

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

1365

Vragen van de leden **Tielen** en **Beyers** (beiden VVD) aan de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Zorg Spoedeisende hulp loopt vast door ouderen, maar terug naar huis is vaak ook geen optie»* (ingezonden 7 januari 2025).

Antwoord van Minister Agema (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en van Staatssecretaris Maeijer (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 20 februari 2025)

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Zorg Spoedeisende hulp loopt vast door ouderen, maar terug naar huis is vaak ook geen optie»¹?

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

In hoeverre verwacht u dat de nu al stijgende aantallen patiënten die noodgedwongen in een ziekenhuis moeten overnachten, verder zullen stijgen, met het oog op de dubbele vergrijzing²? Kunt u dat met cijfers aangeven?

Antwoord 2

De meest recente NZa monitor acute zorg³ laat zien dat het aantal bezoeken aan de acute zorg door 75+»ers daalt. Daar waar in 2017 en 2018 het aantal patiënten van 75+ dat in de avond, nacht of het weekend huisartsenzorg nodig had nog boven de 400 per 1.000 inwoners lag is dat cijfer in de jaren erna gedaald naar in 2021 ruim onder de 400 per 1.000 inwoners. Ook is het aantal SEH-bezoeken per 1.000 65+»ers in 2022 lager dan in 2017. We zien dus dat de groep ouderen in de samenleving groeit maar het aantal bezoeken aan de acute zorg niet evenredig meegroeit.

Nadat de financiering van de verzorgingshuizen is gestopt per 2013/2014 is het ELV (eerstelijnsverblijf) de plek geworden waar (veelal) ouderen tijdelijk opgenomen kunnen worden voordat ze weer naar huis gaan. Het ELV, en

¹ NRC, 30 december 2024, Spoedeisende hulp loopt vast door ouderen, maar terug naar huis is vaak ook geen optie – NRC.

² RIVM, 19 november 2024, In 2050 verdubbeling van aantal mensen met dementie en artrose | RIVM.

³ NZa monitor acute zorg 2023

andere kortdurende zorg bedden, kunnen we op dit moment niet voldoende inzetten om te zorgen dat ouderen niet noodgedwongen in het ziekenhuis moeten blijven. Het liefste zou ik willen dat ze niet op de SEH terecht komen. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat toegang tot intramurale zorg de kans op een ziekenhuisopname binnen één jaar met negen procentpunt verlaagt.⁴ Dit wijst mogelijk op positieve gezondheidseffecten van de verpleeghuiszorg, maar het is ook mogelijk dat een deel van de ziekenhuiszorg wordt overgenomen door de zorginstelling. Om dit in kaart te brengen heb ik in het regeerprogramma opgenomen dat er een nadere doorrekening zal plaatsvinden naar de mogelijke terugkeer van de verzorgingshuizen. Om de huidige druk op de zorg na een bezoek aan de acute zorg door een kwetsbare ouderen nu al te ontlasten zetten we hier met o.a. bestaande afspraken in het IZA en mogelijk aanvullende afspraken beleid op in.

Vraag 3

Hoe staan deze cijfers in verhouding tot de afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA)? Wat is de verwachting van de impact van het IZA op de in het artikel genoemde problemen, zowel in kwaliteit als in cijfers?

Antwoord 3

We vinden het belangrijk dat, in lijn met IZA, onnodige SEH/ziekenhuisopnames voorkomen worden. De in het IZA afgesproken versterking van de eerstelijnszorg en zorgcoördinatie moeten hieraan bijdragen. Binnen zorgcoördinatie kijken triagisten met een brede blik naar een zorgvraag, zodat zij zorg kunnen inzetten die het best aansluit bij de persoonlijke context van de patiënt. Daarnaast is het van belang dat er goede alternatieven zoals kortdurend verblijf beschikbaar zijn.

We werken samen met partijen aan het versterken van de eerstelijnszorg om gelijkwaardigere toegang van zorg dichtbij te realiseren. Hierbij werken we aan het inrichten van hechte wijkverbanden waarin de belangrijkste zorgverleners in de wijk nauw met elkaar samenwerken. De samenwerking in de wijkverpleging is hier een belangrijk aandachtspunt.

Ook ondersteunen we de zorgverleners in de wijk door ze op regionaal niveau taken uit handen te nemen bijvoorbeeld met administratieve en ICT ondersteuning.

Daarnaast ondersteunen we de beweging die regio's maken naar zorgcoördinatie. Hierbij werken onder andere huisartsenposten, de ambulancezorg via de meldkamer 112, de regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf en de acute ggz samen om telefonische triage zo in te richten dat direct de meest geschikte zorg kan worden ingezet. Ook als dit zorg buiten de SEH is, kan zorgcoördinatie vervolgens door inzicht in actueel beschikbare zorgcapaciteit en goede samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders bijdragen aan het sneller vinden van een locatie waar deze zorg beschikbaar is. Zo kan een patiënt snel de zorg ontvangen die past bij hun behoefte en wat op dat moment nodig is. We stimuleren initiatieven binnen de kortdurende zorg zoals de wijkkliniek, een vorm van tijdelijk verblijf waar samenwerking tussen de 1e en 2e lijn centraal staat, om zorg te bieden voor patiënten die niet thuis kunnen blijven, maar ook niet in het ziekenhuis op hun plek zijn. In opdracht van ons werkt het programma Beter Thuis II van ZonMW aan het ontwikkelen van de kwaliteit van zorg binnen de kortdurende herstelgerichte zorg. Hierbij is inzicht in effectiviteit van innovaties onderdeel.

Vraag 4

Deelt u de mening dat een ziekenhuisopname voor (kwetsbare) ouderen eigenlijk altijd risicovol is en dat deze zoveel mogelijk moeten worden voorkomen? Zo ja, op welke manier wordt dit nu effectief aangepakt? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

Ja, we delen de mening dat een ziekenhuisopname voor (kwetsbare) ouderen vaak risicovol is. Kwetsbare ouderen verdienen een veilige en fijne plek om te herstellen, zonder de stress van een ziekenhuisomgeving. Tijdens een

⁴ Wong, A., Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E., Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg. Gezondheidszorg ESB Jaargang 103 (4765), 2018.

ziekenhuisopname lopen zij verhoogde risico's op functieverlies, infecties, en verwardheid (delier).

Om onnodige ziekenhuisopnames te voorkomen richten wij ons op het versterken van de eerstelijnszorg en de uitbreiding en verbetering van kortdurende zorg, zoals een goede toegang tot eerstelijnsverblijfbetten. De tarieven voor het eerstelijnsverblijf zijn per 1 januari jongstleden verhoogd, naar aanleiding van een kostenonderzoek van de NZa. Dit zal het aanbieden van deze zorg aantrekkelijk maken voor instellingen. De tarieven moeten kostendekkend zijn. Daarnaast moet de manier waarop dit betaald wordt makkelijker en duidelijker worden. We gaan de NZa vragen om een experiment uit te voeren naar de beste bekostiging voor het tijdelijk verblijf in de Zvw.

De aanwijzing hiervoor wordt op korte termijn aan de Kamer voorgelegd. Ook moeten de afspraken over wie recht heeft op deze zorg duidelijker zijn. We hebben hiervoor het Zorginstituut om advies gevraagd.

Vraag 5

In hoeverre blijft het voorkomen van deze onnodige ziekenhuisopnames bij ouderen onderdeel van het aanvullend zorg en welzijnsakkoord? Wordt deze doelstelling ook opgenomen in het Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg waar momenteel aan gewerkt wordt?

Antwoord 5

Het Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) wordt naar verwachting op korte termijn afgesloten. Dit akkoord spitst zich voor de periode 2025–2028 toe op de Wet langdurige zorg. De onderwerpen die in dit akkoord staan kunnen voor de lange termijn, waar wordt ingezet op een vereenvoudiging van het totale stelsel van zorg en ondersteuning voor ouderen, bijdragen aan de vermindering van onnodige ziekenhuisopnames. Daarnaast is in het regeerprogramma opgenomen dat er een nadere doorrekening zal worden uitgevoerd naar de terugkeer van de verzorgingshuizen. Naar verwachting kan het onderzoek binnenkort starten en in september 2025 worden afgerond. De terugkeer van verzorgingshuizen kan een bijdrage leveren aan de invulling van de woon-zorgvraag van ouderen en mogelijk het beroep op spoedeisende hulp verminderen.

Vraag 6

Wat zijn de te verwachten effecten van de maatregelen aangekondigd in de brief over de versterking van de eerstelijnszorg⁵ op het aantal (onnodige) ziekenhuisopnames van ouderen? Kunt u dat met cijfers aangeven?

Antwoord 6

Op basis van eerdere Nederlandse studies en metingen wordt geschat dat ongeveer 20% van alle SEH-bezoeken bij ouderen vermijdbaar zijn door eerder in te grijpen.⁶ Het is op voorhand echter niet met cijfers aan te geven welk effect het beter inrichten van de proactieve zorg thuis precies heeft voor het aantal (onnodige) ziekenhuisopnames onder ouderen. De versterking van de eerstelijnszorg focust op verbetering van de toegankelijkheid en continuïteit van zorg, door een betere samenwerking van verschillende zorgverleners in hechte wijkverbanden. Deze wijk samenwerking, tussen in ieder geval huisarts, wijkverpleging, apotheker en sociaal domein, wordt ondersteund door regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden. Deze zorgen voor het ontlasten van de zorgprofessionals door bijvoorbeeld afspraken te maken over samenwerking met de ziekenhuizen of de GGZ en ook administratieve taken uit handen te nemen. Zorg- en hulpverlening in de wijk die beter in samenhang kan worden geboden zorgt ervoor dat de zorg- en hulpverleners zicht hebben op de kwetsbare mensen in de wijk. Door zicht te hebben op deze mensen kan vroegtijdig hulp geboden worden wat (onnodige) ziekenhuisopnames kan voorkomen. In een rapport over acute ouderenzorg is aangetoond dat de

⁵ Kamerstuk 33 578, nr. 122.

⁶ Kennissynthese Amsterdam UMC en Leernetwerk Acute ouderenzorg; Vernieuwing van de acute ouderenzorg. 2024

meeste acute zorgvragen ontstaan bij thuiswonende ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid.

Vraag 7

Kunt u een overzicht geven van regionale samenwerkingsafspraken over gezondheidsbevordering voor ouderen met valrisico zoals opgenomen in het IZA? Wat is de verwachting van de (kwantitatieve) effecten van deze afspraken? Welke andere preventieafspraken zijn in regio's gemaakt?

Antwoord 7

In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) hebben het Ministerie van VWS, zorgverzekeraars en gemeenten de volgende afspraken gemaakt over de te behalen landelijke resultaten voor valpreventie:

- 1) Het risico op vallen bij ouderen wordt vroegtijdig gesignaleerd in zowel zorgdomein als gemeentelijk domein en wordt ondersteund door laagdrempelige toegang tot valpreventief aanbod. Hierbij is de doelstelling geformuleerd dat 14% van de ouderen een valrisico-inschatting krijgen en 3% van de ouderen met verhoogd valrisico een beweeginterventie doet.
- 2) Jaarlijks komen er minder méér ouderen (65+) op de spoedeisende hulp naar aanleiding van een val.

Regio's maken zelf plannen hoe ze deze resultaten gaan behalen en volgen hierin de ketenaanpak valpreventie. Voor een effectieve aanpak is goede samenwerking tussen medisch en sociaal domein essentieel. In de eerste fase van deze samenwerking, waarin veel regio's nog zitten, wordt vooral tijd besteed aan het vormgeven van deze afspraken en dus het inrichten van de ketenaanpak. Jaarlijks monitort het RIVM de voortgang, zowel op het samenwerkingsproces als op de uiteindelijk te bereiken doelen. Afgelopen december heeft het RIVM de resultaten van de monitor Valpreventie (over de periode 2023 en eerste half jaar 2024) gepubliceerd op haar website. Hieruit blijkt dat in elk geval 82% van de gemeenten is gestart met de inrichting van de (keten)aanpak. Bijna al deze gemeenten gaven aan samen te werken met tenminste fysiotherapeuten (96%) en buurtsportcoaches (83%). Van de zorgverzekeraars geeft de helft aan samenwerkingsafspraken te hebben gemaakt met gemeenten.

Het RIVM brengt ook per regio afzonderlijk in beeld wat voortgang is op de implementatie en uitvoering van de ketenaanpak Valpreventie (Monitor Valpreventie | Regiobeeld).

In het IZA en GALA zijn diverse afspraken gemaakt over de inzet van met name gemeenten en zorgverzekeraars op gezondheidsbevordering en preventie. Het is in principe aan deze partijen om de landelijke afspraken regionaal en lokaal concreet vorm te geven. In december 2024 is een eerste voortgangsrapportage van het RIVM over de voortgang op de afspraken uit het GALA naar uw Kamer gezonden. Dit geeft een eerste beeld van de inzet van partijen op gezondheidsbevordering en preventie.

Vraag 8

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de IZA-doelstelling dat in 2025 20% minder ouderen met een kwetsbare gezondheid onnodig opgenomen worden op de spoedeisende hulp (SEH)? Deelt u de mening dat het bericht over de spoedeisende hulp laat zien dat deze doelstelling nog wel heel ver weg lijkt?

Antwoord 8

Het IZA wordt gemonitord via verschillende routes. Een van die monitors gaat over de uitkomsten voor verschillende doelgroepen, waarvan een van de doelgroepen kwetsbare ouderen betreft. Deze informatie wordt op regiokantoor niveau ontsloten op www.regiobeeld.nl. Na de 1-meting van de monitor die einde voorjaar 2025 is voorzien, kunnen we uw Kamer informeren over de stand van zaken op de uitkomsten van de monitor.

Vraag 9

In hoeverre worden patiënten met meerdere aandoeningen (multimorbide) meegenomen in de akkoorden? Wat voor effect heeft het «nogmaals onder de aandacht van de relevantie IZA-partijen brengen van de noodzaak voor

goede organisatie rond de multimorbide patiënt' gehad, zoals u antwoordde op eerdere vragen van het lid Tielen⁷?

Antwoord 9

Het IZA is een integraal akkoord voor alle patiëntgroepen, zo ook patiënten met meerdere aandoeningen en alle ouderen. Daarbij vinden we het voor alle patiënten belangrijk dat de urgentie leidend is. Het is belangrijk dat deze patiënten goed geholpen worden en kwalitatief goede zorg ontvangen. Het beleid dat is ingezet, onder andere in het kader van passende zorg, draagt hier aan bij. We vinden het daarom belangrijk dat binnen en tussen de ziekenhuizen en zorgaanbieders meer wordt samengewerkt. Met de afspraken in het IZA zijn de eerste stappen gezet voor de benodigde transitie naar meer samenwerking, netwerkzorg en meer digitale en hybride zorg. Daarbij vinden we het voor alle patiënten belangrijk dat de urgentie leidend is.

Vraag 10

Hoeveel initiatieven zijn gericht op het vinden van de juiste plek voor een patiënt zodat deze niet hoeft te worden opgenomen, zoals Het Regionaal Transferpunt Salland, het Zorgplein-Gooi en het Centraal Aanmeldpunt Verplaatsingen in Zeeland? Wat doet u om ervoor te zorgen dat er in het hele land (meer) gebruik wordt gemaakt van al bestaande samenwerkingen?

Antwoord 10

Er is een landelijk dekkend netwerk van regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf (ELV) ingericht om zorgverleners te helpen bij het vinden van een geschikt en beschikbaar eerstelijnsverblijfsbed. Deze al bestaande ELV-coördinatiefuncties vormen een belangrijk deel van de basis van het onderdeel inzicht in capaciteit binnen de implementatie en doorontwikkeling van zorgcoördinatie die momenteel in alle regio's plaatsvindt. Binnen de plannen voor zorgcoördinatie wordt de samenwerking tussen ELV-coördinatiefuncties onderling en met andere zorgpartijen verder uitgebreid, zodat zorgverleners op één punt terecht kunnen voor het vinden van een geschikte plek of extramurale zorgverlener voor hun patiënt.

Vraag 11

Wat doen zorginstellingen en organisaties momenteel om te leren van bestaande initiatieven gericht op samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis, zoals de Intensieve Samenwerking Afdeling van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, het GEM-team in het Tergooi MC, de Herstelkliniek van Pantein en Spaarnelabs? Is dat wat u betreft voldoende? Zo ja, hoe is dat te zien in de voortgang op IZA-doelstellingen? Zo nee, hoe zorgt u ervoor dat zorginstellingen meer gebruik maken van elkaars ervaringen?

Antwoord 11

Het hele IZA is gericht op bevordering van samenwerking, in de regio en in netwerken. In iedere zorgkantorregio wordt of is een overlegtafel ingericht voor het bevorderen van de regionale samenwerking. Ook de ROAZ-regio's voeren overleg om samen de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. Deze samenwerking wordt bevorderd door het maken van regio- en ROAZ-beelden en regio- en ROAZ-plannen. Door als ketenpartners samen de uitdagingen te formuleren en de voorstellen om daar mee om te gaan en te komen tot transformatieplannen wordt de samenwerking bevorderd. Voor dergelijke plannen zijn middelen beschikbaar gesteld. Door informatie over goedgekeurde transformatieplannen en goede praktijkvoorbeelden te delen op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl stimuleren we dat zorgaanbieders en regio's leren van elkaar.

Vraag 12

Bent u bereid om zelf meer daadkracht te tonen jegens alle zorginstellingen om te voorkomen dat overal opnieuw geprobeerd wordt het wiel uit te vinden en er meer arbeidskracht wordt besteed aan praten en overleggen dan

⁷ Aanhangsel Handelingen II, vergaderjaar 2023–2024, nr. 2187.

aan effectieve uitvoering? Zo ja, op welke termijn is daar effect van te verwachten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 12

We vinden het belangrijk dat succesvolle initiatieven worden opgeschaald, waarbij het uiteraard van belang is om rekening te houden met de lokale context. Daarom heb ik, Minister van VWS, onder andere een leidraad Vakmanschap en werkplezier in ontwikkeling die zorginstellingen concrete handvatten en inspirerende voorbeelden biedt om hiermee mee aan de slag te gaan. Zoals ik uw Kamer eerder heb toegezegd, zal ik na het verschijnen van het AZWA een zorgtop organiseren. Daar wil ik podium bieden aan effectieve initiatieven die een succesvolle bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van het arbeidsmarkttekort.

We moedigen alle zorginstellingen aan om hier hun voordeel mee te doen en optimaal gebruik te maken van de vele veelbelovende initiatieven die er al zijn. Dit geldt ook voor instellingen in het kader van zorg en ondersteuning voor ouderen. Daarnaast is binnen de ouderzorg ondersteuning mogelijk van individuele instellingen bij de verbetering van bedrijfsvoering via het Waardigheid en Trots initiatief. Meer dan 100 zorgbieders maken daar momenteel al gebruik van.