot 15 uur)**. [redacted] 5.1.2e overlegt nog met [redacted] 5.1.2e wie (verder) aansluiten.

Wordt z.s.m. in jullie agenda's gezet!

Van: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 16:41
Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Voorbereiding Commissie Debat concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (17/02)

Even aan [redacted] 5.1.2e gevraagd

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 16:40
Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: FW: Voorbereiding Commissie Debat concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (17/02)

Van: Minister van VWS <[redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 27 januari 2022 16:24
Aan: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
CC: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>; [redacted] 5.1.2e @minvws.nl>
Onderwerp: Voorbereiding Commissie Debat concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (17/02)

Beste allen,

Voorbereidingsoverleg CD concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen 17/02 is als volgt ingepland:

OVV MV: dinsdag 15 februari, 14.00-15.00 uur, kamer MVWS

Ik hoor graag wie de deelnemers zijn:

- DGCZ?
- Directeur pzo of MT lid
- Beleidsmedewerker pzo
- PA
- Woordvoerder?

Het dossier moet mee in de tas van vrijdag 11 februari, 12.00 uur!

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e



[Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport](#) | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken |
Parnassusplein 5 | 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
+3170 [redacted] 5,1,2e [redacted] @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |

To: adviseurdqcz [5.1.2e]@minvws.nl]
 Cc: [5.1.2e]@minvws.nl [5.1.2e]@minvws.nl]
 From: [5.1.2e]
 Sent: Mon 1/31/2022 4:14:21 PM
 Subject: RE: Samenvatting voor in het overkoepelend jaarplan
 Received: Mon 1/31/2022 4:14:00 PM
[Concept jaarplan 2022 PZo.pptx](#)

Ha [5.1.2e]
 Zie bijgevoegd laatste versie van ons jaarplan (incl wijzigingen). En onderstaand in rood een paar voorgestelde aanpassingen.
 Bij vragen, weet me te vinden!
 Grt [5.1.2e]

Van: adviseurdqcz

Verzonden: maandag 31 januari 2022 15:23

Aan: [5.1.2e]

Onderwerp: Samenvatting voor in het overkoepelend jaarplan

Ha [5.1.2e]
 Hieronder de samenvatting voor in het overkoepelend jaarplan:

PZo

Versterken positie van de patiënt

- > Voorbereiden definitieve besluitvorming rond vaststelling Beleidskader + besluitvorming budgettaire ruimte.
- > Betrokken zijn bij integraal zorgakkoord en waken voor voldoende positionering patiëntenperspectief.
- > Gezondheidsvaardigheden.

Kwaliteit: de beste uitkomst van zorg voor iedere patiënt

- > Afronden visie op kwaliteit.
- > Wbmv **vervolg, waaronder besluit aangeboren hartafwijkingen.**

Zorgordening: organiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg

- > Concentratie van hoogcomplexere zorg.
- > Meedenken over bij overige bekostigingsvraagstukken (uitkomstgericht, domeinoverstijgend, passende zorg etc.).

Een bekostigingssysteem dat werkt

- > Analyse met mogelijke oplossingsrichtingen voor sturen op doelmatigheid in de tarieven
- > Diverse aanwijzingen

Meer tijd voor zorg door minder regeldruk

- > **Opvolger ORDZ, waaronder verminderen regeldruk in nieuwe wet en regelgeving.**

Goede zorg door goed bestuur

- > Wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders.

Verbeteren integriteit zorgsector door versterken aanpak zorgfraude

- > **Samenwerking in TIZ en WBSRZ**

Niet volledig maar goed gevuld.

Nog aanpassingen?

Groeten,

[5.1.2e]

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Mon 1/31/2022 9:36:30 PM
Subject: RE: Nota conc opties vervolg besluit NZ
Received: Mon 1/31/2022 9:36:00 PM
[Nota conc opties vervolg besluit](#)^{1/4} [opm w.docx](#)

Ha beiden,
Ziet er goed uit, Zie nog enkele opmerkingen en suggesties van mijn kant.
Grt [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: maandag 31 januari 2022 16:54
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: Nota conc opties vervolg besluit NZ

Urgentie: Hoog
Ha [redacted] 5.1.2e
Dank [redacted] 5.1.2e dat je zo snel een nota hebt gemaakt. Bijgaand mijn aanvullingen.
Gr [redacted] 5.1.2e

Aanwezigen CD concentratie AHA's 17-feb

Versie 11 februari 2022

Naast minister van VWS

#	Naam	Directie	Onderwerp(en)	Contactgegevens
1.	5.1.2e	PZo	Directeur PZo	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl

Aanwezigen Tweede Kamer (let op: 2 zalen, max. 6 personen per zaal)

#	Naam	Directie	Onderwerp(en)	Contactgegevens
1.	5.1.2e	PZo	Coördinator: controleert alle vragen voordat ze naar minister gaan	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
2.	5.1.2e	PZo	Dossierhouder AHA's	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
3.	5.1.2e	PZo	Ondersteuner: doet alles in mapjes en vinkt af in lijst Google Docs	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
4.	5.1.2e	PZo	Coördinator: 1 ^e inhoudelijke check, stuurt door aan Wouter en bijhouden in Google docs	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
5.	5.1.2e	PZo	Schrijversteam	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
6.	5.1.2e	PZo	Schrijversteam	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
7.	5.1.2e	PZo	Schrijversteam	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
8.	5.1.2e	PZo	Printer	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
9.		SSC-ICT	ICT-ondersteuning	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minbzk.nl
10.	5.1.2e	PZo	'Loper'	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl

Aanwezigen VWS

#	Naam	Directie	Onderwerp(en)	Contactgegevens
1.	5.1.2e	PZo	Spelverdeler: deelt vragen uit en zet in Google docs	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
2.		PZo	Wbmv	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
3.		PZo	Wbmv	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
4.		PZo	Wbmv	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
5.		IGJ	IGJ Toezicht	06- 5.1.2e / 5.1.2e @igj.nl

6.	5.1.2e	IGJ	IGJ Toezicht	06- 5.1.2e / 5.1.2e @igj.nl
7.		CZ		06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
8.		NZa	Impactanalyse NZa	06- 5.1.2e / 5.1.2e @nza.nl
9.		WJZ	Juridische vragen	06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl
10.		CZ		06- 5.1.2e / 5.1.2e @minvws.nl

Standby / telefonisch beschikbaar

#	Naam	Directie	Onderwerp(en)	Contactgegevens
1.	5.1.2e	IGJ	Senior adviseur/domeinsecretaris Curatieve gezondheidszorg	06- 5.1.2e / 5.1.2e @igj.nl
2.				
3.				
4.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]
Sent: Wed 2/16/2022 3:14:39 PM
Subject: Waar ben ik
Received: Wed 2/16/2022 3:14:40 PM
[Aanwezig CD concentratie AHA's 17-feb.docx](#)

Even voor de zekerheid: in dit documentje sta ik op aanwezig in de Kamer maar ik dacht op VWS te moeten zijn? Groet

[REDACTED] 5.1.2e

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

To: [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 8/10/2022 11:00:08 AM
Subject: FW: info: debat over regeringsverklaring EK 15 februari
Received: Wed 8/10/2022 11:00:10 AM

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: woensdag 16 februari 2022 16:46
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: RE: info: debat over regeringsverklaring EK 15 februari

Ha Collega's,

Hierbij de tekst van het debat gisteren, waar het in de toezegging m.i. over gaat heb ik onderstreept. Ook te vinden op: [Verslag van de plenaire vergadering van dinsdag 15 februari 2022 - Eerste Kamer der Staten-Generaal](#)

1^e termijn TK:

[redacted] 5.1.2e (OSF):

.....
 Waarom moet het midden van Nederland meerdere gespecialiseerde kinderhartcentra hebben, in Rotterdam en Utrecht, terwijl een groot gedeelte van midden-Nederland ook terecht kan bij aangrenzende Belgische kinderhartcentra? Waarom wordt het UMCG, het enige kinderhartcentrum in Noord-Nederland, met sluiting bedreigd, nota bene zonder buitenlandse dekkingen? Waarom worden buitenlandse centra sowieso niet betrokken bij deze discussie? In bijvoorbeeld Limburg worden alle patiënten verwezen naar België of Duitsland. Waarom gebeurt dat niet in de rest van Nederland? Waarom voeren we deze discussie niet in bijvoorbeeld Benelux-verband?

.....
 1^e termijn MP

Voorzitter. Dan kom ik bij het kopje zorg. Misschien eerst de vragen die gesteld zijn over het tere punt van de kinderhartchirurgie in Groningen en de sluiting die daar dreigt. Het punt is dat er in Nederland elf chirurgen zijn, zeg ik uit mijn hoofd, die dat type operaties kunnen doen. Zij werken nu op vijf locaties en die moeten in principe 24 uur per dag open zijn. Daarmee is mijn kennis uitgeput, maar het laat wel zien hoezeer het noodzakelijk is om opnieuw te kijken naar je dat precies doet. Als de kinderhartchirurgie in Groningen dichtgaat, betekent dat overigens niet dat dan ook alle andere behandelingen die er spelen rondom kinderen en hartziekten daar niet meer plaatsvinden. Maar de hartchirurgie zou daar weggaan. Daar is veel discussie over. Ernst Kuipers, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft vrijdag een brief daarover gestuurd aan de Tweede Kamer. Hij heeft gezegd dat de NZa voor de zomer een nieuwe analyse zal maken van de gevolgen van de concentratie zoals die nu is voorzien op twee plekken, namelijk Erasmus MC en UMC Utrecht, zoals het kabinet nu van plan is. Hij is bereid om opnieuw naar die keuzes te kijken als daar goede inhoudelijke redenen voor zijn. Dat wordt nu bekeken, dus het is nu even on hold. Zodra de uitkomsten er zijn, is er nader beraad. Ik kan me voorstellen dat ik hier toezeg dat de Eerste Kamer vanzelfsprekend de uitkomsten daarvan ontvangt, nu het ook hier zo nadrukkelijk aan de orde is.

[redacted] 5.1.2e

Dank voor het antwoord. In grote lijnen had ik dat ook meegekregen uit de brief die gestuurd is. Ik heb daaraan toegevoegd dat er ook buitenlandse aspecten zouden kunnen spelen in het kader van de internationale samenwerking. Bijvoorbeeld waar het Limburg betreft, wordt verwezen naar buitenlandse kinderhartcentra. Waarom doen we dat niet op andere plekken? En waarom wordt die geografische discussie niet meegenomen in de totale discussie? Het blijkt tot nu toe geen rol te spelen. Sterker nog, de geografische component is uitgesloten. Ik denk dat het heel belangrijk is dat er ook in het Noorden dekking is. Dan hoeft je geen grote overdekking te hebben in het midden van het land e.q. in het zuidelijke gedeelte. In dat kader zou ik dat willen meegeven in de discussie.

Minister Rutte:

Ook die vraag heb ik volstrekt helder verstaan. Laat ik toezeggen dat ik aan Ernst Kuipers vraag om daarbij in overleg met de NZa ook het aspect te betrekken of er in een wat grotere ruimte dan alleen Nederland nog slimme combinaties zijn te maken, zonder dat ik weet of dat klopt. Wat [redacted] 5.1.2e zegt, klinkt voor mij logisch. Dat zegt in ieder geval deze leek tegen [redacted] 5.1.2e, die duidelijk meer heeft nagedacht over dat vraagstuk. Dat gaan we erbij betrekken.

Van: [redacted] 5.1.2e

Verzonden: woensdag 16 februari 2022 08:38
Aan: [redacted] 5.1.2e
CC: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: RE: info: debat over regeringsverklaring EK 15 februari
 Ha [redacted] 5.1.2e

We realiseren ons dat op 15 februari ook een persconferentie staat gepland. In de voorbereiding houden we hier rekening mee en we zullen hier aanvullende afspraken over maken.

Proces en werkwijze beantwoording

Het proces van de beantwoording moet over het algemeen binnen **30 minuten** worden doorlopen met als doel om AZ zo snel mogelijk van de juiste antwoorden te voorzien. Dat proces is als volgt:

- AZ meldt de vraag bij BPZ. Het betreffende BR-lid en zijn/haar adviseur zorgen voor een antwoord of het BR-lid geeft akkoord op het door AZ opgestelde conceptantwoord.
- In die gevallen waar afstemming met de directie nodig is, neemt (de adviseur van het) het BR-lid contact op met de directeur.
- De adviseur van het BR-lid zorgt voor afstemming met FEZ-BT.
- Het conceptantwoord wordt daarna voorgelegd aan de bewindspersoon (via de adviseur van de bewindspersoon).
- Na akkoord levert BPZ het antwoord aan bij AZ. Indien op verzoek van de bewindspersoon nog wijzigingen in het antwoord nodig zijn, zorgt (de adviseur van) het BR-lid hiervoor.

Snelle beantwoording is op dinsdag 15 februari extra van belang, omdat de MP dezelfde dag al aan het woord komt.

Coördinatie en aanspreekpunt bij VWS

AZ coördineert het debat. Binnen VWS ligt de coördinatie bij BPZ (bij 5.1.2e).

Op dinsdag 15 februari zijn wij het eerste aanspreekpunt. Wij volgen het debat en zijn *linking pin* tussen AZ en directies binnen VWS.

Op dit moment is er door het ministerie van Algemene Zaken (AZ) op een aantal factsheets van het debat in de TK een update gevraagd.

Deze updates zijn vandaag uitgezet via de BPZ-adviseurs.

Kort voor het debat zullen wij jullie nader informeren over de laatste stand van zaken, het format van de beantwoording en de aandachtspunten bij de beantwoording.

Graag horen wij uiterlijk op 11 februari 12:00 of de directeur vervangen wordt en door wie. En weet ons bij vragen graag te vinden!

Groeten,

Namens het BPZ-voorbereidingsteam debat regeringsverklaring



5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurszaken en Politieke Zaken (BPZ)

Permassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

* 06 5.1.2e

✉ 5.1.2e @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl]
 Cc: [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] @minvws.nl]
 From: [redacted] 5.1.2e
 Sent: Wed 2/16/2022 3:49:49 PM
 Subject: RE: info: debat over regeringsverklaring EK 15 februari
 Received: Wed 2/16/2022 3:49:50 PM

[redacted] 5.1.2e: zeer bedankt. Hier kunnen we (beter) mee uit de voeten.
 Groet,
 [redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e
 Verzonden: woensdag 16 februari 2022 16:47
 Aan: [redacted] 5.1.2e
 CC: [redacted] 5.1.2e

Onderwerp: RE: info: debat over regeringsverklaring EK 15 februari
 Ha Collega's,

Hierbij de tekst van het debat gisteren, waar het in de toezegging m.i. over gaat heb ik onderstreept. Ook te vinden op: [Verslag van de plenaire vergadering van dinsdag 15 februari 2022 - Eerste Kamer der Staten-Generaal](#)
 1^e termijn TK:

[redacted] 5.1.2e (OSF):

.....
 Waarom moet het midden van Nederland meerdere gespecialiseerde kinderhartcentra hebben, in Rotterdam en Utrecht, terwijl een groot gedeelte van midden-Nederland ook terecht kan bij aangrenzende Belgische kinderhartcentra? Waarom wordt het UMCG, het enige kinderhartcentrum in Noord-Nederland, met sluiting bedreigd, nota bene zonder buitenlandse dekkingen? Waarom worden buitenlandse centra sowieso niet betrokken bij deze discussie? In bijvoorbeeld Limburg worden alle patiënten verwezen naar België of Duitsland. Waarom gebeurt dat niet in de rest van Nederland? Waarom voeren we deze discussie niet in bijvoorbeeld Benelux-verband?

.....
 1^e termijn MP

Voorzitter. Dan kom ik bij het kopje zorg. Misschien eerst de vragen die gesteld zijn over het tere punt van de kinderhartchirurgie in Groningen en de sluiting die daar dreigt. Het punt is dat er in Nederland elf chirurgen zijn, zeg ik uit mijn hoofd, die dat type operaties kunnen doen. Zij werken nu op vijf locaties en die moeten in principe 24 uur per dag open zijn. Daarmee is mijn kennis uitgeput, maar het laat wel zien hoezeer het noodzakelijk is om opnieuw te kijken waar je dat precies doet. Als de kinderhartchirurgie in Groningen dichtgaat, betekent dat overigens niet dat dan ook alle andere behandelingen die er spelen rondom kinderen en hartziekten daar niet meer plaatsvinden. Maar de hartchirurgie zou daar weggaan. Daar is veel discussie over. Ernst Kuipers, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft vrijdag een brief daarover gestuurd aan de Tweede Kamer. Hij heeft gezegd dat de NZa voor de zomer een nieuwe analyse zal maken van de gevolgen van de concentratie zoals die nu is voorzien op twee plekken, namelijk Erasmus MC en UMC Utrecht, zoals het kabinet nu van plan is. Hij is bereid om opnieuw naar die keuzes te kijken als daar goede inhoudelijke redenen voor zijn. Dat wordt nu bekeken, dus het is nu even on hold. Zodra de uitkomsten er zijn, is er nader beraad. Ik kan me voorstellen dat ik hier toezeg dat de Eerste Kamer vanzelfsprekend de uitkomsten daarvan ontvangt, nu het ook hier zo nadrukkelijk aan de orde is.

[redacted] 5.1.2e (OSF):

Dank voor het antwoord. In grote lijnen had ik dat ook meegekregen uit de brief die gestuurd is. Ik heb daaraan toegevoegd dat er ook buitenlandse aspecten zouden kunnen spelen in het kader van de internationale samenwerking. Bijvoorbeeld waar het Limburg betreft, wordt verwezen naar buitenlandse kinderhartcentra. Waarom doen we dat niet op andere plekken? En waarom wordt die geografische discussie niet meegenomen in de totale discussie? Het blijkt tot

bijdragen die soms zeer snel opgeleverd moesten worden. De toezeggingen die gedaan zijn in het debat zullen binnenkort ingevoerd worden in Delphi. Volgende week zal over de moties worden gestemd.

Vriendelijke groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e @minvws.nl

Verzonden: vrijdag 4 februari 2022 20:02

Aan:

Onderwerp: info: debat over regeringsverklaring EK 15 februari

Beste BR-leden, directeuren en parlementair contactpersonen,

Het volgende debat staat al weer op de planning: dinsdag 15 februari vindt het debat over de regeringsverklaring in de Eerste Kamer plaats.

Tijdens dit debat debatteert de Eerste Kamer, in navolging van de Tweede Kamer, met de minister-president (MP) over de (politieke) hoofdlijnen van de regeringsverklaring.

Met deze mail informeren wij jullie over een aantal relevante punten voor het debat.

Aanspreekpunt en beschikbaarheid VWS directies

Het is van belang dat directeuren (en bestuursraadleden) gedurende het debat goed telefonisch bereikbaar zijn voor afstemming van conceptantwoorden. Het is dus niet nodig om op VWS te zijn. Mocht een directeur niet bereikbaar kunnen zijn tijdens het debat, dan hierbij het verzoek om uiterlijk vrijdag 11 februari 12:00 aan 5.1.2e te laten wie de directeur vervangt. Het is aan de directies zelf om te bepalen welke medewerkers daarnaast bereikbaar moeten zijn.

Programma debat regeringsverklaring (onder voorbehoud)

De aanvangstijd op dinsdag 15 februari staat vooralsnog gepland op +/- 9:00 uur en de eindtijd is nog niet bekend, maar de verwachting van AZ is dat het tot laat in de avond zal duren.

Het debat vindt plaats op één dag en de MP zal dus ook op dinsdag de vragen beantwoorden van de EK-leden.

Vóór aanvang van en tijdens het debat verspreidt BPZ de sprekerslijst.

We realiseren ons dat op 15 februari ook een persconferentie staat gepland. In de voorbereiding houden we hier rekening mee en we zullen hier aanvullende afspraken over maken.

Proces en werkwijze beantwoording

Het proces van de beantwoording moet over het algemeen binnen 30 minuten worden doorlopen met als doel om AZ zo snel mogelijk van de juiste antwoorden te voorzien. Dat proces is als volgt:

- AZ meldt de vraag bij BPZ. Het betreffende BR-lid en zijn/haar adviseur zorgen voor een antwoord of het BR-lid geeft akkoord op het door AZ opgestelde conceptantwoord.
- In die gevallen waar afstemming met de directie nodig is, neemt (de adviseur van het) het BR-lid contact op met de directeur.
- De adviseur van het BR-lid zorgt voor afstemming met FEZ-BT.
- Het conceptantwoord wordt daarna voorgelegd aan de bewindspersoon (via de adviseur van de bewindspersoon).
- Na akkoord levert BPZ het antwoord aan bij AZ. Indien op verzoek van de bewindspersoon nog wijzigingen in het antwoord nodig zijn, zorgt (de adviseur van) het BR-lid hiervoor.

Snelle beantwoording is op dinsdag 15 februari extra van belang, omdat de MP dezelfde dag al aan het woord komt.

Coördinatie en aanspreekpunt bij VWS

AZ coördineert het debat. Binnen VWS ligt de coördinatie bij BPZ (bij 5.1.2e).

Op dinsdag 15 februari zijn wij het eerste aanspreekpunt. Wij volgen het debat en zijn *linking pin* tussen AZ en directies binnen VWS.

Op dit moment is er door het ministerie van Algemene Zaken (AZ) op een aantal factsheets van het debat in de TK een update gevraagd.

Deze updates zijn vandaag uitgezet via de BPZ-adviseurs.

Kort voor het debat zullen wij jullie nader informeren over de laatste stand van zaken, het format van de beantwoording en de aandachtspunten bij de beantwoording.

Graag horen wij uiterlijk op 11 februari 12:00 of de directeur vervangen wordt en door wie. En weet ons bij vragen graag te vinden!

Groeten,

Namens het BPZ-voorbereidingsteam debat regeringsverklaring



5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken (BPZ) |

Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |

* | 06 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |

Geconcentreerde zorg voor kinderen met pulmonale hypertensie in Nederland

Naar aanleiding van de antwoorden op de feitelijke vragen aan de Minister die de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft gesteld over de toekomstige organisatie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (kenmerk 24012022).

De antwoorden van de Minister over gevolgen van het concentratiebesluit voor de zorg voor kinderen met Pulmonale Hypertensie (vragen 54,55,63,78,85,86,99,116,118,168,174 en 210; antwoorden 54,55,85 en 86) nopen tot een correctie van onjuiste informatie in deze antwoorden en het onjuist geschetste beeld hoe deze zorg gecontinueerd zou kunnen worden bij concentratie van kinderhartinterventies in Utrecht en Rotterdam.

Achtergrond: Pulmonale Hypertensie is een progressieve ziekte van de longvaten en het hart, met een slechte prognose. Deze ziekte komt voor bij kinderen met een aangeboren hartafwijking, maar ook bij kinderen met andere aandoeningen. Het is een zeldzame aandoening (incidentie 1/miljoen; prevalentie 20-40/miljoen), terwijl de diagnose en de behandeling complex is.^{1,2} Daarom is in Nederland 20 jaar geleden door de beroepsgroep besloten de behandeling van deze patiënten te concentreren in één landelijk expertise centrum, met als doel de kwaliteit van leven en prognose van deze kinderen te verbeteren.³ Het UMCG-Landelijk expertisecentrum voor pulmonale hypertensie op de kinderleeftijd behandelt al 20 jaar alle kinderen met pulmonale hypertensie in Nederland.

De Minister van VWS stelt dat:

- *de zorg voor kinderen met pulmonale hypertensie gaat het hoofdzakelijk om poliklinische zorg die door kinder cardiologen kan worden geboden in een centrum zonder hartinterventies.*
Dit is onjuist.

In tegenstelling tot nu gesuggereerd door de Minister van VWS omvat de diagnostiek en behandeling van kinderen met PH zowel poliklinische als intensieve klinische zorg. Behalve complexe medicamenteuze therapieën, omvat deze zorg:

- gespecialiseerde hartkatheterisaties voor
 - a) het stellen van een juiste diagnose,
 - b) voor evaluatie van therapie-effect,
 - c) voor ingrepen ter ontlasting van het hart (atriale ballon septostomie, ductus-stenting).
- hoog-complexe kinderhartchirurgische ingrepen, zoals een zgn. Pott's shunt.
- Longtransplantaties. Uiteindelijk, bij onvoldoende effect van genoemde therapieën, bestaat de behandeling uit een longtransplantatie.
- ExtraCorporal Life Support. Ernstig zieke PH, bijvoorbeeld door late diagnose of rondom ingrepen, behoeven gespecialiseerde IC-zorg, soms met een hartlong machine (ECLS) ter tijdelijke ontlasting van het hart.

De hartkatheterisaties en -interventies bij deze kinderen zijn een integraal onderdeel van de zorg en specifieke PH-expertise, en kunnen niet in een ander centrum zonder deze specifieke expertise gedaan worden.

De suggestie van de Minister is in strijd met de internationale veldnorm.

De norm voor kwalitatief goede zorg voor kinderen en volwassenen met pulmonale hypertensie is vastgelegd in internationale richtlijnen, geacordeerd door de wetenschappelijke verenigingen. Volgens deze richtlijnen dienen patiënten met PH voor optimale zorg behandeld te worden in expertisecentra voor PH. Deze expertisecentra dienen aan kwalitatieve en logistieke eisen te voldoen, beschreven in deze richtlijnen.

- (a) a ward where staff has special expertise in PH
- (b) an intensive therapy unit with relevant expertise
- (c) a specialist outpatient service
- (d) emergency care
- (e) diagnostic investigations including echocardiography, CT-scanning, nuclear scanning, MR imaging, ultrasound, exercise testing, lung function testing and a cardiac catheterization laboratory
- (f) access to the full range of specific PAH and CTEPH drug therapy available in the country

De Minister van VWS stelt:

- Dit komt bij kinderen relatief weinig voor, gemiddeld tussen de tien en twintig keer per jaar

Het Landelijk Expertisecentrum voor pulmonale hypertensie op de kindereleeftijd betreft een hoog-complexe zorgketen, landelijk succesvol geconcentreerd, waardoor het mogelijk is voor deze specialistische en hoog-complexe zorg voor een zeldzame ziekte een goede infrastructuur op te bouwen en een multidisciplinair team met voldoende exposure.

Het centrum behandelt ca 130 kinderen met pulmonale hypertensie uit heel Nederland. Dankzij deze geconcentreerde functie heeft het centrum een Nationale (ECZA) en Europese (ERN) erkenning als expertise centrum voor pulmonale hypertensie. Deze expertise is niet verplaatsbaar zonder langdurig kwaliteitsverlies.

Het feit dat de ziekte zeldzaam is (en bovendien complex) rechtvaardigt concentratie in een expertise centrum teneinde optimale kwaliteit te kunnen bieden.

Het feit dat de ziekte zeldzaam is rechtvaardigt niet om succesvolle geconcentreerde diagnostiek en behandeling van deze aandoening (onnodig) op te offeren voor concentratie van andere (gelieerde) zeldzame ziekten zoals aangeboren hartafwijkingen.

Hetzelfde geldt voor longtransplantaties op de kindereleeftijd (3-5procedures/jaar) welke sinds de start van een longtransplantatie programma in Nederland, alleen in Groningen gedaan worden, en waarvoor ook een unieke infrastructuur en multidisciplinaire expertise is opgebouwd. Ook deze expertise is niet verplaatsbaar zonder langdurig kwaliteitsverlies

Met betrekking tot de bovenbeschreven gespecialiseerde zorgfunctie dient dan ook serieus rekening gehouden te worden met het non-regressie beginsel (beschikbare passende zorg mag alleen maar beter worden en niet slechter)

De Minister stelt:

VWS vindt het essentieel om het perspectief van patiënten te betrekken bij de keuze die worden gemaakt over de toekomst van hun zorg. Uiteindelijk gaat het erom dat patiënten optimale kwaliteit van zorg krijgen en dat hun wensen en behoeften worden meegewogen in de keuzes die worden gemaakt.

De Minister geeft aan dat er daarom gesprekken met patiënten-platforms hebben plaatsgevonden. Het is in dit licht opmerkelijk dat herhaald schrijven van de patiëntenvereniging voor Pulmonale Hypertensie aan VWS, waarin zij hun zorgen uiten over de gevolgen van het besluit voor kinderen met PH, niet beantwoord is en nergens in de overwegingen van de Minister aan deze zorg word gerefereerd

Tot belangrijke functies van expertisecentra behoort ook het verrichten van onderzoek teneinde de kwaliteit van zorg en de uitkomst voor patiënten te verbeteren. In de 20 jaar van haar bestaan verschenen er vanuit het expertisecentrum voor PH op de kindereleeftijd meer dan 200 wetenschappelijke artikelen en 16 proefschriften (waarvan drie met het predikaat cum laude) m.b.t. pulmonale hypertensie op de kindereleeftijd.

Het landelijk expertisecentrum voor PH op de kindereleeftijd levert door middel van zowel translationeel als klinisch onderzoek daarmee wereldwijd een grote bijdrage aan de huidige stand van de wetenschap en zorg voor deze kinderen. Tevens draagt het centrum in belangrijke mate bij aan internationale klinische richtlijnen en aanbevelingen ten aanzien van de diagnostiek en behandeling bij deze kinderen.

Concentratie van integrale zorg voor kinderen met PH in een landelijk expertisecentrum heeft aantoonbaar bijgedragen aan de kwaliteit van zorg en uitkomsten van deze kinderen.

Een expertisecentrum voor kinderen met PH kan niet bestaan zonder mogelijkheden tot kinderhartinterventies (katheterisatie en chirurgische procedures)

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Wed 2/16/2022 6:46:32 PM
Subject: FW: Geconcentreerde Zorg voor Pulmonale Hypertensie op de Kinderleeftijd in Nederland
Received: Wed 2/16/2022 6:46:33 PM
[Geconcentreerde zorg voor kinderen met pulmonale hypertensie in Nederland.docx](#)

Verzonden met BlackBerry Work
 (www.blackberry.com)

Van: [redacted] 5.1.2e <[redacted]@umcg.nl>
Datum: woensdag 16 feb. 2022 7:10 PM
Aan: [redacted] 5.1.2e <[redacted]@minvws.nl>, [redacted] 5.1.2e <[redacted]@igj.nl>
Kopie: [redacted] 5.1.2e <[redacted]@minvws.nl>, [redacted] 5.1.2e <[redacted]@minvws.nl>
Onderwerp: Geconcentreerde Zorg voor Pulmonale Hypertensie op de Kinderleeftijd in Nederland

Geachte [redacted] 5.1.2e en andere VWS medewerkers,

Geachte [redacted] 5.1.2e en medewerkers van de IGJ

Naar aanleiding van de antwoorden op de feitelijke vragen aan de Minister die de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft gesteld over de toekomstige organisatie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (kenmerk 24012022), en in het bijzonder de antwoorden op de vragen betreffende de zorg voor kinderen met pulmonale hypertensie in Nederland, voel ik mij genoodzaakt U te berichten.

Uit de antwoorden van de Minister op vragen 54,55,63,78,85,86,99,116,118,168,174 en 210, meen ik te kunnen opmaken dat de Minister onvoldoende bekend is met het ziektebeeld pulmonale hypertensie bij kinderen, de optimale (organisatie van) zorg en behandeling, en de vigerende richtlijnen over dit onderwerp uit de beroepsgroep, "de veldnorm".

Om U toch kort wat nader te informeren, heb ik een kort document opgesteld (2 A4) met daarin een aantal kern karakteristieken van het ziektebeeld en de zorg voor deze kinderen.

Ik hoop van harte dat dit vlugschrift bijdraagt aan een beter begrip voor deze zorg, de samenhang met de zorg voor kinderen met aangeboren hartafwijkingen en uiteindelijk voor het feit dat de nu door de Minister voorgestelde oplossing voor deze zorg na concentratie van kinderhartinterventies bij kinderen in Utrecht en Rotterdam, niet mogelijk is.

De huidige succesvolle concentratie van deze zorg in Nederland, nationaal en internationaal geprezen, heeft geleid tot aantoonbare verbetering van uitkomsten voor kinderen met pulmonale hypertensie, maar wordt nu direct geraakt door het concentratiebesluit voor kinderhartinterventies.

Dit verdient meer aandacht dan, "tijdens een transitie zien hoe dit op te lossen"

Hopende U met dit (ongetwijfeld niet volledige) overzicht van dienst te zijn,

met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Pediatric and Congenital Cardiology,
Center for Congenital Heart Diseases,
Beatrix Children's Hospital,
University Medical Center Groningen



www.hartafwijking.umcg.nl

5.1.2e

9700RB Groningen

The Netherlands

tel. 5.1.2e

fax 5.1.2e

De inhoud van dit bericht is vertrouwelijk en alleen bestemd voor de geadresseerde(n). Anderen dan de geadresseerde(n) mogen geen gebruik maken van dit bericht, het niet openbaar maken of op enige wijze verspreiden of vermenigvuldigen. Het UMCG kan niet aansprakelijk gesteld worden voor een incomplete aankomst of vertraging van dit verzonden bericht.

The contents of this message are confidential and only intended for the eyes of the addressee(s). Others than the addressee(s) are not allowed to use this message, to make it public or to distribute or multiply this message in any way. The UMCG cannot be held responsible for incomplete reception or delay of this transferred message.

Blokjes	Sub-vragen	Wie?	Contactgegevens
1. Waarom concentratie op 2 locaties?	a) DC3-plan	[redacted]	06- [redacted] / [redacted]@minvws.nl
2. Besluitvormingsproces	a) Onderlinge sfeer umc's	[redacted]	06- [redacted] / [redacted]@minvws.nl
3. Keuze voor ErasmusMC & UMCU + selectiecriteria	a) Expertisecentrum zeldzame aandoeningen + erkenning LUMC & EMC als exp. centrum	a) [redacted]	a) 06- [redacted] / [redacted]@minvws.nl
4. Gevolgen Noord Nederland (UMCG)	a) Drenkelingen in Noorden (ECMO-behandeling)	[redacted]	06- [redacted] / [redacted]@minvws.nl
5. Impactanalyse NZa	a) Rechten kinderen (Kinderombudsman) b) Foetale interventies c) Pulmonale hypertensie d) Acute zorg e) Aanpalende specialisme f) Arbeidsmarkt	[redacted]	Indien nodig zal Mirjam afstemmen met Doutsen vd Burg (NZa) 06- [redacted] / [redacted]@nza.nl
6. Overig (waaronder bredere concentratievragen)	a) Lange termijn wbm v i.r.t. concentratie hoog complexe zorg b) Sturen op kwaliteit + kwal. registratie c) Juridische vragen – Wob + bezwaar UMCG & LUMC/CAHAI d) Vragen over advies/rol IGJ	[redacted] c) [redacted] d) [redacted]	c) 06- [redacted] / [redacted]@minvws.nl d) 06- [redacted] / [redacted]@igj.nl

Vragen die M, S en C niet weten of ingewikkeld zijn gaan (via [redacted] door naar [redacted])
 Contactgegevens: 06- [redacted] / [redacted]@minvws.nl

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl | [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:02:25 AM
Subject: FW: Verdeling blokjes tijdens CD AHA's
Received: Thur 2/17/2022 9:02:00 AM
[Verdeling blokken CD AHA's.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 09:37

Aan: [redacted] 5.1.2e
[redacted] 5.1.2e
[redacted] 5.1.2e

CC: [redacted] 5.1.2e
[redacted] 5.1.2e
Onderwerp: Verdeling blokjes tijdens CD AHA's

Dag allen,
Bij deze de verdeling van blokken (1^e kolom). Vragen/antwoorden moeten onder in één van deze blokjes worden geschaard.
Groet [redacted] 5.1.2e



[redacted] 5.1.2e
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
Directie Patiënt en Zorgordering | Cluster Rechtmatige Zorg |
Pernassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
* | 06 [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl |

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:14:42 AM
Subject: D66 nr 3
Received: Thur 2/17/2022 9:14:00 AM
[3 D66.docx](#)

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:15:11 AM
Subject: FW: D66 vrg 2 besluitvorming betrekken patienten
Received: Thur 2/17/2022 9:15:00 AM
[D66 vrg 2 besluitvorming betrekken patienten.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:12
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: D66 vrg 2 besluitvorming betrekken patienten
D66 vraag 2

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:18:26 AM
Subject: FW: 5 D66
Received: Thur 2/17/2022 9:18:00 AM
[5 D66.docx](#)

Van: [REDACTED] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:17
Aan: [REDACTED] 5.1.2e
Onderwerp: 5 D66

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:19:30 AM
Subject: FW: D66 - 7 - Impactanalyse
Received: Thur 2/17/2022 9:19:00 AM
[D66 - 7 - Impactanalyse.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:18
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: D66 - 7 - Impactanalyse

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl]; [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:25:55 AM
Subject: d66 vr 1
Received: Thur 2/17/2022 9:25:00 AM
[D66_vrg_1_besluitvorming.docx](#)

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl; [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED]@minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:26:52 AM
Subject: FW: 4 D66 (004)
Received: Thur 2/17/2022 9:26:00 AM
[4 D66 \(004\).docx](#)

Van: [REDACTED] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:24
Aan: [REDACTED] 5.1.2e
Onderwerp: 4 D66 (004)
Nieuwe versie 4

To: [REDACTED] 5.1.2e @minvws.nl]; [REDACTED] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:28:09 AM
Subject: FW: CDA vrg 14 impactanalyse en personeel
Received: Thur 2/17/2022 9:28:00 AM
[CDA vrg 14 impactanalyse en personeel.docx](#)

Van: [REDACTED] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:27
Aan: [REDACTED] 5.1.2e
Onderwerp: CDA vrg 14 impactanalyse en personeel

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:27:33 AM
Subject: FW: D66 - Paulusma - 9 - impactanalyse
Received: Thur 2/17/2022 9:27:00 AM
[D66 - Paulusma - 9 - impactanalyse.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:25
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: D66 - Paulusma - 9 - impactanalyse
Dit was niet echt een vraag. Samen pakken met andere vraag van D66 over impactanalyse?

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:29:20 AM
Subject: FW: 10 D66 concentratie MSZ breder
Received: Thur 2/17/2022 9:29:00 AM
[10 D66 concentratie MSZ breder.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:28
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: 10 D66 concentratie MSZ breder

To: [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:32:54 AM
Subject: FW: CDA - vd Berg - 16 - Gevolgen N-NL
Received: Thur 2/17/2022 9:32:00 AM
[CDA - vd Berg - 16 - Gevolgen N-NL.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:31
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: CDA - vd Berg - 16 - Gevolgen N-NL

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] @minvws.nl]; [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] @minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:33:41 AM
Subject: FW: 13 CDA
Received: Thur 2/17/2022 9:33:00 AM
[13 CDA.docx](#)

Van: [REDACTED] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:32
Aan: [REDACTED] 5.1.2e
Onderwerp: 13 CDA

To: [redacted 5.1.2e] [redacted 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted 5.1.2e] [redacted 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted 5.1.2e]
Sent: Thur 2/17/2022 9:38:42 AM
Subject: FW: Vrg 18 GL besluitvorming hoe tot keuze gekomen
Received: Thur 2/17/2022 9:38:00 AM
[Vrg 18 GL besluitvorming hoe tot keuze gekomen.docx](#)

Van: [redacted 5.1.2e]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:38
Aan: [redacted 5.1.2e]
Onderwerp: Vrg 18 GL besluitvorming hoe tot keuze gekomen

To: [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:39:46 AM
Subject: FW: 15 CDA
Received: Thur 2/17/2022 9:39:00 AM
[15 CDA.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:39
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: 15 CDA
Samenvoegen met andere vraag CDA over werkgelegenheid?

To: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] @minvws.nl]; [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] @minvws.nl]
From: [REDACTED]
Sent: Thur 2/17/2022 9:44:03 AM
Subject: FW: 21 GL
Received: Thur 2/17/2022 9:44:00 AM
[21 GL.docx](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:41
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: 21 GL

To: [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:44:55 AM
Subject: FW: GL - 19 - Overig (integrale visie)
Received: Thur 2/17/2022 9:44:00 AM
[GL - 19 - Overig \(integrale visie\).docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:43
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: GL - 19 - Overig (integrale visie)

To: [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]; [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]
From: [redacted] [redacted]
Sent: Thur 2/17/2022 9:46:23 AM
Subject: FW: 12 CDA (002)
Received: Thur 2/17/2022 9:46:00 AM
[12 CDA \(002\).docx](#)

Van: [redacted] [redacted]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:46
Aan: [redacted] [redacted]
Onderwerp: 12 CDA (002)
Nieuwe versie 12

To: [5.1.2e] [5.1.2e @minvws.nl]; [5.1.2e] [5.1.2e @minvws.nl]
From: [5.1.2e]
Sent: Thur 2/17/2022 9:45:47 AM
Subject: FW: vrg 27 SGP besluitvorming
Received: Thur 2/17/2022 9:45:00 AM
[vrg 27 SGP besluitvorming.docx](#)

Van: [5.1.2e]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:44
Aan: [5.1.2e]
Onderwerp: vrg 27 SGP besluitvorming
Wil je meer in gaan op besluit genomen in demissionaire status?

To: [5.1.2e] [5.1.2e @minvws.nl]; [5.1.2e] [5.1.2e @minvws.nl]
From: [5.1.2e]
Sent: Thur 2/17/2022 9:56:43 AM
Subject: FW: 29 SGP
Received: Thur 2/17/2022 9:56:00 AM
[29 SGP.docx](#)

Van: [5.1.2e]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:50
Aan: [5.1.2e]
Onderwerp: 29 SGP

To: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] @minvws.nl]; [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] @minvws.nl]
From: [REDACTED]
Sent: Thur 2/17/2022 9:57:06 AM
Subject: FW: 31 SGP
Received: Thur 2/17/2022 9:57:00 AM
[31 SGP.docx](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:51
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: 31 SGP

To: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] @minvws.nl]; [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] @minvws.nl]
From: [REDACTED]
Sent: Thur 2/17/2022 9:57:26 AM
Subject: FW: 32 SGP
Received: Thur 2/17/2022 9:57:00 AM
[32 SGP.docx](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:51
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: 32 SGP

To: [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:58:21 AM
Subject: FW: 37 SGP
Received: Thur 2/17/2022 9:58:00 AM
[37 SGP.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:53
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: 37 SGP

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 9:57:53 AM
Subject: FW: Vrg 33 SGP besluitvorming heroverweging
Received: Thur 2/17/2022 9:57:00 AM
[Vrg 33 SGP besluitvorming heroverweging.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:52
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: Vrg 33 SGP besluitvorming heroverweging

To: [5.1.2e] [5.1.2e]@minvws.nl]; [5.1.2e] [5.1.2e]@minvws.nl]
From: [5.1.2e]
Sent: Thur 2/17/2022 10:00:27 AM
Subject: FW: 20 GL (002)
Received: Thur 2/17/2022 10:00:00 AM
[20 GL \(002\).docx](#)

Van: [5.1.2e]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:58
Aan: [5.1.2e]
Onderwerp: 20 GL (002)
Nieuwe versie

To: [redacted 5.1.2e] [redacted 5.1.2e] [redacted 5.1.2e]@minvws.nl]; [redacted 5.1.2e] [redacted 5.1.2e]@minvws.nl]
From: [redacted 5.1.2e]
Sent: Thur 2/17/2022 10:00:05 AM
Subject: FW: 41 SP
Received: Thur 2/17/2022 10:00:00 AM
[41 SP.docx](#)

Van: [redacted 5.1.2e]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 10:57
Aan: [redacted 5.1.2e]
Onderwerp: 41 SP

To: [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]; [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]
From: [redacted]
Sent: Thur 2/17/2022 10:07:11 AM
Subject: FW: GL - 26 - Ellemeet - Overig (hoog complexe zorg)
Received: Thur 2/17/2022 10:07:00 AM
[GL - 26 - Ellemeet - Overig \(hoog complexe zorg\).docx](#)

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:06
Aan: [redacted]
Onderwerp: GL - 26 - Ellemeet - Overig (hoog complexe zorg)

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 10:06:42 AM
Subject: FW: Vrg43 SP besluitvorming en belangeverstrengeling min
Received: Thur 2/17/2022 10:06:00 AM
[Vrg43 SP besluitvorming en belangeverstrengeling min.docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:03
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: Vrg43 SP besluitvorming en belangeverstrengeling min

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] 5.1.2e @minvws.nl]; [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 10:11:11 AM
Subject: FW: 24 GL internationaal onderzoek
Received: Thur 2/17/2022 10:11:00 AM
[24 GL internationaal onderzoek.docx](#)

Van: [REDACTED] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:09
Aan: [REDACTED] 5.1.2e
Onderwerp: 24 GL internationaal onderzoek
Vrij stevig antwoord, wel duidelijk ☺

To: [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]; [redacted] [redacted] [redacted] @minvws.nl]
From: [redacted]
Sent: Thur 2/17/2022 10:13:06 AM
Subject: FW: 25 - GL - Ellemeet - Overig (voorbereid toekomst) (002)
Received: Thur 2/17/2022 10:13:00 AM
[25 - GL - Ellemeet - Overig \(voorbereid toekomst\) \(002\).docx](#)

Van: [redacted]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:12
Aan: [redacted]
Onderwerp: 25 - GL - Ellemeet - Overig (voorbereid toekomst) (002)

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 10:14:27 AM
Subject: FW: 35 - SGP - vd staaïj - impactanalyse NZa(bereikbaarheid foetale interventies)
Received: Thur 2/17/2022 10:14:00 AM
[35 - SGP - vd staaïj - impactanalyse NZa\(bereikbaarheid foetale interventies\).docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:14
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: 35 - SGP - vd staaïj - impactanalyse NZa(bereikbaarheid foetale interventies)

To: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]@minvws.nl]; [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]@minvws.nl]
From: [REDACTED]
Sent: Thur 2/17/2022 10:28:51 AM
Subject: FW: 47 CU
Received: Thur 2/17/2022 10:28:00 AM
[47 CU.docx](#)

Van: [REDACTED]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:22
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: 47 CU

To: [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] 5.1.2e @minvws.nl]; [REDACTED] 5.1.2e [REDACTED] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [REDACTED] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 10:29:14 AM
Subject: FW: 49 CU
Received: Thur 2/17/2022 10:29:00 AM
[49 CU.docx](#)

Van: [REDACTED] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:23
Aan: [REDACTED] 5.1.2e
Onderwerp: 49 CU
Samenvoegen met vorige vraag?

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]; [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: Thur 2/17/2022 10:30:12 AM
Subject: FW: Vrg43 SP besluitvorming en belangeverstrengeling min (002)
Received: Thur 2/17/2022 10:30:00 AM
[Vrg43 SP besluitvorming en belangeverstrengeling min \(002\).docx](#)

Van: [redacted] 5.1.2e
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:26
Aan: [redacted] 5.1.2e
Onderwerp: Vrg43 SP besluitvorming en belangeverstrengeling min (002)
Nieuwe versie incl. 6-ogen principe

To: [5.1.2e] [5.1.2e] [5.1.2e]@minvws.nl]; [5.1.2e] [5.1.2e] [5.1.2e]@minvws.nl]
From: [5.1.2e]
Sent: Thur 2/17/2022 10:30:49 AM
Subject: FW: 50 - CU - Bikker - Overig (kwaliteitsstandaard lange termijn)
Received: Thur 2/17/2022 10:30:00 AM
[50 - CU - Bikker - Overig \(kwaliteitsstandaard lange termijn\).docx](#)

Van: [5.1.2e]
Verzonden: donderdag 17 februari 2022 11:27
Aan: [5.1.2e]
Onderwerp: 50 - CU - Bikker - Overig (kwaliteitsstandaard lange termijn)