

Vergaderjaar 2016–2017

29 247

Acute zorg

Nr. 225

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 oktober 2016

Op 19 mei jongstleden heeft TraumaNet AMC de «Brandbrief regionale spoedzorg – de rek is eruit» gepubliceerd. De centrale boodschap van deze brief was dat de druk op de afdelingen voor Spoedeisende Hulp (SEH's) te vaak te groot was. Ik heb uw Kamer op 6 juni jongstleden (Kamerstuk 29 247, nr. 224) mijn reactie op deze brief gestuurd en u toegezegd u na de zomer te informeren over de uitkomsten van het ronde tafel overleg in de regio Amsterdam en over de inventarisatie door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Hierbij ontvangt u deze informatie. U treft in deze brief tevens mijn voornemens voor de aanpak van de drukte in de acute zorgketen aan.

De kern van deze brief is:

- Naar aanleiding van de signalen van TraumaNet AMC zijn wij in overleg gegaan met Traumanet AMC en is het LNAZ gevraagd of en zo ja in hoeverre de andere regionale acute zorg regio's ook problemen ervaren met toegang tot de SEH's. Uit die inventarisatie blijkt dat de andere regio's verschillende van de door TraumaNet AMC gesignaleerde ontwikkelingen herkennen. Ook geven alle regio's aan te verwachten dat de druk op de SEH zorg de komende jaren blijft toenemen en dat maatregelen noodzakelijk zijn om de toegankelijkheid van de acute zorg in de regio's te kunnen blijven borgen.
- Partijen wijzen niet één oorzaak aan voor deze toegenomen drukte; er zijn volgens hen verschillende factoren van belang. Die factoren hebben betrekking op de instroom en uitstroom van patiënten en op de organisatie binnen de acute zorg.
- In Amsterdam is een actieplan gemaakt en zijn partijen voortvarend aan de slag om op tal van onderdelen verbeteringen aan te brengen.

- Ik vraag alle acute zorg regio's (ROAZ-en)¹ om indachtig de Amsterdamse aanpak ook in hun regio's de noodzakelijke acties te (blijven) ondernemen, waarbij in ieder geval aan de volgende onderwerpen aandacht moet worden besteed:
 - voldoende adequaat opgeleid personeel;
 - gezonde werkomgeving;
 - taakherschikking;
 - samenwerking tussen huisartsenzorg, wijkverpleegkundige zorg en de tweede lijn, zodat juiste en tijdige zorg aan de patiënt gegarandeerd wordt, en meer samenhang tussen deze zorgvormen bij de zorginkoop; en
 - verbeteren van logistieke procesafspraken.
- Ik onderneem daarenboven zelf onder meer de volgende acties:
 - inzet VWS-Praktijkteam «Zorg op de juiste plek» inclusief delen van goede praktijkvoorbeelden;
 - voortvarend doorzetten van reeds ingezette acties en middelen op het vlak van arbeidsmarktproblematiek;
 - meer budget voor extra ambulances in verschillende regio's (binnen het beschikbare financiële kader) en vaker actualiseren van het referentiekader ambulancezorg;
 - versterken van het eerstelijns verblijf; en
 - uitbrengen marktscan acute zorg door de NZa.

Met deze brief beschouw ik de toezegging uit mijn brief van 6 juni jl. (Kamerstuk 29 247, nr. 224), om u na de zomer te informeren over de uitkomsten van het ronde tafel overleg in de regio Amsterdam en over de inventarisatie door het LNAZ, als afgedaan.

1. Ervaringen drukte in de acute zorg

In de brief van Traumanet AMC zijn de ervaringen op de SEH's in Amsterdam beschreven. De auteurs van de brief hebben als mogelijke oorzaken van de toegenomen drukte op de SEH's de toename van het aantal kwetsbare ouderen dat langer thuis blijft wonen genoemd, maar ook meer in het algemeen een toename van patiënten met meerdere aandoeningen en daarmee een grotere zorgzwaarte, het verkorten van de opnameduur en een gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel. Zij ervaren ook dat niet altijd sprake is van een soepele en snelle uitstroom vanuit de SEH's naar bijvoorbeeld opname in een ziekenhuis en naar eerstelijns verblijf en verpleeghuizen.

Om te weten te komen in hoeverre de problematiek die Traumanet AMC ervaart ook in de andere 10 acute zorg regio's (ROAZen) speelt is het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd om dit te onderzoeken. Het LNAZ heeft aangegeven (zie bijlage voor de brief)² dat de ROAZen verschillende van de door TraumaNet AMC gesignaleerde ontwikkelingen herkennen, maar «dat er in de regio's geen beperkingen bestaan in de toegang tot de direct noodzakelijke acute zorg». Ook in geval van «stops» (een verzoek aan de meldkamer om een SEH te ontzien) is een «vitaal bedreigde patiënt» altijd welkom. Het LNAZ concludeert verder dat het aantal «stops» in Randstedelijk gebied groter is dan in de rest van Nederland. De ROAZen geven aan te verwachten dat de druk op de SEH zorg de komende jaren blijft toenemen, en alle regio's achten maatregelen noodzakelijk om de toegankelijkheid van de acute zorg in de regio's te kunnen blijven borgen. Het LNAZ maakt melding van verschillende

¹ ROAZ, Regionaal Overleg Acute Zorg, waarin alle aanbieders van acute zorg op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) afspraken moeten maken over de borging van de bereikbaarheid van acute zorg.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

maatregelen die al door de regio's zelf in gang zijn gezet. Daarnaast vraagt het LNAZ mij om, gelet op de toenemende druk op SEH's en de uitstroom van SEH-personeel naar bijvoorbeeld ambulancediensten, op landelijk niveau (opnieuw) te bekijken wat de gewenste opleidingsbehoefte is. Ik ga hier onder 2.2 verder op in.

Ook andere partijen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen, InEen en Ambulancezorg Nederland (AZN), hebben op basis van signalen van hun leden aangegeven problemen in de acute zorgketen te ervaren: op SEH's, bij huisartsenposten en in de ambulancezorg. De partijen wijzen niet één oorzaak aan voor deze toegenomen drukte; er zijn volgens hen verschillende factoren van belang. Hier volgt een aantal veel genoemde voorbeelden:

- Instream: Naast de lichte stijging van het totale aantal patiënten dat op SEH's, bij een huisarts, huisartsenpost (HAP) of in een ambulance terecht komt, neemt de «zorgzwaarte» van patiënten toe. Verder is de patiëntenstroom niet gelijkmatig verdeeld over de dag en is de zogenaamde «piekbelasting» regelmatig te hoog. De betrokken partijen geven aan dat daarbij met name een rol speelt dat de electieve en acute zorgstromen niet voldoende op elkaar zijn afgestemd en dat er geen vrije bedden beschikbaar zijn om dergelijke pieken op te vangen. De ambulancediensten geven verder aan dat ze regelmatig moeten uitrukken, terwijl de betreffende patiënten ook door de huisarts of HAP zouden kunnen worden behandeld.
- Binnen de SEH / huisartsenpraktijk of HAP / ambulancedienst: zowel SEH's en ambulancediensten kampen met een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen. Daarnaast zijn zorgaanbieders in de acute zorgketen bezig zich aan te passen aan de veranderende zorgvraag, met name als het gaat om de zorgvraag van kwetsbare ouderen (geriatrische expertise) en van patiënten met psychische problematiek, maar dit kost tijd.
- Uitstroom: Na de behandeling op een HAP of SEH stromen patiënten uit naar huis met eventueel zorg en ondersteuning aldaar, of naar intramurale vervolgzorg; een regulier ziekenhuisbed, eerstelijns verblijf, de geriatrische revalidatiezorg en langdurige verblijfszorg. Deze «uitstroom» gaat niet altijd voortvarend, waardoor patiënten na behandeling te lang op een SEH blijven. Het is voor het ziekenhuis soms lastig om op korte termijn – zeker na kantooruren – een andere plek voor de patiënt te organiseren of om patiënten veilig naar huis te kunnen laten gaan. Er is in de regio's vaak onvoldoende bekendheid met – en inzicht in de beschikbaarheid van – bedden voor de verschillende soorten vervolgzorg. Verder moeten patiënten soms lang op de SEH wachten op een ambulance die hen naar een andere instelling kan brengen (het zogenaamd «besteld vervoer» (B-vervoer)). Ook huisartsenposten ervaren problemen bij de «uitstroom» van patiënten, met name als het gaat om patiënten die psychische problemen hebben. Zij geven aan dat, als zij constateren dat een patiënt door een crisisdienst (acute GGZ) moet worden gezien, de crisisdienst telefonisch niet altijd goed bereikbaar is. Ook is nog niet voldoende duidelijk hoe snel de patiënt vervolgens door de crisisdienst kan worden gezien.

Ik neem de signalen en ervaringen van bovenstaande partijen zeer serieus. Iedereen die acute zorg nodig heeft moet binnen redelijke tijd deze zorg kunnen krijgen, de zorgverlening moet juist hier soepel en snel kunnen verlopen. En het personeel dat met veel inzet, dag en nacht op een spoedeisende hulp, een huisartsenpost of een ambulance werkt, moet kunnen rekenen op een gezonde werkomgeving. Hieronder informeer ik u over de voorgestelde aanpak.

2. Voornemens voor de aanpak in de acute zorgketen

Omdat de oorzaken van de toegenomen drukte in de acute zorg niet op één plek liggen, kan niet worden volstaan met één simpele oplossing door één partij. Voor goede acute zorg is het nodig dat alle partijen in de keten (zowel acute zorg als ouderenzorg) goed samenwerken en actie ondernemen. Ook ik zal ter ondersteuning van de betrokken partijen verschillende maatregelen treffen.

In de regio Amsterdam is men n.a.v. de Brandbrief van Traumanet AMC al begonnen met het vinden van oplossingen. Onder leiding van de voorzitter van ROAZ Noord-Holland – Flevoland, TraumaNet AMC, is daar inmiddels overleg opgestart tussen de partijen in de acute zorgketen en in de ouderenzorg.

Op 30 juni jongstleden heeft het eerste ronde tafel overleg plaatsgevonden. Naast TraumaNet AMC en het Ministerie van VWS waren hierbij veel organisaties uit de regio aanwezig.³ Tijdens de bijeenkomst is eerst door de zorgprofessionals die dagelijks in de acute zorgketen en de ouderenzorg werkzaam zijn en vervolgens in samenspraak met de beleidsmakers gekeken naar de ervaren knelpunten in de spoedzorgketen. Onderwerpen als overzicht met betrekking tot de beschikbare zorgcapaciteit in de regio, regie, de organisatie van het spoedzorgproces binnen ziekenhuizen, het veranderend zorgaanbod, kennis en inzicht in de zorgvraag van kwetsbare oudere patiënten, de vervolgzorg, financiering en personeelstekorten kwamen aan bod.

De aanwezige partijen konden zich goed vinden in de actiepunten die zijn geformuleerd voor de keten in de regio Amsterdam, waaronder dat:

- Ziekenhuizen de electieve zorg afstemmen op de spoedzorg, en toewerken naar 24/7 gespecialiseerde zorg op de SEH;
- Vervolgzorg buiten kantooruren patiënten opneemt;
- De meldkamer een regierol pakt in het ambulancevervoer (inzicht in benutting van de totale capaciteit en een duidelijke rol in de spreiding van patiënten over de ziekenhuizen);
- Huisartsen voorkomen dat patiënten (met name kwetsbare ouderen) instromen in de spoedzorg terwijl dat niet wenselijk is;
- Er regionaal een betere afstemming en communicatie tussen zorgverleners plaatsvindt, en dat er regionaal een gedeelde verantwoordelijkheid is voor het opleiden van voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen;
- Zorgverzekeraars sturen op optimale in plaats van maximale bedbezetting, en steun geven in mensen en middelen om de knelpunten binnen de ziekenhuizen kwantitatief in kaart te brengen; en
- Het Ministerie van VWS de landelijke expertise (van het Praktijkteam «Zorg op de juiste plek») met de partijen uit de regio Amsterdam deelt en waar nodig een rol pakt in het oplossen van de ruis tussen professional, bestuurder en zorgverzekeraar.⁴

Momenteel wordt hierover in verschillende samenstellingen verder gesproken. Op 25 oktober vindt een vervolgbijeenkomst met alle partijen plaats, bedoeld om de voortgang van de verschillende oplossingsrichtingen te bespreken.

³ Ambulance Amsterdam, Ziekenhuis AMC, Amsta, Amstelring, BovenIJ Ziekenhuis, Buurtzorg Nederland, Cordaan, Eevan, gemeente Amsterdam, Huisartsenkring Amsterdam/Almere, Huisartsenposten Amsterdam, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), MC Haaglanden, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), Netwerk Acute Zorg Noordwest, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), OLVG, Rode Kruis Ziekenhuis, SIGRA, verzekeraar VGZ, VUmc, Zilveren Kruis, Zorginstituut Nederland.

⁴ Voor het verslag van deze bijeenkomst, zie <https://www.traumanetamc.nl/30juni2016>.

2.1 Regionale aanpak staat voorop, waarbij de betrokken partijen hun verantwoordelijkheid nemen

De acute zorg is bij uitstek een regionale keten, bestaande uit verschillende zorgaanbieders: ambulancediensten, huisartsen en HAPs, SEH's, ziekenhuizen, crisisdiensten, wijkverpleging, eerstelijnsverblijven en verpleeghuizen.

Samenwerking en afstemming tussen de aanbieders in de acute zorg onderling en met name ook met de zorgaanbieders in de ouderenzorg is noodzakelijk om de knelpunten in de regio aan te pakken.

Veel is afhankelijk van de geografische omstandigheden en het aanwezige zorgaanbod; een landelijke blauwdruk voor het aanpakken van de drukte in de acute zorg is daarom niet mogelijk. Per regio zal in samenspraak en in samenhang moeten worden bepaald waar de (grootste) knelpunten zich voordoen en welke acties door wie in gang moeten worden gezet. De wijze waarop de partijen in de regio Amsterdam naar aanleiding van de brandbrief over de SEHs met elkaar overleg hebben georganiseerd, is hiervan een goed voorbeeld en verdient landelijke navolging. Het LNAZ heeft aangegeven dat het borgen van de beschikbaarheid van de acute zorg, en meer in het bijzonder de SEH-zorg, in alle regio's in ROAZ-verband onderwerp is van gesprek en dat waar nodig actie wordt ondernomen.

Ik wil benadrukken dat het van groot belang is dat de partijen uit de acute zorg structureel in overleg treden met de partijen uit de ouderenzorg en gezamenlijk bekijken welke acties moeten worden ondernomen. Regio's die daar behoefte aan hebben kunnen bij dit proces worden ondersteund door het VWS-Praktijktteam «Zorg op de juiste plek» (zie 2.2). Het ligt verder voor de hand dat naast het ROAZ (waarin de aanbieders van acute zorg wettelijk verplicht zijn om afspraken te maken over de borging van de spreiding en bereikbaarheid van acute zorg) ook de in de betreffende regio dominante zorgverzekeraar(s) in dit proces een belangrijke rol spelen. Zorgverzekeraars hebben op basis van hun zorgplicht een belangrijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, bereikbaarheid en tijdigheid van zorg.

Het LNAZ monitort de ontwikkelingen in de regio's. Ik heb met het LNAZ afgesproken dat het mij uiterlijk in mei 2017 bericht over de voortgang van de verschillende regionale overleggen en de acties die de regio's in dit kader in gang hebben gezet.

2.1.1 Handreikingen voor het regionale gesprek

Bij het maken van goede samenwerkingsafspraken en het zoeken naar praktische oplossingen voor de belemmeringen, verwacht ik dat de betrokken partijen tenminste de hieronder beschreven thema's adresseren.

Voldoende adequaat opgeleid personeel

Voldoende adequaat opgeleid personeel is een belangrijke voorwaarde voor een goed werkende keten van acute zorg. Dat vraagt om strategisch personeels- en opleidingsbeleid. Het Capaciteitsorgaan ondersteunt de partijen bij het maken van goede afspraken over het opleiden van personeel in hun regio door iedere twee jaar een advies uit te brengen over het aantal gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel dat moet worden opgeleid om (ook in de toekomst) voldoende gekwalificeerd personeel te hebben. Gezien de stijgende

zorgvraag van kwetsbare ouderen en patiënten met psychische problematiek, vind ik het belangrijk dat de regio's bij het opleiden van personeel ook aandacht besteden aan geriatrische en psychiatrische expertise.

Een gezonde werkomgeving

Een gezonde werkomgeving met aandacht voor werkdruk is een belangrijke randvoorwaarde voor een kwalitatief goede keten van acute zorg. Werkgevers en werknemers zijn hier gezamenlijk voor verantwoordelijk. De arbocatalogi bieden instellingen hiervoor ruimte. Stichting IZZ, een collectief van werkgevers en werknemers in de zorg, start binnenkort in samenwerking met de Universiteit Leiden een onderzoek naar de psychosociale arbeidsbelasting (werkdruk, agressie, organisatieklimaat) op de SEH. Na de inventarisatie gaat IZZ met (het personeel op) de SEH's in overleg over oplossingen. Gelet op de signalen over de hoge werkdruk op SEH's roep ik alle SEH's op om aan dit onderzoek deel te nemen.

De juiste zorgprofessional op de juiste plek

In de wijze waarop ziekenhuizen, SEH's en ambulancediensten samen én binnen hun eigen organisatie de zorg hebben georganiseerd, kan taakherschikking een belangrijke bijdrage leveren. Ook dit hoort dus een onderdeel zijn van de lokale aanpak.

Samenhang tussen huisartsenzorg, wijkverpleegkundige zorg, langdurige verblijfszorg en de tweede lijn

Een betere samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige, langdurige verblijfszorg en de tweede lijn is van essentieel belang bij de zorg aan kwetsbare ouderen. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor alle curatieve zorg aan kwetsbare ouderen, dus ook bij de zorginkoop moet extra aandacht worden besteed aan de samenhang tussen de eerste en tweede lijn, zodat de juiste zorg op de juiste plaats wordt ingezet. Maar ook aanbieders van wijkverpleegkundige zorg moeten de noodzaak van samenwerking en samenhang in de eerste lijn uitdragen. Wanneer wijkverpleegkundigen zich niet in de gelegenheid gesteld voelen om breder te kijken naar de patiënt, maar alleen de praktische zorgtaken kunnen uitvoeren, wordt een belangrijke signaleringsfunctie die eraan kan bijdragen dat minder ouderen op de SEH terecht komen, onbenut gelaten.

Logistieke en procesafspraken

Alle partijen in de keten kunnen afspraken maken om piekbelasting (met name na kantooruren) te voorkomen en om ervoor te zorgen dat bij huisartsenposten en SEH's de juiste (contact)gegevens aanwezig zijn om patiënten op de juiste plek adequate opvang te bieden (hetzij thuis, hetzij elders).

2.1.2 Praktijkvoorbeelden

Er zijn door verschillende partijen pilots en werkwijzen ontwikkeld die ook een bijdrage kunnen leveren aan het aanpakken van de problematiek in andere regio's. Ik heb veel waardering voor de initiatieven die al genomen zijn en volg deze pilots met grote interesse. Het is heel belangrijk om deze voorbeelden actief te delen, zodat werkwijzen kunnen worden overgenomen of inspireren om nieuwe initiatieven te ontplooien.

- Door een goede samenwerking tussen zorgverleners kunnen risico's op valincidenten worden verminderd. Een zorgverzekeraar ontwikkelde samen met de gemeente Eindhoven de pilot

Valpreventie voor ouderen die risico liepen op valongelukken. Ze boden daarbij een gratis valtraining aan. Een ander voorbeeld hiervan is dat gemeenten bij het keukentafelgesprek levensbreed kijken naar de hulpbehoefte van een burger; hierbij hebben zij ook de mogelijkheid om eventueel de risico's thuis op vallen te bespreken en om in overleg met de cliënt de zorgverzekeraar zo nodig te wijzen op de wenselijkheid van valpreventie.

- Ook liggen er mogelijkheden om de overdracht tussen het ziekenhuis en opvolgende zorgverleners te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door het invoeren van een Transfer Interventie Procedure (TIP). Dit draagt bij aan een doelmatige overdracht. Dit kan uiteindelijk zorgen voor minder heropnames en mogelijk een kortere ligduur. Acht ziekenhuizen gaan in de pilot «De goede overdracht» aan de slag met het implementeren van dit heldere stappenplan
- In het Medisch Centrum Haaglanden belt de verpleegkundige alle patiënten van 70 jaar en ouder één dag nadat ze de SEH hebben bezocht op, om te kijken of de overdracht goed is verlopen. Er wordt nagevraagd of de adviezen zijn opgevolgd en de eventuele medicatie is opgehaald en ingenomen. Indien dit niet het geval is, wordt direct actie ondernomen. Dit is de afgelopen periode bij één op de zes patiënten noodzakelijk gebleken. Als geen actie was ondernomen waren deze patiënten waarschijnlijk opnieuw in het ziekenhuis opgenomen.
- Cordaan, Eevan en het OLVG in Amsterdam zijn eind juli een pilot gestart waarbij wijkverpleegkundigen kwetsbare ouderen tijdens avonden en weekenden van de SEH naar huis begeleiden. Hiermee wordt de uitstroom uit de SEH bevorderd, wat bijdraagt aan het verminderen van opnamestops. Ook moet dit leiden tot betere zorg voor kwetsbare ouderen en minder onnodige opnames. De pilot duurt tenminste drie maanden en past binnen het SIGRA-project «Doorstroming van patiënten naar vervolgzorg».
- Het Britse The Royal College of Emergency Medicine heeft in december 2015 een toolkit met de titel «Tackling Emergency Department Crowding» uitgebracht.⁵ Deze toolkit bevat aanbevelingen die ook in de Nederlandse setting toepasbaar zijn.
- Bij het maken van samenwerkingsafspraken kunnen de regio's gebruik maken van de handreiking «regionale samenwerkingsafspraken Huisartsenposten + acute ouderenzorg» die InEen en ActiZ dit jaar hebben uitgebracht, en van het Kwaliteitskader voor de Spoedzorg, dat momenteel wordt ontwikkeld door verschillende betrokken partijen in samenwerking met Zorginstituut Nederland.
- Ook kunnen de zorgaanbieders en regio's kennis nemen van de maatregelen die het LNAZ in zijn brief (zie bijlage)⁶ noemt en die al door één of meerdere regio's worden genomen, zoals het inrichten van een acute opnameafdeling voor betere doorstroom van patiënten vanaf de SEH en het wijzigen van het tijdstip waarop huisartsen visite rijden zodat het aanbod van patiënten op de SEH verschuift naar de minder drukke uren op de dag.

⁵ Te downloaden via <https://secure.rcem.ac.uk/CEM/document?id=8816>.

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

2.2 VWS zal op verschillende vlakken ondersteunen

Naast de samenhangende acties die ik verwacht van de aanbieders in de acute zorg, zijn er ook maatregelen die VWS al heeft genomen of binnenkort zal nemen en die kunnen bijdragen aan de aanpak in de ROAZ-regio's.

Ten eerste worden de ROAZ-regio's die dat willen ondersteund door het VWS-Praktijktteam «Zorg op de juiste plek». Het Praktijktteam kan – net zoals ze in Amsterdam hebben gedaan – ondersteunen bij het structureel regionaal overleg en het maken van samenwerkingsafspraken, specifiek gericht op de overdracht van kwetsbare ouderen tussen thuis, ziekenhuis en (kortdurend) verblijf instellingen. Ook zal het Praktijktteam een nieuwe versie van de interactieve tekening «juiste zorg op de juiste plek» uitbrengen en verder gaan met het delen van zogenoemde «best practices».⁷ Beide zijn te vinden op www.denieuwepraktijk.nl/praktijktteam.

Ten tweede bied ik de werkgevers op verschillende manieren ondersteuning met betrekking tot opleidingen en scholing. Ik noem onder meer de beschikbaarheidsbijdrage die ziekenhuizen ontvangen om tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel te bestrijden en te voorkomen (jaarlijks ruim € 140 miljoen); de reeds genoemde rapporten van het Capaciteitsorgaan met advies op regionaal niveau, zodat dit goed bruikbaar is voor de overleggen in de regio's (dit najaar brengt het Capaciteitsorgaan een nieuw advies uit, waarvoor conform de vraag van het LNAZ opnieuw wordt bezien wat de opleidingsbehoefte is); het landelijk onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn dat jaarlijks actuele arbeidsmarktinformatie en prognoses van toekomstige arbeidsontwikkelingen levert; en het budget dat jaarlijks beschikbaar is voor het opleiden van physician assistants en verpleegkundig specialisten, wat kan helpen bij taakherschikking. Verder is de NZa in overleg met AZN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over een knelpunt dat de partijen ervaren bij de hoogte van de vergoeding voor de initiële opleiding tot ambulanceverpleegkundige. Doel is een tijdelijke oplossing te vinden voor 2017. De NZa zal die oplossing zo spoedig mogelijk richting het veld communiceren (bij vaststelling van de beleidsregels ambulancezorg).

Eind oktober ontvangt u van mij een brief over de arbeidsmarkt in de zorg, waarin ik hier nader op zal ingaan.

Ten derde heeft het RIVM op mijn verzoek het «Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg» (hierna: referentiekader) geactualiseerd (zie bijlage)⁸. Dit referentiekader berekent het minimum aantal ambulances per regio waarmee de ambulancezorg in Nederland kan worden uitgevoerd. Ten opzichte van 2013 blijken er meer ambulances nodig te zijn. De financiële gevolgen hiervan zijn met AZN en ZN besproken. Ik zal het referentiekader doorsturen aan de NZa met het verzoek dit in de budgetten voor de regionale ambulancevoorzieningen die conform beleidsregel Regionale Ambulancevoorziening worden vastgesteld, door te rekenen. Een eerste indicatie is dat er € 15,7 miljoen meer budget voor de spreiding- en beschikbaarheidsvergoeding voor de ambulancezorg nodig is. Ik ben voornemens dit budget – binnen het beschikbare financiële kader – voor extra ambulances in verschillende regio's beschikbaar te stellen. Hiermee kan de ambulancecapaciteit in Nederland worden uitgebreid. Daarnaast zal ik op verzoek van AZN en ZN, gezien de vele ontwikkelingen in de acute zorg, vaker het referentiekader actualiseren. Dit geeft ambulancediensten en zorgverzekeraars een betere

⁷ Kamerstuk 33 578, nr. 33.

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

basis voor de jaarlijkse afspraken in het kader van de zorginkoop. Ook onderzoek ik hoe de Tijdelijke wet ambulancezorg het begrip «ambulancetzorg» duidelijker kan definiëren, zodat – daar waar passend – andere vormen van patiëntenvervoer mogelijk zijn, als er niet echt een ambulance nodig is. Hierdoor kan een ongewenste belasting van de ambulancediensten worden tegen gegaan. Ik verwacht u hierover spoedig te kunnen informeren bij indiening van een wetsvoorstel tot verlenging en wijziging van de Tijdelijke wet ambulancezorg.

Ten vierde is het eerstelijns verblijf versterkt. Een goed functionerend eerstelijns verblijf fungeert als smeerolie in het systeem: dit voorkomt onnodige ziekenhuisopnames, bevordert een goede doorstroom uit het ziekenhuis, kan mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen en zorgt voor een soepele overgang naar de langdurige zorg. Het is daarom onwenselijk als er wachtlijsten voor deze zorg ontstaan. Op 20 september bent u geïnformeerd over de verhoging van het budgettair kader voor het eerstelijns verblijf in 2016 tot € 243,1 miljoen.⁹ Per 2017 zal het eerstelijns verblijf onderdeel uitmaken van het basispakket van de Zorgverzekeringswet.¹⁰ Ik ben ervan overtuigd dat er met de zorgverzekeraars aan zet en in samenwerking met alle partijen in de gehele keten een mooie en essentiële voorziening kan worden neergezet. Om hen daarbij te ondersteunen zal ik samen met het veld zorgen voor een handreiking regionale samenwerking eerstelijns verblijf.

Ik constateer tenslotte dat er wel diverse serieuze kwalitatieve signalen zijn over de drukte in de acute zorgketen (ambulances, huisartsenposten en SEH's), maar dat hiervan geen landelijke, samenhangende en actuele kwantitatieve analyse beschikbaar is. De betrokken partijen vinden het net zo belangrijk als ik om een adequaat en objectief beeld te hebben van de stand van zaken en ontwikkelingen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal daarom starten met een marktscan van de acute zorgketen op landelijk niveau. De NZa zal deze rond juli 2017 kunnen uitbrengen.

Tot slot

Bij uitstek moet acute zorg dag en nacht beschikbaar zijn voor patiënten die dit echt nodig hebben. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat deze zorg kwalitatief goed is en tijdig bereikbaar is. Met bovenstaande aanpak vertrouw ik erop dat wij gezamenlijk de kwaliteit van de acute zorg in Nederland verder kunnen optimaliseren. Voor alle patiënten, en voor alle mensen die er hard aan werken om deze patiënten snel en kundig te helpen.

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

⁹ Kamerstuk 34 104, nr. 139.

¹⁰ Kamerstuk 34 104, nr. 125.