

Vergaderjaar 2017–2018

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 261**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2018

Naar aanleiding van signalen over de drukte in de acute zorg (bijvoorbeeld de in 2016 gepubliceerde brief van TraumaNet AMC over drukke Spoedeisende Hulpen) bent u de afgelopen tijd regelmatig geïnformeerd. Er is verslag gedaan over de problematiek en aanpak in brieven aan uw Kamer.<sup>1</sup> 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 2017 heeft uw Kamer een brief ontvangen over de Marktscan acute zorg die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van de Minister van VWS heeft gemaakt.<sup>2</sup> De druk in de acute zorg blijkt vele oorzaken te hebben, waarvan er niet één dominant is. Op 1 juni jl. 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 deze brief van het LNAZ<sup>3</sup>, onder dankzegging aan alle partijen die binnen de ROAZen hard werken om de drukte in de acute keten het hoofd te bieden.

Hoewel de druk op de acute zorg de komende jaren naar verwachting zal blijven bestaan, zijn er vele maatregelen mogelijk en nodig om de acute zorgketen effectiever en efficiënter te laten werken en daarmee de druk te beperken en beter op te vangen. De oorzaken die ten grondslag liggen aan de druk op de acute zorg worden inmiddels breed, door verschillende partijen en in verschillende gremia opgepakt. Centraal hierin staan de acties die door de partijen in de 11 ROAZ-regio's worden ondernomen, het programma Langer Thuis, en de Hoofdlijnenakkoorden medisch-specialistische zorg en wijkverpleging 2019–2022 en het Onderhandelaarsakkoord huisartsen 2019–2022 (met hierin specifiek De Juiste Zorg op de

<sup>1</sup> D.d. 6 juni 2016 (Kamerstuk 29 247, nr. 224); 5 oktober 2016 (Kamerstuk 29 247, nr. 225); 22 december 2016 (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 94), 20 juni 2017 (Kamerstuk 29 247, nr. 234); en 27 november 2017 (Kamerstuk 29 247, nr. 249).

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 236.

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Juiste Plek). In deze brief ga ik hierop nader in. Ik maak van de gelegenheid gebruik door aan het eind van de brief kort in te gaan op:

- Stand van zaken toezegging geriatrische kennis (AO spoedeisende zorg d.d. 5 april jl.)
- Motie Kerstens/Van den Berg (27 295, nr. 164) over de Kwaliteitsstandaard Intensive Care

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 ondersteun waar nodig en spreek partijen aan en ik breng – waar nodig – partijen samen aan één tafel.

### **Samenvatting brief LNAZ: aanpak van de drukte in de acute zorg in de regio's**

Het LNAZ geeft in de bijgevoegde brief aan dat in de ROAZ-regio's sprake is van een precair evenwicht tussen vraag en aanbod in de acute zorg. De ROAZ-regio's ervaren een grote druk op de acute zorgketen. De aard en omvang van deze druk verschilt tussen regio's en instellingen en is een resultante van demografische en maatschappelijke veranderingen, personeelstekorten en beperkingen in capaciteit en doorstroming. Door de demografische ontwikkelingen, maar ook doordat arbeidsmarktmaatregelen pas effect hebben op langere termijn, zal deze situatie voorlopig blijven bestaan. De kwetsbaarheid van de keten werd ook zichtbaar tijdens de griepgolf begin dit jaar.

Om de druk op de acute zorg te beperken en zo goed mogelijk op te vangen worden door de partijen met elkaar in regionaal verband diverse acties ondernomen. In de ROAZen optimaliseren de partijen gezamenlijk de acute zorgketen en borgen zij de bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio. De acties die zij ondernemen worden door het LNAZ in de bijgevoegde brief beschreven. Deze acties hebben onder meer betrekking op het beperken van de instroom in de acute keten, het bevorderen van de doorstroom en uitstroom uit de keten. In het kader van een soepele uitstroom van kwetsbare ouderen uit het ziekenhuis is in alle regio's contact gelegd met de VVT-sector (VVT = verpleging, verzorging en thuiszorg). Ook wordt volop aandacht besteed aan het opleiden van zorgprofessionals en aan samenwerking en coördinatie om (bijvoorbeeld door gebruik van het Acuut Zorgportaal), bij lokale beperkingen in het zorgaanbod, de zorgvraag toch zoveel mogelijk in de regio op te vangen. Daarnaast wordt (aanvullend op de landelijke analyses van de NZa) in een aantal regio's ook op lokaal niveau de (de komende jaren te verwachten) vraag naar acute zorg gemonitord.

Om te kunnen blijven voorzien in de vraag naar acute zorg is volgens het LNAZ behoefte aan een *transformatie* van de zorgverlening, die tijd vraagt en door beleid ondersteund zal moeten worden. Hierbij acht het LNAZ het van belang dat er meer mogelijkheden komen voor gerichte *vroegsignalering* van problematiek bij ouderen om gezondheidsrisico's tijdig te signaleren en op te volgen. Ook spreekt het LNAZ de verwachting uit dat nieuwe vormen van *zorgcoördinatie* en de toepassing van *telemedicine*<sup>4</sup> zullen bijdragen aan het beter en doelmatiger opvangen van

<sup>4</sup> Telemedicine of telegeneeskunde is een vorm van medische zorg waarbij door behandelaars een afstand wordt overbrugd door gebruikmaking van informatietechnologie en telecommunicatie.

de vraag van burgers naar acute zorg en het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Daarnaast vraagt het LNAZ aandacht voor een soepele *overgang* van patiënten van ziekenhuizen *naar de VVT-sector*. Op de aanbevelingen van het LNAZ ga ik hieronder achtereenvolgens in.

### **Transformatie van de zorg: Hoofdlijnenakkoorden**

Het besef dat het nodig is dat de zorg en ondersteuning een transformatie moeten ondergaan wordt inmiddels steeds breder gedeeld. Dit is ook een belangrijk uitgangspunt van de Hoofdlijnenakkoorden medisch-specialistische zorg en wijkverpleging voor de periode 2019–2022 (hierna: Hoofdlijnenakkoorden) die de Minister van VWS en ik in juni met partijen in de medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 311) en de wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 911) hebben gesloten. Ook in het Onderhandelaarsakkoord huisartsen 2019–2022 dat ik deze week heb bereikt, is deze transformatie een belangrijk thema. Daarin hebben alle betrokken partijen aangegeven van mening te zijn dat demografische en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, en technologische ontwikkelingen die op ons afkomen, maar ook veranderende wensen die de samenleving stelt aan zorg en ondersteuning, vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg en ondersteuning wordt geboden. De benodigde transformatie wordt in de hoofdlijnenakkoorden ook wel geduid als «een transformatie naar het leveren van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional op het juiste moment en tegen de juiste prijs, met als uitgangspunt dat de patiënt minimaal even goede of zelfs betere zorg zal ontvangen». Het rapport van de Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek (Kamerstuk 29 689, nr. 896) heeft gediend als input voor de Hoofdlijnenakkoorden. Deze transformatie heeft als effect:

- i. het voorkomen van (duurdere) zorg;
- ii. het verplaatsen van zorg, (dichter) bij mensen thuis als dat kan dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet; en
- iii. het vervangen van zorg door andere oplossingen of nieuwe zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch of verpleegkundige inhoudelijke kwaliteit van de zorg.

In lijn met het pleidooi van het LNAZ voor de toepassing van telemedicine hebben de partijen ook in de Hoofdlijnenakkoorden aangegeven dat de opschaling van onder meer e-health-toepassingen en digitaal ondersteunende zorg randvoorwaardelijk is om stappen te kunnen zetten richting de juiste zorg op de juiste plek. De partijen kondigen in de Hoofdlijnenakkoorden verschillende acties aan, zodat veilige en doelmatige e-health-toepassingen binnen de looptijd van het akkoord een regulier onderdeel van goede zorg worden en de regie op gezondheid door mensen zelf ondersteunen. Daarnaast heeft de Nederlandse Zorgautoriteit, om e-health te faciliteren en stimuleren, de Wegwijzer bekostiging e-health ontwikkeld. Daarin wordt ingegaan op voorbeelden van e-health toepassingen in de verschillende zorgsectoren, toegelicht welke regels goede e-health moeten stimuleren en aangegeven wat de bekostigingsmogelijkheden zijn waar binnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over e-health (Kamerstuk 29 689, nr. 873).

### **Vroegsignalering: Programma Langer Thuis**

Op 18 juni jongstleden heeft de Minister van VWS de Tweede Kamer het programma Langer Thuis toegestuurd (Kamerstuk 31 765, nr. 326). Dit is één van de drie programma's die zijn aangekondigd in het Pact voor de Ouderenzorg, dat het kabinet op 8 maart 2018 met gemeenten en een reeks maatschappelijke partijen heeft gesloten om de zorg en de woonsituatie voor ouderen merkbaar te verbeteren. Het programma richt

zich specifiek op de grote en groeiende groep ouderen die zelfstandig thuis wonen. Het uitgangspunt hierbij is de wens van ouderen om zo lang mogelijk op een goede manier zelfstandig te kunnen blijven wonen, met ondersteuning, zorg en in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. Thuis zo lang het kan.

In lijn met het pleidooi van het LNAZ wordt in het programma Langer Thuis onder meer ingezet op vroegsignalering van problematiek bij ouderen. Ambitie is om ouderen die mogelijk kwetsbaar zijn eerder in beeld te krijgen. Teams voor ouderen in de wijk, bestaand uit professionals zoals de huisarts of POH (praktijkondersteuner bij de huisarts), de wijkverpleegkundige, de apotheker, een medewerker uit het sociaal team van de gemeente, en steeds vaker een specialist ouderengeneeskunde, letten bijvoorbeeld op dreigende eenzaamheid, tekenen van ondervoeding, beginnende dementie of zorgmijding. Door deze brede blik kunnen deze teams niet alleen de juiste diagnose stellen (brede triage), maar ook alle levensgebieden betrekken bij het beoordelen van de ondersteuningsvraag. Op die manier kunnen ouderen passende ondersteuning en zorg krijgen, die voorkomt dat hun kwetsbaarheid toeneemt en ouderen bijvoorbeeld acute zorg nodig hebben. Ook krijgen ouderen daarmee zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven en hun zelfredzaamheid terug.

### **Zorgcoördinatie**

Het LNAZ geeft in zijn brief onder meer aan te verwachten dat nieuwe vormen van zorgcoördinatie zullen bijdragen aan het beter en doelmatiger opvangen van de vraag van burgers naar acute zorg en het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Zorgcoördinatie is het 24/7 «aan de voorkant» gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg door verschillende zorgprofessionals<sup>5</sup>. De burger/patiënt komt bij één gezamenlijk loket terecht met zijn of haar acute zorgvraag. Dat loket wordt bemand door bijvoorbeeld triagisten van de huisartsenpost, de wijkverpleging, de GGZ, en de ambulancedienst. Door middel van de gezamenlijke triage wordt de zorgbehoefte van de patiënt omgezet in de meest passende zorg. Zo kan besloten worden dat een zorgverlener naar de patiënt toegaat of dat de patiënt naar de zorgverlener komt. Maar het kan ook zo zijn dat er geen sprake is van noodzaak tot acute zorgverlening. De patiënt krijgt dan een telefonisch advies of er wordt voor de volgende dag een afspraak ingepland bij een arts. Met zorgcoördinatie wordt beoogd om voor de patiënt de juiste (acute) zorg, door de juiste zorgverlener, op het juiste tijdstip, op de juiste plek te organiseren.

De NZa heeft in de marktscan acute zorg aanbevolen om gezamenlijk te onderzoeken of een digitaal loket, waar patiënten terecht kunnen om het urgentieniveau te bepalen en een verwijlsadvies te krijgen, bijdraagt om patiënten met een acute zorgvraag op de juiste plek (en op het juiste moment) in de acute zorgketen te behandelen. Ook in het rapport van de Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek worden veldpartijen opgeroepen om de initiatieven die er lopen op het gebied van zorgcoördinatie, zoals in Overijssel waar de huisartsenpost, ambulancedienst en wijkverpleging hun telefonische spoedlijnen bij elkaar hebben gezet om snel te kunnen schakelen, gezamenlijk direct de juiste zorg in te kunnen zetten en de dubbele inzet van professionals te voorkomen, breed in het land te implementeren.

Zorgcoördinatie vind ik een goede ontwikkeling, die echt kan bijdragen aan het terugdringen van de drukte in de acute zorg. Om een extra impuls

<sup>5</sup> Dit geldt niet voor levensbedreigende zorgvragen, waarvoor 112 bedoeld is.

aan het onderwerp zorgcoördinatie te geven betrek ik het landelijk uitrollen van zorgcoördinatie in de gesprekken die momenteel lopen met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over het actieplan ambulancezorg.

### **Doorstroom van ouderen van ziekenhuis naar de VVT-zorg**

In het programma Langer Thuis wordt eveneens, in lijn met het pleidooi van het LNAZ, aandacht besteed aan de situatie waarin een oudere tijdelijk niet thuis kan blijven en de daarmee gepaard gaande overgang van thuis (al dan niet via het ziekenhuis) naar tijdelijk verblijf en terug naar huis.

Wat de overgang van een oudere van en naar tijdelijk verblijf betreft wordt onder meer ingezet op het versterken van de beschikbaarheid van de expertise van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn en in de verbinding naar de spoedzorg. Hiervoor is deze kabinetsperiode extra geld beschikbaar gesteld. Daarnaast werken we aan het onderbrengen van de medische zorg en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde in de Zorgverzekeringswet.

Ook wordt in dit kader ingezet op de verbreding van de regionale coördinatiepunten voor tijdelijk verblijf. Per 1 april 2018 is er een landelijk netwerk van regionale coördinatiepunten gerealiseerd, waardoor beschikbare bedden in het eerstelijnsverblijf voor elke huisarts en elk ziekenhuis inzichtelijk zijn. In veel gevallen kan de zorgverlener ook ondersteund worden bij triage en het regelen van de plek. Het is belangrijk dat de reikwijdte van de regionale coördinatiepunten verbreed wordt naar alle zorgvormen met tijdelijk verblijf, zodat nog beter de juiste zorg op de juiste plek geregeld kan worden. Deze verbreding moet op 1 januari 2019 zijn gerealiseerd.

### **Verdere acties op het gebied van arbeidsmarkt en versterking ROAZen**

Uiteraard wordt ook op andere terreinen (blijvend) actie ondernomen.

Zo heeft u van de Minister en Staatssecretaris van VWS en ondergetekende, mede namens de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, op 13 maart 2018 het Actieprogramma Werken in de Zorg ontvangen (Kamerstuk 29 282, nr. 303) met als doel te zorgen voor voldoende medewerkers in de zorg, die goed zijn toegerust voor en tevreden zijn met het belangrijkste werk dat zij doen. Ook in de Hoofdlijnenakkoorden 2019–2022 is de arbeidsmarkt in de zorg één van de centrale thema's.

Ook wordt gewerkt aan een algemene maatregel van bestuur (amvb) op grond van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg, waarin de positie van het ROAZ wordt versterkt. Mede in verband met de drukte in de keten van acute zorg wordt steeds meer gevraagd van de regionale overleggen acute zorg. Die overleggen gaan niet meer alleen over de keten van acute zorg zelf, maar ook over de instroom in die keten en de uitstroom uit de keten. Daardoor moeten er meer partijen betrokken worden bij het overleg en is het van belang dat de verplichtingen voor zorgaanbieders die samenhangen met dit regionaal overleg duidelijker worden vastgelegd. Ook worden in deze amvb, zoals ik heb aangegeven tijdens het meerderheidsdebat over de positie van regionale ziekenhuizen op 13 juni jongstleden, bepalingen opgenomen over de situatie waarin een ziekenhuis of huisartsenpost voornemens is het aanbieden van spoedeisende zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk te beëindigen of

op te schorten. Deze bepalingen hebben onder meer betrekking op de communicatie met de inwoners en gemeenten in de regio, en op een verplichting het voornemen tot opschorting of sluiting te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o. en de NZa. Conform mijn toezegging in het algemeen overleg over acute zorg van 29 november 2017 (Kamerstuk 29 247, nr. 250) zal ik u na de zomer nader informeren over de inhoud van de concept-algemene maatregel van bestuur.

Daarnaast heb ik de NZa, zoals ik al heb aangekondigd tijdens het Algemeen Overleg over acute zorg in de Tweede Kamer op 29 november 2017, gevraagd om vóór 15 november 2018 een nieuwe analyse van de acute zorg (door de NZa nu «monitor acute zorg» genoemd) uit te brengen, en deze analyse daarna tweemaal te herhalen. Ik heb de NZa ook – in overeenstemming met het verzoek van de Tweede Kamer – verzocht om in deze toekomstige analyses meer inzicht te geven in de toekomstige ontwikkelingen in de acute zorg, en mede op basis hiervan aanbevelingen te formuleren om de toegang tot de acute zorg ook in de toekomst te kunnen waarborgen. Daarnaast heb ik de NZa verzocht om in de toekomstige analyses aandacht te besteden aan niet alleen het eerstelijnsverblijf, maar vervolgzorg in den brede (in ieder geval geriatrische revalidatiezorg, Wmo spoedzorg en Wlz crisiszorg). Uiteraard zal ik deze monitor acute zorg van de NZa na publicatie naar de Tweede Kamer sturen.

### **Stand van zaken toezegging geriatrische kennis (AO spoedeisende zorg d.d. 5 april jl.)**

Tot slot wil ik nog graag het volgende opmerken. Tijdens het Algemeen Overleg over spoedeisende zorg in april jl. (Kamerstuk 29 247, nr. 259) vroeg het lid Ellemet (GL) naar een wetenschappelijk onderzoek naar geriatrische kennis op de SEH, de zogenaamde «APOP studie» (APOP staat voor «Acuut Presenterende Oudere Patiënt»). Deze studie (die overigens niet in opdracht van het Ministerie van VWS plaatsvindt maar van het LUMC) is in 2013 gestart in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Het doel van de studie is om op een wetenschappelijk onderbouwde manier de uitkomsten van acuut zieke ouderen die de SEH bezoeken te verbeteren, door de zorg op de SEH te optimaliseren en de juiste vervolgzorg in te schakelen. De onderzoeksvraag is dus hoe de zorg voor ouderen op de SEH (of Acute Opname Afdeling) het beste kan worden vormgegeven. De onderzoekers onderzoeken in 2018 bepaalde interventies op effectiviteit, en verwachten eind 2018 over de eerste resultaten hiervan te beschikken. Deze zullen zij vervolgens naar verwachting in 2019 publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift. Daarna zal ik mijn beleidsreactie aan u toesturen. Voor eind 2018 zal ik u de informatie toezenden, die ik bij de Nederlandse ziekenhuizen verzamel over hoe zij invulling geven aan de behoefte aan geriatrische kennis op de SEH.

### **Motie Kerstens/Van den Berg (Kamerstuk 27 295, nr. 164) over de Kwaliteitsstandaard Intensive Care**

Naar aanleiding van de door de Kamer aangenomen motie van de leden Kerstens en Van den Berg inzake het niet zetten van onomkeerbare stappen te zetten ten aanzien van Intensive Care's, zolang de gevolgen van de aangepaste Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care nog onduidelijk zijn, heb ik navraag gedaan bij de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) naar de stand van zaken van het aangekondigde addendum op deze kwaliteitsstandaard. Bij de vaststelling van het addendum worden beroepsgroepen en organisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars betrokken. De NVIC heeft mij laten weten dat

inmiddels acht van de betrokken partijen hebben ingestemd met de tekst van het addendum. Men is nog in afwachting van de opvattingen van drie andere partijen. Streven is om na instemming van alle partijen op zo kort mogelijke termijn het addendum aan te bieden aan het Zorginstituut voor inschrijving in het register. Zoals ik u per brief van 12 juni jl. (Kamerstuk 27 295, nr. 166) heb laten weten gaat de IGJ vanaf 1 juli 2018 handhaven op de kwaliteitsstandaard, zoals die er dan ligt. Indien het addendum klaar is, maakt dat onderdeel uit van de Kwaliteitsstandaard. De inspectie zal niet met ingang van 1 juli direct gaan toetsen bij alle ziekenhuizen, maar zal het toezicht op implementatie van de Kwaliteitsstandaard risicogestuurd inrichten. Mocht het addendum nog niet formeel zijn vastgesteld, maar is het naar de mening van de IGJ redelijkerwijs te verwachten dat dit op korte termijn wel het geval zal zijn, dan zal de inspectie daarmee bij de uitvoering van het toezicht rekening houden.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins