

Vergaderjaar 2017–2018

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 339

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 juni 2018

Het eerstelijnsverblijf (ELV) is in 2015 vanuit de AWBZ (zijnde tijdelijke opname in het verpleeghuis) ondergebracht in een tijdelijke subsidieregeling. Sinds 2017 is het ELV onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De ervaring leert dat verandering van zorgstelsel ook veranderingen in de organisatie en vaak ook zorginhoud met zich mee brengt. Dat vraagt extra inspanning van zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om deze verandering gestalte te geven. En dat proces kost tijd. Met deze brief informeer ik uw Kamer over de inbedding van het ELV in de Zvw tot nu toe en geef ik een schets van de mogelijke doorontwikkeling. Hiermee beantwoord ik de motie van Kamerleden Ellemeet en Pia Dijkstra over het uitvoeren van een onderzoek naar de kwaliteit, goede voorbeelden en doorontwikkeling van het eerstelijnsverblijf¹.

Kwaliteit eerstelijnsverblijf

Onder eerstelijnsverblijf wordt verstaan medisch noodzakelijk verblijf in verband met generalistisch geneeskundige zorg (zoals huisarts en specialist ouderengeneeskunde) met al dan niet met de daarbij gepaard gaande verpleging, verzorging en paramedische zorg. Het ELV biedt laag complexe zorg, hoog complexe zorg en palliatieve zorg. Voor de laag complexe en hoog complexe vormen is de zorg gericht op terugkeer naar huis. Het is een relatief jonge zorgvorm die nog sterk in ontwikkeling is. Het is een ontwikkelproces dat vergelijkbaar is met de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vanuit de AWBZ naar de Zvw vijf jaar geleden. Dit gaf een stimulans aan de versterkte en doelmatige focus op revalidatie en herstel. Een onderzoek naar het ELV in het algemeen, een jaar na de introductie in de Zvw, kan een bijdrage leveren aan de verdere doorontwikkeling van het ELV. In september vorig jaar liep er een

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 237

verkennd onderzoek naar ELV door Vilans² en stond het registratieonderzoek van Actiz³ op het punt van start te gaan. Ik heb hier een derde onderzoek aan toegevoegd.

Het onderzoek van Actiz had tot doel meer inzicht te krijgen in de herkomst, diagnoses, behandelinzet en ligduur van patiënten die gebruik maken van het eerstelijnsverblijf (en daarmee mogelijk bij te dragen aan het kostprijsonderzoek van de NZa). Het onderzoek van Vilans richt zich vooral op juist gebruik van ELV en de organisatie daarvan. Beide onderzoeken geven op onderdelen inzicht in de kwaliteit van het ELV, maar geen totaalbeeld. Daarom heb ik opdracht gegeven aan Significant hier specifiek onderzoek naar te doen. De resultaten van het onderzoek zijn gebaseerd op gesprekken met aanbieders, zorgverleners, verwijzers, zorgverzekeraars, gemeenten en zorggebruikers over hun ervaringen met de zorginhoud en organisatie van het ELV, kernelementen van een kwalitatief goed ELV en mogelijke verbeterpunten.

In het rapport van Significant⁴ wordt aangegeven welke elementen bijdragen aan een kwalitatief goed ELV wat betreft de organisatie ervan in de keten en de te leveren zorg in de ELV-setting:

1. Samenhang van ELV in de keten (ondersteuning bij triage vooraf en vroegtijdig afstemmen over vervolgzorg)
 2. Behandeling afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt
 3. Expertise op herstelgerichte zorg
 4. Regie op vormgeving, uitvoering en evaluatie van het behandelplan
- In het rapport worden verder suggesties gegeven voor het inzichtelijk maken van kwaliteit. Dit geeft handvatten aan de betrokken beroepsgroepen en zorgaanbieders voor verdere uitwerking.

Goede voorbeelden eerstelijnsverblijf

In de afgelopen anderhalf jaar is er een divers beeld ontstaan aan organisatievormen en zorginhoud van eerstelijnsverblijf. Er zijn instellingen die de spoedvarianten van zorgvormen met tijdelijk verblijf (Wlz-crisisbedden en een deel van hoog complexe vorm van ELV) geclusterd aanbieden met een hoge behandelintensiteit en korte ligduur. En er zijn zorgaanbieders die de combinatie maken van ELV met GRZ. Er zijn ook instellingen die bewust hun ELV-capaciteit verspreiden over gespecialiseerde verpleegafdelingen. Weer anderen hebben een afdeling in een ziekenhuis ingericht speciaal voor een goede doorstroom van SEH/ziekenhuis naar ELV. Sommige instellingen bieden alleen de laag complexe vorm van ELV aan, anderen alle drie de vormen van ELV. Ik heb het Zorginstituut gevraagd een verkenning te doen naar de kenmerken waaraan een eerstelijnsverblijf moet voldoen. Het Zorginstituut geeft aan dat voor het eerstelijnsverblijf de behoefte aan geneeskundige zorg bestaat uit het bieden van nadere diagnostiek en/of het bieden van veiligheid bij een hoog risico op gezondheidsverlies en/of het instellen en uitvoeren van een behandeling. De zorgvuldigheid van het geneeskundig proces is voor het Zorginstituut een belangrijk kenmerk van het ELV. Daarnaast is het ELV een onderdeel van de keten, zeker voor de groep thuiswonende kwetsbare ouderen. Het Zorginstituut stelt dat van een goed voorbeeld sprake kan zijn wanneer opname in het ELV passend en ondersteunend is aan de zorg thuis (bijlage bij Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 326). In de praktijk kan dit betekenen dat goed aangesloten is

² Vilans, 2018. In één keer goed! Een verkennd onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³ Actiz, 2018. Onderzoek Eerstelijns verblijf. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Significant, 2018. Onderzoek kwaliteit Eerstelijnsverblijf. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

op een kernteam in de eerste lijn, zoals ook benoemd wordt in het programma Langer Thuis.
Beide kernelementen komen ook terug in het rapport van Significant.

Doorontwikkeling eerstelijnsverblijf

In het rapport van Significant worden ook de gesignaleerde knelpunten in de praktijk beschreven. Gesteld wordt dat de samenhang tussen het eerstelijnsverblijf en andere zorgvormen met tijdelijk verblijf (en met opschalen van thuiszorg) nog onvoldoende functioneert en/of is georganiseerd. Ook wordt aangegeven dat de hoeveelheid behandelingen in het tarief te beperkt is in relatie tot de behandelbehoefte, met name bij de hoog complexe vorm van ELV.

Beide knelpunten zijn herkenbaar en neem ik serieus. Sinds april dit jaar is er een landelijk dekkend netwerk van regionale coördinatiepunten voor ELV en heb ik Zorgverzekeraars Nederland gevraagd eind dit jaar de verbreding naar alle zorgvormen met tijdelijk verblijf te realiseren.

Hiermee wordt de samenhang tussen andere zorgvormen met tijdelijk verblijf inzichtelijk en dat geeft ook een stimulans om het aanbod van ieder type af te stemmen op de vraag. Om deze verbreding te stimuleren heb ik zes goede voorbeelden van regionale coördinatiepunten die meer zorgvormen met tijdelijk verblijf coördineren, in kaart laten brengen⁵. Wat betreft een ander knelpunt, de beperkte behandelingen in de tarieven, wil ik kijken naar de mogelijkheid van modulaire integrale bekostiging, waarin er verschillende intensiteiten van behandeling mogelijk zijn. Dit wil ik bezien in samenhang met de zorgvorm aanvullende geneeskundige zorg (waarvan de overheveling van Wlz naar de Zvw voor 2020 gepland staat) en de geriatrische revalidatiezorg. Ik kom in mijn brief over de aanvullende geneeskundige zorg na zomer hierop terug.

Bovendien heb ik extra middelen beschikbaar gesteld in het akkoord Wijkverpleging voor verdere groei en ontwikkeling van het eerstelijnsverblijf: € 20 miljoen per jaar erbij vanaf 2019, oplopend tot € 80 miljoen in 2022.

Het eventueel geven van de mogelijkheid voor meer behandelopties betekent dat het veld eerst aan zet is om de kwaliteit van het eerstelijnsverblijf gezamenlijk vorm te geven. Dit geldt voor het goed kunnen beschrijven van een zorgvuldig geneeskundig proces in relatie tot de zorgbehoefte en ook voor de organisatie en invulling van de drie ELV-vormen. Ik zal deze ontwikkelingen op de voet volgen.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

⁵ Zorgmarkten, 2018. Regionale coördinatiepunten tijdelijk verblijf. Verslag van 6 goede voorbeelden. Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl