

Vergaderjaar 2016–2017

29 247

Acute zorg

Nr. 234

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 juni 2017

Afgelopen periode hebben wij regelmatig met elkaar gesproken over de drukte in de acute zorg. Signalen zoals de vorig jaar gepubliceerde brief van TraumaNet AMC «Brandbrief regionale spoedzorg – de rek is eruit», maar ook vanuit het VWS praktijkteam «zorg op de juiste plek» gaven aan dat in verschillende regio's de druk op de afdelingen voor Spoedeisende Hulp (SEH's) te vaak te groot was, met name als gevolg van de toestroom van kwetsbare ouderen. Mede naar aanleiding van deze signalen, heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd te inventariseren in hoeverre deze problematiek ook door andere Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZen) werd herkend. Ik heb u hier verslag van gedaan in mijn brieven van 5 oktober (Kamerstuk 29 247, nr. 225) en 22 december (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 94) jongstleden. In die brieven heb ik tevens geschetst welke aanpak nodig is om de problemen met de drukte in de acute zorgketen te bestrijden, en de ROAZen en andere betrokken partijen opgeroepen in hun regio's de noodzakelijke acties te (blijven) ondernemen. Eind mei 2017 heeft het LNAZ mij geïnformeerd over de voortgang van de gesprekken en acties in de 11 ROAZ-regio's. U ontvangt hierbij van mij deze brief van het LNAZ inclusief de onderliggende brieven van de ROAZen¹.

Samenvatting brief LNAZ

Het LNAZ geeft in zijn brief aan dat de druk op de acute zorg nog steeds een feit is, en voor een belangrijk deel is toe te schrijven aan de toename van het aantal kwetsbare ouderen. Gelet op de demografische ontwikkeling zal de druk de komende jaren alleen maar toenemen. Het LNAZ geeft aan dat er sprake kan zijn van een tijdelijke beperking van de beschikbaarheid van SEH-zorg en dat de mate waarin dit voorkomt per regio verschilt naar aard en omvang. In alle regio's zijn afspraken gemaakt om te borgen dat een vitaal bedreigde patiënt tijdig de benodigde zorg

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

ontvangt. De beperkingen in de beschikbaarheid van spoedeisende zorg hangen voor een deel samen met een tekort aan personeel. Daarnaast worden deze veroorzaakt door de instroom op de SEH en stagnatie in de doorstroom (van de SEH het ziekenhuis in) en uitstroom (van de SEH naar huis of naar vervolgzorg). In de regio's worden – afhankelijk van de specifieke regionale omstandigheden – veel initiatieven ontplooid en afspraken gemaakt over deze vier thema's. Hierbij wordt ook nadrukkelijk contact gelegd met de VVT-sector en de zorgverzekeraars. In de brieven van de afzonderlijke ROAZen (zie bijlagen²) treft u per regio een overzicht aan van de ervaren problematiek en de acties die zijn opgepakt.

Standpunt

Allereerst wil ik wederom het LNAZ, de ROAZen en alle partners die deelnemen aan (overleggen van) het ROAZ bedanken voor hun brieven, maar bovenal voor hun inspanningen om de problematiek rondom de drukte in de acute zorg aan te pakken. Ik ben verheugd te kunnen constateren dat de partijen in het ROAZ nu gestructureerd en met regelmaat met elkaar samenwerken, en in toenemende mate contacten onderhouden met de keten van de ouderenzorg. Daarin ligt mijns inziens de grote kracht.

Zoals ook nu weer uit de brieven van de ROAZen blijkt, is de aard van de problematiek veelal afhankelijk van de geografische omstandigheden en het aanwezige zorgaanbod. Een landelijke blauwdruk voor het aanpakken van de drukte in de acute zorg is daarom niet mogelijk; per regio zal in samenspraak en in samenhang moeten worden bepaald waar de (grootste) knelpunten zich voordoen en welke acties door wie in gang moeten worden gezet.

Ik roep alle betrokken partijen op hier voortvarend mee door te gaan en verzoek het LNAZ mij eind november 2017 opnieuw te informeren over de stand van zaken in de regio's. Ik stel u graag op de hoogte van enkele afspraken die ik met partijen heb gemaakt in het kader van de onlangs gesloten Hoofdpijnenakkoorden 2018 (MSZ, en eerstelijnszorg en multidisciplinaire zorg); ik heb uw Kamer hierover geïnformeerd per brieven van 24 april 2017 (Kamerstuk 29 248 nr. 303) en 1 juni 2017 (Kamerstuk 33 578 nr. 43). Deze afspraken zullen de druk op de acute zorgketen mijns inziens ook verlichten.

a. Krapte op de arbeidsmarkt

Het LNAZ geeft in zijn brief aan dat het opleiden en inzetten van personeel één van de thema's is waarover in de regio's wordt gesproken; in een aantal regio's worden hierover ook specifieke afspraken gemaakt in ROAZ-verband. De ROAZen treffen verschillende maatregelen om beter te kunnen omgaan met de personele krapte, zoals:

- Het extra opleiden van SEH-verpleegkundigen. De ROAZen noemen ook voorbeelden van regio's waar medewerkers worden opgeleid voor zowel de SEH als IC;
- Het aanstellen van extra personeel (voor zover beschikbaar) op de SEH;
- Samenwerking, het gezamenlijk opleiden en uitwisselen van personeel tussen Regionale ambulance Voorziening (RAV) en SEH;
- Het flexibeler inzetten van personeel, bijvoorbeeld het (als pilot) inzetten van de Bachelor Medisch Hulpverlening (BMH-er) in de acute zorg of het op korte termijn flexibel inzetten van IC-personeel op de SEH. De regio Brabant geeft bijvoorbeeld aan dat de ziekenhuizen

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

samen met de ambulancedienst BMH-ers opleiden, om de uitstroom van verpleegkundigen naar de RAV te beperken.

Ik heb in dit verband reeds de volgende acties afgesproken c.q. ondernomen:

- In het Addendum 2018 bij het Hoofdpijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017 is bevestigd dat partijen aan de slag gaan met een arbeidsmarktagenda. Daarbij is afgesproken dat zorgaanbieders de verwachte zorgvraag (hoeveelheid en complexiteit) en de daarmee samenhangende personeelsbehoefte in regionaal perspectief zullen analyseren, zodat zij tijdig kunnen inspelen op ontwikkelingen en zoveel als mogelijk kunnen voorkomen dat er personeelstekorten ontstaan.
- Ook is in dit Addendum 2018 geconstateerd dat de groeiende vraag naar en toenemende zorgzwaarte van medisch-specialistische zorg veel vraagt van de professionals in de zorg, en dat er behoefte is aan niet alleen meer personeel, maar ook aan personeel met andere (nieuwe) competenties en vaardigheden. In het Addendum is daarom afgesproken dat de voor 2018 beschikbare gelden voor de kwaliteitsimpuls personeel algemene en categorale ziekenhuizen (KIPZ) worden ingezet als stimulans om hiertoe te komen.
- Met ingang van 1 mei jl. is in het kader van artikel 36a van de Wet BIG bij wijze van experiment de BMH-er voor een periode van vijf jaar zelfstandig bevoegd verklaard tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. Met de inzet van de BMH-er kan worden ingespeeld op de arbeidsmarktproblematiek in de ambulancezorg.

b. Verbeteringen in uitstroom richting vervolgzorg en voorkomen van de instroom

Het LNAZ geeft in zijn brief aan dat ziekenhuizen in veel regio's problemen hebben met het goed organiseren van de uitstroom van patiënten richting vervolgzorg / nazorg. Een aantal ROAZen geeft aan dat de beschikbare capaciteit van eerstelijns verblijf- (ELV), geriatrische revalidatiezorg- (GRZ) en Wet langdurige zorg- (WLZ) bedden niet altijd voldoende is, dan wel onvoldoende in beeld is, en dat drempels worden ervaren bij de plaatsing van patiënten. Het LNAZ geeft aan dat de partijen in het ROAZ contact zoeken met de VVT-sector en verzekeraars om te komen tot verbeteringen. Zo wordt in een aantal regio's gewerkt aan het realiseren van één loket voor 24/7 informatie over de beschikbaarheid van bedden voor vervolgzorg, en zijn er regio's die wijkverpleegkundigen en transferverpleegkundigen inzetten op de SEH of Huisartsenpost (HAP) om ervoor te zorgen dat ouderen die na een HAP- of SEH-bezoek naar huis gaan thuis tijdig de juiste zorg krijgen en de kans op heropnames verminderd wordt.

Het LNAZ concludeert daarnaast dat een deel van de druk op de SEH en de daaruit voortvloeiende opnames te voorkomen was, omdat zieke (oudere) patiënten in de optiek van ziekenhuizen soms te makkelijk naar de SEH worden verwezen. In samenspraak met huisartsen(posten) en thuiszorg wordt beleid ontwikkeld en worden projecten uitgevoerd en contacten gelegd om dit te voorkomen, aldus het LNAZ. Een voorbeeld uit de ROAZ-brieven zijn projecten waarbij integrale en gestructureerde eerstelijns ouderenzorg wordt verleend. Het doel daarvan is om de eerstelijnszorg rondom ouderen te verbeteren, opdat zij langer zelfredzaam zijn en vermijdbare en onwenselijke incidenten kunnen worden voorkomen. Wat ook wordt genoemd is het screenen van ouderen om vroegtijdig te signaleren of zij kwetsbaar zijn op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied en/of last hebben van bijvoorbeeld dementie, eenzaamheid en polyfarmacie, en zo nodig acties te ondernemen om de kwetsbaarheid te verminderen.

Ik heb in dit verband reeds verschillende acties afgesproken c.q. ondernomen.

Zo is in het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017 onder meer het volgende afgesproken:

- De betrokken partijen vinden het essentieel om passende zorg aan patiënten te kunnen leveren («de juiste zorg op de juiste plek»). Patiënten die om zorginhoudelijke redenen niet noodzakelijk in een ziekenhuis behandeld moeten worden, dienen in beginsel elders opgevangen en behandeld te worden. Dergelijke vormen van passende zorg kunnen worden geleverd door de huisarts, paramedicus, wijkverpleegkundige en binnen de langdurige zorg. In dat kader zullen zorgverzekeraars voldoende passende zorg contracteren om onnodige belasting van de ziekenhuizen (zowel de SEH als het beddenhuis) te voorkomen. Verder is afgesproken dat de betrokken partijen voor 1 november 2017 een actieplan opstellen ter bevordering van «de juiste zorg op de juiste plek», waarbij patiëntenperspectief en innovatieve mogelijkheden worden betrokken. Dit actieplan dient vervolgens ook als input voor eventuele afspraken vanaf 2019.
- Afhankelijk van de nog lopende gesprekken over de wijkverpleging zal worden bepaald of het budgettaire kader wijkverpleging wordt verhoogd.
- Zorgverzekeraars zullen, in overleg met de zorgaanbieders, zorg dragen voor het regionaal beschikbaar komen van één «loket» waar huisartsen en ziekenhuizen 24/7 terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken, zowel voor (vervolg)zorg na ontslag uit het ziekenhuis als voor instroom direct vanuit de eerste lijn.
- Deze inspanningen in- en aan de randen van de medisch-specialistische zorg leiden naar verwachting tot vermindering van de instroom in de ziekenhuizen en tot verbetering van de uitstroom uit de ziekenhuizen.

Concreet is inmiddels in het kader van het Addendum 2018 bij het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg voor 2017 en 2018 € 55 miljoen extra vrijgemaakt voor het versterken van het eerstelijns verblijf, tot een totaal van € 305 miljoen. Per 2017 heeft het kabinet het eerstelijns verblijf ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Het eerstelijns verblijf is een essentiële voorziening die bijdraagt aan het zo lang als mogelijk thuis kunnen wonen, het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames en tijdig ontslag uit het ziekenhuis. De middelen die per Voorjaarsnota zijn toegevoegd kunnen zowel worden ingezet voor uitbreiding van het aantal ELV-bedden, als voor initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur via max-max tarieven (bijv. ten behoeve van de loketfunctie waar zorgaanbieders terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken voor (vervolg)zorg na ontslag uit het ziekenhuis of voor instroom direct vanuit de eerste lijn).

Ook voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg heb ik recent met de betrokken veldpartijen een Addendum 2018 bij het akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2014 t/m 2017 vastgesteld. Daarin is onder meer het volgende afgesproken:

- Door de toename van kwetsbare ouderen die thuis wonen is meer afstemming vereist tussen verschillende disciplines in de ambulante setting zoals met de wijkverpleging, de paramedie, de specialist ouderengeneeskunde, maar ook met het sociaal domein en de professionals werkzaam in de intramurale setting ten behoeve van het eerstelijns verblijf. Het is daarom belangrijk dat er lokale en regionale afspraken over de zorg voor kwetsbare ouderen worden gemaakt. Partijen zullen zich inzetten om zorg voor kwetsbare ouderen met een integrale visie te organiseren en zullen hiertoe een plan van aanpak met daarin aanbevelingen opstellen. Daarbij zal aandacht zijn voor de

specifieke zorgbehoefte van kwetsbare ouderen, toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg (ook in ANW-uren) en samenwerking, afstemming en gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de eerste lijn en met andere domeinen.

- Huisartsen hebben, samen met andere zorgverleners als de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde, een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren van risicosituaties en snelle opschaling daaropvolgend. Huisartsen en huisartsenorganisaties werken mee aan het maken van afspraken hierover in de regio zodat de patiënt zorg op de juiste plek ontvangt en niet onnodig in de acute zorgketen terecht komt.
- Ook samenwerking met het sociale domein is in de nieuwe setting steeds belangrijker. Mensen die langer thuis wonen doen niet alleen een beroep op zorg vanuit de Zvw of de WLZ, maar ook op ondersteuning vanuit het gemeentelijk domein. Partijen zullen een reële bijdrage leveren aan samenwerking tussen de eerste lijn en het sociale domein. Aandachtspunten en belemmeringen bij het realiseren van deze samenwerking die een landelijke aanpak vragen zullen door partijen worden opgepakt.

c. Inzicht, coördinatie en samenwerking

In aanvulling op bovenstaande afspraken zijn er nog twee actiepunten waarbij de overheid aan zet is en die een positieve bijdrage kunnen leveren aan het inzicht in de problematiek en de coördinatie en samenwerking in de keten.

Zoals ik u al eerder heb laten weten, heb ik de NZa gevraagd een marktscan van de acute zorg uit te brengen. Deze verschijnt naar verwachting in september 2017. De marktscan zal – door een verdieping van het inzicht – mijns inziens een belangrijke bijdrage leveren aan de oplossing van problematiek in de acute zorgketen en zal wellicht aangrijpingspunten voor verdere acties bieden. Ik heb de NZa gevraagd om de informatie in de ROAZ-brieven ook nadrukkelijk te betrekken bij de marktscan.

Uit de reacties van de ROAZen blijkt wederom dat er veel goede initiatieven zijn met betrekking tot de aanpak van de problematiek rondom de drukte in de acute zorg. Ik blijf het belangrijk vinden om dergelijke goede voorbeelden te delen, zodat partijen in het veld van elkaar kunnen leren. Vanwege het belang van deze zogenaamde «best practices» verspreid ik deze actief, het Praktijkteam zal deze overzichtelijk in kaart brengen en verspreiden via zijn eigen website (www.denieuwepraktijk.nl) en ook via de brancheverenigingen. In aanvulling daarop organiseer ik – op verzoek van partijen – aan het eind van dit jaar een landelijke «best practices conferentie», met het doel om kennis uit te wisselen. Ook zal ik de bijgevoegde brieven van het LNAZ en de ROAZen breed verspreiden.

d. De rol van de zorgverzekeraars

Zoals ik in mijn eerdere brieven heb aangegeven vind ik, net als de Nederlandse Zorgautoriteit, dat zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn en de VVT-sector primair aan zet zijn om maximaal de verbetermogelijkheden in de regionale coördinatie op te pakken, en dat de ROAZen dit overleg desgewenst kunnen faciliteren. Maar naar mijn mening dienen ook zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht actief hun rol in te vullen, bijvoorbeeld door expliciet te sturen op goede coördinatie van de soepele doorgeleiding van kwetsbare ouderen in de acute zorgketen (of door te voorkomen dat zij hierin terecht komen). In de praktijk bestaan nu al

goede voorbeelden waaruit blijkt dat zorgverzekeraars hiertoe in staat zijn. In enkele ROAZ-brieven wordt er echter ook melding van gemaakt dat de zorgverzekeraars nog onvoldoende betrokken zijn bij de problematiek in de regio en/of onvoldoende regie pakken. Zij geven aan dat de regie van de zorgverzekeraars met name nodig is om inzicht in de capaciteit en beschikbaarheid van vervolgzorg te krijgen. Dit is cruciaal. Het eindeloos moeten rondbellen om bijvoorbeeld een ELV-plek te vinden voor de patiënt is een last die gemakkelijk kan worden voorkomen door het instellen van een regionaal vervolgzorg-loket. In het algemeen overleg eerstelijnszorg van 21 februari jongstleden heb ik toegezegd een overzicht te sturen van een beeld van het aantal loketten voor vervolgzorg per regio (n.a.v. de nader gewijzigde motie- Bruins Slot en Volp³ over witte vlekken in de eerstelijns opvang van kwetsbare ouderen). Sinds eind vorig jaar ben ik met verzekeraars in gesprek over de inkoop en organisatie van het eerstelijns verblijf. Uit de quickscan van de NZa en de inventarisatie door ZN is gebleken dat ELV door verzekeraars landelijk dekkend is ingekocht maar dat de vindbaarheid van de bedden te wensen over laat. Ik heb Zorgverzekeraars Nederland gevraagd om per regio een overzicht samen te stellen van loketten en mij hier uiterlijk 1 mei over te informeren. In overleg hierover heeft Zorgverzekeraars Nederland aangegeven dat zij een uitvraag hebben gedaan bij individuele verzekeraars en dat daaruit blijkt dat er voortgang is bij het opzetten van loketten. Vele regio's hebben al 1 loket. Ik dring er bij verzekeraars op aan te regelen dat dit zo spoedig mogelijk in alle regio's het geval is. Ik vraag verzekeraars om mij per 1 september te laten weten of dat is gelukt en mij het overzicht toe te sturen.

Uit de quickscan van de NZa en de inventarisatie door ZN is gebleken dat ELV door verzekeraars landelijk dekkend is ingekocht. Een aantal ROAZen geeft in hun brieven echter aan dat er in hun regio te weinig eerstelijns verblijf is ingekocht en dat dit tot problemen leidt. Ik blijf hierover met Zorgverzekeraars Nederland in gesprek en heb de NZa gevraagd om de informatie in de ROAZ-brieven, die over dit onderwerp gaat, te onderzoeken en zo nodig actie te ondernemen. De uniforme procedure voor de aanvraag van eerstelijns verblijf, waarvoor één van de ROAZen pleit, is momenteel al onderwerp van gesprek tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Tot slot

De problemen in de acute zorgketen zijn, jammer genoeg, niet volledig op te lossen met een paar (overheids-)maatregelen en meer geld. Dit vraagstuk, dat met de grotere toestroom van kwetsbare ouderen in de nabije toekomst nog belangrijker zal worden, vraagt op alle fronten veranderingen in de organisatie en coördinatie van zorg. Er moeten in de regio's nieuwe toekomstbestendige samenwerkingsverbanden tussen zorgpartijen worden gesloten. Niet alleen in de eerste lijn en in de langdurige zorg, maar in de gehele keten van de acute zorg; van ambulancediensten, huisartsen en huisartsenposten, ziekenhuizen, crisisdiensten, wijkverpleging, eerstelijns verblijven en verpleeghuizen, tot aan de Spoedeisende Hulp (SEH). Dit is complex en vergt veel inspanning en coördinatie van iedereen in de keten. Ik vertrouw erop dat aan deze noodzakelijke omslag met prioriteit gewerkt blijft worden.

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

³ Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 94