

Vergaderjaar 2015–2016

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 167

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 26 oktober 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 18 juni 2015 over het inspectierapport «continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd» (Kamerstuk 31 765, nr. 146).

De vragen en opmerkingen zijn op 2 juli 2015 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 22 oktober 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	8

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het IGZ-rapport «continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen». Een goede overdracht dient een hoge prioriteit te krijgen van alle betrokken instanties en zorgprofessionals. Het rapport geeft aan dat er nog veel beter moet en kan. De leden van de VVD-fractie zijn dan ook tevreden met de beslissing van de Minister om de aanbevelingen uit het rapport over te nemen. Wel vinden deze leden dat er gewaakt moet worden voor extra taken en regelgeving. Bewustwording van gedeelde verantwoordelijkheden bij een overdracht van alle betrokken instanties is het voornaamste. In het inspectierapport wordt er aangegeven hoe de verschillende zorgprofessionals aan informatie komen of hoe patiëntgegevens worden overgedragen. De leden van de VVD-fractie vragen of er met betrekking tot de overdracht van patiëntgegevens in de toekomst kansen liggen voor innovatie of zijn er belemmeringen die innovatie op dit punt bemoeilijken. Genoemde leden vragen dit omdat zij hopen dat, naast bewustwording, innovatie kan bijdragen aan een overdracht van gegevens die sneller, vollediger en beter is en zo de kwaliteit van de overdracht verbeterd wordt.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling het inspectierapport «continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd» en de reactie van de Minister hierop gelezen. Deze leden zijn het eens met de Minister dat de resultaten van het rapport zorgwekkend zijn. Voor kwetsbare ouderen is het van groot belang dat de continuïteit van zorg voldoende geborgd is, zodat zij op ieder moment de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Het is, vinden deze leden, zeker zorgwekkend te noemen dat betrokken zorgverleners in het ziekenhuis zich onvoldoende bewust zijn van hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg voor patiënten die aan hen zijn toevertrouwd. Deze leden zijn dan ook tevreden met het feit dat de Minister alle aanbevelingen onderschrijft die de inspectie aan alle betrokkenen doet en dat ook zij stelt dat het niet gaat om extra regels of taken, maar dat de activiteiten die nodig zijn om tijdige, complete en correcte overdrachten te garanderen onderdeel zijn van verantwoorde zorg en professioneel handelen. Deze leden onderschrijven deze reactie van de Minister.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat er een serieuze opgave ligt voor alle betrokkenen om te communiceren en afspraken te maken en de regie in de keten te beleggen. De inspectie stelt dat professionals en zorginstellingen op de kortst mogelijke termijn op deze gebieden maatregelen moeten nemen, deels per sector/instelling en deels sector overschrijdend. Deze leden willen graag weten van de Minister welke rol zij voor zichzelf weggelegd ziet in deze opgave. Op welke wijze gaat de Minister borgen dat professionals en zorginstellingen op de kortst mogelijke termijn ook daadwerkelijk maatregelen nemen? Welke termijn heeft de Minister in haar hoofd om de continuïteit op orde te hebben? Wat deze leden betreft moet dit zo snel mogelijk. Kan de Minister gezamenlijk optrekken met

professionals en zorginstellingen om nog in het najaar 2015 afspraken te maken, de regie te beleggen en de sector overschrijdende communicatie te verbeteren? Kan de Kamer hierover in het najaar worden geïnformeerd?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de inspectie al eerder geconstateerd heeft dat het overdragen van medicatiegegevens en de naleving van de richtlijn medicatieoverdracht in de keten in alle sectoren een kwetsbaar punt blijft. Betrokken partijen hebben hierop in het voorjaar 2014 besloten tot een herijking van de vigerende richtlijn en gezamenlijk een nadere toelichting te geven op de richtlijn «Overdracht van medicatiegegevens in de keten» hebben op gesteld. Op welke wijze hebben deze acties nu geleid tot een betere overdracht van medicatiegegevens? Welke nadere acties zijn nodig om de medicatieoverdracht in de keten te verbeteren? De herziene versie van de richtlijn onder auspiciën van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten moet in het voorjaar 2016 beschikbaar zijn. Hoe wordt deze herziene richtlijn onder de aandacht van alle betrokken professionals gebracht? Hoe wordt de aandacht voor een goede medicatieoverdracht nu daadwerkelijk versterkt met deze maatregelen? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting.

De Minister geeft aan dat de overdracht van patiëntgegevens binnenkort zo is geregeld dat de continuïteit van de zorg voor patiënten is gewaarborgd, aangezien artsorganisaties gezamenlijk de uitdaging aangaan en dit oppakken. Genoemde leden zijn net als de Minister blij dat de artsorganisaties dit oppakken. Zij lezen dat de Minister ervan uit gaat dat dit tevens een brede en breed gedragen richtlijn medische overdracht impliceert en dat conform de aanbevelingen van het inspectierapport dit voor het einde van het jaar gereed is. Welke stok achter de deur heeft de Minister wanneer dit niet het geval is? Heeft zij de artsorganisaties erop gewezen dat een breed gedragen richtlijn medische overdracht hier wat haar betreft ook bij hoort? Welke acties gaat zij ondernemen wanneer eind van het jaar de richtlijn niet gereed is? Graag ontvangen deze leden een toelichting.

De inspectie heeft het Ministerie van VWS geadviseerd om te stimuleren dat alle betrokken organisaties de maatregelen en aanbevelingen die in het rapport staan gericht op een verantwoorde manier uit te voeren. De Minister geeft vervolgens aan dat zij betrokken landelijke organisaties een afschrift van de brief met haar reactie op het rapport stuurt met het dringende verzoek om op alle mogelijke manieren bij te dragen aan bewustwording van de noodzaak van een goed overdrachtsproces met name bij kwetsbare ouderen en tevens om de hun achterbannen te ondersteunen en te stimuleren bij verbetermaatregelen in de eigen organisatie, maar ook en met name in relatie tot relevante ketenpartners. Dit zal geagendeerd worden in onder andere het bestuurlijk overleg medisch specialistische zorg en in het bestuurlijk overleg. De leden PvdA-fractie zijn blij met deze acties, maar vragen of er wellicht meer stimulans nodig is om de organisaties tot actie te manen. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan? Aangezien de benodigde acties eigenlijk al deel uitmaken van het leveren van verantwoorde zorg en professioneel handelen, verbaast het deze leden enigszins dat dit nog niet duidelijk verweven zit in het handelen van professionals. Is slechts op actie aandringen voldoende volgens de Minister? Welke acties worden ondernomen wanneer blijkt dat de benodigde actie te weinig wordt opgepakt?

De leden van de PvdA-fractie delen de mening van de Minister dat er een uitdaging ligt om ketenbreed en sector overschrijdend te komen tot waarborgen van de continuïteit van zorg en dat dit een intensief en veelomvattend traject is. Op welke wijze doet de inspectie nader onderzoek naar aanleiding van de stappen die er gezet gaan worden? Welke concrete doelstellingen moeten er dan wat betreft de Minister behaald zijn? Welke stappen zullen er nader gezet worden door zowel de

inspectie als de wanneer blijkt dat de continuïteit van zorg een kwetsbaar punt blijft? Graag ontvangen deze leden een nadere reactie.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie zijn geschrokken van de conclusie die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft getrokken op basis van haar onderzoek «Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd». De IGZ concludeert namelijk dat de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen in geen enkele onderzochte regio's geborgd is. Deze leden begrijpen dat het overdrachtsproces een ingewikkeld proces is, maar zijn van mening dat dit geen excuus mag zijn voor het in gevaar brengen van kwetsbare ouderen. Is de Minister dit met deze leden eens? Is de Minister het vervolgens met genoemde leden eens dat het tevens schokkend is dat er nauwelijks verbeteringen te zien zijn ten opzichte van de resultaten uit onderzoeken van de IGZ op dit zelfde vlak daterend uit 2011? Heeft de Minister hiervoor een verklaring? Kan de Minister de gevolgen hiervan aangeven? Zijn er mensen hierdoor overleden? Hebben mensen een tekort aan zorg gehad? Graag een uitgebreide toelichting.

Het rapport van de IGZ lijkt de schuld bij de zorgverleners te leggen, hoe reageert de Minister hierop? Vindt de Minister dit fair? De leden van de SP-fractie vragen of hier de enige oorzaak ligt. In het rapport van de IGZ wordt immers niet ingegaan op de gevolgen van het ingezette beleid, met bezuinigingen op de thuiszorg en het sluiten van verpleeghuizen, als het gaat om de gevaren bij overdracht vanuit het ziekenhuis naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, de huisarts of de thuiszorg. Oftewel, het wordt steeds ingewikkelder om de kwetsbare ouderen over te dragen naar een goede plek, bijvoorbeeld omdat de juiste plek dan wel zorg simpelweg niet beschikbaar is. De IGZ geeft dan in haar beschouwing zelf ook aan: «overdragen moest altijd al, maar de veranderingen in de zorg geven het nu topprioriteit». De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide reactie van de Minister hierop; is de Minister het met deze leden eens dat het momenteel door het kabinet gevoerde beleid ook een negatieve invloed heeft op de continuïteit van zorg? Is de Minister het vervolgens met deze leden eens dat het gevoerde beleid deze gevaren eerder vergroot dan verkleind? Zo ja, wat gaat de Minister hier aan doen? Zo nee, waarom is zij het hier niet mee eens? Hoe verhoudt het feit dat de continuïteit van zorg voor ouderen in gevaar is zich tot de inkoop van zorg door en de zorgplicht van de zorgverzekeraars? Als oorzaak voor het in gevaar zijn van de continuïteit van zorg wordt het ontbreken van een eindverantwoordelijke genoemd, hoe kan dit als er sprake is van zorgplicht bij de zorgverzekeraars? Terwijl ook door de IGZ wordt aangegeven dat het bewust overdragen van de zorg de laatste jaren juist steeds belangrijker is geworden. Wat is de reactie van de Minister hierop? Herkent en erkent de Minister dat het bewust overdragen van kwetsbare ouderen steeds belangrijker wordt? De leden van de SP-fractie vragen wie er eindverantwoordelijk is voor de continuïteit van zorg en of dit in de ketenbehandeling voldoende is opgenomen en geregeld. Op de transferafdelingen van ziekenhuizen worden veel transferverpleegkundigen ontslagen, zo horen deze leden. Kan de Minister een overzicht geven van de totale aantallen transferverpleegkundigen over de afgelopen vijf jaar, het aantal ziekenhuizen dat de afgelopen tijd transferverpleegkundigen heeft ontslagen, welke ziekenhuizen dit zijn en waarom zij hun transferverpleegkundig(en) hebben ontslagen en kan de Minister daarbij aangeven of zij het met de leden van de SP-fractie eens is dat juist deze functie verpleegkundige belangrijk is in het garanderen van continuïteit van zorg? Is er een relatie te leggen tussen de zorgcontinuïteit die in

gevaar is en de ontslaggolf onder transitieverpleegkundigen? De leden vragen de Minister om een heldere toelichting. De leden van de SP-fractie constateren gelukkig ook dat de zorgverleners ook gecompimenteerd worden met hun werk; zij zijn ook de reden dat het over het algemeen goed gaat. Deze leden vinden dat dit inderdaad benadrukt mag worden.

De IGZ geeft aan dat zij jaarlijks meldingen ontvangt over calamiteiten in zorginstellingen kort na ontslag uit het ziekenhuis die mede veroorzaakt zijn door een onvolledige, onjuiste of te laat ontvangen overdracht van medische, medicatie- en verpleegkundige gegevens. De leden van de SP-fractie vragen de Minister om een compleet (eventueel geanonimiseerd) overzicht van deze meldingen over de afgelopen vijf jaar: hoe vaak wordt melding gedaan, wat is de kern van deze meldingen, komen deze meldingen in bepaalde regio's of bij bepaalde ziekenhuizen vaker voor dan gemiddeld en welke acties heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van deze meldingen ondernomen? Kan de Minister daarbij aangeven in hoeveel gevallen de situaties, waarover melding is gedaan, hebben geleid tot extra opnames, de dood van patiënten of andere ernstige gevolgen? Kan de Minister de leden van de SP-fractie een uitputtend overzicht geven van alle gevolgen? Zo ja, per wanneer? Zo nee, waarom niet?

«Ook een groot aantal veldpartijen in de zorg ziet de risico's rond overdracht van patiëntgegevens», dit wordt gesteld door de IGZ. De leden van de SP-fractie vragen de Minister om een helder en volledig overzicht van alle risico's die de veldpartijen zien rond de overdracht van patiëntgegevens, en verzoeken de Minister te reageren op de verschillende geconstateerde risico's met daarbij aangegeven de mogelijke oplossingen waar de Minister respectievelijk de praktijk aan denkt.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij kan aangeven waarom het niet mogelijk was voor de IGZ om de overdracht van beide kanten van de ziekenhuisopname te onderzoeken? Zal hier een apart onderzoek aan gewijd worden? Zo ja, wanneer vindt dit onderzoek plaats? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie lezen in het rapport de zinsnede «als de patiënt niet bekend was bij de zorgaanbieder waarnaar hij volgens de gegevens van het ziekenhuis was ontslagen, beoordeelde de inspectie de medische, medicatie- en verpleegkundige overdrachtsinformatie als niet overgedragen» en hebben wat moeite deze zin goed te duiden. Betekent dit dat de patiënt nooit is aangekomen bij de «opvolgende zorgaanbieder»? Is duidelijk waar de patiënt wel naar toe is gegaan? Graag een duiding van deze zinsnede.

Klopt de conclusie van de leden van de SP-fractie dat er over de tijdigheid van de overdrachten nauwelijks (harde) conclusies te trekken zijn omdat informatie die daarvoor nodig is veelal ontbreekt? Graag een reactie van de Minister.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij van mening is dat de door haar ingezette acties, zoals beschreven in de reactie van de Minister op het rapport, voldoende zijn om de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen in het vervolg te garanderen. Het valt deze leden op dat de Minister alleen een afschrift van haar brief zal versturen en het thema zal agenderen, mede in het licht dat de Minister in haar brief aangeeft de resultaten zorgwekkend te vinden, vinden de leden van de SP-fractie dit nogal mager en vragen of de Minister ook zelf daadwerkelijk acties gaat ondernemen.

De elektronische uitwisseling van gegevens staat of valt met goede, kloppende en volledige dossiers. Is de Minister dit met de leden van de SP-fractie eens? Is de Minister het dan vervolgens ook met deze leden eens dat het goed zou zijn om die dossiers eerst goed op orde te hebben? Hoe zit het met de aansluiting tussen de verschillende ICT-systemen als

het gaat om goede overdracht en continuïteit van zorg, vragen de leden tenslotte.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het inspectierapport en de bijbehorende beleidsreactie. Deze leden delen het oordeel van de Minister dat de uitkomsten van het onderzoek van de IGZ zorgwekkend zijn.

De leden van de CDA-fractie constateren dat het onderzoek van de IGZ gericht is op de overdracht van patiëntengegevens van kwetsbare ouderen in het algemeen. Deze leden vragen of de Minister van mening is dat voor bepaalde doelgroepen overdracht vanuit het ziekenhuis extra kwetsbaar is, en daarom extra aandacht behoeft. Zal er specifieke aandacht zijn vanuit de IGZ voor de overdracht van patiëntengegevens voor bepaalde groepen kwetsbare ouderen?

De IGZ constateert dat er bij geen van de onderzochte ziekenhuizen een duidelijk omschreven ziekenhuisbrede ontslagprocedure voor kwetsbare ouderen bestaat. Ook zijn er nauwelijks regionale samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuis en opvolgende zorgverleners. De leden van de CDA-fractie vragen wat de Minister zal doen om te stimuleren dat er regionale samenwerkingsafspraken komen, waarbij patiënten nog wel keuzevrijheid behouden?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het aantal crisisopnames zich ontwikkelt. Klopt het dat het aantal crisisopnames stijgt?

De leden van de CDA-fractie lezen dat de IGZ aan zorgaanbieders aanbeveelt om voor 1 januari 2016 te regelen dat alle zorgverleners waaraan de zorg wordt overgedragen in ieder geval binnen 24 uur na ontslag een overdracht van patiëntengegevens hebben. De leden van de CDA-fractie vragen hoe dementiemantelzorgers en de dementieketens en -casemanagers betrokken worden bij het verbeteringsproces dat hiertoe moet leiden. Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de specifieke positie van de mantelzorger, en hoe wordt voorkomen dat «informatie-overdracht» ontaardt in een verkapte opdrachtverstrekking aan mantelzorgers waardoor verantwoordelijkheden richting hen over de schutting worden gekieperd?

De leden van de CDA-fractie lezen dat de IGZ artsenorganisaties en patiëntenorganisaties aanbeveelt om voor 2016 tot een brede en breed gedragen richtlijn medische overdracht van kwetsbare ouderen te komen. Deze leden vragen of Alzheimer Nederland hierbij kan worden betrokken, gezien het grote en toenemende aantal mensen met dementie en hun specifieke kwetsbaarheid bij ontslag uit het ziekenhuis.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen, die niet gewaarborgd is, maar hebben hier nog de nodige vragen en opmerkingen over. De belangrijkste conclusie van de IGZ is dat in geen van de onderzochte regio's het overdrachtsproces zo was georganiseerd dat een goede overdracht en daarmee continuïteit van zorg was gegarandeerd. De leden van de PVV-fractie vinden het een schokkende conclusie dat het dus nergens goed geregeld is en vragen zich af wat de consequenties zijn voor de ouderen. Hoeveel onnodige missers hebben er plaatsgevonden? Hoeveel schade is er aangericht?

Zorgverleners lijken zich nog onvoldoende bewust van het belang van een goede overdracht en hun verantwoordelijkheid daarin. Hoe gaat de Minister deze verantwoordelijkheid bij de zorgverleners vergroten, los van het toetsingskader? Zijn zorgverleners niet gewoon aansprakelijk bij

onvolledige overdracht? Wordt een onvolledige overdracht of het ontbreken daarvan als fout aangemerkt?

De Minister vindt de uitkomsten van het onderzoek naar continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen zorgwekkend. De leden van de PVV-fractie delen deze mening. Welke acties worden op korte termijn genomen om de zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen te waarborgen.

Gaat het hier alleen om een probleem bij de overdracht (ligt het probleem bij het ziekenhuis) of heeft het ook te maken met de verwerking van de overdracht door zorgmedewerkers in thuissituaties of instellingen? Hoe zit het dan met die aansprakelijkheid?

De opnameduur van patiënten in het ziekenhuis is de voorbijaande jaren sterk afgenomen. Is dat niet gelijk ook één van de problemen? Gaan ouderen niet gewoon te vroeg terug naar de thuissituatie of het tehuis (waar expertise ontbreekt)?

De leden van de PVV-fractie vragen of er wel genoeg revalidatieplekken beschikbaar zijn nu de verzorgingshuizen sluiten? Wordt dit voldoende ingekocht door zorgverzekeraars?

Verwacht de Minister dat deze problematiek zal verergeren door de bezuinigingen op de langdurige zorg en er ook minder plaatsen beschikbaar zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de 50Plus-fractie

Het lid van de 50PLUS-fractie heeft met zorg kennisgenomen van het rapport «continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd». Hierover wil dit lid graag enkele vragen stellen. Iedereen is het eens over het feit dat een goede overdracht van de ene naar de andere zorgverlener essentieel is voor het kunnen verlenen van goede en passende zorg aan kwetsbare ouderen. Welke verklaring heeft de Minister ervoor dat dit dan toch zo'n omvangrijk probleem is gebleken onder alle partijen? Is er sprake van overbelasting van diverse disciplines? Heeft het te maken met het toenemend aantal kwetsbare ouderen in ziekenhuizen, waar deze in zeer wisselende mate op berekend zijn? Zijn er nog andere verklaringen? Wat zeggen de onderzoeksresultaten naar uw oordeel over communicatie binnen de zorg?

Hoe oordeelt u over de conclusie van de IGZ dat de (kwetsbare) patiënt bij de overdracht onvoldoende centraal staat (onder 2.6)? Hoe oordeelt u over de constatering dat de overdracht versnipperd is (2.5)? Hoe oordeelt u over het bericht dat in geen van de onderzochte ziekenhuizen nauwelijks duidelijk omschreven ontslagprocedures voor kwetsbare ouderen zijn?

Aan welke criteria moeten de risicoanalyse en plan van aanpak, genoemd onder 3.1 voldoen? Op welke wijze en hoe frequent wordt de voortgang van de verbeteringen door de IGZ gemonitord? Welke concrete resultaten worden verwacht in het resultaatverslag?

Wat vindt de Minister van de aanbevelingen van de IGZ (paragraaf 3.2), dat de maatregelen die worden opgedragen aan overdragende en opvolgende instellingen op 1 juni 2016 geregeld moeten zijn; dat de overdracht van kwetsbare patiënten zo is dat de continuïteit van zorg is gewaarborgd op 1 januari 2016 voor wat de organisatie zelf kan; en per 1 januari 2017 voor wat er met de regiopartners moet gebeuren? Hoe ziet u de genoemde data in relatie tot de omvang en urgentie van dit probleem? Ofwel: moet een en ander niet veel sneller geregeld zijn?

Wordt er in de te ontwikkelen richtlijn (p 22) specifiek aandacht besteed aan kwetsbare ouderen met dementie?

Op pagina 23 wordt aanbevolen dat het ministerie uiterlijk voor 1 januari 2016 een stimulerende rol op zich moet nemen om alle betrokken organisaties de maatregelen en aanbevelingen te laten uitvoeren. Deelt de Minister de mening dat het noodzakelijk is deze rol per direct op te

nemen? Is de Minister bereid naast een stimulerende rol (zoals beschreven in zijn reactie) ook een coördinerende en aanjagende rol op zich te nemen en substantiële en concrete resultaten te boeken voor 1 januari 2016, gezien de omvang en de urgentie van het probleem? Zo nee, waarom niet?

Is het wellicht nodig om in de opleidingen van de diverse disciplines meer aandacht te besteden aan de overdracht in het algemeen en die rondom kwetsbare ouderen in het bijzonder? Graag een toelichting. Deelt u de constatering dat een slechte overdracht negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheidssituatie van de patiënt? Is de Minister bereid om meer aandacht te vragen voor seniorvriendelijkheid van ziekenhuizen in brede zin? Hoe ziet de Minister de rol van de huisarts in dit proces?

II. Reactie van de Minister

Ik dank de verschillende fracties voor hun vragen over mijn brief van 18 juni 2015 inzake het inspectierapport «continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd», hierna te noemen inspectierapport.

Het is een veelheid aan vragen die de leden van de verschillende fracties mij stellen. Het geheel overziend, stel ik vast dat de vragen van de verschillende fracties elkaar gedeeltelijk overlappen. Voor de overzichtelijkheid beantwoord ik eerst de vragen, die in een aantal gevallen door meerdere fracties zijn gesteld, thematisch:

1. Verantwoordelijkheid en rolverdeling;
2. Oorzaken en gevolgen;
3. Mogelijke oplossingen;
4. Onderzoek inspectie.

Alle overige vragen beantwoord ik daarna. Voor ik op uw vragen nader inga, wil ik de volgende opmerkingen maken.

Nieuwe risico's in patiëntveiligheid

De zorgen van de Kamer naar aanleiding van het inspectierapport deel ik en ik ben met uw Kamer van mening dat continuïteit van zorg aan de basis ligt van verantwoorde zorg: de patiënt moet kunnen rekenen op kwalitatief goede en veilige zorg. Overdracht is een randvoorwaarde voor continuïteit. Het vergroten van kwaliteit en veiligheid staat al jaren hoog op mijn agenda. Ik heb met partijen uit verschillende sectoren ingezet op landelijke programma's voor patiëntveiligheid. Deze hebben, zoals bekend, geleid tot substantiële verbetering van veiligheid en kwaliteit van de zorg voor de patiënt dankzij de inspanningen van velen. De Nederlandse ziekenhuizen bijvoorbeeld zijn in enkele jaren significant veiliger geworden. Een van de speerpunten in genoemde programma's was de bewustwording en het managen van risico's en een veiligheidscultuur. Zorgbreed is geconstateerd dat medicatieveiligheid en informatieoverdracht nog weerbarstige risico's zijn die bijzondere aandacht en verbetering behoeven.

Dat is van groot belang tussen sectoren en in geval van transmurale zorg. Het thema kwetsbare ouderen vormt één van de tien thema's waar het veiligheidsprogramma in de medisch specialistische zorg (VMS) zich op richt.

In mijn voortgangsbrief over patiëntveiligheid van 17 juni 2014 wijs ik er ook op dat het terugdringen van risico's altijd blijvende aandacht en focus vraagt. De veranderende zorg brengt dat met zich mee. Voorbeelden zijn het beleid gericht op ambulantisering in de GGZ, extramuralisering vanuit de langdurige zorg, substitutie naar de eerstelijns, waar inmiddels ook de wijkverpleging onderdeel van uitmaakt. Deze nieuwe realiteit vraagt om blijvende aandacht voor patiëntveiligheid, passend bij de ontwikkelingen

om langer zelfstandig te wonen, om minder zorg in instellingen te verlenen en meer in de thuissituatie en in de wijk. Overdracht en continuïteit blijft daarmee een belangrijke opgave die zich uitstrekt over de zorgsectoren heen. Daarom is het van groot belang dat de inspectie dit onderzoek heeft gedaan zodat verbeteringen daadwerkelijk kunnen worden ingezet en gerealiseerd.

Kwetsbare ouderen

Overdrachtmomenten zijn per definitie risicomomenten ongeacht om welke doelgroep het gaat. Het is evident dat de gezondheidsrisico's voor kwetsbare ouderen extra groot zijn wanneer de overdracht niet tijdig en niet volledig plaatsvindt. Daarom is het goed dat de inspectie prioriteit geeft aan verbeteringen voor deze doelgroep. Tegelijkertijd ben ik van mening dat de lessen die uit het inspectierapport kunnen worden getrokken waar mogelijk een breder bereik moeten krijgen om voor alle cliënten en patiënten de vermijdbare risico's van overdracht en de gezondheidsschade die daaruit kan voortkomen te verminderen. Ik zie dat als een fundamentele professionele verantwoordelijkheid die zorgverleners hebben voor de mensen die aan hen zijn toevertrouwd. Hieronder beantwoord ik in vier hoofdstukken uw vragen.

1. Verantwoordelijkheid en rolverdeling

De leden van de fracties van de PvdA, het CDA, de SP, de PVV en 50PLUS hebben mij in verschillende bewoordingen gevraagd hoe ik aankijk tegen het inspectierapport met de daarin voorgestelde maatregelen. De vragen hebben betrekking op het snel realiseren van verbeteringen, hoe ik mijn eigen rol daarin zie, of ik voornemens ben om zelf aanvullende maatregelen te nemen die ertoe leiden dat professionals hun verantwoordelijkheid beter nemen, zoals een aanjagende of regierol en hoe ik aankijk tegen de rol van de inspectie en de zorgplicht van zorgverzekeraars. Tot slot is de vraag wanneer ik vind dat de continuïteit van zorg op orde moet zijn en wie daartoe stappen moeten zetten.

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke rol ik voor mijzelf zie weggelegd om te borgen dat professionals en zorginstellingen op de kortst mogelijke termijn ook in actie komen en hoe ik samen kan optrekken met partijen om in het najaar 2015 afspraken te maken. Ga ik partijen alleen tot actie manen en wat als er te weinig gebeurt? Ook de leden van de fractie van de SP wil weten of ik zelf acties ga inzetten.

Het lid van de fractie van 50PLUS vraagt of ik bereid ben naast een stimulerende rol ook een coördinerende en aanjagende rol op zich te nemen en substantiële en concrete resultaten te boeken voor 1 januari 2016.

Ik zie mijn rol vooral als stimulerend en agenderend. Het is belangrijk dat alle professionals en zorginstellingen doordrongen zijn van de urgentie en het belang van snelle en accurate overdracht van medische gegevens. Ik zal daarom de verschillende veldpartijen, waaronder de professionals en zorginstellingen, blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheid om zorg te dragen voor een goede en snelle overdracht, conform de lijn van de IGZ, van medische, verpleegkundige en medicatie gegevens bij de overgang van de ene zorgverlener of instelling naar een andere. Deze verantwoordelijkheid is niet nieuw; zorgverleners zouden dit al moeten doen. Ik ben met uw Kamer eens dat dit zo snel als mogelijk goed geregeld moet zijn. Omdat het feitelijk niet om nieuwe taken of verantwoordelijkheden gaat, is dit mijns inziens ook mogelijk.

Wel is het zaak dat de onderhavige richtlijnen worden gescreend op volledigheid en eenduidigheid en dat deze naast elkaar gelegd worden zodat er geen manco's of overlap in de regelingen is. De betrokken partijen hebben al aangegeven dat zij zich hierover willen buigen. Dat vraagt meer tijd.

Gelet op bovenstaande zie ik geen reden om op dit moment vooruitlopend op de initiatieven van de partijen en de maatregelen die de inspectie heeft voorgeschreven zelf aanvullende acties in te zetten. Ik zal de voortgang secuur volgen en heb de inspectie gevraagd om mij daarvan op de hoogte te houden evenals van de mogelijke maatregelen die de inspectie inzet.

Daarnaast zal ik vanuit mijn positie het belang en de urgentie van verbeteringen onderstrepen en waar mogelijk borgen in lopende trajecten. Ik zal de partners¹ van het VMS zorgprogramma verzoeken concreet aan te geven hoe het borgen van continuïteit van zorg van kwetsbare ouderen onderdeel is van de implementatie van de tien thema's van het programma en hoe dit punt ook meegenomen kan worden in het VMS veiligheidsmanagementsysteem. Deze partijen hebben zich gecommitteerd aan het bereiken van alle in het VMS veiligheidsprogramma afgesproken doelstellingen en hebben vastgelegd de komende jaren onverminderd door te zullen gaan met het realiseren van veranderingen en verbeteringen van patiëntveiligheid in de medisch specialistische zorg.

De afgelopen jaren is er veel inzet gedaan door de ziekenhuizen om de risico's van ouderen in het ziekenhuis beter in beeld te krijgen en te verminderen. Dat heeft geresulteerd in een standaardscreening van alle ouderen vanaf 70 jaar op de extra risico's die zij lopen bij een ziekenhuisopname: delirium, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen. Nu moet er extra aandacht komen voor het verbeteren van de overdracht bij ontslag.

Daarnaast zal ik met het NIVEL in contact treden om te bezien hoe dit thema onderdeel vormt van de vierde landelijke monitor zorggerelateerde schade medisch specialistische zorg. De resultaten van deze monitor zullen naar verwachting eind 2017 uitkomen.

Ik ben met de IGZ van oordeel dat een goede, tijdige en complete overdracht vanzelfsprekend onderdeel zou moeten zijn van professioneel handelen van zorgverleners. Ik begrijp dat de Kamer zich afvraagt waarom dat nog niet is gerealiseerd als het zo vanzelfsprekend is. Ook ik zou willen dat alle geconstateerde knelpunten liefst vandaag zouden zijn opgelost en wel zorgbreed.

Belangrijk uitgangspunt van mijn beleid is om de verantwoordelijkheden daar te blijven beleggen waar ze, gezien ons stelsel thuishoren. Zorgverleners en zorginstellingen zijn primair verantwoordelijk voor het leveren van patiëntgerichte, goede en veilige zorg. Zij zijn het die de zorg aan de patiënt leveren, elke dag met en voor patiënten werken in nauwe samenwerking met anderen. De zorgverzekeraar stuurt met een kritisch inkoopbeleid op de kwaliteit en veiligheid van de zorg door goede en veilige zorg als voorwaarde te stellen en prestaties zichtbaar te belonen. Het is de taak van zorgverzekeraars om ook nieuwe risico's in de zorg mee te nemen in hun inkoopbeleid. Een betere overdracht leidt bovendien tot minder vermijdbare fouten en daarmee ook tot minder leed en tot minder verspilling. Te denken valt aan een kortere opnameduur of minder heropnames. Overdracht is daarom ook onderdeel van het programma verspilling in de zorg.

¹ De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Federatie van Medisch Specialististen (FMS) en de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Samen met veldpartijen wordt gewerkt aan het opzetten van een pilot rondom een Transfer Intervention Procedure (TIP). Dit naar het voorbeeld van de zogenoemde «time-outprocedure» (TOP) voor het operatieve proces (een checklist op de operatiekamer). Het beoogde doel is om een TIP te implementeren in een aantal ziekenhuizen en de winst (minder verspilling) inzichtelijk te maken. Ik zal u dit najaar een voortgangsbrief verspilling sturen waar uitgebreider op deze pilot zal worden ingegaan.

De SP vraagt specifiek hoe het zit met de zorgplicht van zorgverzekeraars in relatie tot het ontbreken van een eindverantwoordelijke voor de ketencontinuïteit.

Ik ben het volledig eens met de SP dat het overdragen van kwetsbare ouderen steeds belangrijker wordt gegeven de veranderingen en verschuivingen in de zorg. Zoals ik eerder heb aangegeven geldt dat belang in feite voor alle patiënten. Bij de overgang van patiënten van de ene zorgverlener naar de volgende dient dit zorgvuldig te gebeuren, en hebben beide zorgverleners een gedeelde verantwoordelijkheid. Alhoewel primair de verantwoordelijkheid voor een compleet en tijdig overdracht-dossier ligt bij de «vertrekkende» zorgverlener, dient ook de «ontvangende» zorgverlener alert te zijn dat het dossier tijdig wordt overgedragen. Dit is mede randvoorwaarde voor goede zorg. Zonder de informatie over de medische situatie (incl. verpleegkundige inzet en medicatiegegevens) kan de ontvangende zorgverlener geen goede zorg leveren.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van kwalitatief goede zorg. Dat verzekeraars zorgplicht hebben wil overigens niet zeggen dat zij eindverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van ketencontinuïteit, wel voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Zorgverzekeraars en aanbieders kunnen in hun contacten afspraken maken over goede informatieoverdracht wanneer een patiënt van de ene naar de andere zorgverlener gaat. Aanbieders en verzekeraars moeten samen de beschikbaarheid van veilige zorg garanderen. Partijen onderkennen de urgentie en de noodzaak om gezamenlijk in actie te komen. Dat blijkt uit de acties die de meest betrokken partijen hebben aangekondigd om ondermeer te komen tot een herziening van de richtlijn medische overdracht. Uit navraag naar de stand van zaken begrijp ik dat partijen hiermee voortvarend aan de slag zijn gegaan.

De inspectie heeft in 2015 extra toezichtcapaciteit ingezet op vijf prioriteiten waarvan er vier direct van belang zijn voor continuïteit van zorg aan kwetsbare ouderen. Deze prioriteiten staan ook in 2016 centraal in het toezicht. Het betreft:

- Grote veranderingen in de zorg, zowel in de langdurige als curatieve zorg.
- Bestuurlijke verantwoordelijkheid (governance), waarbij aandacht ondermeer uitgaat naar de verbetering van intern toezicht van zorgaanbieders.
- Medicatieveiligheid, met aandacht voor risicovolle geneesmiddelen, risicovolle patiënten, en risicovolle processen.
- Intramurale ouderenzorg.

Ik constateer dat de inspectie in haar rapport bovendien duidelijke en concrete verbetermaatregelen heeft benoemd met een planning. De inspectie ziet nauwlettend toe op het uitvoeren van deze verbetermaatregelen binnen de gestelde termijnen. Als partijen onverhoopt de planning niet halen, dan zullen zij tijdig in overleg met de inspectie moeten treden om aan te geven waarom zij een en ander niet kunnen realiseren. De inspectie zal veldpartijen wijzen op hun verantwoordelijkheid om veldnormen te maken. De inspectie verwacht dan dat zorgaanbieders deze naleven en zal handhaven wanneer uit toezicht blijkt dat dit niet het geval

is. Bij het uitblijven van veldnormen zal de Inspectie het Kwaliteitsinstituut vragen deze normen te laten opstellen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke stok ik achter de deur heb als de herziening van de NHG richtlijn over de overdracht van gegevens van 1^e naar 2^e lijn en vice versa achterblijft.

Ik ga er op voorhand niet vanuit dat herziening van deze richtlijn niet voortvarend zal worden opgepakt. Enerzijds zal de inspectie nagaan hoe partijen zijn omgegaan met het opvolgen van de aanbeveling van de inspectie, anderzijds kan het Kwaliteitsinstituut een rol spelen bij het versnellen van het tot stand komen van een richtlijn.

De PvdA fractie wil eveneens weten of en zo ja welk nader onderzoek de inspectie voornemens is als het gaat om het opvolgen van de aanbevelingen.

De inspectie zal aan het thema aandacht blijven besteden in haar incidententoezicht en risicotoezicht. De inspectie houdt vinger aan de pols, bespreekt het onderwerp en houdt de meldingen goed in de gaten. Mocht hieruit blijken dat de praktijk onvoldoende verbetert, dan zal de inspectie het toezicht intensiveren. De inspectie heeft daarmee de bal nu eerst bij het veld gelegd en geeft hen de ruimte om het op orde te brengen. Ik ben het met deze aanpak eens.

De leden van de fractie van de CDA vragen specifiek wat ik zal doen om te stimuleren dat er regionale samenwerkingsafspraken komen waarbij de patiënt nog wel keuzevrijheid heeft.

Met de inspectie ben ik van mening dat er – ook regionaal – goede samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt, zodat de overgang van ziekenhuis naar andere zorgverleners goed kan verlopen. Met de CDA fractie vind ik de keuzevrijheid van de patiënt van belang. Zoals ik hierboven heb betoogd is het juist nodig om in de organisatie van zorg overdracht en communicatie in te bouwen en de overdracht niet afhankelijk te maken van initiatief van individuele zorgverleners. Structurele samenwerkingsafspraken in de regionale keten zijn daarvoor mijns inziens een van de bouwstenen. Gelukkig zijn er in diverse regio's ook voorbeelden en initiatieven van dergelijke regionale samenwerkingsverbanden rondom kwetsbare ouderen waarbij meerdere ketenpartners zijn betrokken, zoals bijvoorbeeld in de regio Oss-Uden-Veghel, West-Achterhoek, Oost Veluwe. Dergelijke samenwerkingsverbanden lijken mij een goede basis om de aanbevelingen van de inspectie verder concreet vorm en inhoud te geven. Er zijn ook zorgverzekeraars die een specifiek inkoopbeleid voeren dat gericht is op integrale zorg voor kwetsbare ouderen, waarbij bijvoorbeeld huisartsen en samenwerkingsverbanden die hierin voor de regio het voortouw nemen kunnen worden ondersteund. Op dit moment zie ik voor mijzelf geen rol hier bovenop aanvullende acties te ondernemen.

De leden van de fractie van de PvdA en het lid van de fractie van 50 PLUS vragen of ik dit najaar afspraken met partijen wil maken om sectoroverschrijdende afspraken te maken over communicatie en of de Kamer daarover kan worden geïnformeerd.

Zoals ik hierboven heb aangegeven zie ik geen reden en noodzaak om het traject dat de inspectie en de veldpartijen al in gang hebben gezet te doorkruisen door zelf afspraken te maken met veldpartijen.

Het lid van 50 PLUS vraagt specifiek naar de rol van de huisarts in het overdrachtsproces.

De huisarts speelt een belangrijke rol in de eerste lijn; in de regel kent een huisarts zijn patiënten al vele jaren en is daardoor goed bekend met de specifieke situatie van de patiënt. Afhankelijk van hoe de zorg in de regio

precies is geregeld, kan de rol van een huisarts verschillen. In regio's waar bijvoorbeeld sprake is van een case-manager die expliciet is betrokken bij de gegevensoverdracht van een kwetsbare patiënt zal een huisarts een andere rol aannemen dan als dit anders is georganiseerd. Los van de specifieke context in een regio is het altijd aan een huisarts om zo snel mogelijk te beoordelen of een overdracht volledig is en welke acties hij moet nemen als medisch hoofdbehandelaar om de continuïteit van zorg te waarborgen.

2. Oorzaken en gevolgen

De leden van de fractie van de SP, de PVV en 50PLUS vragen naar mijn visie op mogelijke achterliggende oorzaken van het ontbreken van een goede overdracht en wat de gevolgen daarvan zijn geweest voor patiënten.

Zoals de inspectie in het rapport aangeeft is de overdracht van patiëntengegevens een complex en kwetsbaar proces waarbij verschillende zorgverleners de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt moeten overdragen, zonder dat zij altijd daadwerkelijk contact hebben, elkaars situatie kennen, precies weten wat de ander nodig heeft aan informatie en in verschillende type organisaties functioneren.

Alles staat en valt met het bewustzijn bij zorgverleners hoe essentieel een goede overdracht is. Als dat bewustzijn ontbreekt kan dat ertoe leiden dat zorgaanbieders de veldnormen voor een goede overdracht onvoldoende naleven, zoals de inspectie ook heeft geconstateerd. Dat kan en moet dus veel beter. De partijen betrokken bij de overdracht van de patiënt dienen – als deze gegevens niet, te laat of incompleet worden aangeleverd – elkaar erop aan te spreken dat dit wel gebeurt. Immers, alleen met deze gegevens kunnen zij goede en passende zorg leveren. In eerste instantie wil ik de betrokken organisaties daartoe aanmanen. Aansluitend zal ik bezien of nog andere maatregelen en acties nodig zijn. Bijvoorbeeld: het verspreiden van kennis en goede voorbeelden via de verschillende beroepsverenigingen. Ook zal ik informatie hierover op laten nemen op de website InVoorZorg!

Een eenduidig systeem voor de uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners onderling en tussen de sectoren is ook een belangrijke randvoorwaarde die zorgverleners kan helpen.

Overdracht moet bovendien zijn ingebakken in de primaire zorgprocessen op de werkvloer en een vanzelfsprekende onderdeel zijn van de dagelijkse organisatie van de zorg. Goede overdracht en wat daarvoor nodig is mag niet overgelaten worden aan «het goede gedrag» van een individuele zorgverlener. Voor een adequate organisatie van zorgprocessen, het bespreken van incidenten en systematisch kunnen leren van verbeterpunten die daaruit voortvloeien zijn bestuurders van instellingen primair verantwoordelijk. De inspectie zal bestuurders daarop ook actief aanspreken en overdracht onderdeel maken van het jaargesprek met de instellingen.

Gelukkig gaat het ondanks tekortkomingen in de organisatie vaak goed dankzij het eigen initiatief van professionals. Extra inspanning die zij moeten doen om ontbrekende informatie bij elkaar te sprokkelen zou natuurlijk veel beter aan zorg besteed kunnen worden.

Het lid van de fractie van 50PLUS wil weten hoe ik oordeel over de conclusies van de inspectie dat de (kwetsbare) patiënt bij de overdracht onvoldoende centraal staat, dat de overdracht versnipperd is en dat in geen van de onderzochte ziekenhuizen nauwelijks duidelijk omschreven ontslagprocedures voor kwetsbare ouderen zijn.

Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie op het inspectierapport onderschrijf ik de bevindingen van de inspectie en de daaraan gekoppelde maatregelen om verbeteringen te realiseren volledig. Ik vind de bevin-

dingen die het lid van de fractie 50PLUS aanhaalt uit het rapport zeker zorgelijk.

De leden van fracties van de PVV en van 50PLUS vragen ook of de afname van de opnameduur in ziekenhuizen met name van ouderen niet een van de oorzaken is van de problemen. Heeft het probleem te maken met de toename van het aantal kwetsbare ouderen in ziekenhuizen en de mate waarin ziekenhuizen zijn voorbereid op deze doelgroep. Waarom is dit zo'n omvangrijk probleem. Wat zeggen de onderzoeksresultaten over communicatie binnen de zorg?

Het klopt inderdaad dat de opnameduur de afgelopen jaren gemiddeld sterk is gedaald en dat de leeftijd van de ziekenhuispopulatie toeneemt. Overigens zijn er verschillen per ziekenhuis en per diagnosegroep. Verkorting van de opnameduur is niet alleen een manier om aan de groeiende zorgvraag tegemoet te komen zonder de klinische capaciteit te vergroten. Het is ook goed voor de patiënt, want snel uit het ziekenhuis betekent sneller mobiliseren, minder infectierisico en een kleinere kans om in de vreemde omgeving te vallen of in de war te raken. Die laatste risico's lopen vooral oudere patiënten. Ziekenhuizen zijn gelukkig steeds beter voorbereid op oudere patiënten. Ik heb hierboven reeds aangegeven wat ziekenhuizen doen om de risico's voor oudere patiënten bij een ziekenhuisopname te verminderen.

Niet alle patiënten willen korter in het ziekenhuis zijn. Er zijn patiënten en/of hun sociale omgeving die vinden dat ze al naar huis moeten «maar nog niet goed genoeg zijn». Het beoordelen van wat medisch verantwoord is, het anticiperen op verwachtingen en mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving en een optimale overdracht zodat continuïteit is geborgd zijn essentiële voorwaarden die goed geregeld moeten zijn bij het besluit om een patiënt uit het ziekenhuis te ontslaan en dat is de verantwoordelijkheid van zorgverleners. De overdracht van medische gegevens en een actueel en compleet dossier is daarbij cruciaal en dat geldt ook voor het kennen van en samenwerkingsafspraken met de regionale ketenpartners. Communicatie in de zorg is zeer belangrijk: zonder goede communicatie geen goede zorg. Dat geldt voor communicatie tussen zorgverlener en patiënt en tussen zorgverleners onderling. De onderzoeksresultaten onderstrepen het belang ervan.

De leden van de fractie van de SP stellen dat het inspectierapport de schuld bij de zorgverleners lijkt te leggen. Zij willen weten of hier de enige oorzaak ligt voor het probleem.

Primair zijn de zorgverleners, zowel de individuele professionals als de zorginstellingen, die verantwoordelijk zijn voor een goede overdracht van patiënten en cliënten van de ene zorginstelling of professional naar de andere. Ik vind niet dat we hier moeten spreken over «schuld»; het gaat hierbij om het scheppen van randvoorwaarden, die professionals moeten ondersteunen en stimuleren om de goede dingen te doen en deze ook goed te doen. Het inspectierapport focust daar mijns inziens ook terecht op. De inspectie heeft er in haar rapport ook op gewezen dat het juist de individuele zorgverleners zijn die ervoor zorgen dat de overdracht vaak toch goed gaat. Mijns inziens moet de focus gericht zijn op concrete zaken die bijdragen tot verbetering, zoals bewustwording van het belang van tijdige en goede gegevensoverdracht. En, daar waar belemmeringen naar voren komen, moeten die gesignaleerd worden, besproken en aangepakt op de werkvloer, per sector en op landelijk niveau. De aanbevelingen van de inspectie en het inspectietoezicht zetten daar ook op in.

De leden van de fractie van de SP en van de PVV merken op dat door het ingezette beleid, zoals bezuinigingen in de thuiszorg en het sluiten van verpleeghuizen minder plaatsen beschikbaar zijn in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierdoor zijn goede plekken voor kwetsbare ouderen

als vervolg op een ziekenhuisopname niet of te weinig beschikbaar zijn. Dat beleid heeft een negatief effect op continuïteit van zorg. Deze leden willen graag weten of ik het daarmee eens ben en wat ik eraan ga doen. De leden van de fractie van de SP snijden mijns inziens met deze vraag een andere thematiek aan, namelijk die van de plaatsingsproblematiek. Deze staat los van de thematiek die in het onderhavige inspectierapport aan de orde komt, namelijk: de zorgen die er zijn over de gegevensoverdracht en de verbeteringen die in de overdracht van medische, verpleegkundige en medicatiegegevens doorgevoerd moeten worden. Wat betreft de vraag of er altijd een passende plek is voor kwetsbare ouderen na een ziekenhuisopname kan ik u het volgende meedelen.

De trend dat mensen langer thuis blijven wonen was reeds voorafgaand aan de hervormingen in de langdurige zorg aan de gang. Dit brengt met zich mee dat meer (kwetsbare) mensen – bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname – weer terug gaan naar hun eigen woning. Voor mensen die niet direct in staat zijn verder thuis te herstellen, is er de mogelijkheid van het eerstelijns verblijf. Om te voorkomen dat er te weinig plaatsen zouden zijn voor mensen die deze zorg nodig hebben, zoals kwetsbare ouderen na een ziekenhuisopname, zijn aanvullende middelen beschikbaar gesteld: het subsidiekader is met € 67 miljoen euro verruimd naar € 163 miljoen euro.

De transferverpleegkundige in het ziekenhuis speelt een belangrijke rol bij een goede overgang van het ziekenhuis naar de thuissituatie of bijvoorbeeld als nog enige tijd revalidatiezorg nodig is. Met de overheveling van wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet is deze zorg dichter bij de andere eerstelijnszorg, zoals huisartsenzorg, gepositioneerd wat de zorg voor mensen thuis kan verbeteren.

Overigens geldt ook voor mensen die – al dan niet door het ontbreken van (intramurale) vervolgzorg – op zorg thuis zijn aangewezen met inzet van huisarts, wijkverpleegkundige en informele zorg dat de overdracht van gegevens belangrijk is. In het bijzonder in die gevallen, waar mensen kwetsbaar zijn, dienen medische, verpleeg- en medicatiegegevens compleet te zijn en snel bij de ontvangende zorgverlener beschikbaar te zijn. Dat hier (op korte termijn) verbeteringen in zijn aan te brengen, wordt in het inspectierapport aangetoond.

De leden van de fracties van de PvdA, SP en van de PVV geven aan zorgen te hebben over de negatieve effecten voor deze doelgroep van een suboptimale overdracht.

Het inspectierapport geeft aan dat het gevolg kan zijn dat de patiënt onnodige risico's loopt. Het is duidelijk dat onnodige risico's moeten worden vermeden. Algemene uitspraken over de vraag of er in een individuele situatie daadwerkelijk sprake zal zijn of is geweest van gezondheidsschade kan ik niet doen.

De leden van de fractie van de SP vragen in dat verband of er mensen zijn overleden tengevolge van het ontbreken van een goede overdracht. En de leden van de fractie van de PVV willen weten hoeveel onnodige missers er hebben plaatsgevonden en hoeveel schade er is aangericht.

In haar onderzoek heeft de inspectie niet beoordeeld of er schade aan kwetsbare ouderen is opgetreden; dat was niet de opzet van het onderzoek. Over de gevraagde gegevens beschik ik derhalve niet.

De leden van de fractie van de SP vragen verder om een overzicht van totale aantallen beschikbare transferverpleegkundigen, het aantal ziekenhuizen dat transferverpleegkundigen heeft ontslagen en een visie op het belang van de transferverpleegkundige voor een goede overdracht. De Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben bij mij aangegeven dat dergelijke signalen bij hen niet bekend zijn. Er is bij V&VN en

NVZ een enkel ziekenhuis bekend waar transferverpleegkundigen ontslagen of herplaatst zijn. Vanuit andere regio's zijn bij de V&VN en NVZ geen van bovengenoemde signalen bekend. Er vindt wel op een aantal plekken herinrichting van het patiënten ontslag proces plaats. Ik kan mij voorstellen dat de transferverpleegkundige, die er als spin-in-het-web voor zorgt dat patiënten na ontslag uit het ziekenhuis de zorg krijgen die nodig is bijdraagt aan de continuïteit van zorg.

De leden van de fractie van de CDA vragen naar de ontwikkeling van het aantal crisisopnames van kwetsbare ouderen. Stijgt dat aantal?

Crisisopnames van kwetsbare ouderen kunnen plaatsvinden in het verpleeghuis of in het ziekenhuis. Er is sprake van een crisissituatie indien de patiënt acuut in een zodanige situatie komt te verkeren dat patiënt in zijn huidige situatie geen verantwoorde medische zorg, verpleging en verzorging en/of veiligheid meer kan krijgen. Er zijn geen aanwijzingen dat het aantal crisisopnames van kwetsbare ouderen is gestegen in 2014.

De leden van de fractie van de PVV willen weten welke acties er van de ontvangende partijen, in dit geval verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, huisartsen of andere zorgmedewerkers in de thuissituatie verwacht moet worden?

De inspectie verwacht niet alleen acties en maatregelen van de kant van de overdragende partij maar ook van de ontvangende partijen en afspraken die zij samen moeten maken.

De ontvangende partijen moeten voor 1 juni 2016 structureel geregeld hebben dat altijd beoordeeld wordt of de betreffende patiënt wel aan de juiste instelling is overgedragen, dat een zorgverlener is aangewezen, dat de overdracht in het dossier terecht komt en dat binnen 24 uur acties zijn bepaald die de continuïteit van zorg moeten garanderen.

Het lid van de 50PLUS fractie vraagt of ik meer aandacht wil vragen voor seniorvriendelijk beleid in ziekenhuizen.

Het stimuleren van meer seniorvriendelijk beleid van ziekenhuizen gebeurt al. Er bestaat een mooi initiatief van de samenwerkende ouderenorganisaties (Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten, NOOM, Unie KBO, NVOG en de Protestants Christelijke Ouderen Bond, PCOB). Zij hebben samen met ouderen het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis ontwikkeld met als doel de zorg voor deze doelgroep te verbeteren. Regelmatig worden de keurmerken uitgereikt aan ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitscriteria waaronder coördinatie van zorg binnen het ziekenhuis en continuïteit van zorg bij en na ontslag. Meer informatie is te vinden op <http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl>.

3. Oplossingen

Meerdere fracties zoals van de VVD, 50PLUS, hebben vragen over mogelijke oplossingen.

De leden van de fractie van de VVD vragen in dit verband of er op dit vlak kansen liggen voor innovatie.

Ik constateer dat er een brede consensus is dat innovatie door middel van betere en meer elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals (overdracht) en met de patiënt in grote mate zal bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Accurate informatie over de patiënt moet eenvoudig en snel (elektronisch en gestandaardiseerd) gedeeld kunnen worden. Dit verbetert de samenwerking tussen zorgverleners, verhoogt therapietrouw, patiëntveiligheid en doelmatigheid van zorg en kan administratieve lasten verminderen. Ook kan de ontsluiting van informatie aan de patiënt bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg door een beter begrip van een ziekte of aandoening. De achterlig-

gende gedachte is dat meer informatie leidt tot een beter geïnformeerde patiënt.

Zowel voor de betere informatie-uitwisseling tussen professionals als een betere ontsluiting van informatie aan de patiënt moet iedere zorgverlener zijn elektronische dossiervoering op orde hebben, en verschillende systemen in de keten onderling informatie kunnen uitwisselen. Het gebrek aan deze zogenoemde interoperabiliteit van informatiesystemen van zorgprofessionals vormt momenteel de grootste belemmering om de kansen te verzilveren die innovatie ons biedt. Een verbetering van de digitale communicatie in de zorg – onder andere door middel van standaardisatie – is een prioriteit. Met de partijen in het zorgbrede Informatieberaad wordt hier gezamenlijk gewerkt. De overheid faciliteert dit proces.

De leden van de fractie van de SP vragen om een reactie op het belang van correcte dossiers bij de elektronische uitwisseling.

Ik deel de mening van de fractie van de SP dat de dossiers die zorgverleners bijhouden volledig en correct moeten zijn. Ik ben niet van mening dat uitwisseling van gegevens moet wachten totdat alle dossiers eerst op orde zijn. Dat is niet in het belang van de kwaliteit van de zorg en de patiënt, die tussentijds misschien onnodige risico's loopt. Elektronische gegevensuitwisseling biedt ook kansen om de kwaliteit van dossiers met de hulp de patiënt en van collega-zorgverleners te verbeteren. Het NHG heeft dit recent benadrukt in een publicatie («Huisarts, patiënt en e-health», NHG, mei 2015)²: Met name de patiënt kan beoordelen in hoeverre de informatie volledig en accuraat is en suggesties doen voor verbeteringen of aanvullingen. En bovendien verwacht ik dat zorgverleners elkaar vanuit professionaliteit aanspreken op mogelijke verbeteringen van dossiervoering. En juist om deze redenen moeten zorgverleners hun gegevens elektronisch delen. Ik vind het heel positief dat het zorgveld continu werkt aan de verbetering van de kwaliteit van de dossier. Voor de overdracht van medicatieproces werken o.a. het NHG, de KNMP en Nictiz samen om de kwaliteit van de registratie te verbeteren, via de ontwikkeling en implementatie van een informatiestandaard. De aansluiting tussen verschillende ICT-systemen is een aandachtspunt. Zoals ik bij antwoorden op vragen van de VVD-fractie al aangaf is het van belang dat de verschillende ICT-systemen onderling interoperabel zijn en dat relevante informatie over de patiënt kan worden gedeeld.

De leden van de PvdA-fractie willen weten hoe de herziene richtlijn medicatieoverdracht onder de aandacht van de betrokken professionals is gebracht en hoe de aandacht voor een goede medicatieoverdracht nu daadwerkelijk wordt versterkt met deze maatregelen.

Tijdens het herzieningsproces van de richtlijn zal ondermeer een invitational conference georganiseerd worden om alle partijen te horen en input te krijgen. Een schrijfgroep zal vervolgens een eerste concept herziene richtlijn opstellen waarna in een breed ingestoken invitational conference de concept herziene richtlijn zal worden voorgelegd aan alle betrokken partijen. Mede op basis van deze werkwijze zal de herziening van de richtlijn onder de aandacht van betrokken partijen worden gebracht. Eerder dit jaar is door koepelorganisaties een nadere toelichting opgesteld bij de huidige richtlijn. Deze nadere toelichting is in maart 2015 naar betrokken partijen verstuurd. De inspectie heeft haar toezichtbeleid in mei 2015 naar alle betrokken partijen verstuurd.

De fractie 50PLUS vraagt of het wellicht nodig is om in de opleidingen van de diverse disciplines meer aandacht te besteden aan de overdracht in het

² https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/huisarts_patiënt_en_ehealth_-_nhg_-_28052015.pdf

algemeen en die rondom kwetsbare ouderen in het bijzonder? Graag een toelichting.

Opleidingsinstituten zijn samen met de professionals in de praktijk en de beroepsorganisaties verantwoordelijk voor de inhoud van de opleiding en het actueel houden ervan. Er vindt op dit moment veel onderwijsvernieuwing plaats om gereed te zijn voor de toekomst – een toekomst waarin samenwerking centraal staat en zorg voor (kwetsbare) ouderen belangrijk is. Daartoe wordt op dit moment gewerkt aan nieuwe beroepsprofielen voor mbo-verpleegkundigen en voor verzorgenden. De kwalificatie dossiers en inhoud wordt in paritaire commissie door het veld samengesteld. Begin dit jaar is het nieuwe opleidingsprofiel voor de hbo-verpleegkundige gepubliceerd, waarin betreffende onderwerpen reeds geborgd zijn. Daarnaast loopt er een traject (2012- 2016) om de medische vervolgoopleidingen zodanig in te richten dat geneeskundig specialisten adequaat worden toegerust voor de medische zorg aan kwetsbare ouderen. Hiertoe worden de competenties van veel medisch specialisten op het gebied van de medische ouderenzorg verbeterd (met uitzondering van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde). Het rapport van de adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen onder leiding van Mw. M. Kaljouw dat dit voorjaar is gepresenteerd onder de titel «Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren», schetst onder andere een toekomstbeeld dat aansluit bij deze ontwikkelingen en waarbij het functioneren van mensen staat centraal, en de zorgverlening vraag- in plaats van aanbodgedreven is.

4. Onderzoek / werkwijze inspectie

De leden van de fractie van de SP vragen om een compleet (eventueel geanonimiseerd) overzicht van deze meldingen over de afgelopen vijf jaar. Ik kan u een dergelijk overzicht niet verstrekken. De inspectie houdt deze informatie niet op een dergelijke wijze bij. Kern is dat overdracht een element vormt in de hele keten. Bij meldingen die de inspectie ontvangt, is overdracht één van de vele factoren waar verbetering noodzakelijk is. Uiteraard heeft de inspectie hier aandacht voor en treffen instellingen op basis van analyses de benodigde verbeteringen. Overigens heeft de inspectie wel gepoogd een dergelijk overzicht te maken maar dit bleek te arbeidsintensief en onvoldoende betrouwbaar.

De leden van de fractie van de SP vragen om een helder en volledig overzicht van alle risico's die de veldpartijen zien rond de overdracht van patiëntgegevens.

Uit onderzoek dat de inspectie in 2012 heeft laten doen, blijkt dat er diverse oorzaken zijn die kunnen leiden tot niet-complete, niet- tijdige en/of incorrecte overdracht van patiëntgegevens. Tijdens een door de inspectie georganiseerde bijeenkomst met verschillende partijen is gesproken over de mogelijke gevolgen van het incompleet of niet (volledig) overdragen van gegevens voor de patiënt. De ernst van de risico's valt terug te brengen naar de (internationaal gangbare) 5 D's: *dissatisfaction, discomfort, disease, disability* en *death*. Als de maatregelen, zoals die door de inspectie in het rapport zijn opgenomen, op een juiste en goede manier worden uitgewerkt, geïmplementeerd en toegepast, wordt de risicogevoeligheid geminimaliseerd. Inmiddels blijkt dat het veld aan de slag is met verbeteringen, zo constateert de inspectie. De inspectie zal dit nauwlettend blijven volgen.

De leden van de fractie van de SP vragen waarom het niet mogelijk was voor de inspectie om de overdracht van beide kanten van de ziekenhuisopname te onderzoeken?

De inspectie heeft zich vanwege de complexiteit en omvang van dit onderzoek moeten beperken tot de overdracht van één kant. Het was ook

niet nodig om het onderzoek in beide richtingen uit te voeren aangezien deze methode voldoende is gebleken om te toetsen of in de praktijk wordt voldaan aan de norm voor verantwoorde overdracht. Over een eventueel vervolg op het onderzoek door de inspectie is nog geen besluit genomen. De inspectie zal de ontwikkelingen op dit onderwerp volgen door middel van haar risicogestuurde en incidententoezicht en indien blijkt dat verbeteringen uitblijven, zal ze haar toezicht hierop intensiveren in de toekomst.

De leden van de fractie van de SP lezen in het rapport de zinsnede «als de patiënt niet bekend was bij de zorgaanbieder waarnaar hij volgens de gegevens van het ziekenhuis was ontslagen, beoordeelde de inspectie de medische, medicatie- en verpleegkundige overdrachtsinformatie als niet overgedragen» en vragen om een duiding van deze zinsnede.

Met de zinsnede is bedoeld dat de patiënt kennelijk niet in zorg was (gekomen) bij de opvolgende zorgverlener die in het overdrachtdossier stond genoemd. Naar alle waarschijnlijkheid is de patiënt naar een ander verpleeg- of verzorgingshuis gegaan of had hij een andere huisarts dan in het dossier stond vermeld. De inspectie heeft dit niet nader onderzocht.

Klopt de conclusie van de leden van de SP-fractie dat er over de tijdigheid van de overdrachten nauwelijks (harde) conclusies te trekken zijn omdat informatie die daarvoor nodig is veelal ontbreekt?

De tijdigheid kon alleen beoordeeld worden aan de hand van de datum op de ontvangen overdracht. Alleen als de datum ontbrak, konden er geen conclusies getrokken worden. Dit was slechts in een beperkt aantal situaties het geval. Of de datum op de overdracht daadwerkelijk de datum van versturen was, kon de inspectie niet vaststellen. Geen van de opvolgende zorgverleners noteerden een datum van ontvangst.

De leden van de fractie van de SP vragen of ik van mening ben dat voor bepaalde doelgroepen overdracht vanuit het ziekenhuis extra kwetsbaar is, en daarom extra aandacht behoeft. Zal er specifieke aandacht zijn vanuit de inspectie voor de overdracht van patiëntengegevens voor bepaalde groepen kwetsbare ouderen?

Kwetsbare groepen zoals ouderen zijn, bijvoorbeeld bij het ontbreken van mantelzorg, niet altijd in staat om de benodigde zorg zelf te regelen. Het is daarom belangrijk dat de zorg goed wordt overgedragen en daarmee gecontinueerd wordt. Dit betekent dat de medische zorg, maar ook de zorg thuis, moet aansluiten bij de zorgbehoefte van een oudere. De inspectie werkt risicogestuurd en houdt derhalve rekening met kwetsbare groepen zoals kinderen, zwangeren, vrouwen die borstvoeding geven, ouderen en mensen met een laag inkomen (lage SES). Deze groepen zijn bijzonder kwetsbaar en zij hebben een verhoogd ziekterisico.

5. Overige vragen

De leden van de CDA fractie vragen hoe hierbij rekening wordt gehouden met de specifieke positie van de mantelzorg, en hoe wordt voorkomen dat «informatieoverdracht» ontaardt in een verkapt opdrachtverstrekking aan mantelzorgers waardoor verantwoordelijkheden richting hen over de schutting worden gekieperd?

In de Wmo 2015 is het uitgangspunt dat integraal maatwerk richting cliënt en diens mantelzorg moet worden geboden. Dat brengt mee dat bij een onderzoek naar een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning gemeenten rekening dienen te houden met de mogelijkheden, ondersteuningsbehoefte en belastbaarheid van de desbetreffende mantelzorg. Dat is ook van toepassing op mensen met dementie. Daarnaast hebben landelijke partijen in de zorg- en welzijnketen vorig jaar gezamenlijk een Toekomstagenda Informele zorg en Ondersteuning opgesteld met daarin

aanbevelingen voor zorgprofessionals om te komen tot een betere samenwerking en ondersteuning van mantelzorgers. De aanbevelingen, die worden ondersteund door acties van de landelijke partijen richting hun achterban, zijn er op gericht een meer gelijkwaardige samenwerking tussen zorgprofessionals en mantelzorgers te realiseren. Zo is het de bedoeling dat in het zorg(leef)plan goed rekening wordt gehouden met de mogelijkheden van de desbetreffende mantelzorger.

De leden van de fractie van het CDA vragen hoe dementiemantelzorgers en de dementieketens en – casemanagers betrokken worden bij het verbeteringsproces en verzoekt of Alzheimer Nederland betrokken kan worden bij het tot stand komen van de breed gedragen richtlijn medische overdracht van kwetsbare ouderen die de inspectie aanbeveelt.

Ik ga er vanuit dat alle relevante organisaties betrokken zijn bij de totstandkoming van richtlijnen. De totstandkoming van richtlijnen dient niet alleen vanuit de medische hoek, maar ook met aandacht voor andere aspecten tot stand te komen. Gezien de groeiende groep kwetsbare ouderen met dementie, ga ik ervan uit dat ook bij het opstellen van deze richtlijn alle relevante partijen zoals bv. Alzheimer Nederland worden betrokken.

De leden van de fractie van de PVV vragen of zorgverleners niet aansprakelijkheid zijn bij onvolledige overdracht en of in dat geval sprake is van een fout.

Mocht blijken uit het toezicht van de Inspectie dat door onvolledige overdracht er risico zijn (geweest) voor patiënt dan zal de IGZ daarop zorgaanbieder aanspreken. Medische fouten leiden tot aansprakelijkheid wanneer de medische fouten inhouden dat een zorgvuldigheidsnorm die zorgprofessionals in acht dienen te nemen is geschonden. Wat die zorgvuldigheid precies inhoudt is afhankelijk van de oorzaak van de medische fouten, de aard van de medische fouten, de ernst van de gevolgen van de medische fouten en de concrete omstandigheden waaronder de medische fouten plaatsvonden.

De fractie van de PVV vraagt of er wel voldoende revalidatieplekken beschikbaar zijn en worden ingekocht door verzekeraars nu de verzorgingshuizen sluiten?

Ik heb navraag gedaan bij de brancheorganisatie Actiz en daaruit blijkt dat er op dit moment geen signalen zijn die er op wijzen dat er onvoldoende revalidatieplekken beschikbaar zouden zijn.

Eerder dit jaar waren er signalen dat er knelpunten waren rondom de subsidieregeling Eerstelijns Verblijf 2015. In reactie daarop is het mogelijk gemaakt meer bedden voor eerstelijns verblijf in te kopen door het subsidiekader 2015 met € 67 miljoen op te hogen tot € 163 miljoen. (bijlage bij Kamerstuk 33 891, nr. 9, d.d. 11 september 2015).

Wat betreft geriatrische revalidatiezorg merk ik het volgende op. Geriatrische revalidatiezorg wordt vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd. Ruim de helft van de zorgorganisaties heeft voor 2015 meer DBC afspraken gemaakt dan in 2014, bij 38% is dit aantal gelijk gebleven en bij 10% is dit gedaald. Of het aantal plekken voldoende is, kan pas aan het einde van het jaar worden bepaald door de veranderingen in de langdurige zorg. In dit kader is tevens relevant dat in de revalidatiezorg de afgelopen jaren de opname duur drastisch is afgenomen en dat zorginstellingen de aansluiting met de thuissituatie verbeteren door het opzetten van ambulante zorg. De organisatie van de zorg is dus ook hier aan het veranderen. Hiermee kan een goede doorstroom uit het ziekenhuis bevorderd worden en kunnen mensen langer thuis blijven wonen.