

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1244

Vragen van het lid **Dijksma** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Crisisbedden bestaan niet meer»* (ingezonden 31 januari 2018).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 februari 2018).

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Crisisbedden bestaan niet meer»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de mening dat de situatie zoals beschreven in dit artikel als meer dan schrijnend dient te worden gekwalificeerd? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Het artikel in Medisch Contact betreft een dementerende patiënt met nachtelijke paranoia die op nieuwjaarsnacht de huisartspost bezoekt. Het is inderdaad schrijnend voor de mevrouw, de buurvrouw en haar dochter dat pas na drie dagen veel verderop een plek werd gevonden. Ook is het ongewenst dat de huisarts zoveel energie moest steken in het proberen te regelen van een crisisplek. Huisartsen hebben buiten kantooruren al hun handen vol aan het hulp bieden in spoedsituaties. Zij moeten snel naar een passende plek kunnen verwijzen en niet belast worden met het langdurig speuren daarnaar.

Vraag 3

Deelt u de mening dat patiënten niet van het kastje naar de muur mogen worden gestuurd terwijl zij spoedig hulp nodig hebben? Zo ja, waar is het hier dan toch misgegaan?

¹ Medisch Contact, 25 januari 2018 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/crisisbedden-bestaan-niet-meer.htm>

Antwoord 3

Ja, ik deel deze mening. Wanneer een patiënt met spoed opgenomen moet worden, moet er een passende plek beschikbaar zijn en bij voorkeur dichtbij huis. In dit geval zou volgens de huisarts een crisisbed op een PG-afdeling van een verpleeghuis de best passende plek zijn. Helaas kon er die nacht in de regio geen plek worden gevonden. Dat kan verschillende oorzaken hebben.

Het aantal crisissituaties kan per week verschillen en daarmee ook de beschikbaarheid van plekken. Op grond van de informatie die bij zorgkantoor VGZ is ingewonnen, heb ik niet de indruk dat er structureel te weinig Wlz-crisisbedden in de regio beschikbaar zijn. Vanuit de zorgpartners in de regio wordt echter wel een continu tekort aan bedden en geschikte plaatsen ervaren. De regio constateert dat de problematiek toeneemt mede doordat de capaciteit in de GGZ afneemt. Ik vraag het zorgkantoor hierover in overleg te treden met de zorgpartners in de regio.

Slechts een deel van de verpleeghuizen levert Wlz-crisiszorg. Daarnaast moet voor Wlz-zorg vaststaan dat er een blijvende behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de directe nabijheid. De specialist ouderengeneeskunde (SOG) van het verpleeghuis beoordeelt daarom of er inderdaad sprake kan zijn van een Wlz-crisisopname. Indien een SOG daaraan twijfelt, moet men de huisarts aanraden de cliënt op te laten nemen op basis van eerstelijnsverblijf (ELV) of een andere verblijfsvorm als dat meer voor de hand ligt. De casus roept de vraag of de huidige regelgeving rond spoedzorg niet eenvoudiger kan. In de brief over de Aanpak administratieve lasten in de Wlz (Kamerstuk 29 515, nr. 400) is dit reeds verkend. Dit voorjaar zal ik hierop terugkomen. Voorts is van belang dat de samenwerkende partners in de regio bezien welke procesverbeteringen zijn door te voeren. Het programma Gedeelde Zorg is een reactie van de samenwerkende partijen in de regio op de problematiek.

Vraag 4

Deelt u de mening dat als een huisarts inschat dat een crisisplek noodzakelijk is, dit voldoende moet zijn om een patiënt te plaatsen? Zo ja, hoe gaat u er voor zorgen dat dit in de toekomst ook het geval zal zijn? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Ik deel de mening dat als een huisarts inschat dat een patiënt opgenomen moet worden, dit ook snel moet kunnen. Het oordeel van de ontvangende arts is daarbij echter doorslaggevend. Als de huisarts van mening is dat vanuit medisch oogpunt direct een opname noodzakelijk is, betekent dit bij inschatting van een Wlz-crisisbed dat een oordeel van een specialist ouderengeneeskunde nodig is. In geval van eerstelijnsverblijf (ELV) kan dat een verantwoordelijke huisarts zijn danwel een specialist ouderengeneeskunde. Welke plaats passend is, is afhankelijk van de situatie. In sommige spoedsituaties is niet direct duidelijk bij welk domein de zorgvraag thuishoort. De opname mag daardoor uiteraard niet worden vertraagd en vergt een proactieve houding van zorgaanbieders in het meedenken met de zorgprofessional. De regionale coördinatiepunten, die inzicht hebben op welke locatie passende plekken zijn, moeten hierin ondersteuning bieden. Verzekeraars nemen het voortouw om ervoor te zorgen dat per april in alle regio's dergelijke coördinatiepunten voor ELV ingericht zijn en soms, zoals in Deventer en Roosendaal, ook al voor andere vormen van zorg met (tijdelijk) verblijf (zoals Wlz en respijtzorg).

Vraag 5

Kent u meer signalen dat er geen of niet op tijd crisisbedden voor acute gevallen beschikbaar zijn? Zo ja, waaruit bestaan die signalen? Zo nee, betekent dit dan dat het in het bericht genoemde geval geheel op zichzelf staat?

Antwoord 5

Bij het praktijkteam «Zorg op de juiste plek» zijn enkele signalen bekend van zorgverleners die moeilijk vervolgzorg geregeld kregen in acute situaties. In een casus betrof het een zorgmijdend echtpaar waarbij de echtgenote van een dementerende meneer weigerde hulp toe te laten. Bij escalatie van de

situatie ondervond de huisarts problemen om een verpleeghuisplek te regelen. De Wlz-crisisregeling is slechts van toepassing als een Wlz-indicatie voor de hand ligt en er sprake is van een plotselinge verandering van de situatie van de cliënt waardoor opname binnen 24 uur noodzakelijk is. Pas dan kan het CIZ de Wlz-aanvraag voorrang geven en de geldigheid van het indicatiebesluit laten terugwerken tot de dag van opname. Casuïstiek en gesprekken met het veld maken duidelijk dat de praktijk er last van heeft dat er voor Wlz, ELV en acute Wmo verschillende procedures gelden en deze onvoldoende op elkaar aansluiten, terwijl de spoedzorg op dezelfde afdelingen met hetzelfde personeel wordt geleverd. Zoals aangegeven bij het antwoord op vraag 3 zal ik dit voorjaar aangeven of er verbeteringen mogelijk zijn. Voor zorgaanbieders en inkopers op regionaal niveau is het in ieder geval van belang dat zij samenwerken en zich proactief opstellen om er gezamenlijk voor te zorgen dat de cliënt zo snel mogelijk op een passende plek kan komen.

Vraag 6

Kunt u de Kamer een overzicht doen toekomen van het aantal crisisbedden en de mate waarin deze bezet zijn?

Antwoord 6

Er is geen landelijk overzicht van het aantal Wlz-crisisbedden en de bezettingsgraad daarvan. De landelijke gegevens die bij de NZa beschikbaar zijn hebben betrekking op het afgesproken prijs en volume (voor spoedzorg in de verpleging en verzorging betreft het prestatie met code Z110). Uit het afgesproken volume is niet eenduidig het aantal aanwezige crisisbedden af te leiden. Dat komt omdat zorgkantoren verschillende inkoopafspraken maken. Sommige zorgkantoren kopen spoedzorg in door een afspraak over een aantal crisisbedden. Aanbieders reserveren de capaciteit dan voor Wlz-cliënten. Ook de dagen dat het bed niet bezet is door een Wlz-cliënt, wordt dan vanuit de Wlz betaald. In andere gevallen kopen zorgkantoren de zorg cliëntvolgend in en laten zij het aan de zorgaanbieders over hoe zij de spoedzorg die vanuit de verschillende domeinen wordt gevraagd praktisch organiseren.