

Vergaderjaar 2017–2018

29 247

Acute zorg

Nr. 249

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 november 2017

Naar aanleiding van signalen over de drukte in de acute zorg (bijvoorbeeld de vorig jaar gepubliceerde brief van TraumaNet AMC «Brandbrief» over drukke Spoedeisende Hulpen) heeft mijn ambtsvoorganger u regelmatig geïnformeerd. Zij heeft verslag gedaan over de problematiek en aanpak in brieven aan uw Kamer¹. In die brieven zijn de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZen) en andere betrokken partijen opgeroepen in hun regio's de noodzakelijke acties te (blijven) ondernemen. Op 11 september heeft uw Kamer een brief ontvangen over de Marktscan Acute Zorg die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van de Minister van VWS heeft gemaakt². Op 20 november 2017 heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) mij – op mijn verzoek – opnieuw geïnformeerd over de voortgang van de gesprekken en acties in de 11 ROAZ-regio's. U ontvangt hierbij van mij deze brief van het LNAZ³. In deze brief treft u mijn reactie op de publicaties van de NZa en de LNAZ aan. Tevens beschrijf ik welke aanpak ik – samen met andere partijen – voorsta, om de drukte in de acute zorg te laten afnemen. Tot slot informeer ik u – in de bijlage bij deze brief – over de toezeggingen die zijn gedaan in het plenaire debat van 13 september 2017 (Handelingen II 2016/17, nr. 102, item 3) en over de moties die op 26 september jl. zijn aangenomen naar aanleiding van dit debat (Handelingen II 2017/18, nr. 4, item 13).

Kernboodschap

Het is nog steeds druk in de acute zorg, bij Huisartsenposten, Spoedeisende Hulpen en bij ambulances. Gelukkig zijn er ook regio's waarin de druk stabiliseert of «stops» afnemen. Maar er zijn regio's waar de druk toeneemt. Er wordt steeds vaker een beroep gedaan op acute zorg en zorgaanbieders hebben moeite om dit te bolwerken. Voldoende personeel

¹ van 5 oktober (Kamerstuk 29 247, nr. 225), 15 december (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 94) en 20 juni (Kamerstuk 29 247, nr. 234).

² (Kamerstuk 29 247, nr. 236).

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

behouden en aantrekken is een grote uitdaging. De toegankelijkheid van de acute zorg als geheel is gelukkig op dit moment niet in gevaar. Wanneer een patiënt een beroep doet op de acute zorg zijn er uitwijkmogelijkheden bij andere aanbieders van acute zorg. En in alle regio's zijn afspraken gemaakt dat een vitaal bedreigde patiënt de benodigde zorg ontvangt. Juist in de acute zorg moet iedere patiënt er op kunnen rekenen dat hij of zij tijdig op de juiste plek terecht kan. Ik vind dit cruciaal. Met deze brief informeer ik u over de acties van betrokken partijen en ook over de acties die ik onderneem.

Samenvatting NZA Marktscan

De NZa concludeert in de marktscan dat de acute zorg voldoende toegankelijk is, maar dat de druk op de acute zorg wel toeneemt. De toegankelijkheid van de acute zorg als geheel is op dit moment niet in gevaar. Wanneer een patiënt een beroep doet op de acute zorg zijn er uitwijkmogelijkheden bij andere aanbieders van acute zorg. De druk op de acute zorg neemt echter toe, verschilt per regio en kent een piekmoment op doordeweekse middagen. Door betere samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders kan de druk op het acute zorgnetwerk gelijkmatiger verdeeld worden. De patiënt kan zo tijdig de juiste acute zorg blijven ontvangen. Het afgeven van stops door de SEH, Eerste Harthulp (ehh) of andere spoedentree beperkt de toegankelijkheid lokaal, maar heeft een klein effect op de toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg in de regio, omdat er doorgaans voldoende alternatieven zijn bij nabijgelegen ziekenhuizen. De groei in patiëntaantallen verschilt per zorgaanbieder en per regio. Vooral de huisartsenpost (hap) en de spoedeisende ambulancezorg zien meer patiënten. Er zijn geen regio's waar het aantal patiënten in alle schakels tegelijkertijd groeit.

De groeiende druk op de acute zorg heeft vele oorzaken, waarvan er niet één dominant is. Dit komt onder meer door interne factoren, zoals gebrekkige afstemming tussen schakels die leidt tot domino-effecten. Een voorbeeld: als door (te) voorzichtige beoordeling een te hoge urgentie wordt afgegeven, krijgen patiënten sneller en meer specialistische zorg dan ze nodig hebben. En te weinig informatie over de capaciteit van zorg na behandeling of opname in het ziekenhuis bemoeilijkt de uitstroom van SEH/ziekenhuispatiënten.

Er zijn ook externe factoren die een rol spelen, bijvoorbeeld het stijgend aantal ouderen met een relatief grote kans om te worden opgenomen in het ziekenhuis en het gebruik van de huisartsenpost in de avond als alternatief voor de huisarts overdag. Patiënten met acute zorgvragen komen daardoor niet automatisch terecht bij de juiste schakel in de acute zorg, aldus de NZa. De conclusies leiden tot verbeterpunten voor een effectievere en efficiëntere werking van het acute zorgnetwerk. Hiervoor beveelt de NZa aan om de in-, door- en uitstroom in de acute zorg te bevorderen, zodat de burger kan rekenen op tijdige toegang tot de juiste plek in de acute zorg. De NZa heeft aanbevelingen in haar rapport opgenomen voor huisartsen, ziekenhuizen, verzekeraars, regionale ambulancevoorzieningen (RAVs), de ROAZen en aanbieders van Eerste-LijnsVerblijf (ELV).

Samenvatting brief LNAZ

Het LNAZ geeft in zijn brief aan dat de regio's nog steeds een grote druk zien op de acute zorg en de spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen. De druk op de acute zorg blijft niet beperkt tot de SEH's. De regio's melden dat ook de eerste lijn en de ambulancediensten deze drukte ervaren. De aard en omvang van de druk op de acute zorg verschilt tussen regio's. In de regio's Utrecht, Flevoland en Noord-Holland is sprake van een verder toenemende druk terwijl de regio's West (Gouda, Leiden en Den Haag),

Zwolle en Twente een stabilisatie melden. De regio Noord-Holland-Flevoland meldt een afname van de lokale «stops» voor de Eerste Hart Hulp/CCU. Volgens het LNAZ zijn in alle regio's afspraken gemaakt om te borgen dat een patiënt die in levensgevaar is tijdig de benodigde zorg ontvangt.

Tijdelijke beperking van de lokale beschikbare SEH zorg kan er wel voor zorgen dat de patiënt niet altijd wordt behandeld in het dichtstbijzijnde ziekenhuis of in het ziekenhuis van zijn voorkeur. Ook kan het voorkomen dat niet vitaal bedreigde patiënten langer op zorg moeten wachten. Zoals ook in eerdere rapportages is aangegeven is deze druk voor een deel toe te schrijven aan de toename van de oudere bevolkingsgroep. Deze bevolkingsgroep neemt toe en doet twee tot vier keer vaker dan gemiddeld een beroep op de SEH. Ook worden ouderen vaker opgenomen en verblijven zij langer in het ziekenhuis. Het LNAZ geeft aan dat het vroeg signaleren van problematiek in de eerste lijn de druk op de acute zorg kan verminderen. Daarnaast hebben diverse schakels in de acute keten, SEH, huisartsenposten en ambulancediensten, te maken met personeelstekorten. Ook worden er beperkingen ervaren in de doorstroom in en uitstroom uit het ziekenhuis. Het LNAZ geeft aan dat alle ROAZ regio's partijen afspraken maken en acties ondernemen om de acute zorgvraag op te vangen. Er wordt in toenemende mate contact gelegd met de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) sector, gemeenten en verzekeraars.

Afhankelijk van de aard en omvang van de problematiek treffen zorgaanbieders ieder hun eigen maatregelen binnen hun eigen organisatie. Aanvullend hierop zijn samenwerking en afspraken in de regio cruciaal om het hoofd te bieden aan de toenemende druk op de spoedzorg. Het ROAZ fungeert als platform om deze verbeteringen af te stemmen en door te voeren.

Standpunt en aanpak drukte in de acute zorgketen

Juist in de acute zorg moet iedere patiënt er op kunnen rekenen dat hij of zij tijdig op de juiste plek terecht kan. Ik vind dit cruciaal. Dit complexe vraagstuk bestaat uit verschillende problemen en vraagt ook verschillende oplossingen, met name in *de organisatie en coördinatie van zorg*. Er moeten in de regio's nieuwe toekomstbestendige samenwerkingsverbanden tussen zorgpartijen worden gesloten 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). Ook de Minister voor Medische Zorg en Sport heeft daarbij vanzelfsprekend een rol. U treft in het navolgende een overzicht van mijn acties aan en van de acties die ik verwacht van andere partijen.

Ik dank de NZa, het LNAZ, de ROAZen en alle partners die deelnemen aan (overleggen van) het ROAZ voor hun belangrijke publicaties en vooral: hun acties om de problemen 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, alle ROAZ regio's partijen afspraken maken en acties ondernemen om de acute zorgvraag op te vangen. Er wordt in toenemende mate contact gemaakt met de VVT sector, gemeenten en verzekeraars. Dat is een grote kracht van de ROAZen, die nog verder uitgebouwd zal moeten worden. Ik roep alle betrokken partijen op hier voortvarend mee door te gaan en heb het LNAZ verzocht mij eind mei 2018 opnieuw te informeren over de stand van zaken in de regio's.

a. Wat doet VWS

Voldoende gekwalificeerd personeel

Voldoende gekwalificeerd personeel is onmisbaar voor goede acute zorg. Voor gespecialiseerd verpleegkundigen zorgt VWS voor voldoende randvoorwaarden:

- **Opleiden:** Ziekenhuizen ontvangen structureel een kostendekkende beschikbaarheidsbijdrage voor het opleiden van gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, zoals IC- en SEH-verpleegkundigen. Ziekenhuizen mogen sinds dit jaar ongelimiteerd naar (regionale) behoefte opleiden. VWS besteedt structureel 1.2 mld. aan het opleiden van medisch specialisten en -ondersteuners en verpleegkundigen.
- **Goede cijfers voor capaciteitsplanning:** VWS vraagt hiervoor advies aan het Capaciteitsorgaan over het aantal opleidingsplaatsen voor de komende jaren in de verschillende (medische) vervolgopleidingen, waaronder de gespecialiseerd verpleegkundigen. Het uitgangspunt is een maximale inzet op het opleiden van professionals, waarbij het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan wordt gevolgd. Vanaf de volgende raming in 2018 gaat het Capaciteitsorgaan ook een raming doen voor ambulanceverpleegkundigen.
- **Stagebegeleiding:** praktijkervaring is een onmisbaar onderdeel voor studenten, maar soms is het voor zorginstellingen moeilijk om daar tijd en capaciteit voor vrij te maken voor goede begeleiding. Met het Stagefonds Zorg biedt VWS structureel steun (€ 112 miljoen per jaar) aan zorginstellingen voor de begeleiding van stagiairs (mbo en hbo).
- **Permanent leren:** In het HLA 2018 MSZ is afgesproken om de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuizen van circa € 200 miljoen met één jaar te verlengen. Deze middelen zijn bestemd voor op-, bij- en nascholing van personeel onder voorwaarde van een strategisch opleidingsplan dat is afgestemd met een werknemersvertegenwoordiging.
- **Taakherschikking:** VWS zet daarnaast in op de ontwikkeling van nieuwe beroepen zoals de Verpleegkundig Specialist/Physician Assistant om zo het arbeidspotentieel beter in te zetten. Inmiddels zijn ruim 3.600 verpleegkundigen met succes opgeleid, waarvan de meesten werkzaam in een ziekenhuis. De beroepsgroep heeft met de recente wetswijziging een vaste plek gekregen in de Wet BIG. Voor de Bachelor Medische Hulpverlening (BMH) is dit voorjaar gestart met een experiment om te bepalen hoe het beroep van de BMH opgenomen kan worden in de wet BIG. Binnen de ambulancezorg is gestart met 18 BMHs.
- **Brede aanpak met arbeidsmarktagenda:** Het tekort aan verpleegkundigen is een vraagstuk voor de gehele sector Zorg en Welzijn. VWS heeft samen met NVZ, BTN, ActiZ, FNV, CNV en de MBO-raad afspraken gemaakt met de arbeidsmarktagenda 2023 *Aan het werk voor ouderen*. Deze agenda is gericht op het aantrekken van nieuwe mensen én ook op de vraag hoe we mensen voor de sector kunnen behouden. Partijen zijn aan de slag met de uitwerking, vooral op regionaal niveau met aanpakken gericht op meer opleiden, aantrekken van zijinstromers of het bieden van meer stages met bijvoorbeeld een doelstelling van 15 opleidings- of stageplaatsen op 100 zorgmedewerkers. Wij steunen deze plannen met € 325 miljoen voor de komende vier jaar voor scholing aan nieuwe medewerkers die nog net wat extra nodig hebben om goed te kunnen werken of medewerkers die door de veranderingen in de zorg bij moeten leren om hun baan te behouden. Zorginstellingen kunnen hiervoor in aanmerking komen mits ze een regionale aanpak steunen en hieraan zichtbaar een bijdrage leveren. De eerste € 30 miljoen zijn vrijgemaakt. De komende periode zet ik me

samen met de Minister en Staatssecretaris van VWS in op een verdere ontwikkeling van een brede aanpak voor de gehele sector gericht op merkbaar resultaat.

- Onderdeel van deze aanpak is in ieder geval een campagne in 2018 gericht die op het waardevolle werk van de zorgprofessional en het aantrekken van meer mensen voor de zorgsector.

Extra budget ambulancezorg

De kwaliteit van de ambulancezorg leiden wij onder meer af uit de vraag of de ambulancediensten aan de zogenaamde «15 minuten norm» kunnen voldoen. Zoals u weet moeten ambulancediensten er voor zorgen dat – onder normale omstandigheden – ambulances in 95% van de spoedgevallen, per regio, binnen 15 minuten na een melding ter plaatse zijn. De ambulancediensten zitten al jaren op ongeveer 93,5%. Een norm is er niet voor niets, ik vind het van belang dat RAV's (regionale AmbulanceVoorzieningen) deze norm halen, want patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat er in spoedgevallen snel een ambulance is. Daarom wil ik er in ieder geval alles aan doen om ervoor te zorgen dat ambulance-diensten voldoende personeel en ambulances kunnen inzetten. De sector zelf moet hiermee ook zelf aan de slag om het personeel te vinden en te behouden. Ik spreek AZN, FNV en CNV hierover binnenkort. Vanuit mijn verantwoordelijkheid zet ik me in elk geval in op:

- **Meer capaciteit:** Naar aanleiding van het advies van het RIVM is er voor 2018 € 5,7 miljoen extra beschikbaar gesteld om te zorgen dat er voldoende ambulances zijn bij een toenemend aantal ritten. Hiermee kan de ambulancecapaciteit in Nederland, als dat nodig is worden uitgebreid. Vanaf dit jaar wordt jaarlijks (i.p.v. meerjarig) bezien of de vergoeding adequaat is
- **Meer personeel:** Voor 2018 is € 10 miljoen structureel extra beschikbaar voor de initiële opleidingen tot ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeurs.
- Voor 2018 zijn de loonnormbedragen herijkt, waardoor er vanaf 2018 € 13,5 miljoen extra beschikbaar is voor de loonkostenvergoeding.
- **Goede cijfers voor capaciteitsplanning:** Voor een completer beeld van wat nodig is, gaat het Capaciteitsorgaan vanaf dit jaar ook het aantal benodigde opleidingsplekken ramen voor ambulanceverpleegkundigen

Daarnaast kan ik hierover melden dat de NZa in het voorjaar van 2016 onderzoek heeft gedaan naar de zorgplicht van zorgverzekeraars voor de ambulancezorg.

Conclusie van het onderzoek was dat zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voor tijdige ambulancevervoer voldoen in die regio's waar de norm niet wordt gehaald. De NZa heeft aan de representerende zorgverzekeraars gevraagd om voor de regio's die onder de 95% presteren verbeterplannen op te stellen. Over de verbetermaatregelen blijven de NZa en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek.

Extra budget voor EersteLijnsVerblijf en wijkverpleging om de druk op SEH's te verminderen

De NZa heeft geconstateerd dat patiënten met acute zorgvragen niet automatisch terecht komen bij de juiste schakel in de acute zorg.

- Om er voor te zorgen dat er voldoende budget beschikbaar is voor de «juiste zorg op juiste plek» (wat er aan bijdraagt dat mensen niet onnodig op de SEH hoeven te komen of blijven), is in het Hoofdpijnenakkoord 2018 Medisch Specialistische Zorg (HLA MSZ) voor de jaren 2017 en 2018 € 55 miljoen extra beschikbaar gemaakt voor het versterken van het eerstelijns verblijf (tot een totaal van € 305 miljoen).

- In het HLA 2018 wijkverpleging is € 30 miljoen is toegevoegd aan het macrokader wijkverpleging.

Andere ondersteunende acties

- Ik ga op korte termijn in gesprek met de voorzitters van de ROAZen om te kijken wat er nodig is om de op gang gebrachte beweging te intensiveren en versnellen. Ik wil de positie van de ROAZ-en beter gaan vastleggen in de regelgeving. Ik wil meer recht doen aan wat de ROAZ-en in de praktijk doen en ook zorgen dat de ROAZ-en meer mogelijkheden krijgen om hun belangrijke werk goed te doen. In het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders is opgenomen dat bij algemene maatregel van bestuur op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg eisen worden gesteld aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de spoedeisende zorg. Die gelegenheid wil ik benutten voor het beter regelen en instrumenteren van de ROAZ-en zodat zij beter afspraken kunnen maken over het beperken van de instroom en bevorderen van de uitstroom uit de acute zorg.
- 29 januari 2018 organiseert VWS de landelijke conferentie Acuut Beter, waar goede voorbeelden met elkaar gedeeld kunnen worden. Ik vind het belangrijk om goede voorbeelden van de aanpak van drukte in de acute zorg uit de regio's te delen, zodat partijen in het veld van elkaar kunnen leren. Ik verspreid deze op de website van het Praktijkteam Zorg op de Juiste Plek. U treft een lijst van voorbeelden tevens als bijlage bij deze brief aan⁴. Nieuwe goede voorbeelden zijn altijd welkom en kunnen worden aangeleverd bij het Praktijkteam (www.denieuwepraktijk.nl). Op
- De NZa heeft op mijn verzoek een Marktscan acute zorg gemaakt. De Marktscan geeft naast een analyse ook duidelijke handvaten voor acties voor partijen in de acute zorgketen. Ik zal de NZa verzoeken om in 2018 een update van de Marktscan Acute Zorg uit te brengen.

Regeerakkoord

In het regeerakkoord 2017–2021 is aangegeven dat dit kabinet streeft naar nieuwe hoofdlijnenakkoorden met een aantal sectoren voor de periode vanaf 2019. Mijn ambtsvoorganger heeft eerder dit jaar, mede op verzoek van uw Kamer, een aantal bestuurlijke akkoorden voor het jaar 2018 afgesloten. In de akkoorden voor medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, wijkverpleging en paramedische zorg is aandacht gegeven aan het thema «de juiste zorg op de juiste plek». Belangrijk onderdeel daarvan is een betere samenwerking tussen zorgaanbieders in de verschillende domeinen, waardoor patiënten die om zorginhoudelijke redenen niet noodzakelijk in een ziekenhuis behandeld moeten worden, elders opgevangen en behandeld kunnen worden. Denk hierbij aan zorg door huisartsen, paramedici, wijkverpleegkundigen en zorgaanbieders van langdurige zorg. Door betere samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders kan de druk op de acute zorgketen worden voorkomen of gelijkmatiger worden verdeeld. Patiënten die onmiddellijk zorg nodig hebben, hebben immers niet altijd *acute* zorg nodig. In sommige gevallen kan behandeling door de huisarts een bezoek aan de spoedeisende hulp voorkomen. En ouderen zijn soms beter geholpen in het eerstelijns verblijf dan op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis.

Met de verschillende partijen uit het zorgveld worden nu de acties in kaart gebracht die nodig zijn om daadwerkelijk de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Zowel binnen als buiten de acute zorgketen. Samen met de

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Minister en Staatssecretaris van VWS streef ik er naar de komende maanden met betrokken partijen te komen tot hoofdlijnenakkoorden voor de jaren vanaf 2019, waarin het integrale thema «Juiste Zorg op de Juist Plek» een belangrijke plaats moet krijgen. Wij gaan hierover spoedig met veldpartijen in overleg. De aanbeveling van het LNAZ over vroegsignalering betrek ik hier graag bij.

Belangrijke acties voor zorgaanbieders en verzekeraars

De aanpak van dit vraagstuk vraagt vooral om maatregelen die de samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders verbeteren, aldus de NZa Marktscan. En ook om regievoering en facilitering door zorgverzekeraars. Onder andere in ROAZverband worden door alle schakels in de acute zorg veel verschillende acties ondernomen. De NZa heeft een aantal aanbevelingen gedaan. Een aantal daarvan noem ik hieronder specifiek, omdat ik ze van urgent belang vindt. Ook treft u daarbij enkele voorbeelden uit de LNAZ-brief aan. Ik verwacht van de relevante partijen dat zij deze aanbevelingen spoedig zullen oppakken of voortzetten en dat zij goede voorbeelden uit andere regio's gaan overnemen.

Voldoende gekwalificeerd personeel

- De zorgaanbieders nemen ook verantwoordelijkheid voor het opleiden van voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen. In alle regio's zijn op dit moment afspraken tussen ziekenhuizen gemaakt over aantallen, verdeling en samenwerking rondom de opleiding voor gespecialiseerde verpleegkundigen, naar aanleiding van het advies van het Capaciteitsorgaan⁵. In het merendeel van de regio's zijn, mede op mijn verzoek, de RAV'en aangesloten bij deze overleggen.
- Een groot aantal netwerken acute zorg meldt dat verdergaande samenwerkingsafspraken zijn gemaakt over het gezamenlijk opleiden van personeel voor de acute zorg. Zo hebben in Noord Nederland ziekenhuizen en ambulancediensten een regionaal Masterplan opgesteld.
- Diverse regio's (waaronder Midden Nederland en Gelderland) benoemen dat zij in de regio afspraken maken om de piek van de acute zorgvragen in het griepseizoen beter op te kunnen vangen. De wijze van voorbereiding hierop verschilt. In Brabant worden in verscheidene ziekenhuizen speciale afdelingen ingericht om de toestroom van extra grieppatiënten op te vangen. In de regio Zuidwest Nederland is in het kader van het aankomende griepseizoen en de beperkte personeelscapaciteit een regionaal (crisis)plan uitgewerkt.

Instroom

- Van een deel van de patiënten die zich op de SEH meldt, is bekend dat zij behandeld had kunnen worden door de huisarts. Structurele samenwerking tussen huisartsenpost en SEH (bijvoorbeeld door een gezamenlijke triage) draagt eraan bij dat patiënten niet onnodig in het ziekenhuis komen. In de praktijk is van deze samenwerking toenemend sprake, volgens de NZa.
- ROAZ Zuidwest-Nederland ziet meerwaarde in het vormgeven van een multidisciplinaire meldkamer voor ambulancezorg, huisartsenzorg en thuiszorg. De meldkamer ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond heeft hiertoe een klein pilot uitgevoerd. In 2018 zal deze een vervolg krijgen. Dit zou een gunstig effect kunnen hebben op een efficiëntere patiëntenstroom, beperking onnodig gebruik van de SEH en vermindering van het aantal A1 ritten verminderen.

⁵ Kamerstuk 29 282, nr. 274.

- In Limburg-Noord is door de ambulancezorg in de regio een project gestart «Zorg op afstand». Hierbij kunnen patiënten met digitale ondersteuning (beeldbellen/tablet) langer thuis blijven en hoeven zij niet voor een consult richting de HAP/SEH te gaan. Limburg werkt ook aan telemedicine toepassingen zodat ambulances rechtstreeks, met live beeld, geluid en data, contact kunnen opnemen met de specialist in het ziekenhuis waardoor er naar verwachting minder patiënten naar de SEH vervoerd hoeft te worden.
- De NZa beveelt in de marktscan acute zorg aan dat de LHV samen met verzekeraars moet bekijken hoe aan de vraag naar huisartsenzorg buiten kantooruren kan worden voldaan om de toegankelijkheid van huisartsenzorg te garanderen. De huisartsenorganisaties hebben dit inmiddels opgepakt.

Uitstroom

- De druk op de SEH kan worden verminderd door een goede aansluiting met zorg thuis te organiseren na ontslag uit het ziekenhuis of ELV. Met de zorgverzekeraars is afgesproken dat zij ervoor zullen zorgen dat er regionale loketten komen waar huisartsen en ziekenhuizen te allen tijde (dus 24/7) terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken voor vervolgzorg na ontslag uit het ziekenhuis of voor instroom direct vanuit de eerste lijn. Realisatie hiervan is van groot belang voor huisartsen en ziekenhuizen.
Mijn ambtsvoorganger heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gevraagd om per regio een overzicht samen te stellen van regionale coördinatiepunten en hier uiterlijk 1 december over te informeren. Bijgaand vindt u het overzicht dat ZN mij heeft toegestuurd⁶. Uit dit overzicht blijkt dat nu in 12 regio's volledige dekking en in 5 regio's gedeeltelijke dekking georganiseerd is door de regionale coördinatiepunten. Volledige dekking is volgens ZN per 1 januari 2018 in 26 van de 31 regio's en per 1 april 2018 in alle regio's geregeld. Achter dit overzicht zit veel inzet om te komen tot een goede samenwerking tussen aanbieders onderling en met zorgverzekeraars. Ik besef dat dit niet altijd even gemakkelijk is en tegelijkertijd voor de patiënten zeer noodzakelijk.
- Een van de ziekenhuizen in de regio Midden Nederland heeft dagelijks van 8.00 tot 23.00 uur een transferverpleegkundige beschikbaar voor ondersteuning van de huisartsen bij het vinden van een juiste zorgplek voor hun patiënten. Vergelijkbare initiatieven worden in andere ziekenhuizen en andere regio's uitgevoerd.
- Een betere samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige, langdurige verblijfszorg en de tweede lijn is van essentieel belang bij de zorg aan kwetsbare ouderen. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor alle curatieve zorg aan kwetsbare ouderen, dus ook bij de zorginkoop moet extra aandacht worden besteed aan de samenhang tussen de eerste en tweede lijn, zodat de juiste zorg op de juiste plaats wordt ingezet.

Stand van zaken moties en toezeggingen

In de bijlage bij deze brief informeer ik u over de toezeggingen die zijn gedaan in het plenaire debat van 13 september 2017 en over de moties die op 26 september jongstleden zijn aangenomen naar aanleiding van dit debat.

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Slot

Bij uitstek moet acute zorg dag en nacht beschikbaar zijn voor patiënten die dit echt nodig hebben. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat deze zorg kwalitatief goed is en tijdig bereikbaar is. Om de drukte in de acute zorgketen het hoofd te kunnen bieden is inzet van alle ketenpartijen van belang. Zorgaanbieders in de hele keten, verzekeraars, ROAZen en ook VWS en de NZa dragen bij. En dat moet ook: voor alle patiënten, én voor alle zorgprofessionals die er hard aan werken om deze patiënten snel en kundig te helpen. De drukte in de acute zorg is niet op korte termijn verdwenen, het smeden van nieuwe samenwerkingsverbanden kost tijd en vastberadenheid. Ik houd de vinger aan de pols, ondersteun waar nodig en spreek partijen aan en -waar nodig- breng ik partijen aan één tafel.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

Bijlage toezeggingen en moties

Toezegging DBC geriatrische revalidatiezorg

Toegezegd is de NZa te vragen of het mogelijk is de opening van een DBC geriatrische revalidatiezorg (GRZ) simpeler te maken. Ik constateer dat de kern van het probleem niet zozeer in het openen van een DBC zit, maar dat het nodig is dat er eerst zorgstandaarden voor GRZ komen. Het is aan de velpartijen om deze zorgstandaarden te maken, zoals te doen gebruikelijk in de zorg. Ik treed daarom in overleg met het veld om concreet te maken wat er voor nodig is om tot deze zorgstandaarden te komen.

Toezegging Geriatrische kennis op SEH's

Toegezegd is na te gaan in hoeverre er op de SEH's geriatrische kennis aanwezig is. Over de vraag in hoeverre er op de SEH's geriatrische expertise aanwezig is, heb ik gesproken met een SEH-arts uit Leiden die samen met een internist ouderengeneeskunde onderzoek coördineert, dat als doel heeft om ouderen die op de SEH komen de juiste aandacht te geven. Hij liet mij weten dat de aanwezigheid van geriatrische kennis op de SEH de aandacht heeft van veel afdelingen voor spoedeisende hulp en de betrokken beroepsgroepen in Nederland. Het betreffende onderzoek, waarin wetenschappelijk wordt onderzocht hoe de zorg voor ouderen op de SEH het beste kan worden vormgegeven, loopt momenteel nog; hier kan op dit moment dan nog geen eensluitend antwoord op worden gegeven.

Toezegging Initiatieven integrale zorg

In het 30-ledendebat «drukte in de acute zorg in relatie tot sluiting verpleeghuizen» van 13 september 2017 heb ik u toegezegd te bekijken of blijvende financiering van initiatieven m.b.t. integrale zorg mogelijk is, aan de hand van de rapportage van het Schakelteam voor personen met verward gedrag. Deze rapportage heb ik op 5 oktober van dit jaar ontvangen. De rapportage gaat in op de voortgang van de lokale en regionale aanpak van problematiek rond personen met verward gedrag. Ik ondersteun deze aanpak onder andere door financiering van het actieprogramma Actieprogramma lokale initiatieven mensen met verward gedrag. Door middel van tijdelijke subsidies in het stimuleer ik dat partijen op zoek gaan naar andere en vernieuwende vormen van samenwerking. Als deze goed blijken te werken, kunnen ze onderling afspraken maken over de borging van het initiatief. De tussenrapportage bevat een kort overzicht van de lopende initiatieven, die onder andere ook betrekking hebben op de samenwerking binnen de spoedeisende zorg. Met het Schakelteam volg ik de resultaten van deze initiatieven.

Moties

De Tweede Kamer heeft op 26 september jongstleden gestemd over de moties die zijn ingediend tijdens het debat op 13 september jongstleden en drie van de ingediende moties aangenomen. Hierna ga ik kort in op de stand van zaken van de opvolging van deze moties.

Ik beleg de uitvoering van de motie Ellemet en Dijkstra om een effectenstudie uit te voeren naar eerstelijnsverblijf (ELV) (Kamerstuk 29 247, nr. 237) deels bij het Zorginstituut en deels bij een extern bureau. De verwachting is u over de resultaten te informeren na het zomerreces.

De motie Ellemet (Kamerstuk 29 247, nr. 238) verzoekt de regering om een onderzoek te laten doen naar het gebruik van zorg thuis, gefinancierd

vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. De voormalig Staatssecretaris van VWS heeft deze motie aan de Minister van VWS overgelaten. Hij wil deze motie nog nader bestuderen. Ik verwacht u begin 2018 aan te kunnen geven op welke wijze deze motie zal worden uitgevoerd

In antwoord op de motie-Van der Staaij over overbelasting van spoedeisendehulpdiensten door drank- en middelengebruik (Kamerstuk 29 247, nr. 242) ontvangt uw Kamer binnenkort een brief van de Staatssecretaris van VWS.