

Vergaderjaar 2020–2021

29 247

Acute zorg

Nr. 329

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 april 2021

Op 3 juli 2020 heeft mijn ambtsvoorganger de Houtskoolschets acute zorg aangeboden aan uw Kamer (Kamerstuk 29 247, nr. 314). De Houtskoolschets, zo staat in de aanbiedingsbrief, was bedoeld om bouwstenen aan te dragen voor de toekomstige inrichting en bekostiging van de acute zorg.

Gelijk met het aanbieden van de Houtskoolschets aan uw kamer, is een consultatietraject gestart. Omdat iedereen in Nederland te maken kan krijgen met acute zorg, kreeg iedereen de mogelijkheid om te reageren op de voorgestelde veranderingen. Het consultatietraject liep tot 1 januari 2021¹. In heb uw Kamer toegezegd de reacties samen te vatten en aan te bieden aan uw Kamer. Met deze brief voldoe ik aan mijn toezegging.

Inmiddels is de Houtskoolschets door de Tweede Kamer controversieel verklaard (Handelingen II 2020/21, nr. 51, item 12). Verdere stappen ten aanzien van het acute zorglandschap zijn aan het volgende kabinet.

Waardevolle inbreng

In totaal zijn er 245 reacties binnengekomen. Dit laat een grote betrokkenheid bij het onderwerp zien, en daar ben ik blij om. De reacties zijn verschillend van afkomst. Zo hebben individuele burgers gereageerd, maar ook een grote verscheidenheid aan branche- en beroepsverenigingen, openbaar bestuur, zorgaanbieders, kennisinstituten en individuele zorgprofessionals. Ik wil iedereen die heeft gereageerd bedanken voor de inbreng en de bijdrage die men daarmee levert aan de discussie over de toekomstige inrichting van het acute zorglandschap. De reacties leveren waardevolle informatie op. Een opsomming van alle respondenten die akkoord zijn gegaan met het openbaar stellen van hun reactie en identiteit is toegevoegd in bijlage 1².

¹ Overheid.nl | Consultatie Houtskoolschets acute zorg (internetconsultatie.nl).

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Gestelde vragen in de consultatie

Respondenten kregen de mogelijkheid om op alle onderdelen van het discussiestuk te reageren. Hierbij werden in het bijzonder twee vragen gesteld:

- «*We zouden graag van u willen weten wat anders moet of beter kan in deze visie over de herinrichting van de acute zorg.*»
- «*Daarnaast willen we graag over deze Houtskoolschets acute zorg weten wat u er goed aan vindt en waar u positief over denkt.*»

Veel reacties waren gestructureerd aan de hand van deze vragen. Ook voegden enkele respondenten een los document toe met een eigen opbouw. Uit deze documenten zijn de positieve- en verbeterpunten gedestilleerd, net als kritische vragen of opmerkingen. Daarnaast hebben verschillende respondenten aanbevelingen gedaan ten aanzien van het verdere beloop of de herinrichting van het acute zorglandschap. Ook boden velen hulp aan, stelden de eigen regio of organisatie beschikbaar als pilotregio en stelden zij voor om mee te denken bij de verdere uitwerking.

Inbreng ingedeeld in zes thema's

Op basis van alle reacties heb ik een verdeling gemaakt naar zes verschillende thema's. Deze thema's omvatten de onderwerpen die als rode draad uit de inbreng naar voren kwamen. De volgende thema's komen achtereenvolgens aan de orde:

1. Algemeen
2. Regie en sturing
3. Zorgcoördinatiecentrum
4. Spreiding en differentiatie acute zorg
5. Voorkomen en verplaatsen van acute zorg
6. Randvoorwaarden

Per thema wordt eerst beschreven wat de Houtskoolschets beoogt met dit thema. Vervolgens worden de genoemde positieve punten, ervaren knelpunten of bedenkingen, en aanvullingen samengevat.

Uitwerking per thema

Thema 1 – algemeen

Houtskoolschets

Ook voor de toekomst moeten kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg voor iedereen gegarandeerd zijn. Door enerzijds toekomstige uitdagingen waaronder vergrijzing en schaarste op de arbeidsmarkt, en anderzijds kansen zoals digitalisering, nieuwe technologieën en een 24-uur economie zijn we genoodzaakt stappen te ondernemen.

De Houtskoolschets is gebaseerd op een aantal geïdentificeerde knelpunten, namelijk: het is soms te druk of juist te stil, het is onvoldoende duidelijk waar je heen moet, er wordt te weinig integraal samengewerkt en het is moeilijk om steeds voldoende zorgprofessionals te vinden. De nieuwe inrichting van de acute zorg zal met name gericht zijn op de volgende zes pijlers: voorkomen van acute zorg, regionale zorgcoördinatiecentra (voorheen zorgmeldkamers) voor niet-levensbedreigende acute zorg, meer acute zorg thuis, integrale spoedposten, hoogcomplexen of levensbedreigende acute zorg en traumacentra.

Het belang van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg wordt veelvuldig ondersteund. Er is een groeiende druk op de acute zorg en velen erkennen dat het huidige systeem niet houdbaar is. Regelmatig wordt benoemd dat het belangrijk en goed is dat de organisatie van de acute zorg onder de loep wordt genomen. Niet iedereen ziet echter een herinrichting van de acute zorg als de juiste oplossing. Sommigen vinden dat oplossingen van de benoemde knelpunten ook in het huidige zorgsysteem gevonden kunnen worden.

Er wordt regelmatig benoemd dat de Houtskoolschets juiste en herkenbare knelpunten aanstipt. Zo benoemen meerdere respondenten dat het goed is dat er aandacht wordt besteed aan duidelijkheid geven omtrent waar je als patiënt heen moet. Anderzijds wordt het knelpunt «het is soms te druk of juist te stil» niet altijd herkend. Respondenten benoemen dat het vaker te druk is dan te stil en bovendien is deze fluctuatie inherent aan een beschikbaarheidsfunctie zoals de acute zorg heeft. Een enkeling benoemde dat momenten van rust cruciaal zijn om de anderzijds drukke periodes te kunnen behappen. Veel respondenten staan positief tegenover de besproken pijlers van de Houtskoolschets en zien deze als een mooi vertrekpunt voor verdere uitwerking. Het is goed dat er integraal wordt gekeken naar de acute zorg en wordt geprobeerd om schotten in de acute zorgketen te laten verdwijnen. Wel is het belangrijk om het patiëntenperspectief hierin mee te nemen: wat betekenen de voorgestelde veranderingen voor de patiënt, en wat schiet deze ermee op? Ook wordt opgemerkt dat het domein van de acute zorg in verbinding staat met andere domeinen, zoals de reguliere of langdurige zorg. Hier zou meer de verbinding in gezocht moeten worden.

Meermaals wordt benadrukt dat een nadere onderbouwing van de knelpunten nodig is. Sommige respondenten zouden een concrete knelpuntenanalyse van de huidige situatie willen zien, en hoe en op welke manier de voorgestelde veranderingen daar een oplossing voor bieden. De Houtskoolschets heeft een nadere onderbouwing in feiten, cijfers en voorbeelden nodig, zodat denkrichtingen geconcretiseerd kunnen worden.

Tot slot wijzen respondenten op enkele onderbelichte onderwerpen. Zo moeten de lessen die uit de COVID-pandemie worden getrokken nog nadrukkelijker worden meegenomen in de verdere uitwerking van de inrichting van het acute zorglandschap. Ook zou er meer aandacht moeten zijn voor de acute geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en acute geboortezorg. Hoewel deze onderwerpen in de Houtskoolschets benoemd worden, verdienen zij volgens deze respondenten een meer uitgesproken plaats. De acute GGZ heeft hierbij ook betrekking op kwetsbare personen in de maatschappij en mensen met een licht verstandelijke beperking. Zij doen vaker een beroep op de acute zorg. Verder vindt men dat de rol van de apotheken onderbelicht is in het stuk. Zij zijn een essentiële schakel in het acute zorglandschap en bieden mogelijkheden in het voorkomen van acute zorg en verbeteren van overdracht tussen domeinen. Zij verdienen dus meer aandacht. Tot slot zou er rekening gehouden moeten worden met de terminale zorg. Deze zorg laat zich niet plannen en kan dus ook acuut voorkomen.

Houtskoolschets

Een aantal zaken zal op landelijk niveau geregeld moeten worden. Denk hierbij aan de afspraken rond gegevensuitwisseling, nieuwe normen (op het gebied van onder andere infrastructuur, kwaliteit, samenwerking, bereikbaarheid en slimme zorg) en de financiële basis. Voor het maken van afspraken over de inrichting van het acute zorglandschap, wordt er voor een regionale benadering gekozen in de bestaande Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio's. Het acute zorglandschap is namelijk niet overal hetzelfde en hoeft er ook niet overal hetzelfde uit te zien. De regievoering op de opgeschaalde zorg blijft een GHOR-taak. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij bij de contractering rekening houden met kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. De grootste of grootste twee verzekeraars zullen hier een trekkende rol in hebben. Ook kunnen deze verzekeraars een stuwende rol spelen als het gaat om innovatie, goed werkgeverschap en voldoende opleiden van professionals. Van overige zorgverzekeraars wordt congruent beleid verwacht.

Bij de afspraken die worden gemaakt door het ROAZ en de zorgverzekeraar(s) zullen de nieuw opgestelde landelijke normen als basis dienen en zal een landelijke, integrale blik meegenomen moeten worden. De Houtskoolschets beschrijft nog niet hoe de sturing over de inrichting van het acute zorglandschap exact vormgegeven gaat worden: wie krijgt waarover de regie, welke beslissingen neemt de Minister, de zorgverzekeraars en het ROAZ? Hierbij zal ook gekeken moeten worden naar de slagkracht van het ROAZ. Ook het eventueel benoemen van een ROAZ-voorzitter door de Minister, vergezeld van een duidelijke opdracht voor het ROAZ, zal meegenomen worden in de verdere uitwerking.

Alle relevante partijen zullen tijdig en ruimhartig worden betrokken en geïnformeerd over veranderingen in het acute zorglandschap. Het gaat dan om reguliere zorgpartijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten- en cliëntenorganisaties etc.), maar ook om de toezichthouders in de zorg, de GGD en de GHOR. Ook zullen burgers en colleges van burgemeester en wethouders actief worden geïnformeerd en betrokken bij de voorgenomen besluitvorming over wijzigingen in het acute zorglandschap. Zij moeten mee kunnen denken en praten en hun zorgen kunnen uiten.

Reacties internetconsultatie

Veel respondenten benadrukken het belang van regionaal maatwerk bij de uitwerking van de toekomstige inrichting van het acute zorglandschap. Regionaal bestaan er grote verschillen in demografie en daarmee in de vraag naar zorg en het beschikbare zorgaanbod. Dit maakt dat één landelijke blauwdruk geen realistische oplossing is voor de knelpunten in het acute zorglandschap. Anderzijds worden landelijk toezicht en sturing op basis van landelijke normen en randvoorwaarden regelmatig genoemd als belangrijke elementen. Meerdere respondenten benoemen dat een duidelijke afbakening van een regio nodig is. Zo beslaan de veiligheidsregio, de regio van de acute GGZ-crisisdienst en het ROAZ verschillende gebieden. Enkelen dragen aan om hier meer eenduidigheid in te krijgen, zodat samenwerking wordt bevorderd en regie makkelijker te realiseren is. Daarnaast wordt aandacht gevraagd voor samenwerking over regio-grenzen heen, zodat randgebieden goede toegang blijven houden tot acute zorg. De meningen zijn verdeeld over waar de regie in de regio zou moeten liggen. Veel respondenten zien het beleggen van regie en sturing

in de regio door het ROAZ als een logische keuze. Hierbij zijn er zowel voor- als tegenstanders van een regio-commissaris of onafhankelijke voorzitter van het ROAZ. Daarnaast vindt een enkeling de voorgestelde positie van de zorgverzekeraar te machtig, zou zouden graag een inperking willen zien. Ook wordt een verdere uitwerking van het sturingsvraagstuk gevraagd: wie beslist wat, en hoe zit het met de doorzettingsmacht in het ROAZ? Anderzijds vrezden verschillende respondenten dat het ROAZ te groot is voor regionale of lokale coördinatie.

Tot slot wordt het belang van het betrekken van burgers en lokaal bestuur vaak door respondenten benoemd. Met name de inbreng van burgers is essentieel, omdat wijzigingen in het acute zorglandschap kunnen leiden tot zorgen en onrust. Door zorgaanbieders tijdig met het publiek te laten communiceren over de redenen voor de aanpassingen in het acute zorglandschap ontstaat meer begrip en een meer zorgvuldig proces met een breder draagvlak. Inbreng betekent hierbij meer dan alleen informeren. Men vindt dat burgers actief moeten worden betrokken bij besluitvormingsprocessen. In het kader hiervan vragen respondenten aandacht voor de aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving³. Het betrekken van gemeenten wordt vaak benoemd, omdat de Houtskoolschets een sterkere sociale basis veronderstelt. Verder wordt aangegeven dat apothekers tijdig betrokken dienen te worden in verband met hun cruciale plaats in de acute zorgketen, en specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten en seniorenverenigingen in het kader van het voorkomen van acute zorg.

Thema 3 – zorgcoördinatiecentrum

Houtskoolschets

Patiënten met een niet-levensbedreigende acute zorgvraag kunnen straks één landelijk telefoonnummer⁴ bellen. Zij komen vervolgens terecht bij het regionale zorgcoördinatiecentrum. In de zorgcoördinatiecentra (voorheen zorgmeldkamers)⁵ worden een aantal activiteiten bij elkaar gebracht: een goede multidisciplinaire triage voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen, het coördineren van het verplaatsen van patiënten tussen zorglocaties en het coördineren van inzet van zorgprofessionals die naar de patiënt toe gaan. Door dit landelijke telefoonnummer ontstaat meer duidelijkheid voor de patiënt, doordat er niet meer verschillende loketten zijn waar de patiënt rekening mee hoeft te houden (zoals de huisartsenpost, de crisisdienst van de GGZ of de wijkverpleegkundige). Het nummer 112 blijft daarnaast beschikbaar voor levensbedreigende situaties waarbij ambulancezorg, politie of brandweer nodig is. Vanuit de zorgcoördinatiecentra blijven korte lijnen bestaan met de 112-meldkamer, zodat er snel doorgeschakeld kan worden als er sprake blijkt van een levensbedreigende situatie. Zorgcoördinatiecentra zullen regionaal worden opgericht en vormen daar de spil van de netwerkorganisatie voor acute zorg. Zorgprofessionals werken hier integraal met elkaar samen waardoor de instroom, doorstroom en uitstroom vanuit de acute zorg centraal en optimaal georganiseerd is.

³ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Van deelbelangen naar gedeeld belang, Den Haag, 2020

⁴ Een landelijk nummer voor acute maar niet levensbedreigende zorgvragen wil niet zeggen dat er één landelijk zorgcoördinatiecentrum komt. Het idee is dat zorgcoördinatiecentra in de regio worden opgezet.

⁵ Uit de ontvangen reacties bleek dat de term zorgmeldkamer voor verwarring zorgt. De term zorgcoördinatiecentrum is meer ingeburgerd dan de eerder gebruikte term zorgmeldkamer. We gebruiken daarom vanaf dit moment de term zorgcoördinatiecentrum.

In het zorgcoördinatiecentrum werken regieartsen en verschillende multidisciplinaire medisch geschoolde triagisten, waar nodig gezamenlijk, aan het duiden van de zorgvraag. Indien de triagist van oordeel is dat de situatie van de patiënt inderdaad niet levensbedreigend is, zal er wat meer tijd genomen worden om de zorgvraag te duiden. Dit draagt bij aan het leveren van zorg op de juiste plek door de juiste professional. De insteek van triage zal hierbij huisartsgeneeskundig van aard zijn, om overbehandeling en overdiagnostiek te voorkomen. Ook zullen de mogelijkheden van beeldbellen, realtime monitoring, big data en robotondersteuning nader verkend worden.

Een van de voorwaarden voor het goed kunnen coördineren van verplaatsen van patiënten, is 24/7 realtime inzicht in de op dat moment vrije beschikbare capaciteit van alle verschillende zorg- en ondersteuningsmogelijkheden in de regio.

Reacties internetconsultatie

Velen zijn positief over de ontwikkeling van zorgcoördinatiecentra. Met name het multidisciplinaire aspect spreekt velen aan. Dit draagt bij aan het leveren van de juiste zorg op de juiste plek, en kan onnodige zorg helpen voorkomen. In dit kader wordt opgemerkt dat de ambulancezorg, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleging en zorgcentrales voor thuisalarmering nog nadrukkelijker betrokken kunnen worden. Ook kan de mogelijkheid worden verkend om een virtueel centrum in te richten, in plaats van een fysieke locatie waar alle domeinen bij elkaar zitten. Respondenten zien dat een zorgcoördinatiecentrum bijdraagt aan het leveren van goede en snelle toedeling van zorgvragen. Ook leidt het centrum tot een betere benutting van de beschikbare capaciteit en werkt het samenwerking in de hand. Tot slot juichen velen het opzetten van realtime capaciteitsinzicht toe, net als het coördineren van meer acute zorg thuis vanuit het zorgcoördinatiecentrum.

Respondenten zijn verdeeld over het voorstel van een landelijk telefoonnummer. Enerzijds wordt vaak genoemd dat een landelijk telefoonnummer voor meer duidelijkheid zorgt en voor het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Anderzijds zijn velen terughoudend. Bedenkingen die worden genoemd zijn onder andere dat een extra telefoonnummer juist tot meer verwarring zorgt. Zo kan een patiënt zelf bijvoorbeeld niet goed het onderscheid maken in de aard en ernst van de acute zorgvraag. Verder zien respondenten de opzet van een landelijk telefoonnummer als een verlies aan bekendheid van de patiënt. Dit kan leiden tot het verkeerd inschatten van de acute zorgvraag, bemoeilijkte triage en derhalve overconsumptie van zorg. Daarbij vrezende enkele respondenten dat het centraliseren van triage mooie kleinschalige samenwerkingsverbanden tenietdoet.

Meermaals wordt het belang van een goede en uitgebreide campagne om bekendheid te verkrijgen rondom het nummer benoemd. Ook is een duidelijke uiteenzetting van de verschillen tussen het landelijke nummer voor niet-levensbedreigende zorg en 112 cruciaal, en moet een goede koppeling tussen beide nummers blijven bestaan. Let hierbij op ontwikkelingen van soortgelijke centra uit het buitenland.

Verder wijzen respondenten meermaals op het belang van goede triage. Er zijn voldoende goede triagisten nodig om een zorgcoördinatiecentrum te kunnen realiseren en zelfs dan is goede telefonische triage soms een uitdaging. Patiënten kunnen atypische klachten hebben, en bovendien staat een klacht niet gelijk aan de diagnose. Slimme technologische oplossingen zoals beeldbellen en foto's sturen kunnen bijdragen, net als

multidisciplinaire triage en laagdrempelig overleg. Regelmatig wordt het huisartsen triage systeem en de huisarts als regiehouder aangewezen als leidraad voor het zorgcoördinatiecentrum. Dit zou overconsumptie van zorg kunnen voorkomen. Anderzijds wordt door een enkeling benoemd dat het hele triagesysteem opnieuw beoordeeld zou moeten worden.

Thema 4 - Spreiding en differentiatie acute zorg

Houtskoolschets

De Houtskoolschets maakt een onderscheid tussen acute zorg op een spoedpost en hoogcomplexere of levensbedreigende acute zorg op een volledig uitgeruste spoedeisende hulp (SEH).

De zorg die op een spoedpost wordt verleend kan variëren van spoedeisende huisartsenzorg, begeleiding tijdens de zwangerschap, een deel van de acute geestelijke gezondheidszorg, tot een deel van de acute zorg die nu op een spoedeisende hulp wordt verleend. Het idee is dat het overgrote deel van de acute zorg op de spoedpost plaatsvindt. Het doel is een integraal loket te organiseren, zodat er geen werk dubbel wordt gedaan en er betere samenwerking tussen professionals is.

Voor hoogcomplexere of levensbedreigende zorg is medische kwaliteit belangrijker dan nabijheid. Voor dit type zorg blijven in de toekomst spoedeisende hulp locaties beschikbaar. Kwaliteitsoverwegingen zullen leidend zijn voor de concentratie van deze voorzieningen. Bij concentratie van hoogcomplexere of levensbedreigende zorg passen ook afspraken over het verplaatsen van de vervolgzorg naar een ziekenhuis in de buurt.

Met professionals zal verder uitgewerkt worden welke zorg op een spoedpost en welke op een volledig uitgeruste spoedeisende hulp verleend moet worden. Per regio zal bepaald worden hoeveel spoedposten en SEH's er komen en waar deze zullen zijn. Ook moet nog worden bepaald welke professionals standaard aanwezig zijn op deze twee locaties voor acute zorg en wie bijvoorbeeld op afstand mee kan kijken. Het uitgangspunt is dat de toegankelijkheid van acute zorglocaties gelijk blijft aan wat nu het geval is of zelfs beter wordt.

De traumazorg is op dit moment goed georganiseerd in elf centra, waar hoogkwalitatieve zorg geleverd kan worden. Hier beoogt de Houtskoolschets niets aan te veranderen. De multitraumazorg blijft sterk geconcentreerd in de traumacentra en daarnaast blijven de traumacentra (als voorzitter van de ROAZ-regio) verantwoordelijk voor het goed organiseren van de acute zorg in de hele keten in ROAZ-verband en het verbeteren van de kwaliteit van acute zorg.

De herinrichting van de zorg zoals wordt beschreven in de Houtskoolschets, zal gevolgen hebben voor de inzet van ambulances. Welke effecten precies, zal nader onderzocht moeten worden. Ook moet de acute geboortezorg nader uitgewerkt worden. Er moet onderzocht worden of bevallingen in een ziekenhuis of geboortecentrum alleen kunnen plaatsvinden in of naast de ziekenhuizen waar altijd een operatiekamer (OK), Intensive Care en andere benodigde faciliteiten en professionals aanwezig zijn.

Reacties internetconsultatie

Een integrale benadering en ontschotting van de acute zorg wordt breed gesteund. Ook geven veel organisaties en burgers aan positief te zijn over de integratie van de GGZ op de spoedpost. Hiermee verwacht men dat de

acute GGZ beter bereikbaar wordt, en leidt tot een vermindering van het stigma rondom mentale gezondheid. Een enkele respondent geeft aan dat het openen van een extra locatie voor GGZ kan leiden tot minder efficiëntie van de crisisdienst omdat er al veel acute zorg op GGZ-locaties of thuis verleend wordt.

Naast betrekken van de GGZ bij de spoedpost, geven respondenten aan dat het belangrijk is om ook de apotheek en verloskundige hierbij te betrekken.

Regelmatig wordt aangegeven dat de integratie van de huisartsenpost en SEH niet nieuw is. Op verschillende locaties in het land wordt al op deze manier gewerkt. Deze locaties worden onder andere aangeduid als spoedposten, spoedpleinen en spoedpoliklinieken. De aanduiding verschilt maar het integrale karakter van de acute zorgvoorzieningen zie je op verschillende plekken terug. Aangegeven wordt dat het succes van het spoedplein afhankelijk is van goede triage en 24/7 beschikbaarheid. Veel respondenten geven aan dat het belangrijk is dat samen met professionals uitgewerkt wordt welke zorg er op een spoedpost geleverd wordt en welke faciliteiten daarvoor nodig zijn. Meerdere respondenten geven aan dat de spoedpost verbonden zou moeten zijn met het ziekenhuis, zodat er gebruik kan worden gemaakt van de faciliteiten van het ziekenhuis. Ook wordt benoemd dat radiologische voorzieningen (materieel en personeel) op een spoedpost kunnen bijdragen aan kwaliteit en efficiëntie van de acute zorgketen. Anderzijds uiten enkelen zorgen over een nauwere samenwerking tussen huisartsenzorg en specialistische zorg, dit zou namelijk kunnen leiden tot overbehandeling doordat de poortwachtersfunctie vervalt.

De meningen over het concentreren van hoogcomplexere zorg verschillen. Zo wordt in sommige reacties aangegeven dat concentratie nuttig en noodzakelijk is. Daarbij wordt aangegeven dat dit kan leiden tot betere kwaliteit van zorg en betere samenwerking. Anderzijds worden over dit thema veelvuldig zorgen geuit. Zo geven veel respondenten aan dat een patiënt binnenkomt met een klacht en niet met een diagnose. Dit maakt de onderverdeling naar hoog- en laagcomplex via triage lastig. Ook geven respondenten aan dat een patiënt met een acute zorgvraag onvoorspelbaar is. Hierdoor bestaat het gevaar dat de patiënt wellicht niet de juiste zorg krijgt op een spoedpost, wat een effect zou kunnen hebben op de kwaliteit van zorg. Respondenten (waaronder veel burgers en werknemers) geven aan dat zij bang zijn dat het concentreren van SEH's leidt tot langere reistijd en het toenemen van werkdruk. Zij geven aan dat dit niet bijdraagt aan het aantrekkelijk houden of maken van de sector om er te werken. In verschillende reacties is aangegeven dat het concentreren van zorg effect heeft op de rest van het ziekenhuis en de acute zorgketen. Zo is de SEH vaak een grote bron van patiënten en biedt het voorzieningen die ook voor de rest van het ziekenhuis 24/7 beschikbaar zijn. Ook worden er zorgen uitgesproken dat de concentratie van acute zorg leidt tot een minder flexibel systeem. Er zijn enkele voorstellen gedaan om, in plaats van een indeling in hoog- en laagcomplex, een andere indeling te hanteren. Zo zou er een onderscheid gemaakt kunnen worden op basis van klachten die afhankelijk zijn van zorg in het ziekenhuis, of klachten die daar niet toe leiden. Ook wordt een onderscheid op basis van complexe versus eenvoudige problematiek voorgesteld.

De meningen over het aantal traumacentra verschillen: enkelen geven aan dat het huidige aantal goed is en naar behoren werkt, terwijl anderen aangeven aan dat een verdere concentratie nodig is. De reden die hiervoor wordt genoemd is onder andere dat het voor sommige traumacentra lastig is om aan de minimaal vereiste hoeveelheid patiënten te komen.

Meerdere respondenten geven aan dat er meer aandacht nodig is voor het effect van de voorgestelde veranderingen op de ambulancezorg. Enkele respondenten vrezen dat er onnodig tijdsverlies zal zijn door de verplaatsingen die moeten plaatsvinden tussen de spoedpost en SEH, en dat de integrale spoedposten leiden tot meer vervoersbewegingen en langere ritten.

Ook wordt vaker benoemd dat een nadere uitwerking van de rol van de huisarts op de spoedpost nodig is. Daarbij zijn verschillende suggesties gedaan om de verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg overdag en in de avond, nacht en weekend los te koppelen, waarbij huisartsen zich specifiek op een van deze onderdelen kunnen richten.

Tevens zijn er verschillende opmerkingen gemaakt over de locatie van acute zorg. Veel burgers en gemeenten geven aan dat acute zorg dichtbij georganiseerd moet worden. Meerdere respondenten beargumenteren dat nabijheid ook een vorm is van kwaliteit. Daarnaast geven respondenten aan dat verloskundige zorg dichtbij moet blijven, waarbij er 24/7 toegang moet zijn tot de OK. Bij een concentratie van acute geboortezorg bestaat het risico dat vrouwen minder thuis durven te bevallen door een langere reistijd in het geval van spoed. Ook is aangegeven dat men bang is dat de afstand tot een SEH te groot wordt buiten de Randstad.

Tot slot werd aangegeven dat het belangrijk is dat het systeem flexibel is en kan inspelen op ontwikkelingen en dat hierbij aandacht is voor rampsituaties. Enkele respondenten geven aan dat de Nederlandse SEH's niet genoeg toegerust zijn op piekbelasting, zoals te zien was in de griepgolf in 2017/2018 en de COVID-pandemie. Hier moet meer aandacht voor zijn bij de toekomstige inrichting van de acute zorg.

Thema 5 – Voorkomen en verplaatsen van acute zorg

Houtskoolschets

De bevolking wordt steeds ouder. Veel ouderen blijven zelfstandig thuis wonen en dit gaat vaak lang goed. Het evenwicht kan echter precair zijn en om allerlei redenen kan het opgebouwde steunsysteem als een kaartenhuis in elkaar vallen. Dan is er vaak sprake van een crisissituatie en wordt de acute zorg ingeschakeld. Voornamelijk ouderen en kinderen van 0–4 jaar maken veel gebruik van de acute zorg. We moeten dit zo veel mogelijk proberen te voorkomen en de instroom in de acute zorg proberen terug te brengen.

Een sterke sociale basis speelt een belangrijke rol bij gezond en vitaal oud worden. Gemeenten hebben hierin een belangrijke taak, bijvoorbeeld door het organiseren van ondersteuning, dagbesteding en woningaanpassing, of door voorzieningen te organiseren waar mantelzorgers op terug kunnen vallen als de zorg hen te veel wordt. In de praktijk hebben zorginstellingen vaak te maken met verschillend beleid van verschillende gemeenten, en ook de snelheid waarmee sociale zorg opgestart kan worden laat te wensen over. De Houtskoolschets opteert voor een meer samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning in de wijk, het slimmer organiseren van bestaande zorg en het maken van betere afspraken tussen zorgaanbieders en de gemeente. Samenwerking tussen wijkverpleegkundige zorg, huisartsenzorg en het sociaal domein is hierbij belangrijk. Professionals zoeken samen met de mantelzorger naar oplossingen om het netwerk rond kwetsbare ouderen, die de regie dreigen te verliezen, te versterken.

Door goede samenwerking kan zorg tijdig opgeschaald worden, wat de instroom in acute zorg kan voorkomen. Daarnaast dient meer advanced

care planning⁶ ingezet te worden om beter aan te kunnen sluiten bij de wensen van de oudere.

Ook kunnen de mogelijkheden rond geschikte woonvormen nader verkend worden. Dit kan bijdragen aan een veilige en plezierige woonsituatie en betere signalering en ondersteuning. Naast geschikte zelfstandige woonvormen, moet de doorstroom naar een instelling voor langdurige zorg verbeterd worden. Regelingen die dit nu in de weg staan, dienen gewijzigd te worden.

Tot slot kan de inzet van slimme digitale zorg leiden tot voorkomen van acute zorg en meer zorg thuis mogelijk maken. Inzet van slimme digitale zorg begint met het bieden van goede informatie aan mensen die twifelen of zorg op dat moment acuut nodig is. Met behulp van digitale beslissingsondersteuning kan een patiënt straks een betere inschatting maken of zorg op dat moment acuut nodig is. Ook kan met behulp van digitale zorg toepassingen een inschatting worden gemaakt welke patiënten meer risico hebben op een acute opname. Verder kan met behulp van telebegeleiding en monitoring meer zorg thuis geleverd worden, en kan bovendien tijdig ingegrepen worden als patiënten een verhoogd risico laten zien.

Naast het voorkomen van acute zorg, wordt er meer ingezet op het leveren van acute zorg thuis, bijvoorbeeld door wijkverpleegkundigen die gespecialiseerd zijn in acute zorgsituaties, ambulancepersoneel dat acute zorgvragen zelfstandig afhandelt, of een verloskundige die met een draagbaar CTG-apparaat de hartslag van een baby kan controleren. Met behulp van slimme digitale zorg kunnen gespecialiseerde zorgprofessionals desgewenst op afstand meekijken.

Ook zijn er al ontwikkelingen gaande wat betreft de opzet van crisisteams die op korte termijn hulp kunnen opschalen als bijvoorbeeld een oudere niet zonder toezicht thuis kan blijven wonen.

Reacties internetconsultatie

De inzet van meer slimme digitale zorg wordt door veel respondenten als een positieve ontwikkeling gezien. Het monitoren en begeleiden van patiënten, het verlenen van zorg op afstand en het inzetten op slimme digitale zorg en ondersteuning worden hierbij vaak genoemd. Ook wordt het voorkomen van acute zorg breed door de respondenten ondersteund. Daarbij wijzen meerderen op het belang van preventie om ziekten te voorkomen en gezondheid te bevorderen naast het voorkomen van acute zorg. Valpreventie, ondersteuning van thuiswonende ouderen en ondersteunende financiering worden op dit gebied vaak als aandachtspunten genoemd.

Verder geven verschillende respondenten aan dat hoewel de Houtskoolschets poogt in te spelen op vergrijzing, de groeiende groep kwetsbare ouderen een grote uitdaging blijft voor de acute zorg. Door de vergrijzing neemt het aantal mantelzorgers af. Ook wordt benoemd dat zo lang mogelijk thuis wonen zijn beperkingen kent. Het evenwicht is extreem fragiel, de zorgvraag wordt steeds complexer en eenzaamheid speelt een grote rol. Meer passende woonvormen zijn nodig voor kwetsbare ouderen, net als een meer proactieve houding bij het plaatsen van

⁶ Advance care planning is een proces waarbij zorgverleners patiënten en hun naasten ondersteunen om in terugkerende dialoog – op basis van hun waarden en opvattingen – zinvolle en haalbare doelen voor huidige en toekomstige zorg en behandeling formuleren.

demente ouderen in verpleeghuizen. Hiermee wordt passende zorg tijdig ingeschakeld en kan acute zorg worden voorkomen.

Intensieve samenwerking tussen het medische en sociaal domein wordt door respondenten als burgers, gemeenten en zorgprofessionals vaak als een belangrijke voorwaarde gezien. Op dit gebied behoren gemeenten volwaardige samenwerkingspartners te zijn bij de opbouw van het zorglandschap en zij dienen hiervoor volgens de respondenten financieel geëquipeerd te worden. Bij het voorkomen van acute zorg kan de rol van de GGD en de jeugdgezondheidszorg beter benut worden. Ook wordt de samenwerking met de acute wijkverpleging vaak genoemd. Enkelen wijzen bij deze samenwerking op mogelijke knelpunten, zoals verschillen in prioriteitsstelling, organisatiegraad en besluitvormingsprocessen. Ook wijzen respondenten erop, dat het sociale domein tot verschillende wettelijke domeinen en organisaties behoort. Dit zou adequate zorgverlening en samenwerking in de weg kunnen staan. Extra aandacht moet bestaan voor ontschotting tussen deze domeinen en er moet eigenaarschap onder betrokken partijen georganiseerd worden.

Het belang van goede toegankelijke zorg overdag voor het voorkomen van acute zorg wordt door veel respondenten benadrukt. Zo heeft de huisarts de eigen patiënt vaak het beste in beeld, en heeft dus een belangrijke rol in (het voorkomen van) spoedzorg. Ook moet zorg voor kwetsbare groepen goed worden georganiseerd. Het opbouwen van een sterk sociaal netwerk in de wijk voor bijvoorbeeld dementerende ouderen kan bijdragen aan het vitaal ouder worden en voorkomen van acute zorg. Ook wordt de inzet van de specialist ouderengeneeskunde, het mobiel geriatrisch team en advanced care planning door respondenten vaak als belangrijk benoemd. Tot slot benoemen enkele respondenten dat burgers beter geïnformeerd moeten worden over wanneer zij gebruik zouden kunnen maken van de acute zorg. Door beperkte (ervaren) toegankelijkheid overdag en gebrek aan inzicht doen burgers nu te snel een beroep op de acute zorg, wat een onnodige belasting tot gevolg heeft.

In de reacties wordt ook aandacht gevraagd voor een verbetering van de overgang van acute zorg locaties naar huis of een andere tijdelijke verblijfslocatie. Een warme overdracht en goede nazorg vanuit de SEH naar de wijkverpleging kan heropname op de SEH verminderen.

Veel respondenten waarderen de aandacht voor het ontvangen van acute zorg thuis en erkennen dat dit kan bijdragen aan het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Zij wijzen echter ook op een aantal aandachtspunten. Duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden moeten gemaakt worden en voldoende personeel vanuit verschillende domeinen moet 24/7 beschikbaar zijn, zodat er geen hiaten in de zorg ontstaan. Ook benoemen meerdere respondenten dat de ambulancezorg nu nog te veel als klassieke patiëntvervoerder wordt gepositioneerd. De intentie van ambulancezorgverleners om een acute zorgvraag zelfstandig af te handelen is er nu ook al, maar dit stuit in de praktijk op een aantal knelpunten zoals beperkte communicatie en terugkoppeling, en financiële schotten. Hier dient bij de verdere uitwerking aandacht voor te zijn.

Daarnaast hebben meerdere respondenten er bedenkingen bij hoe effectief het verlenen van meer acute zorg thuis zal zijn. Hier zijn meer zorgprofessionals voor nodig vanwege extra reistijd, en deze zijn er nu niet. Bovendien betwijfelt men of dit de grootte van de acute zorgvraag echt doet afnemen.

Respondenten vrezen dat het met name zorgt voor een verplaatsing van de acute zorgvraag, maar niet voor een vermindering. Een voorwaarde voor het leveren van acute zorg thuis is de zelfredzaamheid van de

patiënt, en deze wordt vaak overschat. Ook moet er de mogelijkheid zijn tot het doen van snelle diagnostiek en beoordeling thuis.

Thema 6 – Randvoorwaarden

Houtskoolschets

Om het nieuwe acute zorglandschap van de grond te laten komen, moeten we gezamenlijk optrekken. Daarnaast zijn enkele andere aspecten essentieel om de transitie te laten slagen, namelijk: optimale gegevensuitwisseling, glasheldere en handhaafbare normen, optimaal gebruik van slimme digitale zorg en strakke afspraken in de regio. Ook moeten betaalbaarheid en beheersbaarheid in het oog gehouden worden.

Wat betreft gegevensuitwisseling gaat het om de benodigde medische gegevens van de patiënt. Daarnaast moet er een werkend systeem zijn dat 24/7 realtime inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg.

Er bestaan al verschillende normen voor de acute zorg, zoals de bereikbaarheid van de verschillende acute zorglocaties, de aanrijtijd van de ambulance en de tijd tot beoordeling voor acute psychiatrie. Om de transitie te laten slagen, is het belangrijk dat er aangepaste, of nieuwe heldere normen komen die passen bij de nieuwe inrichting en ook gehandhaafd kunnen worden. Normen moeten ontwikkeld worden op het gebied van onder meer: een minimale infrastructuur op de verschillende locaties, kwaliteitseisen die we stellen aan zorgprofessionals en inhoud van zorg, samenwerkingseisen, patiëntvolumes, adherentie in het verzorgingsgebied, eisen aan slimme zorg en eisen op het gebied van gegevensuitwisseling. Heldere normen helpen om de veranderingen goed uit te kunnen leggen, toezicht te houden op gemaakte afspraken en bieden de mogelijkheid om veranderingen door te voeren.

Digitale zorg is van groot belang gebleken in de huidige COVID-19 pandemie. Bovendien liet de crisis de mogelijkheden en toepassingen hiervan zien. Er is potentie, maar de impact is afhankelijk van de inbedding in de zorg en in de opleidingen. Dat vraagt om ingrijpende veranderingen van zorgpaden, processen, logistiek en bekostiging.

Tot slot vraagt een nieuwe inrichting van de acute zorg om een passende bekostiging. Dit betekent dat de bekostiging aansluit bij de uiteindelijke inrichting van het acute zorglandschap en de doelen die moeten worden bereikt. Financiering op basis van beschikbaarheid zal verder worden verkend. De Houtskoolschets opteert ervoor om de acute zorg integraal te gaan financieren. Bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en spoedeisende hulp, moeten verdwijnen. Wat dit voor gevolgen heeft, zal verder moeten worden onderzocht.

Reacties internetconsultatie

Het faciliteren van uniforme en ondersteunende gegevensuitwisseling wordt bijna unaniem als een cruciale randvoorwaarde gezien. Respondenten benoemen dat dit de infrastructuur van de acute zorg verbetert en ten goede komt aan de integrale samenwerking. Het gaat hier zowel om het faciliteren van beschikbaarheid van patiëntgegevens, als het leveren van realtime inzicht in beschikbare capaciteit van de acute zorg. Respondenten zien deze randvoorwaarde graag snel verwezenlijkt. De overheid kan hierin ondersteunen, onder andere met behulp van wet- en regelgeving.

Veel respondenten beamen de grote toegevoegde waarde in de inzet van meer slimme digitale zorg. De huidige COVID-pandemie heeft de ontwikkelingen hierop in een stroomversnelling gebracht en velen zien dit als een positieve ontwikkeling. Slimme digitale zorg kan bijdragen aan het leveren van betere zorg, efficiëntere inzet van zorgpersoneel en bevordering van het werkplezier. Naast de voordelen worden wel een aantal kanttekeningen opgemerkt. Zo zijn niet alle zorgorganisaties op dit moment voorbereid op vergaande digitalisering, en rurale gebieden blijven vaak achter in een digitale infrastructuur terwijl zij daar juist ook veel profijt van zouden kunnen ondervinden. Ook wordt opgemerkt dat niet iedereen goed overweg kan met digitalisering, en het dus niet voor iedereen geschikt is. Daarnaast moeten aanpassingen in bekostiging worden verwezenlijkt om de uitrol van digitalisering te ondersteunen en te promoten.

Verder wijzen velen op het belang van heldere en handhaafbare normen. Respondenten zien hierin een taak voor de overheid voor het maken van landelijke richtlijnen, waarin ruimte bestaat voor regionale invulling. Bovendien moeten er kwaliteitskaders en -richtlijnen worden opgesteld waar zorgprofessionals op kunnen varen. Toegankelijkheidsnormen moeten medisch onderbouwd zijn en zo worden geformuleerd dat toezichthouders hierop kunnen handhaven. Dit kan door normen meer als kwaliteitsnorm te presenteren in plaats van als spreidingsnorm. Ook zijn er normen nodig ten aanzien van de voorgestelde randvoorwaarden zoals gegevensuitwisseling, bekostiging en slimme zorgtoepassingen.

Veel respondenten beamen dat het zeer belangrijk is om over de manier van financiering na te denken. Verschillende respondenten ondersteunen het voorgestelde idee van betalen voor beschikbaarheid en integrale bekostiging. Anderen stelden oplossingen zoals populatiebekostiging, inkoop in representatie en afschaffing van marktwerking voor.

Om de voorgestelde plannen te laten slagen, is het volgens de respondenten belangrijk dat de problemen op de arbeidsmarkt worden opgelost. Meerdere respondenten beschrijven tekorten, met name binnen de groep ambulancepersoneel, huisartsen en verpleegkundigen en verzorgenden. Dit terwijl beoogde veranderingen juist een groter beroep op deze sectoren lijken te doen.

Er moeten voldoende opleidingsplaatsen worden gerealiseerd en er moet worden gekeken naar het verbeteren van het werkplezier, duurzame inzet en passende salarissen. De Houtskoolschets biedt nu niet voldoende oplossingen voor dit vraagstuk.

Tot slot

COVID-19 heeft ons eens te meer geleerd hoe belangrijk de acute zorgketen is voor het leveren van goede zorg. Het nadenken over een toekomstbestendige en houdbare inrichting van het acute zorglandschap wil ik dan ook in een breder perspectief bezien. De COVID-crisis heeft zichtbaar gemaakt dat de sector wendbaar en flexibel is, met een hoog lerend vermogen. Toch is ook gebleken dat in tijden van pandemie de curatieve zorg slechts beperkt opschaalbaar is en duidelijke, soms centrale, coördinatie vraagt.

De komende jaren zal in het kader van herstellende zorg na COVID-19 ook nagedacht moeten worden over een houdbare inrichting van acute zorg.

De ontvangen consultatiereacties vormen in dit kader waardevolle informatie die gebruikt zal worden bij toekomstige discussies over een

houdbare en toekomstbestendige acute zorg. Besluitvorming daarover is aan het nieuwe kabinet.

Hoogachtend,

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark