

Vergaderjaar 2022–2023

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 362**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 oktober 2022

Deze brief bevat de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg.

**Samenvatting**

Kwalitatief goede acute zorg onder alle omstandigheden voor iedereen in Nederland toegankelijk houden: dat is het doel dat ik met de acties uit de beleidsagenda acute zorg wil bereiken. De kwaliteit en toegankelijkheid staan onder druk door toenemende vraag naar spoedzorg en schaarste aan zorgmedewerkers. Verandering is nodig om ervoor te zorgen dat iedereen die dat nodig heeft tijdig goede acute zorg kan ontvangen op de juiste plek: van de huisarts, huisartsenpost (HAP), ggz, wijkverpleging, ambulance, spoedeisende hulp (SEH), verloskundige, apotheek of één van de andere partijen in de brede keten van acute zorg.

Deze verandering kan alleen worden bereikt als partijen in de zorg samenwerken met goede en toegankelijke zorg voor de patiënt als doel. Daarom ben ik blij dat ik met partijen afspraken heb gemaakt in het integraal zorgakkoord (IZA) over acute zorg. De acties uit deze beleidsagenda zijn volledig in lijn met en bouwen voort op de afspraken uit het IZA.

Deze beleidsagenda bevat acties op drie kernpunten: 1) kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, 2) zorgcoördinatie en 3) samenwerking in de regio.

1. De kwaliteit van de acute zorg kan en moet voor iedereen in Nederland van goede kwaliteit zijn. Op kwaliteit mag ook door drukte niet worden ingeboet. Daarom zet ik in op het doorontwikkelen van kwaliteitsnormen voor de hele keten, naleving van kwaliteitsnormen en inzicht in gegevens over kwaliteit. De niet-medisch onderbouwde 45-minutennorm wordt op termijn

afgeschaft. In plaats daarvan worden medisch onderbouwde kwaliteitsnormen ontwikkeld voor tijdkritische aandoeningen. Daarnaast onderzoek ik of aanvullende maatregelen nodig zijn om de toegankelijkheid van zorg te borgen in regio's waar deze onder druk kan komen te staan, zoals in de regio's aan de grenzen van ons land. Als we alle Nederlanders dezelfde hoge kwaliteit van zorg willen bieden, zijn keuzes over «waar doen we wat» onvermijdelijk. Daarbij moeten we beseffen dat het niet haalbaar is om alle vormen van acute zorg op elke plek in Nederland te verlenen.

2. Ik heb aan partijen gevraagd te verkennen onder welke voorwaarden het mogelijk is om vanaf het derde kwartaal van 2023 zorgcoördinatie landsdekkend in te richten. Het doel van zorgcoördinatie is dat patiënten met een spoedzorgvraag snel en op de juiste plek worden geholpen, dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio, dat opstopping wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert. Ik streef daarom ook naar structurele inbedding van de functies van regionaal en landelijk inzicht in zorgcapaciteit, het vroegtijdig signaleren, afwenden of opvangen van komende drukte en van de mogelijkheid om zo nodig regionaal of landelijk patiënten te spreiden.
3. Samenwerking tussen partijen in de keten is nodig, maar elke regio heeft zijn eigen specifieke opgaven en uitdagingen. Daarom heb ik in het IZA met partijen afgesproken dat elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld opstelt dat inzicht biedt in de situatie en de knelpunten in de acute zorg in deze regio. Op basis daarvan stellen partijen een ROAZ-plan op over het toekomstbestendig organiseren van de acute zorg in de regio. In dit plan worden in ieder geval afspraken gemaakt over zorgcoördinatie, het verhogen van de kwaliteit en het naleven van kwaliteitsnormen, differentiatie, concentratie en spreiding en gezamenlijke voorzieningen in de keten (zoals een spoedplein/integrale spoedpost).

Daarnaast zet ik acties in op een aantal randvoorwaarden. Met regelgeving en subsidie wordt gewerkt aan het verbeteren van gegevensuitwisseling, ik ga onderzoeken wat de kansen en risico's zijn van een mogelijke aanpassing van kaders voor de bekostiging en inkoop van acute zorg en ik ga verkennen welke aanvullende instrumenten de overheid in kan zetten om samenwerking in de acute zorg te versnellen, mocht dit nodig blijken te zijn. Ook zet ik, samen met de Minister voor Langdurige Zorg en Sport (LZS), in op behoud en opleiding van zorgmedewerkers. Want zonder al die zorgmedewerkers die, soms onder hoge druk, hun werk doen, zijn we nergens.

Ik ga de ontwikkelingen in de acute zorg en het effect van beleid monitoren. Ik wil samen met betrokken partijen, stap voor stap de noodzakelijke veranderingen in de acute zorg realiseren.

## **1. Inleiding**

### **1.1 Kwalitatief goede en toegankelijke acute zorg voor iedereen**

Waar in Nederland je ook woont, werkt en leeft, de kwaliteit van acute zorg zou overal hoogwaardig en gelijkwaardig moeten zijn. De kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg zijn echter niet vanzelfsprekend; de houdbaarheid van de acute zorg staat onder druk. Personeelskrapte in de sector en de toenemende zorgvraag door vergrijzing dwingen ons om na

te denken over hoe de acute zorg effectiever en efficiënter in de keten georganiseerd kan worden. Dat is beter voor de gezondheidsuitkomsten van de patiënt en beter voor de hard werkende zorgmedewerkers. Het is nodig om te werken aan een toekomstbestendige acute zorg: een flinke opgave uit het coalitieakkoord (bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77). De Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) stelt dat er weloverwogen keuzes nodig zijn om de groei van zorg te kunnen begrenzen.<sup>1</sup> Ik vind het essentieel dat de toegankelijkheid van kwalitatief goede acute zorg voor de patiënt wordt geborgd. Belangrijk is dat we daarbij ook oog hebben voor het behoud van zorgmedewerkers en ervoor zorgen dat zij plezier en voldoening uit hun werk halen.

## **1.2 Lessen uit de Covid-19 pandemie**

Tijdens de Covid-19 pandemie hebben we gezien wat het betekent als de druk op de acute zorg hoog is. We hebben geleerd hoe belangrijk de geïntensiveerde samenwerking tussen partijen is en hoe cruciaal de rol van de Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ-en) en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) is in tijden van crisis. De toekomstige ontwikkelingen rondom Covid-19 zijn onzeker, maar we weten wel dat de (acute) zorgvraag de komende jaren zal toenemen en dat we voorlopig kampen met een schaarste aan zorgmedewerkers. De impact van deze ontwikkelingen op de zorg komt niet zo onverwacht als de gevolgen van de Covid-19 pandemie, maar de gevolgen kunnen soortgelijk zijn. De schaarste wordt op plekken in Nederland al gevoeld en deze zal alleen maar groter worden als er niets verandert. Laten we voorkomen dat deze schaarste resulteert in nog meer werkdruk voor zorgmedewerkers, steeds meer knelpunten in de toegankelijkheid en lagere kwaliteit van zorg voor patiënten.

## **1.3 Uitgangspunten voor een toekomstbestendige acute zorg**

In deze brief informeer ik u over de aanpak voor de acute zorg. De uitgangspunten die centraal staan bij mijn beleid voor de acute zorg, heb ik u al eerder geschetst in een brief in het voorjaar.<sup>2</sup> Ze hebben als doel om ervoor te zorgen dat voor iedereen die dat nodig heeft, kwalitatief goede acute zorg tijdig beschikbaar is. De uitgangspunten luiden als volgt:

1. Acute zorg vergt samenwerking in de keten;
2. Acute zorg moet van goede kwaliteit zijn;
3. De schaarste aan personeel stelt eisen aan de inrichting van de acute zorg;
4. Data vormen de basis voor de kwaliteit en de inrichting van de acute zorg;
5. Zorgcoördinatie is nodig voor de juiste acute zorg op de juiste plek;
6. Spreiding en differentiatie van het aanbod van acute zorg draagt bij aan kwaliteit en toegankelijkheid;
7. Acute zorg moet doelmatig ingericht zijn.

## **1.4 Aanpak met betrekking tot acute zorg**

Zoals toegezegd, werk ik bovenstaande uitgangspunten uit in deze brief. Op basis van deze uitgangspunten kom ik tot een aanpak voor de acute zorg. Ik kies daarbij voor een geleidelijke aanpak. Geen grand design, niet in één keer de acute zorg compleet hervormen, maar een dynamisch proces van steeds verder verbeteren, stap voor stap, op basis van nieuwe ontwikkelingen in de vraag naar zorg, de beschikbaarheid van zorgmedewerkers, kwaliteitsnormen, samenwerkingsverbanden, technische

<sup>1</sup> WRR, «Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak», 2021.

<sup>2</sup> Kamerbrief, «Toekomstbestendige acute zorg», Kamerstuk 29 247, nr. 341.

mogelijkheden en andere kansen en beperkingen. Feiten zijn daarbij leidend. Gebrek aan kennis en cijfers kan belemmerend werken en dat wil ik voorkomen. Bij alle veranderingen en acties moet steeds leidend zijn wat deze bijdragen aan kwaliteit van zorg voor de patiënt, aan de juiste zorg op de juiste plek én aan een zorgvuldige en doelmatige inzet van mensen en middelen.

In het kader van deze aanpak beschrijf ik acties met betrekking tot kwaliteit en toegankelijkheid (hoofdstuk 2), zorgcoördinatie (hoofdstuk 3) en samenwerking in de regio (hoofdstuk 4). Daarnaast kom ik tot acties op een aantal randvoorwaarden zoals innovatie (hoofdstuk 5), bekostiging (hoofdstuk 6), regie (hoofdstuk 7) en behoud en opleiden van zorgmedewerkers (hoofdstuk 8). Op diverse plaatsen in deze brief zal mijn reactie op en omgang met het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over passende acute zorg aan de orde komen.<sup>3</sup>

### **1.5 Scope van de brief**

Acute zorg is de verzamelnaam voor alle soorten zorgvragen die in de beleving van de patiënt acuut een antwoord nodig hebben. Slechts een beperkt deel van deze zorgvraag betreft zorg die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, moet worden verleend om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Acute zorg kan het beste integraal worden gezien en zo nodig in samenhang worden geleverd. Het gaat bijvoorbeeld om huisartsenzorg, ambulancezorg, medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, verloskunde, farmaceutische zorg, gehandicaptenzorg, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, verpleeghuiszorg, hulpmiddelenzorg en thuiszorg. Al deze vormen van zorg zijn soms acuut nodig. In deze brief gaat het over acute zorg in deze brede zin. Knelpunten op bepaalde plekken in de keten moeten er niet toe leiden dat patiënten daardoor op een andere plek in de keten worden opgevangen. Dan is de patiënt niet op de juiste plek én wordt de druk op bijvoorbeeld huisartsenposten en SEH's nog groter. Hoewel in deze brief de focus ligt op bepaalde vormen van acute zorg, is het bij de uitwerking van de acties van belang om de gehele keten in samenhang te bezien. Daarbij gaat het in eerste instantie van de keten van acute zorg, maar er is uiteraard ook samenhang met de bredere zorgketen.

Deze brief gaat niet specifiek in op de rol van de acute zorg bij rampen en crises, maar opgeschaalde zorg komt wel op onderdelen aan de orde. Acute zorg vervult immers een belangrijke rol in tijden van rampen en crises. De brief gaat niet in op (acties ten aanzien van) voorkomen van acute zorg. In het IZA zijn hier wel afspraken over gemaakt. De brief gaat ook niet over duurzaamheid van de acute zorg.

### **1.6 Totstandkoming van deze brief**

Voor de totstandkoming van deze brief zijn diverse partijen geconsulteerd en is geput uit adviezen en onderzoek over de acute zorg. Zo heb ik de belangrijkste stakeholders in de sector gesproken over de uitgangspunten van mijn beleid en de aanpak die hierbij zou kunnen worden gekozen. Tevens zijn een aantal ideeën uit de Houtskoolschets en uit de internetconsultatie daarvan meegenomen in mijn beleid, zoals op het gebied van zorgcoördinatie.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> NZa, «Passende acute zorg», Kamerstuk 29 247, nr. 348.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 247, nrs. 314 en 329.

Ter onderbouwing van mijn beleid op het gebied van de acute zorg heb ik het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gevraagd om een kwantitatief overzicht op te leveren van de vraag naar, het aanbod van en het gebruik van acute zorg, zowel retrospectief als van de huidige situatie. Hiertoe heeft het RIVM op 9 juni 2022 een uitgebreid overzicht opgeleverd, dat ik op 7 juli jl. naar uw Kamer heb gestuurd.<sup>5</sup> In bijlage 1 treft u een overzicht aan van ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van acute zorg, waarvoor ik onder andere heb geput uit het overzicht van het RIVM<sup>6</sup>. Bijlage 2 bevat een overzicht van de moties en toezeggingen die met deze brief worden afgedaan<sup>7</sup>. Als bijlage 3 en 4 zijn een implementatieplan over de verbeterde urgentie-indeling en een notitie over het gebruik van kunstmatige intelligentie van Ambulancezorg Nederland (AZN) toegevoegd<sup>8</sup>. Bijlage 5 is de eindrapportage van het programma pilots zorgcoördinatie<sup>9</sup>.

## **2. Kwaliteit en toegankelijkheid**

### **2.1 Inleiding**

Zoals ik al aangaf moet iedereen in Nederland goede acute zorg kunnen krijgen. Ontwikkelingen op het gebied van triage, diagnostiek en behandeling hebben de afgelopen jaren een positief effect gehad op de kwaliteit. Elke dag werken zorgmedewerkers aan het leveren van zorg van goede kwaliteit aan patiënten die met spoedvragen bij de huisarts, geestelijke gezondheidszorg (ggz), wijkverpleegkundige, huisartsenpost, dienstapotheek of SEH komen.<sup>10</sup> Ik heb waardering voor alle medewerkers die zich inzetten om hun werk, soms onder grote druk, goed uit te voeren en patiënten tijdig te helpen bij hun spoedzorgvraag.

Kwaliteit van acute zorg kent veel aspecten. Het is belangrijk dat een patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt en daarvoor de juiste informatie op de juiste plek aanwezig is. We hebben goed opgeleide en bekwame zorgmedewerkers nodig die, waar mogelijk, samen met de patiënt beslissen over de meest passende behandeling. Het is van belang dat zorgverleners voortdurend kunnen leren en verbeteren aan de hand van (kwaliteits)informatie, bijvoorbeeld over wat het effect van hun handelen is op de ervaren kwaliteit van leven van patiënten. Voor de bekwaamheid van zorgmedewerkers is het ook wenselijk dat zij geregeld patiënten met dezelfde aandoening zien. En voor sommige complexe aandoeningen is zo'n complexe behandeling nodig, inclusief benodigde faciliteiten, dat het voor de kwaliteit van zorg het beste is dat deze patiënten in een gespecialiseerd ziekenhuis worden geholpen. Daarnaast kan ook tijdigheid van acute zorg een aspect zijn van kwaliteit: het kan voor de gezondheidsuitkomsten van de patiënt immers van cruciaal belang zijn dat op tijd de juiste zorg wordt verleend.

We moeten beseffen dat het niet haalbaar en ook niet nodig is om alle vormen van acute zorg op elke plek in Nederland te verlenen. Voor veel mensen zal het een veilig gevoel geven als er een huisartsenpost of SEH om de hoek zit. Dit is echter een schijnveiligheid, als de veiligheid en kwaliteit van acute zorg niet kan worden geborgd. Hiervoor zijn voldoende bekwame zorgmedewerkers nodig om deze zorg te verlenen. Het toegankelijk (in de zin van beschikbaar voor de patiënt) houden van

<sup>5</sup> RIVM, «Feiten en cijfers acute zorg», Kamerstuk 29 247, nr. 361.

<sup>6</sup> Zie bijlage.

<sup>7</sup> Zie bijlage.

<sup>8</sup> Zie bijlage.

<sup>9</sup> Zie bijlage.

<sup>10</sup> NZa, «Informatiekaart acute zorg», Kamerstuk 29 247, nr. 349.

kwalitatief goede acute zorg, vraagt dus om het vinden van een goede balans tussen zorgvraag, beschikbaarheid van voldoende zorgmedewerkers met voldoende ervaring, een juiste plek met juiste faciliteiten en het borgen van kwaliteitsnormen, inclusief tijdigheid van zorg voor specifieke tijdskritische aandoeningen. Dit vraagt om heldere kwaliteitsnormen, inclusief naleving en handhaving daarvan, zodat iedere burger bij acute klachten kan rekenen op goede acute zorg. Deze balans is niet overal in het land even makkelijk te creëren of te borgen, denk bijvoorbeeld aan de regio's aan de grens.

Op 29 juni jl. hebben de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en ik u een brief gestuurd over de visie van het kabinet op de kwaliteit van de zorg en onze voornemens op dat gebied voor deze kabinetsperiode.<sup>11</sup> De aanpak en concrete voorstellen uit deze brief zijn in hoge mate ook van toepassing op de acute zorg. Voor de verdere uitwerking van deze voorstellen verwijs ik u naar die brief. Voor de acute zorg zijn er aanvullend specifieke aandachtspunten op het gebied van kwaliteit die ik hieronder verder toelicht.

In dit hoofdstuk schets ik de ontwikkelingen en acties op het gebied van kwaliteit. Eerst ga ik in op bestaande kwaliteitskaders en acties met betrekking tot het kwaliteitskader spoedzorgketen en de normen voor multitraumazorg. Vervolgens ga ik in op de huidige bereikbaarheidsnorm voor SEH's en acute verloskunde en schets ik mijn voornemens op dat gebied. Tenslotte ga ik in op kwaliteitsregistraties en naleving van kwaliteitsnormen.

## **2.2 Kwaliteitskaders voor de acute zorg**

Voor de acute zorg is er een aantal relevante kwaliteitskaders, waarin door partijen wordt beschreven wat goede zorg is en worden aanvullende kaders ontwikkeld.

1. In 2020 is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vastgesteld dat de samenwerking tussen ketenpartners beschrijft en de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van de spoedzorg voorschrijft.<sup>12</sup>
2. Voor de acute ggz is sinds 2020 een aparte kwaliteitsstandaard van toepassing: de generieke module acute psychiatrie (GMAP). Deze zomer is de inhoudelijke evaluatie gestart van de GMAP door de Alliantie Kwaliteit in de ggz (Akwa GGZ).
3. Ook de ambulancezorg heeft een kwaliteitskader: Kwaliteitskader ambulancezorg 1.0. Jaarlijks worden de metingen van de kwaliteit gepubliceerd op de website van Ambulancezorg Nederland (AZN). Dit kwaliteitskader zal doorontwikkeld worden tot een versie 2.0 in 2023, met een volledige set van signalen, definitieve streefwaarden voor de eerste 13 signalen en een nieuw implementatieplan voor de daarop volgende jaren.
4. Voor de geboortezorg is er de Zorgstandaard integrale geboortezorg.
5. De KNMP werkt aan een definitie en bereikbaarheidsnorm voor farmaceutische spoedzorg. Deze zullen uiteindelijk een plek krijgen in de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg.
6. Tevens hebben beroepsverenigingen richtlijnen ontwikkeld voor diverse vormen van acute zorg.

<sup>11</sup> Kamerbrief «Visie en agenda kwaliteit van zorg: toegang tot goede zorg voor iedereen», Kamerstuk 31 765, nr. 648.

<sup>12</sup> ZIN, «Kwaliteitskader Spoedzorgketen», februari 2020.

De gerealiseerde kwaliteitskaders zijn opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Zorgaanbieders moeten voldoen aan de afspraken uit de kaders en ze gelden als leidraad voor de inkoop van zorgverzekeraars.

### *2.2.1 Kwaliteitskader Spoedzorgketen*

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 zorg van goede kwaliteit te bieden. In het Kwaliteitskader zijn deels bestaande, deels nieuwe veldnormen opgenomen. Organisaties van zorgaanbieders, professionals, patiënten en zorgverzekeraars, verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel hebben een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van het Kwaliteitskader. Het LNAZ en het ZIN hebben hierbij een coördinerende en faciliterende rol op zich genomen. Inmiddels zouden bijna alle normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen geïmplementeerd moeten zijn door de ketenpartijen of komt de implementatiedatum dichtbij. Ik heb in juni 2022 een beeld ontvangen van de implementatie van het Kwaliteitskader bij SEH's op basis van een uitvraag.<sup>13</sup> Dit liet zien dat slechts 35 van de ondervraagde 80 ziekenhuizen de normen voor SEH's uit het Kwaliteitskader in het voorjaar 2022 volledig geïmplementeerd hadden of verwachtten dat per 1 juli 2022 te hebben gedaan (de uiterste implementatiedatum voor enkele afspraken). Dit geeft aan dat er bij een groot deel van de SEH's nog aandacht nodig is voor het implementeren van de normen. De uitvraag geeft geen inzicht in de mate waarin andere partijen uit de keten de normen uit het Kwaliteitskader hebben geïmplementeerd. Mede gezien de uitkomsten van de uitvraag van het RIVM, vind ik het van belang dat er een goed beeld is van de naleving van de normen en dat het gesprek wordt gevoerd over acties die nodig zijn om de implementatie van de normen en de kwaliteit van de acute zorg verder te verbeteren.

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen kan op diverse onderdelen worden uitgebreid en doorontwikkeld door de partijen in de Landelijke Spoedzorgtafel. Ten eerste moeten de ontwikkelingen met betrekking tot zorgcoördinatie en verdergaande samenwerking in de keten op termijn een plek in dit kwaliteitskader krijgen. Ook het verbinden van het Kwaliteitskader met acute psychiatrie, wijkverpleging en langdurige zorg en met farmaceutische spoedzorg kan de kwaliteit van de zorg vergroten. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen zal moeten worden voorzien van een informatieparagraaf, omdat dat sinds 1 juli 2021 een vereiste is om aan het toetsingskader voor kwaliteitskaders van het ZIN te voldoen. Als laatste zie ik mogelijkheden in de aanscherping van de norm voor vereiste expertise op de SEH. De minimumnorm in het kader is dat op een SEH ten minste een basisarts (AIOS of ANIOS) aanwezig is met minimaal één jaar klinische ervaring. Over deze minimumnorm is veel gesproken en eerder was het voorstel om de norm op een basisarts met minimaal twee jaar ervaring te zetten, maar dat bleek op dat moment niet haalbaar om te implementeren. Daarom is uiteindelijk deze norm vastgesteld, die door sommigen «mager» wordt genoemd.<sup>14</sup> Ook ik vind deze norm mager.

### *2.2.2 Acties Kwaliteitskader Spoedzorgketen*

→ Ik verwacht van zorgaanbieders dat zij op korte termijn voldoen aan de normen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Ik verwacht van zorgverzekeraars dat zij bijdragen aan de realisatie van de normen, bijvoorbeeld met hun inkoop en contractering.

<sup>13</sup> RIVM, «Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2022», Kamerstuk 29 247, nr. 361.

<sup>14</sup> ZIN, «Kwaliteitskader Spoedzorgketen», februari 2020.



- Daarnaast vraag ik de partijen verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel om te werken aan uitbreiding en doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en om daar bovenstaande aandachtspunten bij te betrekken. Ik vraag het LNAZ en het ZIN om hen daarbij te ondersteunen.
- Zo nodig zal ik deze doorontwikkeling op de Meerjarenagenda van het ZIN plaatsen, zodat deze doorontwikkeling indien nodig met doorzettingsmacht tot stand kan komen.

### **2.3 Multitraumazorg concentreren in traumacentra**

Meervoudig gewonde patiënten worden in Nederland behandeld in een traumacentrum, omdat de zorg die daar kan worden verleend het beste is voor de gezondheidsuitkomsten van de patiënt. Dat is het doel dat we willen bereiken. De norm die daarom door het ZIN is vastgesteld is dat minstens 90% van de multitraumapatiënten direct in een traumacentrum wordt gepresenteerd.<sup>15</sup> Deze norm wordt structureel niet gehaald. In 2020 werd slechts 71% van de multitraumapatiënten naar een traumacentrum gebracht (zie ook bijlage 1). Ik vind dat we ons er niet bij neer mogen leggen dat deze norm niet wordt gehaald. Daarvoor zijn de gezondheidseffecten op patiënten te groot.<sup>16</sup>

#### *2.3.1 Acties multitraumazorg*

Ik heb in het IZA het volgende afgesproken met partijen:

- Zorgaanbieders en zorgprofessionals maken concrete afspraken om ervoor te zorgen dat alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score (ISS) >15) worden behandeld in een level 1 traumacentrum, met de gestelde regionale norm van 90% als absolute ondergrens.
- Het ZIN komt in samenspraak met de direct betrokken zorgpartijen uiterlijk in het eerste kwartaal van 2023 met een advies hoe de implementatie van deze bestaande norm kan worden bevorderd. Alle level 1 traumacentra dienen te voldoen aan de minimumnorm van 240 patiënten per locatie per jaar; locaties die niet voldoen mogen vanaf 1 januari 2024 geen multitraumazorg meer leveren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet hierop toe.

Daarnaast nog het volgende:

- Ik verwacht van zorgverzekeraars dat zij bijdragen aan de realisatie van de normen voor multitraumazorg, bijvoorbeeld met hun inkoop en contractering.
- Het ZIN zet onder andere in op het optimaliseren van preklinische triage in de ambulancezorg.
- De IGJ zal specifieke aandacht geven aan het realiseren van de 90%-norm en overige kwaliteitsnormen rondom multitrauma door zorgaanbieders.

<sup>15</sup> ZIN, «Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties», december 2015.

<sup>16</sup> Zie bijvoorbeeld Hietbrink e.a., «The evolution of trauma care in the Netherlands over 20 years, European Journal of Trauma and Emergency Surgery», 2019 en Twijnstra e.a., «Regional Trauma System Reduces Mortality and Changes Admission Rates, Annals of Surgery», 2010.



## 2.4 Alternatief voor 45-minutennorm voor SEH's en afdelingen acute verloskunde

Voor acute zorg zijn er in de regelgeving<sup>17</sup> een aantal bereikbaarheidsnormen vastgelegd. Dit zijn onder andere de 45-minutennormen voor SEH's en acute verloskunde, een 30-minutennorm voor huisartsenposten en een 60-minutennorm voor acute ggz.<sup>18</sup> De 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde bepaalt drie dingen:

1. De norm speelt een belangrijke rol bij eventuele sluiting van het aanbod van acute zorg van ziekenhuizen (SEH of acute verloskunde), als daardoor modelmatig het aantal mensen toeneemt dat niet binnen 45-minuten met een ambulance op een SEH of afdeling acute verloskunde kan zijn.
2. De 45-minutennorm is één van de criteria om te bepalen welk ziekenhuis recht heeft op een beschikbaarheidsbijdrage SEH of acute verloskunde.<sup>19</sup>
3. De norm speelt ook een rol in de zorgplicht van zorgverzekeraars.<sup>20</sup>

In 2022 zijn 12 SEH's en 14 afdelingen acute verloskunde van ziekenhuizen «gevoelig» voor de norm.<sup>21</sup> Gevoeligheid voor de bereikbaarheidsnorm betekent dat als betreffend ziekenhuis zou sluiten, de norm overschreden zou worden en meer mensen een modelmatige ritduur (vanaf moment van melding tot aankomst in het ziekenhuis) hebben van meer dan 45 minuten. Uit de bereikbaarheidsanalyse 2022 van het RIVM blijkt dat dit aantal gevoelige ziekenhuizen in 2023 toeneemt naar 29 SEH's en 31 afdelingen acute verloskunde.<sup>22</sup>

In deze brief richt ik mij op (een alternatief voor) de 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde. Ik ben op dit moment niet voornemens om de 30-minutennorm voor de bereikbaarheid van huisartsenposten<sup>23</sup> of de 60-minutennorm voor de bereikbaarheid van beoordelingslocaties voor acute psychiatrische zorg<sup>24</sup> aan te passen. Uiteraard betrek ik bij het vormgeven van het alternatief op de 45-minutennorm wel de effecten op de rest van het acute zorglandschap, zoals de huisartsenposten, de (standplaatsen van de) Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en de acute ggz.

<sup>17</sup> Uitvoeringsregeling Wkkgz, Artikel 8f.

<sup>18</sup> In de regelgeving zijn twee 45-minutennormen opgenomen: de norm voor SEH's en de norm voor afdelingen acute verloskunde. Waar in de beleidsagenda wordt gesproken over de 45-minutennorm, doel ik op beide normen, tenzij anders aangegeven.

<sup>19</sup> Andere criteria zijn dat voldaan moet worden aan de geldende (minimum) normen voor een SEH of afdeling acute verloskunde en dat er onvoldoende inkomsten uit de tarieven zijn om de kosten van de SEH of afdeling acute verloskunde te dekken. [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_654229\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_654229_22/2/).

<sup>20</sup> Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw.

<sup>21</sup> RIVM, «Bereikbaarheidsanalyse voor SEH's en acute verloskunde 2021», Kamerstuk 29 247, nr. 334.

<sup>22</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 361.

<sup>23</sup> Ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied van een huisartsenpost kan in de avond, nacht- en weekenduren binnen 30 minuten per auto een huisartsenpost of dienstdoende huisarts bereiken, of een dienstdoende huisarts kan in de avond, nacht- en weekenduren 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied binnen 30 minuten met de auto bereiken (Artikel 8f, lid 1c, Uitvoeringsregeling Wkkgz).

<sup>24</sup> Ten minste 90% van de inwoners in het verzorgingsgebied kan in spoedgevallen met een ambulance binnen 60 minuten een beoordelingslocatie acute psychiatrie bereiken (Artikel 8f, lid 1d, Uitvoeringsregeling Wkkgz).

#### 2.4.1 Waarom een alternatief voor de 45-minutennorm?

De 45-minutennorm voor de spreiding van SEH's en afdelingen acute verloskunde is een niet-medisch onderbouwde norm voor spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen.<sup>25</sup> Verschillende partijen adviseren om de 45-minutennorm te herzien, waaronder de NZa, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Gezondheidsraad.<sup>26</sup> De norm «is primair gebaseerd op de bestaande spreiding van ziekenhuizen in Nederland toen deze spreidingsnorm werd geïntroduceerd in 2002».

De situatie in de zorg is anders dan 20 jaar geleden, toen de norm geïntroduceerd werd. De acute zorg, en zeker ook de ambulancezorg en de traumazorg, heeft zich de afgelopen 20 jaar snel ontwikkeld. Mobiel Medische Teams (MMT's) worden per helikopter of voertuig ingezet om ernstig, meervoudig gewonde patiënten ter plekke zo snel mogelijk medisch specialistische zorg te verlenen. Ambulances zijn beter uitgerust en toegerust op de zwaarte van de zorgvraag. Er zijn ambulances waarin intensieve zorg verleend kan worden aan te vroeg geboren kinderen of kinderen in een couveuse, dan wel aan kinderen of volwassenen. Ambulancezorgprofessionals kunnen steeds betere triage en diagnostiek ter plaatse uitvoeren en hebben meer mogelijkheden om een patiënt ter plekke te stabiliseren en de benodigde levensreddende zorg te verlenen. Op het moment dat helder is wat er met iemand aan de hand is of de patiënt is gestabiliseerd, is het in veel gevallen minder relevant geworden om de patiënt met de hoogste urgentie naar een SEH te brengen. Voor een groot deel van de «tijdkritieke aandoeningen», waarbij het wel uitmaakt hoe snel iemand op de SEH wordt behandeld, worden de SEH's die nu «gevoelig» zijn voor de 45-minutennorm al geregeld voorbij gereden. De afspraak is namelijk dat iemand met bijvoorbeeld een beroerte of hartinfarct of iemand die meervoudig gewond is naar een gespecialiseerd centrum wordt gereden en dat hoeft niet per definitie de dichtstbijzijnde SEH te zijn.<sup>27</sup>

Daarbij komt dat de 45-minutennorm niet flexibel is en dus niet meeweegt met mogelijke toekomstige ontwikkelingen die bijdragen aan het tijdig ontvangen van acute zorg. Ontwikkelingen in de ambulancezorg hebben effect op de mogelijkheden om patiënten buiten het ziekenhuis te helpen. En stel dat wordt geïnvesteerd in het uitbreiden van het aantal helikopters ten behoeve van de acute zorg, dan heeft dat potentieel een groot positief effect op de toegankelijkheid van acute zorg in gebieden in Nederland waar ambulancerijtijden relatief lang zijn. Het LNAZ heeft de afgelopen twee jaar bijvoorbeeld verdiepende analyses uitgevoerd om de toegankelijkheid van de zorg door MMT's te verbeteren en toekomstbestendig te maken. Een MMT wordt ingezet op basis van landelijk uniforme criteria die LNAZ en AZN hebben opgesteld op basis van een aantal uitgangspunten, wetenschappelijk onderzoek en expert-opinion. De toestand van de patiënt is daarbij leidend. Als in kritische situaties vaker een MMT snel ter plaatse kan zijn, kan ook de eerste zorgverlening snel starten.

Om te garanderen dat de MMT-zorg op tijd ter plaatse kan zijn in alle gebieden in Nederland én er voldoende capaciteit is op plekken waar veel inzetten plaatsvinden, is uitbreiding van de MMT-zorg noodzakelijk. Ik verwacht hiervoor binnenkort een voorstel te ontvangen van het LNAZ.

<sup>25</sup> Gezondheidsraad, «45-minutennorm in de spoedzorg», september 2020.

<sup>26</sup> NZa, «Passende acute zorg», Kamerstuk 29 247, nr. 348 en ZN «visie Acute Zorg», april 2022.

<sup>27</sup> ZIN, «Kwaliteitskader Spoedzorgketen», februari 2020.

De wijze waarop wordt berekend welk ziekenhuis «gevoelig» is voor de 45-minutennorm is gebaseerd op afstand (theoretische rijtijden op basis van wegtypen) en op basis van vaste standplaatsen van ambulances. De bereikbaarheidsanalyse 2022 SEH's en acute verloskunde van het RIVM laat zien dat een kleine verandering in de modelmatige rijtijden, leidt tot een grote toename in het aantal «gevoelige» ziekenhuizen.<sup>28</sup>In de praktijk varieert de tijd van 112-melding tot de aankomst in het ziekenhuis echter op basis van allerlei variabelen, zoals de tijd die ambulances ter plaatse zijn voor zorgverlening ter plaatse, het verkeer en de locatie van de ambulance op het moment dat de melding binnenkomt. Ambulances staan ook niet standaard op hun vaste standplaats. RAV's zijn juist bezig met initiatieven om ambulances gedurende de dag dusdanig te positioneren dat zij zo efficiënt mogelijk worden ingezet om patiënten snel te helpen (zie ook hoofdstuk 5.3.1 van deze brief).

Nabijheid is geen aspect van kwaliteit van acute zorg, tijdigheid kan bij bepaalde acute klachten wel een aspect zijn van kwaliteit. Uiteindelijk is niet zozeer de locatie van het ziekenhuisgebouw cruciaal, maar dat de acute zorg op welke plaats dan ook van goede kwaliteit en voor iedereen tijdig toegankelijk is. Die toegankelijkheid kan bijvoorbeeld ook in de vorm van zorg thuis, door middel van vervoer of door zorg uitgevoerd door een ambulancezorgprofessional ter plaatse of onderweg geregeld worden. De kwaliteit en tijdigheid van de acute zorg is door de genoemde ontwikkelingen en vernieuwingen steeds minder afhankelijk van de afstand tot het ziekenhuis.

#### *Afstanden in Denemarken en Noorwegen*

In Denemarken is de afstand tussen de plaats van een noodsituatie en het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet meer zo belangrijk als het ooit was.<sup>29</sup> Gespecialiseerd ambulancepersoneel, adequaat uitgeruste hulpverleningsvoertuigen en de beschikbaarheid van helikopters betekenen dat de behandeling vaak al ter plaatse begint en doorgaat tijdens het transport. Technologie heeft de communicatie tussen ambulances en ziekenhuizen verbeterd. Dit stelt artsen en verpleegkundigen in staat om de juiste behandeling voort te zetten zodra de ambulance arriveert in het ziekenhuis.

Noorwegen is als land groot, langgerekt en dunbevolkt.<sup>30</sup> De spoedketen is daarop afgestemd, de luchtambulance speelt bijvoorbeeld een grote rol. Deze kan patiënten met meer specialistische spoedvragen vervoeren naar het juiste ziekenhuis. De ziekenhuizen in de dunbevolkte gebieden hebben in het algemeen minder faciliteiten dan in de steden.

Het is aan zorgverzekeraars om de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg te borgen vanuit hun zorgplicht. De beschikbaarheidsbijdragen voor SEH's en afdelingen acute verloskunde, die nu aan de 45-minutennorm zijn verbonden, zorgen voor een stabiele stroom aan inkomsten bij een aantal ziekenhuizen op plekken in het land waar het uitdagend kan zijn of worden om financieel gezond te blijven, in aanvulling op de reguliere inkoop door zorgverzekeraars. De beschikbaarheidsbijdragen bieden in de praktijk een garantie op een basisniveau aan inkomsten waarover niet

<sup>28</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 261.

<sup>29</sup> Healthcare Denmark, «Emergency Medical Services: white paper», 2019. <https://www.healthcaredenmark.dk/media/r4fjiqb/ems.pdf>.

<sup>30</sup> Guttorm Brattebø & Øyvind Østerås, «Pre-ICU health organisation in Norway», 2018. In: ICU Management & Practice, Volume 18 – Issue 2. <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/pre-icu-health-organisation-in-norway>.

onderhandeld hoeft te worden met de verzekeraar en waar een ziekenhuis op kan bouwen, zolang aan de (kwaliteits)vereisten voor SEH's en acute verloskundige zorg wordt voldaan. Ik kan me daarom voorstellen dat de norm in combinatie met de beschikbaarheidsbijdrage voor onder andere ziekenhuizen, burgers en (lokale) bestuurders en politici voelt als een garantie dat het ziekenhuis in hun regio blijft bestaan.

In Nederland hebben we nu en in de toekomst al het zorgaanbod en alle zorgprofessionals nodig om de groeiende zorgvraag op te kunnen vangen. Niet elk type zorgaanbod kan echter overal worden aangeboden en dat is ook niet noodzakelijk. Het komt de patiënt niet ten goede, omdat het niet mogelijk is om overal hoge kwaliteit van alle typen zorg te bieden. Ook draagt het niet bij aan het zo doelmatig mogelijk inzetten van schaarse zorgmedewerkers.

Het doel van de beschikbaarheidsbijdragen SEH's en afdelingen acute verloskunde is niet om individuele ziekenhuizen in de lucht te houden. Het gaat er bij de huidige beschikbaarheidsbijdragen om dat spoedzorg op bepaalde plekken beschikbaar is. De NZa heeft in 2021 een marktverstoringstoets uitgevoerd in relatie tot de beschikbaarheidsbijdrage SEH.<sup>31</sup> De NZa concludeerde dat de uitgaven die nu via de beschikbaarheidsbijdrage SEH aan gevoelige ziekenhuizen worden bekostigd (meerkosten van de voorwacht en kosten van de achterwacht) via de reguliere bekostiging kunnen worden vergoed. Dit leidt volgens de NZa niet tot marktverstoring, waardoor een beschikbaarheidsbijdrage SEH niet noodzakelijk lijkt. Het vorige kabinet heeft besloten om de beschikbaarheidsbijdrage vooralsnog te behouden tot er meer duidelijk is over de keuzes van een nieuw kabinet ten aanzien van het toekomstige acute zorglandschap.

Mede vanwege de relatie met de te vervangen 45-minutennorm, kunnen de beschikbaarheidsbijdragen SEH en afdelingen acute verloskunde in de huidige vorm niet blijven bestaan. Deze beschikbaarheidsbijdragen zullen in deze specifieke vorm op termijn komen te vervallen, maar niet voordat er zicht is op eventuele vervangende maatregelen. Uiteraard is het in eerste instantie aan zorgverzekeraars om vanuit hun zorgplicht toegankelijke acute zorg te realiseren. Ik wil echter onderzoeken of aanvullende maatregelen nodig zijn daar waar de kwaliteit of beschikbaarheid van acute zorg te veel onder druk komt te staan. Het zou immers onwenselijk zijn als het wegvallen van de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage grote gevolgen zou hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor patiënten in een regio. Beschikbaarheid van zorgmedewerkers is daarvoor een randvoorwaarde en een grote uitstroom van zorgmedewerkers uit de zorgsector zou dus een risico zijn. Zoals eerder toegelicht moeten we heel zuinig zijn op de mensen die in de zorg werken en voorkomen dat zij uitstromen. Bij het sluiten van aanbod of zorginstellingen in regio's waar nog vele andere zorgwerkgevers zijn, zal het voor bijvoorbeeld verpleegkundigen een realistische optie zijn om in de regio een andere baan in de zorg te vinden gezien de grote vraag. Maar als een zorginstelling in een regio sluit waar verder weinig werkgelegenheid in de zorg is, dan bestaat het risico dat de zorgmedewerkers niet bereid zijn om langer te reizen en ervoor kiezen om de zorg te verlaten.

#### *2.4.2 Acties met betrekking tot de 45-minutennorm*

Ik wil de 45-minutennorm op termijn afschaffen. In plaats daarvan kom ik met nieuwe normen en instrumenten om de toegankelijkheid van de zorg in heel Nederland te borgen. Ik zet daarbij in op twee sporen:

<sup>31</sup> NZa, «Marktverstoringstoets Zorgfunctie Spoedeisende hulp 2021», Kamerstuk 29 247, nr. 335.

- *Het ontwikkelen van medisch onderbouwde kwaliteitsnormen gedifferentieerd per «tijdkritische» aandoening.*
  - Hierbij doel ik op symptomen die wijzen op een voor de patiënt zeer ernstige situatie waarvoor het noodzakelijk is om binnen een beperkte tijd op een SEH/in een ziekenhuis met de juiste bemensing en faciliteiten te worden behandeld om vermijdbare gezondheidschade te voorkomen. Hierbij kan worden aangesloten bij de aanbevelingen over de spoedzorgindicaties die de Gezondheidsraad heeft gegeven in haar rapport over de 45-minutennorm, dus inclusief acute verloskunde.
  - Deze nieuwe normen zouden per aandoening een combinatie kunnen bevatten van 1) tijdsindicaties waarbinnen de zorg idealiter wordt geleverd (doorlooptijd in de gehele keten), 2) kwaliteitseisen, waar relevant inclusief volumennormen en 3) afspraken over de organisatie van zorg om de kwaliteit te borgen. Ik vraag ook aandacht voor het feit dat uit de klachten of symptomen wellicht niet altijd direct duidelijk is om welke aandoening het gaat.
  - De normen zijn zo goed mogelijk medisch onderbouwd, waarbij wordt aangesloten bij bestaande kwaliteitseisen en relevante actuele publicaties. Zo nodig worden normen aangescherpt. Waar relevant wordt gebruik gemaakt van goede voorbeelden uit het buitenland.
  - Ik vraag het ZIN om het proces vorm te geven en uit te voeren om uiterlijk in het najaar van 2023, voor deze typen spoedzorg tot een medisch (wetenschappelijk) onderbouwde, onafhankelijke rapportage te komen ten behoeve van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen. Er kan hiervoor worden gedacht aan een «patient journey» per aandoening die loopt van de verdenking op een tijdkritische aandoening tot en met de interventie in een daartoe uitgerust centrum. Ik betrek de relevante veldpartijen bij de nadere invulling van de opdracht aan het ZIN.
- *Onderzoeken of aanvullende maatregelen nodig zijn bij verandering van de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde*
  - Bij veranderingen op het gebied van de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdragen vind ik het van belang om de mogelijke gevolgen voor patiënten, het zorgaanbod en de zorgmedewerkers in deze regio's in kaart te brengen en daar rekening mee te houden. De continuïteit van kwalitatief goede zorg voor patiënten mag niet in het geding komen.<sup>32</sup> Uiteraard moeten eventuele aanvullende maatregelen in samenhang worden gezien met de plicht van zorgverzekeraars om de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg te borgen.<sup>33</sup>
  - Ik wil daarom verkennen of aanvullende waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg nodig en mogelijk zijn. Ik denk daarbij onder andere aan het toetsen van gevolgen voor het behoud van zorgpersoneel en hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt in de verschillende delen van het land, met aandacht voor die regio's waar het risico het grootst is dat de toegankelijkheid als gevolg van deze factoren onder druk komt te staan.

<sup>32</sup> Kamerbrief «Doorontwikkeling Beleid rond zorgaanbieders in financiële problemen», Kamerstuk 32 620, nr. 235.

<sup>33</sup> Kamerbrief «De Zorgplicht handvatten voor zorgverzekeraars», Kamerstuk 29 689, nr. 1088.

## 2.5 Kwaliteitsregistratie

Kwaliteitsregistraties zijn van belang zodat zorgmedewerkers kunnen leren en verbeteren. Tegelijkertijd zorgen kwaliteitsregistraties voor administratieve lasten voor zorgaanbieders, omdat niet van alle kwaliteitsregistraties het nut en noodzaak even duidelijk is, er overlap bestaat tussen kwaliteitsregistraties, en de aanlevering van gegevens nog onvoldoende gestandaardiseerd en geautomatiseerd plaatsvindt. Met betrokken partijen is daarom in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialisme zorg 2019–2022 ingezet op een betere beheersing van kwaliteitsregistraties.<sup>34</sup> De Inhoudsgovernance-commissie en de Datagovernance-commissie zijn nu bezig een toetsingskader op te stellen om vast te kunnen stellen of een kwaliteitsregistratie het algemeen belang dient. Ook wordt wetgeving voorbereid, het wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg, waarbij het ZIN de taak krijgt om een register voor kwaliteitsregistraties die het algemeen belang dienen bij te houden. Als het ZIN besluit een kwaliteitsregistratie in dit register op te nemen dan zijn zorgaanbieders en zorgverleners verplicht om (persoons)gegevens van patiënten aan die kwaliteitsregistratie aan te leveren, zonder dat daarvoor toestemming van de cliënt nodig is. Alleen de kwaliteitsregistraties die in het register voor kwaliteitsregistraties staan mogen gebruik maken van deze wettelijke grondslag om persoonsgegevens te verwerken. Dit zorgt ervoor dat het landschap van kwaliteitsregistraties weer beheersbaar wordt. Op die manier hoop ik leren en verbeteren te stimuleren.

De Landelijke Traumaregistratie (LTR) biedt al sinds 2007 inzicht in de kenmerken van ongevalpatiënten en hun letsels, de gang van de patiënt door de keten, het zorggebruik en de uitkomst van zorg. Inmiddels doen alle ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp en een groot deel van de ambulancediensten mee aan de LTR. Met ingang van 1 juli 2022 is de wettelijke basis geregeld voor het verwerken van persoonsgegevens in de LTR.

De kwaliteitsregistratie Netherlands Emergency department Evaluation Database (NEED) richt zich op SEH's. Indien de NEED-registratie na toetsing wordt opgenomen in het register voor kwaliteitsregistraties van het ZIN zijn alle zorgaanbieders en zorgverleners verplicht gegevens aan te leveren aan de NEED-registratie. Daarmee is 100% deelname een feit. Op dit moment is echter ook bekend dat de NEED-registratie gedeeltelijk overlapt met de Dutch Registry for Acute and Internal Medicine (DRAIM)-registratie, gericht op interne geneeskunde op de SEH. Mogelijk is er ook sprake van overlap met de LTR. Gelet op de afspraken in het genoemde hoofdlijnenakkoord is deze overlap ongewenst omdat dat onnodige administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverleners oplevert.

### 2.5.1 Actie kwaliteitsregistratie

→ Ik vraag NEED en DRAIM om afspraken te maken, zodat de registraties niet langer overlappen en één kwaliteitsregistratie voor de acute zorg in het register van het ZIN kan worden opgenomen.

## 2.6 Naleving van normen voor kwaliteit en toegankelijkheid

Normen zijn er om te worden nageleefd. Dat is in eerste instantie aan de zorgaanbieders voor wie de normen gelden. Waar het gaat om normen voor samenwerking in de keten, zie ik ook een rol voor het ROAZ, waar de partners uit de keten in de regio bij elkaar zitten. In het ROAZ kan de afstemming tussen de schakels in de keten bevorderd worden. Ook

<sup>34</sup> Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022, Kamerstukken 29 248, nr. 311.



zorgverzekeraars dienen de zorg in de keten in samenhang en in voldoende mate in te kopen om aan hun zorgplicht te voldoen en alleen zorg in te kopen die voldoet aan de normen. De (externe) toezichthouders vormen het sluitstuk van de naleving. Zij houden toezicht op de kwaliteit van de zorg (IGJ) en de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars (NZa), onder andere door middel van handhaving.

### 2.6.1 Actie naleving van normen

- Ik roep de toezichthouders op om vanuit hun toezicht bij te dragen aan de naleving van de normen die betrekking hebben op de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg en hier een speerpunt van te maken.
- De IGJ neemt de naleving van de normen rondom multitrauma en de normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen actief mee in haar toezicht.

## 3. Zorgcoördinatie

### 3.1 Waarom inzetten op zorgcoördinatie?

Het doel van zorgcoördinatie is dat patiënten met een spoedzorgvraag snel worden geholpen en op de juiste plek de juiste zorg krijgen, dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio, dat opstopping in de keten wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert. Nu weten patiënten niet altijd waar ze met hun als acuut ervaren zorgvraag terecht kunnen. Zorgverleners weten niet altijd waar de patiënt op dat moment de juiste zorg kan krijgen of moeten lang rondbellen om een plek te vinden voor de patiënt. Patiënten moeten wachten en krijgen in de tussentijd wellicht zorg van een zorgaanbieder waar de patiënt eigenlijk niet thuishoort. Dat kan een keten van suboptimale zorg op de verkeerde plek veroorzaken en leiden tot opstoppingen in de keten.

Het uitgangspunt is dat spoedzorgvragen tijdig worden beantwoord door de juiste zorgverlener, met passende bevoegdheid en bekwaamheid en rekening houdend met de beschikbaarheid van de zorg in de regio. Zorgcoördinatie draagt eraan bij dat de patiënt beter wordt geïnformeerd waar de beste, passende zorg is te verkrijgen. Zorgcoördinatie bevordert dat de patiënt de beste passende zorg krijgt, ongeacht waar de patiënt de zorgvraag stelt. Er mag niemand tussen wal en schip vallen. Dat vergt een effectieve sturing op wat in individuele gevallen de juiste zorg op de juiste plek is. Zorgcoördinatie kan eraan bijdragen dat de kwaliteit van de acute zorg voor de patiënten verbetert en dat iedereen, ongeacht waar je woont en wie je bent, goede acute zorg krijgt. Door de juiste medewerker in te zetten verbeteren de effectiviteit en de efficiency van de zorg.

In haar advies over passende acute zorg geeft de NZa aan dat de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorgketen beter kan. Integrale triage en medische gegevensuitwisselingen dragen hieraan bij. Om de zorgcoördinatie te verbeteren, zou inzicht moeten bestaan in de beschikbare capaciteit en wachttijd. Ik onderschrijf het advies van de NZa op dit punt. Ook het Expertteam Covid-zorg in ziekenhuizen bepleit zorgcoördinatie en uitwisseling van capaciteitsgegevens om patiëntenstromen te sturen en zo meer tijd vrij te maken voor patiëntenzorg, de werkdruk te verlagen en het werkplezier te verhogen.<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Kamerbrief «Infectieziektenbestrijding», Kamerstuk 25 295, nr. 1877.



### 3.2 Hoe ziet zorgcoördinatie er uit?

Zorgcoördinatie is een combinatie van het integraal beoordelen van de urgentie van de zorgvraag en het zo snel als nodig en mogelijk is toeleiden van de patiënt naar de juiste zorg op de juiste plek. Voor een goede triage heeft de triagist een brede kennis en/of samenwerking met collega's met een aanvullende expertise nodig, gegevens over de (kenmerken van de) patiënt en diens medische en farmaceutische achtergrond en inzicht in de expertise en actuele beschikbaarheid van zorgaanbieders in de regio. De triagist moet bijvoorbeeld weten naar welk ziekenhuis de ambulance moet rijden: welk ziekenhuis heeft de juiste expertise en faciliteiten voor deze patiënt en zijn die expertise en faciliteiten op dat moment beschikbaar. Maar zorgcoördinatie strekt zich veel verder uit in de acute keten dan alleen de spoedeisende hulp. Voor de juiste zorg op de juiste plek is bijvoorbeeld van belang dat de triagist kan beoordelen of een bezoek door de wijkverpleegkundige volstaat of dat er toch een bezoek door een huisarts of aan de huisartsenpost noodzakelijk is. Door goede triage en samenwerking kan beter gekeken worden wat de meest geschikte plek is voor iemand die wel zorg nodig heeft, maar geen ziekenhuiszorg (meer) nodig heeft of wil. Hierdoor kan deze patiënt mogelijk snel op een eerstelijnsverblijf(ELV)-bed terecht in plaats van het hele traject van SEH-bezoek en ziekenhuisopname te doorlopen.

Inzicht in beschikbare (gespecialiseerde) capaciteit binnen de gehele zorgketen is niet alleen bij de eerste triage van belang, maar juist ook voor de in- door- en uitstroom van patiënten. Het is logischerwijs van belang dat de verloskundige snel weet in welk ziekenhuis een bevallende vrouw terecht kan voor de zorg die zij op dat moment nodig heeft. Ook het feit dat de transferverpleegkundige van het ziekenhuis weet of en waar er thuiszorg of een eerstelijnsverblijf bed beschikbaar is voor de patiënt die het ziekenhuis kan verlaten, heeft invloed op de toegankelijkheid van de acute zorg. Als de door- en uitstroom goed en snel geregeld kunnen worden, heeft dat invloed op de gehele keten. Een patiënt die naar huis kan met thuiszorg, maakt een bed vrij in het ziekenhuis voor iemand die misschien via de SEH een plek nodig heeft op een afdeling, waardoor mogelijk een tijdelijke presentatiestop op de SEH kan worden voorkomen. Voor het werkplezier van zorgverleners is inzicht in beschikbare capaciteit eveneens van belang, zodat ze niet onnodig veel van hun tijd besteden aan het regelen van een geschikte plek en zich meer kunnen richten op hun kerntaken.

In de praktijk vinden er al de nodige initiatieven plaats met betrekking tot zorgcoördinatie.

#### *Pilots zorgcoördinatie 2020–2022*

In 2020 zijn vanuit het Actieplan Ambulancezorg in verschillende regio's pilots zorgcoördinatie van start gegaan die doorlopen tot eind 2022. Deze pilots beproeven, ieder op eigen wijze, zorgcoördinatie in de praktijk met meerdere partijen. Zo zijn er pilots waarbij de triagisten vanuit verschillende disciplines fysiek bij elkaar zitten, maar ook digitale/virtuele samenwerking wordt beproefd of de inzet van andere zorgvormen dan ambulances (bv. Rapid Response teams). Eind vorig jaar is een tussenrapportage verschenen over de pilots, waaruit blijkt dat regionale zorgcoördinatie in de praktijk mogelijk is en meerwaarde heeft voor de kwaliteit van de spoedzorg in de keten.<sup>36</sup> Tevens werden nader uit te werken randvoorwaarden genoemd voor een structurele vormgeving van zorgcoördinatie.

<sup>36</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 339, bijlage 5.

Recentelijk is de eindrapportage van het programma pilots zorgcoördinatie verschenen. Volgens de rapportage geven de verschillende perspectieven van de pilots aanleiding om blijvend in te zetten op zorgcoördinatie. De rapportage bevat landelijke en regionale aanbevelingen. De rapportage is bijgevoegd als bijlage 5 conform mijn toezegging uit het debat van 25 mei jl.

#### *Voorbeeld CAV*

Het Centraal Aanmeldpunt Verplaatsingen (CAV) voert in Zeeland de regie over de bedden in VVT-instellingen. Het CAV is 7x24 uur telefonisch beschikbaar voor de hele keten. Zorginstellingen zorgen voor real-time inzicht in beschikbare capaciteit, zodat het CAV patiënten kan toeleiden naar de juiste zorg, op de juiste plaats. Op deze manier kan bijvoorbeeld een huisarts die een patiënt moet plaatsen contact opnemen met het CAV, de diagnose doorgeven en gaat het CAV aan de slag om de juiste plek te vinden. Omdat het CAV een overzicht heeft van de beschikbaarheid, kan dit veel sneller. Ook hoeft de huisarts daardoor niet meer rond te bellen naar allerlei instellingen wat veel tijd bespaart.

#### *Pilot straattriage*

Binnen het actieprogramma «lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag» is in de regio Twente een experiment gestart met nauwere samenwerking tussen politie en ggz rondom acute meldingen van verward gedrag. Ook in Amsterdam, Den Haag, Eindhoven en Groningen wordt hier in nieuwe pilots aan gewerkt, via het vervolgprogramma Grip op Onbegrip. In Twente wordt deze samenwerking vormgegeven door middel van straattriage. Na een opstartfase loopt de samenwerking in Twente goed, waarbij politie en ggz gezamenlijk als eerste op een melding over verward gedrag afgaan. Partners in de regio geven aan dat straattriage bijdraagt aan een prettiger bejegening voor de cliënt en het beter kunnen toeleiden naar de passende zorg of ondersteuning. De personen betrokken bij deze meldingen kunnen veelal na triage thuis verblijven, slechts een klein deel hoeft vervoerd te worden naar een beoordelingslocatie van de ggz. Of deze vorm van samenwerking rondom meldingen passend is in andere regio's, is afhankelijk van een aantal randvoorwaarden, zoals capaciteit van politie en ggz, het aantal meldingen en de afstanden in de regio. De huidige pilots in andere genoemde regio's kunnen bijdragen om de goedwerkende mechanismen voor een succesvolle samenwerking tussen ketenpartners in acute situaties boven tafel te krijgen.

### **3.3 Kaders voor zorgcoördinatie**

#### *3.3.1 Functies van zorgcoördinatie*

Vooralsnog ga ik voor zorgcoördinatie uit van zeven functies:

1. Ondersteunen van zelfmanagement;
2. Eenduidige toegang voor acute zorgvraag;
3. Eenduidige triage;
4. Passende zorginzet;
5. Regie op vervolgzorg;
6. Regionaal en landelijk inzicht in actuele zorgcapaciteit (niet alleen ziekenhuiszorg);
7. Zo nodig regionale dan wel landelijke spreiding van patiënten.

De eerste vijf functies komen uit de tussenrapportage over de pilots zorgcoördinatie naar voren, zoals genoemd in het eerste kader hierboven. Bij zelfmanagement gaat het om het ondersteunen van zorgvragers met informatie, advies en techniek. Eenduidige toegang heeft betrekking op één loket van samenwerkende zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders hebben een gezamenlijk triageprotocol en spreken dezelfde taal en op basis daarvan bepalen ze wat een passende zorginzet is en houden ze de regie tot er een goede zorgopvolging is. Onder regie op vervolgzorg versta ik ook de coördinatie van eerstelijnsverblijf (al is dat niet altijd het vervolg op een ziekenhuisopname), geriatrische revalidatiezorg en de uitstroom naar Wlz-zorg. De laatste twee functies voeg ik toe met het oog op het voorkomen en spreiden van drukte in de acute zorg in alle omstandigheden, ook in het geval van een ramp of crisis die de zorgcontinuïteit bedreigt. Voor het voorkomen en spreiden van drukte in de acute zorg is een zorgbreed inzicht nodig in de capaciteit. Doorstroom en uitstroom zijn immers in hoge mate bepalend voor de drukte in de acute zorg.

### 3.3.2 Reikwijdte van zorgcoördinatie

In de triage verwacht ik tenminste samenwerking tussen alle RAV's, de huisartsenposten (HAP) en de SEH, de acute wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en crisiszorg binnen de Wlz in de regio en samenwerking met de 112-meldkamer. Zo mogelijk doen ook aanbieders van acute ggz mee en wellicht nog meer categorieën aanbieders van acute zorg.

Ik vind het cruciaal dat er ten behoeve van zorgcoördinatie *structureel* inzicht bestaat in de actueel beschikbare zorgcapaciteit die van belang is voor de instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg: de (beschikbare) capaciteit van alle aanbieders van ambulancezorg, huisartsenzorg (in ieder geval in de avond, nacht en weekend-uren), ziekenhuiszorg, acute wijkverpleging, farmaceutische spoedzorg, acute ggz, eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg en crisiszorg binnen de Wlz. Inzicht in de bedden capaciteit op de verlos- en verblijfkamers en de neonatologie-afdelingen van de ziekenhuizen in de regio, is bijvoorbeeld van belang voor verloskundigen. Het gaat dus om permanent inzicht in de actuele en te verwachten capaciteit in alle schakels van de keten. Alleen dan krijgen patiënten de juiste zorg op de juiste plek en worden opstoppingen in de keten voorkomen.

Op dit moment wordt het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) gebruikt voor inzicht in ziekenhuiscapaciteit. Het LPZ geeft *momenteel* behalve inzicht in capaciteitsgegevens en patiënten aantallen voor Covid-zorg ook inzicht in beschikbare klinische bedden in het ziekenhuis (in een enkele regio bijvoorbeeld ook voor acute verloskunde) en drukte op de SEH, rekening houdend met de beschikbaarheid van medewerkers. Inzichtelijk wordt of er een presentatiestop is op de SEH waarbij tijdelijk niet alle patiënten kunnen worden opgenomen. De drukte op de SEH wordt gemeten aan de hand van de NEDOCS-score, een gevalideerd instrument voor het objectief berekenen van de drukte op de SEH. Naar aanleiding van de toezegging die ik in het debat van 24 februari 2022 heb gedaan aan het lid Van den Hil, over de uitrol van het LPZ, kan ik aangeven dat de spoed-module in acht ROAZ-regio's live is en dat twee regio's bezig zijn met implementatie. Eén regio is nog niet aangesloten. Ik ben met deze regio in overleg. Uiteraard is het LPZ het meest waardevol als alle zorgaanbieders (tot op heden dus alleen ziekenhuizen, maar in de toekomst ook andere zorgaanbieders) dagelijks actuele capaciteitsinformatie aanleveren.

Het gaat hierboven over spoedzorgvragen die een patiënt of een zorgverlener als acuut ervaart, maar niet om levensbedreigende situaties, daarvoor is de meldkamer via het alarmnummer 112 de aangewezen plek. Dit vraagt aan de ene kant om duidelijke splitsing van taken en vragen die op de meldkamer ambulancezorg of juist in een zorgcoördinatiecentrum worden uitgevoerd, en tegelijkertijd om een zeer nauwe samenwerking. Vooral waar het de ambulancezorg betreft, is het cruciaal dat de splitsing tussen levensbedreigend en andere spoedzorgvragen helder is, waarbij rekening wordt gehouden met de wettelijke taken van de meldkamer ambulancezorg, de noodzaak van multi-inzet met politie en brandweer en opschalingsmogelijkheden bij crises. Deze uitwerking zal in nauwe samenwerking met het meldkamerveld tot stand moeten komen.

#### *Voorbeeld landelijke zorgcoördinatie in Denemarken*

Het Deense zorgsysteem staat, kwalitatief gezien, hoog aangeschreven.<sup>37</sup> Denemarken is onder andere vooruitstrevend als het gaat om informatie- en communicatie-infrastructuur voor de zorg en zorgcoördinatie. Zo heeft Denemarken een gezamenlijke meldkamer waar zowel acute en levensbedreigende meldingen (112) als acute en niet-levensbedreigende (1813 voor Kopenhagen) meldingen binnenkomen.<sup>38</sup> Binnen het systeem wordt voor levensbedreigende meldingen een urgentie-indelingssysteem gebruikt. Voor overige niet-levensbedreigende zorgvragen wordt door middel van een triagesysteem de juiste zorginzet bepaald, zoals een beroep op een verpleegkundige of een verwijzing naar de eigen huisarts. De triagesoftware van 1813 heeft een gedetailleerde richtlijn voor ondersteuning in de besluitvorming. Dit blijkt in de praktijk goed te werken want de ondertriage bij de hulplijn 1813 blijkt laag (0,04%).<sup>39</sup> Verder zijn veel triagisten van 1813 ook opgeleid om 112-meldingen te behandelen, waardoor er geschakeld kan worden tussen de systemen. Hierdoor maakt het voor de patiënt niet uit of die 112 of 1813 belt, is er geen onnodige vertraging en kan gebruik worden gemaakt van elkaars capaciteit als bijvoorbeeld het aantal 112-meldingen toeneemt. Zowel 112 als 1813 hebben toegang tot de medische dossiers van patiënten en de softwaresystemen van beide hulplijnen zijn geïntegreerd met ziekenhuissystemen van regionale ziekenhuizen. Zodoende kan gemakkelijk telefonisch een recept worden uitgeschreven of een consult worden geboekt bij de SEH.

Uit het voorbeeld van Denemarken blijkt dat het mogelijk is om met een apart centraal nummer te werken voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen. Het sluitstuk van landsdekkende zorgcoördinatie zou een centraal nummer of digitaal adres kunnen zijn voor niet levensbedreigende acute zorgvragen van patiënten en voor zorgverleners die een plek zoeken voor een patiënt. Dit is enigszins vergelijkbaar met de twee nummers die de politie hanteert: naast 112 kent de politie nog 0900-8844 voor niet spoedeisende vragen. Verder zien we dat er in Noorwegen en Zweden ook al sprake is van zorgcoördinatie.

<sup>37</sup> CEOWorld Magazine, «Revealed: Countries with the best health care systems, 2021», 2021. <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>.

<sup>38</sup> Nivel, «Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling», 2019.

<sup>39</sup> Nivel, «Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling», 2019.

### *Voorbeeld Zweden*

In Zweden kunnen mensen contact opnemen met een medische hulplijn 1177. Daar worden ze verwezen naar de juiste zorgaanbieder.<sup>40</sup> De oproep wordt beantwoord door een verpleegkundige die triert en verwijst naar de juiste zorgaanbieder of zelfzorgadvies geeft. Deze hulplijn is 24/7 bereikbaar. De huisarts blijft het eerste aanspreekpunt voor niet-levensbedreigende (acute) zorgvragen tijdens kantooruren en patiënten kunnen in Stockholm op eigen initiatief een «Emergency Centre» bezoeken voor niet-levensbedreigende zorgvragen.

### *Voorbeeld Noorwegen*

De Coordination Reform Bill uit 2012 was erop gericht de coördinatie tussen de eerstelijns (gemeenten) en de specialistische zorg (centrale overheid) te verbeteren.<sup>41</sup> In 2019–2020 zijn de Healthcare Communities opgericht die uitgaan van een nieuwe bestuurs- en samenwerkingsstructuur tussen ziekenhuizen en omliggende gemeenten.<sup>42</sup> In deze Communities komen vertegenwoordigers van gezondheidsfondsen, gemeenten, ziekenhuizen, lokale huisartsen en gebruikers samen om zorgdiensten te coördineren en op die manier een betere continuïteit van zorg te bevorderen tussen ziekenhuizen, eerstelijnszorg en zorg thuis. Daarnaast is het ook de brug tussen particuliere aanbieders (huisartsen) en de ziekenhuissector (publieke aanbieder). Ook dient het als instrument voor «outreach-ondersteuning» voor ziekenhuizen bij de levering van gespecialiseerde diensten dicht bij de patiënt thuis.

Voor de acute zorg bieden gemeenten lokale contactcentra (LEMC's) voor niet-levensbedreigende acute zorg.<sup>43</sup> Deze noodcentra zijn verbonden in een landelijk netwerk en hebben een eigen noodnummer, naast het bestaan van het noodnummer voor levensbedreigende acute zorg.

### *3.3.3 Schaalgrootte van zorgcoördinatie*

Qua schaalgrootte voor de inrichting van zorgcoördinatie ten behoeve van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg zijn voor mij de ROAZ-regio's leidend. Binnen de ROAZ-regio's kan er door het ROAZ voor gekozen worden zorgcoördinatie waar nodig in subregio's te organiseren. Daarbij dient de verbinding met het ROAZ en de landelijke functie voor inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding geborgd te zijn in het kader van een eventuele opschaling ten tijde van een ramp of crisis waarbij regionale of landelijke regie noodzakelijk is.

<sup>40</sup> Nivel, «Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling», 2019.

<sup>41</sup> Ingrid Sperre Saunes, Anna Sagan & Marina Karanikolos, «Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care», 2020. In: Eurohealth Systems and Policies. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332483/Eurohealth-26-1-29-33-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

<sup>42</sup> Ingrid Sperre Saunes, Anna Sagan & Marina Karanikolos, «Norway's Healthcare Communities are set up to build bridges between hospitals and primary care», 2020. In: Eurohealth Systems and Policies. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332483/Eurohealth-26-1-29-33-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

<sup>43</sup> Guttorm Brattebø & Øyvind Østerås, «Pre-ICU health organisation in Norway», 2018. In: ICU Management & Practice, Volume 18 – Issue 2. <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/pre-icu-health-organisation-in-norway>.

### 3.4 Nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg

Mede ten behoeve van zorgcoördinatie en samenwerking met ketenpartners heeft AZN een nieuwe urgentie-indeling ontwikkeld voor de ambulancezorg en is AZN in 2022 gestart met de voorbereiding van de implementatie. De nieuwe urgentie-indeling heeft zeven categorieën. A0-inzetten hebben de hoogst mogelijke spoed en in deze gevallen wordt gestreefd naar een zo snel mogelijke responstijd. Bij de inzetten A1 kan de responstijd met circa 2 minuten toenemen doordat extra tijd wordt genomen voor triage, zodat beter kan worden bepaald wat voor de patiënt in dit geval de juiste zorg op de juiste plek inhoudt.<sup>44</sup> In mijn brief van 24 januari 2022<sup>45</sup> heb ik u geïnformeerd over de voornemens met betrekking tot een nieuwe urgentie-indeling en toegezegd dat ik u zou informeren over het implementatieplan. Het implementatieplan is bij deze brief gevoegd als bijlage 3. Het doel van de nieuwe indeling is om de kwaliteit van de ambulancezorg te verbeteren. De nieuwe urgentie-indeling doet meer recht aan de medische behoeften van patiënten en is meer medisch logisch opgebouwd. Het is de bedoeling dat de ambulance sneller ter plaatse is als het echt nodig is, ook bij rampen en ongevallen, en dat in andere gevallen iets meer tijd wordt genomen om meteen de juiste zorg op de juiste plek in te zetten.

De verwachting is dat de nieuwe indeling leidt tot een verbetering in de kwaliteit van acute zorg en vergemakkelijking van samenwerking in de spoedzorgketen, wat bijdraagt aan zorgcoördinatie. Tevens wordt verwacht dat hierdoor schaarse acute zorgprofessionals effectiever worden ingezet. De implementatie van de nieuwe indeling zal goed gemonitord worden. Wetenschappelijk onderzoek zal hiertoe ingezet worden. Mede op basis van dit onderzoek moet de sector kunnen onderbouwen of de nieuwe urgentie-indeling voldoende veilig is en zal een advies opgesteld worden over het al dan niet aanhouden van streefnormen voor de tijdigheid van A0- en A1-inzetten. Mede op basis daarvan zal ik beslissen over het al dan niet aanpassen van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen. Het implementatieplan omvat een maximale periode van circa drie jaar. Parallel vinden gesprekken plaats tussen AZN en InEen met het oog op een verdere afstemming tussen de urgentie-indelingen van de ambulancezorg en de huisartsenposten.

### 3.5 Acties zorgcoördinatie

→ Met betrekking tot de genoemde zeven functies van zorgcoördinatie heb ik aan LNAZ, ZN, AZN, InEen en Actiz gevraagd binnen de bovenstaande kaders te verkennen onder welke voorwaarden het mogelijk is om vanaf het derde kwartaal van 2023 zorgcoördinatie landsdekkend in te richten, te verkennen welke randvoorwaarden hiervoor ingevuld moeten worden en daarbij gebruik te maken van de ervaringen van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) en de Regionale Coördinatiecentra Patiëntenspreiding (RCPS-en). Ten behoeve van deze verkenning hebben deze partijen subsidie aangevraagd bij VWS. Ik verwacht dat partijen begin 2023 scenario's opgesteld hebben waarbij zij de lessen uit de pilots zorgcoördinatie betrekken en een advies zullen uitbrengen. Op basis van deze scenario's en het advies kan besluitvorming plaatsvinden, een implementatieplan worden gemaakt en vervolgens kan er worden geïmplementeerd. Partijen zullen bij hun verkenning een groot aantal organisaties betrekken, waaronder zeker ook andere organisaties van

<sup>44</sup> Kamerbrief «Stand van zaken (actieplan) Ambulancezorg», Bijlage bij Kamerstuk 29 247, nr. 339.

<sup>45</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 339.



zorgaanbieders, organisaties van zorgprofessionals, het meldkamer-  
veld en de Landelijke Meldkamer Samenwerking, inclusief de  
veiligheidsregio's.

- Ik zal zorgverzekeraars verzoeken de lopende pilots te financieren met betrekking tot zorgcoördinatie die positief zijn geëvalueerd in het kader van het Actieplan Ambulancezorg en ook in 2023, tot aan de structurele situatie, willen doorgaan en zo nodig de Landelijke Meldkamersamenwerking vragen de technische ondersteuning te continueren.
- Ik streef naar een structurele inbedding van de functies van regionaal en landelijk inzicht in zorgcapaciteit, mede ten behoeve van rampen en crises, het op basis van dit inzicht vroegtijdig signaleren van komende drukte en maken van afspraken om deze drukte af te wenden of op te vangen en van de mogelijkheid om zo nodig regionaal of landelijk patiënten te spreiden. Ik onderzoek of en zo ja, onder welke voorwaarden in welke regelgeving de verantwoordelijkheid kan worden vastgelegd voor een systeem dat inzicht biedt in zorgcapaciteit (breder dan ziekenhuiscapaciteit), het mede op basis van dit systeem monitoren en analyseren van actuele en te verwachten drukte en voor patiëntenspreiding. Tevens zal conform het advies van de NZa op dit punt worden bezien op welke wijze zorgaanbieders informatie dienen aan te leveren ten behoeve van inzicht in actuele en toekomstige capaciteit.
- Op 23 mei jl. heeft de NZa op mijn verzoek een advies uitgebracht over de bekostiging van deze functies.<sup>46</sup> De NZa adviseert om de regionale en landelijke functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding tijdelijk, in ieder geval tot het moment dat zorgcoördinatie structureel wordt ingericht, te bekostigen op basis van een beschikbaarheidsbijdrage en deze wijze van bekostiging over twee jaar te evalueren. Ik volg dit advies van de NZa en zal daartoe het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG aanpassen.
- Voor de korte termijn heb ik de overeenkomst tussen VWS en het LNAZ voor het LCPS en het LPZ (inzicht in ziekenhuiscapaciteit en patiëntenspreiding in relatie tot Covid) verlengd tot en met 30 juni 2023. Ik ben in gesprek met het LCPS over de mogelijkheden om de ketenmonitoring voor Covid-druk op de zorg te verbreden voor de gehele acute zorgketen.
- Ik bevorder de implementatie van een nieuwe urgentie-indeling voor de ambulancezorg via een subsidie aan AZN.
- In de acute zorg komen veel mensen binnen met niet-spoedvragen, waardoor de druk op de spoedzorg (o.a. huisartsenpost, SEH en ambulance) (onnodig) hoog wordt en mensen niet op de juiste plek geholpen worden. Om burgers en patiënten van de juiste actuele informatie over acute zorg te voorzien, zodat zij weten waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen, is eind juni j.l. een werkgroep gestart met de partijen InEen, AZN, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Patiëntenfederatie, ZN, LNAZ en Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) om communicatie hierover vorm te geven. VWS stelt middelen beschikbaar en faciliteert de werkgroep.

#### **4. Samenwerking in de regio**

Een meer effectieve en efficiënte organisatie kan niet zonder goede samenwerking. Het is weliswaar in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van individuele aanbieders en verzekeraars om aan de geldende normen te voldoen, maar vaak kunnen die niet gerealiseerd worden zonder goede samenwerkingsafspraken. Bovendien ben ik ervan overtuigd dat goede samenwerking de kwaliteit van zorg verder kan verbeteren. Samenwerking is onontbeerlijk om te zorgen dat de patiënt

<sup>46</sup> NZa, «Advies bekostiging LCPS, RCPS en LPZ», Kamerstuk 29 247, nr. 351.



snellijk op de juiste plek terecht komt. Samenwerking is nodig om te zorgen dat je weet waar je zelf goed in bent en waarin wat minder goed, om de kennis en kunde van een ander te kennen en te benutten en om te leren van elkaar. Samenwerking maakt het ook mogelijk om drukte te spreiden en medewerkers in te zetten waar en wanneer de zorgvraag het grootste is en waar de capaciteiten van de medewerker het meeste bijdragen aan de gezondheid van de zorgvragers.

*Voorbeeld Treant: als het commitment op samenwerking er is, is veel mogelijk*

In de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen waren er diverse uitdagingen voor de organisatie van de zorg, onder andere gezien de complexere zorg die naar de grote, gespecialiseerde ziekenhuizen buiten de regio ging en de schaarste aan gespecialiseerd verplegend personeel en artsen. Een team van ziekenhuizen, huisartsen, ambulancediensten en zorgverzekeraars heeft in het voorjaar van 2018 de handen ineengeslagen en een plan gemaakt om samen de zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen beschikbaar te houden. Dit heeft onder andere geresulteerd in het omvormen van de SEH's in Stadskanaal en in Hoogeveen tot basisspoedpost, begin 2020. In Stadskanaal en Hoogeveen kwamen 's nachts namelijk maar zeer weinig patiënten naar de SEH, waarvan gemiddeld slechts één à twee patiënten opgenomen moest worden. De basisspoedposten zijn van maandag t/m vrijdag open van 8:00 tot 22:00 uur, voor niet-levensbedreigende situaties. Patiënten kunnen hier terecht voor bijvoorbeeld wonden, trombose of eenvoudige botbreuken. Voor levensbedreigende situaties kunnen patiënten uit de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen terecht bij de SEH's in Assen, Emmen en Scheemda. Patiënten moeten soms iets verder reizen voor spoedeisende zorg, «maar zij krijgen daar betere en gespecialiseerde zorg voor terug. Want doordat teams van specialisten en verpleegkundigen behandelingen vaker doen, gaat de kwaliteit omhoog.»<sup>47</sup>

Samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio gaat leiden tot verandering, ook voor de mensen die zorg nodig hebben. Veel beoogde veranderingen zullen door iedereen als heel positief worden ervaren, zoals kortere wachttijden, sneller op de juiste plek (vervolg)zorg krijgen en zorg van betere kwaliteit. Er zit echter ook een andere kant aan deze beoogde veranderingen. Sommige mensen zullen in de toekomst voor bepaalde vormen van acute zorg niet meer op een oude vertrouwde plek terecht kunnen, wat kan voelen als een verlies. Het geeft ook een gevoel van veiligheid als er een huisartsenpost of SEH om de hoek zit. Toch is deze ontwikkeling uiteindelijk in het belang van de patiënt. Het is immers schijnveiligheid om een SEH om de hoek te hebben als daar niet genoeg bekwame zorgmedewerkers zijn om goede en veilige zorg te verlenen of als niet de juiste expertise en faciliteiten in huis zijn om jouw aandoening goed te behandelen. In dat geval is het beter om door bekwame ambulancede medewerkers gestabiliseerd te worden en direct naar een locatie met expertise voor jouw aandoening te gaan. De beste kwaliteit van zorg voor de patiënt staat voor mij steeds voorop. Samenwerking in de regio's is daarvoor essentieel.

<sup>47</sup> Zorg voor de regio Drenthe en Zuidoost-Groningen, «Persbericht: Nieuwe inrichting spoedzorg Drenthe en Zuidoost-Groningen januari 2020 van start», juli 2019.

## 4.1 Effectiever en efficiënter organiseren van acute zorg

Samenwerking kan op verschillende manieren en op verschillende niveaus plaatsvinden. Ik geef hieronder enkele voorbeelden van hoe, binnen de huidige normen en kaders, de acute zorg effectiever en efficiënter georganiseerd zou kunnen worden.<sup>48</sup> Van belang bij al deze voorbeelden is dat ze kwalitatief hoogwaardige acute zorg borgen en tegelijkertijd bijdragen aan het slim omgaan met inzet van het schaarse zorgpersoneel.

### 4.1.1. Samenwerking in de keten

Door samenwerking tussen bijvoorbeeld SEH's, huisartsenposten en mogelijk dienstapotheken, acute ggz en dienstpunten acute wijkverpleging te stimuleren op «spoedpleinen», kunnen sommige faciliteiten gezamenlijk worden uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de baliefunctie en gezamenlijke fysieke triage (in aanvulling op samenwerking rondom de eerste telefonische triage in een zorgcoördinatiecentrum). Ook laagdrempelige consultatie is mogelijk, zoals een huisarts op de HAP die een psychiater of SEH-arts kan vragen om mee te denken als de huisarts twijfelt of iemand moet worden doorverwezen. Intensievere samenwerking tussen ketenpartijen zal ook bijdragen aan meer kennis en begrip over elkaars kennis en kunde en een meer gedeelde werkcultuur.

In 2021 waren er 107 huisartsenposten en 72 daarvan zijn op een ziekenhuisterrein gevestigd.<sup>49</sup> Bij 20 van deze ziekenhuizen hebben de HAP en SEH een gezamenlijk loket voor fysieke triage waar onder meer bepaald wordt of zelfverwijzers (mensen die op eigen initiatief naar een SEH gaan) door een huisarts of een SEH-arts worden gezien. Dit is een goed voorbeeld van samenwerking, die ervoor zorgt dat een patiënt niet eerst door de huisarts hoeft te worden gezien, als een triagist besluit dat een patiënt SEH-zorg nodig heeft. Ook hoeft de SEH niet opnieuw te triëren als iemand door een huisarts wordt doorgestuurd. Dit zorgt ervoor dat een patiënt sneller door de juiste persoon wordt geholpen en er minder zorgmedewerkers naar dezelfde patiënt hoeven te kijken.

#### *Ervaring met spoedplein*

In het CWZ in Nijmegen wordt al ruim 10 jaar gewerkt met een spoedplein, waar naast de SEH, HAP en dienstapotheek ook een tandartsenpost aanwezig is. Resultaten uit 2016 lieten zien dat het spoedplein werkte.<sup>50</sup> Het aantal mensen dat zonder afspraak naar de SEH kwam (zelfverwijzers) nam in vijf jaar af van 11.000 in 2010 tot 1.200 in 2015. Ook hoeven mensen hun eigen risico niet aan te spreken, onnodige ziekenhuiszorg wordt voorkomen, zowel huisartsenpost als SEH kunnen zich richten op de zorg waarvoor zij

<sup>48</sup> Ook binnen de bestaande concurrentieregels is veel ruimte voor samenwerking ten behoeve van betere acute zorg. Daarbij is van belang dat de voordelen van de samenwerking opwegen tegen de nadelen, waaronder eventuele beperkingen van de mededinging. De beleidsregel JZOJP van de ACM verschaft hier meer inzicht over. Zorgaanbieders kunnen afhankelijk van hun eigen inschatting van de situatie ervoor kiezen om de procedureregels van die beleidsregel te volgen om daaraan een bepaalde mate van comfort te ontleen, of ze kunnen een reguliere self-assessment uitvoeren om te bepalen of de verwachte voordelen opwegen tegen de nadelen. De ACM kan op voorhand niet aangeven wat in het algemeen wel en wat niet geoorloofd is. Wel kan de ACM in concrete gevallen benaderd worden en helpen nog meer best practices te ontwikkelen.

<sup>49</sup> VZ info, «Acute zorg | Aanbod | HAP en SEH». <https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/acute-zorg/aanbod/hap>.

<sup>50</sup> CWZ, «Vijf jaar Spoedplein: voor spoedzorg direct op de juiste plek», 30 juni 2016. <https://www.cwz.nl/zorgpartner/nieuws/item/vijf-jaar-spoedplein-voor-spoedzorg-direct-op-de-juiste-plek/>.

zijn bedoeld en medicatie kan direct worden opgehaald in de dienstapotheek.

#### *Voorbeeld POH ggz Spoed op de Huisartsenpost*

Voor mensen met psychische of psychosociale klachten die zorg buiten kantooruren nodig hebben, maar niet in aanmerking komen voor de ggz-crisisdienst, levert de HAP een groot deel van de spoedzorg.

Binnen de HAP's in Haarlem zijn er de afgelopen jaren positieve ervaringen opgedaan met een POH ggz Spoed op de HAP. Deze POH ggz Spoed op de HAP werkt op basis van een telefonische beschikbaarheidsdienst. Na triage en vermoeden van psychosociale problematiek kan in overleg met de regiearts de POH ingeschakeld worden en het contact met de patiënt worden overgenomen vanuit de specifieke ggz-expertise. In een pilot is deze zorginnovatie ook geïmplementeerd op drie nieuwe HAP's in Rotterdam Noord en Zuid en Leiderdorp. De pilot is geëvalueerd en de HAP's ervaren duidelijk een meerwaarde van de inzet van de POH ggz Spoed in termen van verlichting en betere patiëntenzorg. Ondanks dat het aantal patiënten per weekenddag sterk wisselt, geeft de overname van deze patiënten door de POH tijdwinst tijdens een drukke dienst op de HAP. Patiënten lijken deze zorg ook te waarderen. De consulten waarvoor de POH's werden ingeroepen, waren passend bij hun functie en expertise. In 78% van de consulten waren patiënten met een combinatie van verwijzing en/of overbruggingsmedicatie en/of advies van de POH geholpen.

Ik doe met bovenstaande informatie ook de motie van het lid Van der Plas af over het effect van spoedpleinen.<sup>51</sup>

#### *4.1.2 Plannen van acute zorg*

Acute zorg is niet onvoorspelbaar. Hoewel niet van tevoren duidelijk is welke patiënt een zorgvraag heeft, is wel op hoofdlijnen voorspelbaar hoe de omvang van de zorgvraag zich gedurende de dag ontwikkelt en is vooraf goed in te schatten met welke zorgvraag patiënten komen. Door in de gehele keten beter inzicht te creëren in de patronen in de zorgvraag, kan de capaciteit hier beter op worden afgestemd en daarmee de toegankelijkheid van de acute zorg worden vergroot. Het gaat hierbij niet alleen om de capaciteit van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden van de HAP, SEH, acute ggz of acute wijkverpleging, maar juist ook om de capaciteit van andere partijen in de keten zoals de wijkverpleging, verpleging en verzorging en het sociaal domein. Binnen het ziekenhuis kunnen andere specialismen er in hun planning bijvoorbeeld rekening mee houden dat er in de avonduren nog patiënten op de SEH worden verwacht, zodat de doorstroom in het ziekenhuis kan worden verbeterd. De aanwezigheid van specialisten zal ook een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg. En aanbieders van vervolgzorg kunnen met beter inzicht in de zorgvraag patiënten beter opvangen, waardoor de uitstroom kan worden versoepeld. Het beter plannen van acute zorg kan een positief effect hebben op het waar mogelijk voorkomen, maar in ieder geval zo goed mogelijk opvangen van piekdruk. Het gevolg hiervan kan zijn dat er minder SEH stops nodig zijn, de druk op de huisartsenposten hanteerbaarder wordt en wachttijden voor patiënten korter worden.

<sup>51</sup> Kamersutk 29 247, nr. 359.

#### 4.1.3 Kwaliteitsverbeteringen door differentiatie en samenwerking

Voor het optimaal functioneren van de spoedzorgketen en het bieden van de beste kwaliteit van zorg, is differentiatie nodig. De acute zorgvraag van patiënten bestrijkt zo'n breed gebied, dat het belangrijk is dat niet alle zorgaanbieders alle soorten zorgvragen opvangen. Niet alles kan overal; en niet alles hoeft ook overal. De relatief korte afstanden in Nederland maken dit ook goed mogelijk. De expertise van de zorgaanbieder waar de patiënt wordt geholpen, inclusief de aanwezigheid van specifieke faciliteiten en bemensing, is daarbij van belang. Dit geldt zeker voor meer complexe zorgvragen. De praktijk is daar ook al deels ingericht. Bij een aantal aandoeningen gaat de ambulance – afhankelijk van de diagnose ter plaatse – idealiter niet per definitie naar de SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, maar naar één van de gespecialiseerde ziekenhuizen<sup>52</sup>:

- Voor een patiënt met een hartinfarct waarvoor Percutane Coronaire Interventie (PCI) noodzakelijk is zijn er 30 expertisecentra.
- Een patiënt met een herseninfarct bij wie intra-arteriële trombectomie kan worden uitgevoerd kan terecht in een van de 18 ziekenhuizen die daarin zijn gespecialiseerd, intraveneuze trombolysen wordt in 75 centra gedaan.
- Voor acute verloskunde waren er in 2019 74 ziekenhuislocaties met 24/7 acute verloskunde. Hiervan hebben er 10 een perinatologisch centrum met een neonatale intensive care unit.
- Niet stabiele patiënten met ernstig trauma worden vervoerd naar 1 van de 11 level 1-traumacentra.
- Er zijn ongeveer 60 ziekenhuislocaties waar een patiënt met een ruptuur van de buikslagader geopereerd kan worden.

De mogelijkheden voor prehospital triage en het alvast starten van de behandeling door de ambulancemedewerkers worden steeds geavanceerder. Als de ambulanceverpleegkundige al een duidelijk beeld heeft van de diagnose, betekent het dat het mogelijk is om patiënten naar een plek te brengen die gespecialiseerd is in dit ziektebeeld. Specialisatie en differentiatie van SEH's en ziekenhuizen in specifieke hoogcomplexere aandoeningen zorgt er in ieder geval voor dat zorgpaden voor deze patiënten goed kunnen worden ingericht, waardoor de zorg voor de patiënt zo optimaal mogelijk is. De doorstroom in het ziekenhuis en uitstroom naar eventuele vervolgzorg kunnen goed worden geregeld, zodat de patiënt snel op de juiste plek wordt geholpen. Behandeling van patiënten in meer gespecialiseerde centra moet er niet toe leiden dat de doelstellingen van passende zorg uit het oog worden verloren.

#### 4.1.4 Capaciteitsmanagement binnen de instelling

Als verschillende afdelingen binnen een ziekenhuis goed samenwerken en hun plannen op elkaar afstemmen, kan dat leiden tot betere zorg en effectievere inzet van medewerkers en meer werkplezier. Als patiënten immers vanwege drukte tussen afdelingen verplaatst moeten worden zonder dat daar vanuit het aanbod op geanticipeerd is, ontstaat er mogelijk een situatie van onheldere verantwoordelijkheidsverdeling, medewerkers die hun aandacht over verschillende afdelingen moeten verdelen, niet optimaal toegeruste medewerkers en suboptimale zorg. Een goed capaciteitsmanagement over de afdelingen heen kan effectiviteit en doelmatigheid van de zorg vergroten. Ook binnen een instelling voor langdurige zorg kan capaciteitsmanagement van de verschillende soorten bedden leiden tot meer en/of betere zorg, meer ontlasting (en daarmee toegankelijkheid) van de acute zorg en betere inzet van medewerkers.

<sup>52</sup> Gezondheidsraad, «45-minutennorm in de spoedzorg», september 2020.

In het Slingeland ziekenhuis worden vanuit een centraal punt op basis van te verwachten patiëntenstromen bedden, operaties en personeel zo optimaal mogelijk ingeroosterd.

#### *4.1.5 Differentiatie van openingstijden SEH's in de nachten*

Er zijn in totaal 82 ziekenhuislocaties met een SEH. Hiervan zijn 80 locaties 24/7 geopend. Al deze SEH's hebben dag en nacht hun SEH volledig bemand, in principe volgens de normen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Dat betekent dat er volgens de normen minstens één arts en enkele verpleegkundigen aanwezig zijn, maar ook dat onder andere diverse specialisten, een OK-team en radiologie korte tijd na oproep beschikbaar zijn. Er staan dus ook 's nachts veel mensen paraat om goede SEH-zorg te kunnen bieden. Een uitvraag van het RIVM over de implementatie het Kwaliteitskader Spoedzorgketen laat echter zien dat de meerderheid van de ziekenhuizen de normen voor SEH's per 1 juli 2022 nog niet volledig geïmplementeerd had.<sup>53</sup>

Uit cijfers van de NZa<sup>54</sup> blijkt dat er bij 18 SEH's in de periode tussen 23:00 en 7:00 uur gemiddeld minder dan twee patiënten per ambulance worden binnengebracht. In veel regio's in Nederland zitten diverse 24/7 SEH's op korte afstand van elkaar. Verandering van openingstijden van SEH's, bijvoorbeeld het (roulerend) sluiten van SEH's in de nachten in regio's waar de afstand tussen de verschillende posten beperkt is, leidt tot minder inzet van zorgmedewerkers in de nachten, waardoor er meer mensen zijn die overdag en in de avonden inzetbaar zijn. Bij afspraken in de regio over de openingstijden van SEH's zouden ook de inzet van medewerkers op verschillende SEH's, de benodigde capaciteit aan ambulancezorg, de openingstijden van huisartsenposten en de relatie met de vervolgzorg moeten worden betrokken.

#### *4.1.6 Doelgroepgerichte samenwerking*

Kwetsbare ouderen komen relatief vaak op de SEH terecht na een periode van verslechterde gezondheid thuis. Mensen met ggz-problematiek en personen met verward gedrag komen op diverse plekken de acute zorgketen binnen. Het kan zinvol zijn om voor sommige patiëntengroepen specifieke plannen te maken met ketenpartijen in het ROAZ, omdat een specifieke aanpak kan helpen om voor deze patiënten de instroom, doorstroom en uitstroom in de zorg te verbeteren. Die plannen kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op het voorkomen van acute zorg voor deze patiënten of op afspraken die ertoe leiden dat deze patiënten direct de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Bij het ontwikkelen van een aanpak voor kwetsbare ouderen is het ook van belang om aandacht te hebben voor langdurige zorg thuis, die steeds vaker wordt ingezet.

#### *De juiste zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen*

In Zoetermeer werken de eerstelijns, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (vvt) en ziekenhuis samen om (zware) acute zorgvragen van kwetsbare ouderen te voorkomen en eerder in de keten te verhelpen. Daartoe worden meerdere projecten in samenhang uitgevoerd. Op dit moment draaien pilots voor REO-bedden (Regionaal Expertisecentrum Ouderen) een centraal coördinatiepunt en een diagnostisch zorgpad voor kwetsbare ouderen. Alle hebben

<sup>53</sup> RIVM, «Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2022», Kamerstuk 29 247, nr. 361.

<sup>54</sup> NZa, «Passende acute zorg», Kamerstuk 29 247, nr. 348.

zij als doel om als een probleem zich aandient, de oudere zo snel mogelijk een passende diagnose of passende opvang te kunnen bieden en de huisarts zo goed mogelijk te ontzorgen. Dit is onderdeel van een bredere ambitie Zoetermeer 2025 van zorgaanbieders, de gemeente Zoetermeer en zorgverzekeraars.<sup>55</sup>

#### *4.1.7 Samenwerking met en tussen grensregio's aan beide kanten van de grens*

Samenwerking tussen partijen in de acute zorg kan uiteraard ook meerwaarde hebben over de landsgrenzen heen. In veel grensregio's zijn er bijvoorbeeld al operationele afspraken met betrekking tot grensoverstijgende ambulancezorg. In 2020 zou er een rondetafelbijeenkomst worden georganiseerd over grensoverstijgende samenwerking in de ambulancezorg tussen Nederland en Duitsland. Deze heeft door de Covid-crisis niet kunnen plaatsvinden. Inmiddels is het contact weer hervat en heeft er eind mei 2022 een overleg plaatsgevonden over hoe dit onderwerp verder te brengen. Tijdens het overleg zijn een aantal thema's gesignaleerd voor nadere samenwerking, waaronder het rijden met optische en geluidssignalen, vervoer van opiaten, communicatie en wederzijdse erkenning van diploma's. Zowel de Duitse als Nederlandse ministeries zullen de betreffende ambulancediensten in de grensgebieden uitnodigen om met deze thema's aan de slag te gaan en begin 2023 bijeen te komen in een rondetafel. Voor het eind van het jaar komen de Nederlandse RAV's van de betreffende regio's samen om goede voorbeelden op te halen en te verzamelen in een handboek. Met betrekking tot erkenning van diploma's worden de komende periode met de betrokken partners mogelijke oplossingsrichtingen geanalyseerd. Er zal begin 2023 een bijeenkomst worden georganiseerd om met deze thema's verder aan de slag te gaan, de goede voorbeelden uit te wisselen en eventuele overstijgende of wettelijke problemen te destilleren. Daarin worden ook de uitkomsten van de gesprekken met de ambulancediensten en partijen betrokken bij de wederzijdse erkenning diploma's met elkaar besproken met als doel om te bezien welke aanvullende acties in gang moeten worden gezet om knelpunten weg te nemen. Hiermee doe ik de volgende moties en toezeggingen af: de toezegging over de ronde tafelbijeenkomst over grensoverstijgende ambulancezorg, gedaan tijdens het debat van 24 juni 2020 over de Wet Ambulancezorgvoorzieningen, de motie van het lid Van der Graaf c.s. om in overleg te treden met de relevante Nederlandse en Duitse partners en hierbij afspraken te maken over wederzijdse erkenning van diploma's<sup>56</sup>, en de toezegging dat ik de Kamer zal informeren over verdere voortgang van de uitvoering van de motie van het lid Den Boer c.s. over het in gesprek gaan met partners in de grensregio's om grensoverstijgende spoedzorg structureel te borgen en ruimte te laten voor maatwerk<sup>57</sup>.

#### **4.2 Acties samenwerking in de regio**

Samenwerking in de acute zorg is nodig op alle niveaus: van lokaal tot nationaal en zelfs grensoverstijgend. Leidend in de ordening van de acute zorg is de ROAZ-regio. Ik ga via het ROAZ partijen stimuleren om nog beter samen te werken. Meer samenwerking op andere schaal juich ik uiteraard ook toe.

<sup>55</sup> <https://www.zoetermeer2025.nl/>.

<sup>56</sup> Kamerstuk 32 851, nr. 65.

<sup>57</sup> Kamerstuk 32 851, nr. 44.



Ik acht het ROAZ een geschikt platform om samenwerkingsafspraken te maken, omdat alle betrokken zorgaanbieders uit de keten daarin zijn vertegenwoordigd en zorgverzekeraars bij het ROAZ zijn aangesloten. De zorgaanbieders hebben de taak om afspraken te maken «met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in hun regio alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg.»<sup>58</sup> Bovendien kunnen onderdelen van de gewenste samenwerking alleen op de schaal van het ROAZ vormgegeven worden.

→ Ik vraag daarom aan de partijen in de ROAZ-en om samenwerkingsafspraken te maken die bijdragen aan het toekomstbestendig organiseren van de acute zorg. Om de totstandkoming van deze samenwerkingsafspraken zo goed mogelijk te stimuleren, faciliteren en feitelijk te onderbouwen, heb ik in het IZA afgesproken dat elk ROAZ stelt een plan van aanpak op voor acute zorg in de regio. Waar nodig kan een ROAZ-regio nog onderverdeeld zijn in subregio's. Het ROAZ-plan komt tot stand op basis van drie stappen:

1. Criteria voor de ROAZ-beelden en -plannen worden uiterlijk eind 2022 gezamenlijk vastgesteld.
2. Elke ROAZ-regio heeft uiterlijk halverwege 2023 een ROAZ-beeld opgesteld.
3. Eind 2023 heeft elke ROAZ-regio een ROAZ-plan geformuleerd op basis van het ROAZ-beeld, het kwaliteitskader spoedzorgketen en andere uitgangspunten in het IZA. Elk ROAZ-plan bestaat uit twee delen, namelijk ROAZ-opgaven en ROAZ-afspraken. In de ROAZ-opgaven bepalen de ROAZ-partijen wat de belangrijkste transformatieopgaven in de regio zijn om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de acute zorg duurzaam te borgen. Voor de prioritaire opgaven in de regio maken zorgpartijen afspraken welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij wordt gestuurd (werkagenda) en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt. Het ROAZ-plan behelst nadrukkelijk afspraken op hoofdlijnen en betreft de prioritaire regio-opgaven. Specifieke afspraken worden dan ook decentraal tussen zorgpartijen gemaakt in verschillende specifieke transformatieplannen. Daadwerkelijke transformatie gebeurt op basis van specifieke transformatieplannen in lijn met de ROAZ-plannen.<sup>59</sup>

## 5. Randvoorwaarden: innovatie

Om tot een toekomstbestendige acute zorg te komen, moet voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden. Eén van deze randvoorwaarden is het maximaal toepassen van innovatie. Onder innovatie verstaan we het ontwikkelen en implementeren van nieuwe werkwijzen, producten of processen. Het doel van innovatie is inspelen op (toekomstige) problematiek; het is noodzakelijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de druk voor zorgmedewerkers te verminderen en hun werkplezier en -gemak te vergroten.

Komende jaren wil ik daarom inzetten op het verder verbeteren van de informatievoorziening voor zorgmedewerkers in de acute zorgketen. Het is belangrijk dat medische gegevens binnen de acute zorgketen op het juiste moment aanwezig zijn; dat is hier, nog meer dan bij andere vormen van zorg, van groot belang. Daarom wil ik inzetten op het verder stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling en het wegnemen van belemme-

<sup>58</sup> Artikel 8A.2, Uitvoeringsbesluit Wkkgz.

<sup>59</sup> Het IZA bevat een verdere uitwerking van de afspraken over de acute zorg en de ROAZ-plannen.



ringen die de uitwisseling van deze gegevens in spoedeisende situaties nu bemoeilijken.

In het kader van innovatie is artificiële intelligentie (AI) ook een onderwerp van aandacht. AI kan behulpzaam zijn voor snellere diagnoses, accurate behandelingen en beter ingelichte patiënten. AI zou ook van ondersteunende waarde kunnen zijn bij zorgcoördinatie en triage.

## 5.1 Gegevensuitwisseling

In deze paragraaf gaat het over uitwisseling van (medische) persoonsgegevens over de patiënt met het oog op de kwaliteit van de zorg.

### 5.1.1 Belang van gegevensuitwisseling in de acute zorg

Zorg wordt in toenemende mate geleverd in een keten of een netwerk en coördinatie van zorg wordt steeds belangrijker. Zonder goede gegevensdeling tussen de verschillende betrokken zorgprofessionals krijgt de patiënt wellicht teveel of te weinig of niet de beste zorg of pas in latere instantie de juiste zorg of wordt de zorgvraag die in eerste instantie niet acuut is, later alsnog acuut. Voor de kwaliteit van leven van de patiënt, voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de tijdsbesteding van schaarse zorgmedewerkers is dit op zijn minst suboptimaal en in sommige gevallen funest.

#### *Gegevensuitwisseling nodig wegens kwaliteit en patiëntveiligheid*

Uit een enquête van de Federatie van Medisch Specialisten blijkt dat 80% van de deelnemende medisch specialisten van mening is dat gebrekkige gegevensuitwisseling de patiëntveiligheid onder druk zet.<sup>60</sup> De deelnemende specialisten deelden ruim 450 voorbeelden van consequenties van gebrekkige gegevensuitwisseling. 60% van de deelnemers ziet gebrekkige gegevensuitwisseling als een obstakel voor de transitie naar de juiste zorg op de juiste plek. Als een patiënt bijvoorbeeld acuut geopereerd moet worden en het is niet bekend dat de patiënt antistollingsmedicatie gebruikt, dan zijn de risico's groot. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie onder een specifieke groep patiënten blijkt dat een groot deel van de deelnemers (92%) het belangrijk vindt dat hun medische gegevens uitgewisseld kunnen worden door zorgverleners met wie zij te maken krijgen, 58% vindt dit zelfs heel belangrijk.<sup>61</sup>

In de spoedzorg is de beschikbaarheid van de juiste informatie over de patiënt in het bijzonder van belang, omdat het kan gaan om levensbedreigende situaties waarin weinig tijd of mogelijkheid is om op het moment van de zorgvraag nog telefonisch informatie op te vragen. De Minister voor Medische Zorg en Sport heeft in een brief van 20 december 2019<sup>62</sup> de Tweede Kamer reeds toegezegd zich ervoor in te zetten dat de medische gegevens van de patiënt waarover de huisarts beschikt op korte termijn voor spoedzorg sneller (digitaal) beschikbaar komen.

<sup>60</sup> Federatie Medisch Specialisten, «Infographic uitkomsten peiling gegevensuitwisseling».

<sup>61</sup> Ter verduidelijking: dit onderzoek is gedaan onder patiënten met een gemiddelde leeftijd van 67+ met chronische aandoeningen. Patiëntenfederatie Nederland, «Rapportage Uitwisselen medische gegevens», september 2021.

<sup>62</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 211.

Relevante gegevens in geval van spoedzorg zijn volgens betrokken veldpartijen tenminste de gegevens zoals vastgelegd in de door de beroepsgroep bepaalde «professionele samenvatting» (hierna PS<sup>63</sup>). De PS is een minimale set van medische gegevens uit het huisartsendossier voor waarneming, ook wel Huisartswaarneemgegevens (Hwg) genoemd.

Een goede en snelle gegevensuitwisseling vergt dat de technische voorzieningen in orde zijn en dat de wettelijke grondslagen voor gegevensuitwisseling zo geregeld zijn, dat ze in de praktijk goed werken.

### *5.1.2 Technische voorzieningen*

De landelijke branche- en beroepsorganisaties van aanbieders van spoedzorg, Patiëntenfederatie Nederland, het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) en Nictiz werken in het programma Met spoed beschikbaar (MSB) samen om de digitale gegevensuitwisseling in de spoedzorgketen te realiseren. Het doel van MSB is de implementatie van de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp.<sup>64</sup> MSB ondersteunt zorgaanbieders bij het inbedden van digitale berichten in zorgprocessen en zorgsystemen en ondersteunt ICT-aanbieders bij het inbouwen en kwalificeren van berichten in hun systemen.

### *5.1.3 Toestemming van de patiënt*

Gegevens kunnen al dan niet uitgewisseld worden via een elektronisch uitwisselingssysteem (EUS). In het geval van acute zorg is uitwisseling via een EUS meestal de snelste route, omdat de gegevens dan klaar staan om indien nodig geraadpleegd te worden. Dit is vanuit het acute zorgperspectief het meest wenselijk, omdat er dan geen tijd verloren gaat aan het achterhalen van gegevens. De Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) bepaalt dat een zorgaanbieder gegevens van de cliënt slechts via een EUS beschikbaar stelt, voor zover de zorgaanbieder heeft vastgesteld dat de cliënt daartoe uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Een cliënt die dergelijke toestemming geeft, geeft daarmee in beginsel ook toestemming voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim en, indien aan de voorwaarden uit de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor toestemming wordt voldaan, voor verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens als bedoeld in de AVG.

Momenteel ontbreekt van veel Nederlanders toestemming voor het klaarzetten van de gegevens voor onbekend gebruik later. Huisartsen geven aan dat zij niet verwachten dat het aantal toestemmingen toeneemt als deze verder worden uitgevraagd. Daarbij is het uitvragen en registreren van de toestemmingen door de huisarts een grote administratieve last, die ten koste gaat van de tijd en aandacht voor de patiënt in de spreekkamer. Het vragen van miljoenen Nederlanders om toestemming voor allerlei specifieke gegevensuitwisselingen is bovendien naar verwachting een langdurig proces, waardoor een lange tijd niet aan iedereen de gewenste goede acute zorg kan worden geboden.<sup>65</sup>

<sup>63</sup> Zie Richtlijn Gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp 2014, p. 17 en 18 voor een beschrijving van de professionele samenvatting. Een actualisatie van de richtlijn is aanstaande.

<sup>64</sup> Deze richtlijn geeft de berichten- en gegevenssets die nodig zijn om de informatievoorziening binnen de acute zorg adequaat te ondersteunen. Deze richtlijn vormt de basis voor de informatiestandaard die op technisch niveau de berichten en gegevens beschrijft.

<sup>65</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 276.

#### 5.1.4 Corona Opt-in en duurzame oplossing

Reeds in 2019 is aangegeven te werken aan een duurzame oplossing voor het ontbreken van de juiste toestemmingen voor elektronische gegevensuitwisseling via een EUS bij acute zorg.<sup>66</sup> De Covid-pandemie heeft de behoefte daaraan enorm versterkt. In overleg met de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), de IGJ en het Openbaar Ministerie (OM) is, wegens de hoge druk op de zorg, de tijdelijke gedoogconstructie «Corona Opt-in» gecreëerd. De Corona Opt-in gaat in spoedsituaties uit van veronderstelde toestemming vooraf voor beschikbaarstelling van gegevens in een EUS, onder voorwaarde dat ter plaatse om toestemming van de patiënt voor het raadplegen van de PS wordt gevraagd. Na afloop van de Covid-pandemie wordt teruggekeerd naar de normale situatie, wat tot gevolg heeft dat uitdrukkelijke toestemming vooraf weer nodig zal zijn. Dit is onwenselijk aangezien dan van een groot deel van de Nederlandse bevolking bij acute zorg geen gegevens bekend zijn. Om die reden is in de brief van 30 april 2021 aan uw Kamer medegedeeld dat wordt gewerkt aan een duurzame oplossing.<sup>67</sup>

In dit kader zijn de afgelopen periode gesprekken gevoerd met partijen uit het zorg- en privacyveld. Zoals aangegeven in mijn brief van 9 mei 2022 zal de voorkeursoplossing de aanpassing van wet- en regelgeving zijn, zodat gegevens beter beschikbaar komen.<sup>68</sup> De wetwijziging wordt momenteel voorbereid. Beoogd is te regelen dat voor het verlenen van acute zorg door de zorgaanbieder gegevens ten behoeve van raadpleging door partijen in de acute zorgketen zonder toestemming, maar met *opt-out* mogelijkheid voor de patiënt, beschikbaar kunnen worden gesteld of kunnen worden verstrekt. Op deze wijze zijn de relevante medische gegevens beschikbaar, maar kunnen patiënten tegelijkertijd zelf regie behouden middels het uiten van bezwaar tegen de beschikbaarstelling of verstrekking van de gegevens.

#### 5.1.5 Acties gegevensuitwisseling

- Ik stel vanaf 2023 en 2024 middelen beschikbaar voor een vervolg op het programma MSB met het oog op verdere implementatie van de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp. Ik verwacht dan ook dat zorgaanbieders en ICT-leveranciers hier optimaal gebruik van maken en de kansen op ondersteuning maximaal benutten. De extra financiële impuls betekent ook dat ik onderzoek of ik – in overleg met het zorgveld – gegevensuitwisseling in geval van acute zorg op de meerjarenagenda van het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) ga zetten.
- Ik zal partijen vragen de reikwijdte van de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp uit te breiden, mede in relatie tot beoogde uitbreiding van de reikwijdte van het Kwaliteitskader spoedzorgketen, zodat digitale uitwisseling van gegevens tussen meer categorieën zorgaanbieders in de acute keten bevorderd wordt. Tevens zal ik – zoals genoemd in hoofdstuk 2 – partijen verzoeken om een informatieparagraaf toe te voegen aan het Kwaliteitskader spoedzorgketen.
- Ik heb een wetwijziging in voorbereiding die een opt-out regelt voor het beschikbaar stellen en verstrekken van gegevens met het oog op acute zorg. Ik streef ernaar een wetsvoorstel bij u in te dienen rond de zomer van 2023.

<sup>66</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 211.

<sup>67</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 262.

<sup>68</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 276.

## 5.2 Digitalisering, innovaties en e-health

Volgens onderzoek uitgevoerd in opdracht van FME, de ondernemersorganisatie voor de technologische industrie, genaamd «Uitweg uit de schaarste», is het tekort aan personeel in de zorg op te lossen door de implementatie van eenvoudige, bestaande technologie.<sup>69</sup> Op alle niveaus ontbreekt het echter aan kennis over zorgtechnologie. Dit is problematisch wegens het uitblijven van innovatie als gevolg.

Voor de reactie op het rapport «Uitweg uit de schaarste» verwijs ik u naar een brief van de Minister voor LZS, die op 30 juni 2022 aan uw Kamer is gezonden, waarin mede namens mij op het rapport «Uitweg uit de schaarste» wordt gereageerd.<sup>70</sup> In deze brief wordt aangegeven dat de Minister voor LZS eind 2022 een concrete uitwerking van de arbeidsbesparende technologische en sociale innovaties naar de Kamer zal sturen.

E-health, innovaties en digitalisering kunnen een positieve bijdrage leveren aan de acute zorg. Hieronder licht ik voorbeelden van e-health, van innovatie en van digitalisering toe.

### *Voorbeeld Spreekuur.nl*

Een succesvol voorbeeld van digitalisering en e-health is Spreekuur.nl. Patiënten krijgen via dit platform een digitaal consult bij vragen over verschillende klachten. Het digitale consult wordt door de patiënt zelf voorbereid, na het doorlopen van vragen ten aanzien van triage en anamnese. Tenslotte voegt de patiënt een foto toe. Binnenkort volgt een nieuwe functie waardoor de patiënt snel helderheid krijgt over het urgentieniveau van de klachten. Spreekuur.nl is toegankelijk in zes zorggebieden en inmiddels zijn meer dan vijftigduizend digitale consulten afgenomen.<sup>71</sup> Spreekuur.nl wordt ingezet door huisartsenposten, ook bij spoedvragen.

### *Voorbeeld Thuisarts.nl*

Via de website Thuisarts.nl kan eenieder informatie opzoeken over gezondheid en ziekte. Daarbij is op de website ook te vinden of iemand met een zorgvraag naar de (huis)arts moet gaan of wie kan helpen bij de zorgvraag in kwestie. De informatie op thuisarts.nl wordt begrijpelijk opgeschreven, waarbij ervoor wordt gezorgd dat de informatie klopt op basis van de relevante richtlijnen uit het veld. Wanneer geen richtlijn bestaat, worden andere bronnen zoals wetenschappelijke artikelen, medische boeken en standpunten van artsen gebruikt. Thuisarts.nl kan de instroom in de acute zorg verminderen door bij te dragen aan een juiste informatiestroom aan patiënten, wat kan bijdragen aan het tegengaan van onnodige instroom op bijvoorbeeld de HAP of bij de huisarts.

### *Voorbeeld Talking Traffic*

De ambulancesector is aangesloten op het Talking Traffic platform, een initiatief van het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat. Dankzij deze aansluiting kunnen slimme verkeerslichten een groener loper creëren voor de ambulance en kunnen andere weggebruikers worden gewaarschuwd voor naderende ambulances. Veiligheid van

<sup>69</sup> Gupta Strategists in opdracht van FME, «Rapport Uitweg uit de schaarste», mei 2022.

<sup>70</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 279.

<sup>71</sup> Skipr, «Opmars van digitale huisartsdienst in Nederland», 18 mei 2022. <https://www.skipr.nl/nieuws/opmars-van-digitale-huisartsdienst-in-nederland/>.

de patiënt is het voornaamste doel, maar een verwacht neveneffect is een snellere aanrijtijd naar patiënt en ziekenhuis.

#### *Voorbeeld Vooraankondiging vanuit ambulance aan ziekenhuis*

Aanrijdende ambulances sturen via het landelijke schakelpunt van AZN informatie over de (gezondheidstoestand van) een patiënt naar het ziekenhuis ten behoeve van een succesvolle overdracht, zodat het ziekenhuis reeds voorbereid kan zijn op de komst van de patiënt. De vooraankondiging is een gestandaardiseerd bericht, gebaseerd op de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp.

Om tot een betere toepassing van e-health en digitalisering te komen en innovaties te realiseren, is van belang dat organisaties zich lerend opstellen. In dat kader zijn wetenschapsdagen, zoals bijvoorbeeld periodiek georganiseerd door AZN, goede voorbeelden.

#### *5.2.1 Medische innovaties in de ambulancezorg*

Niet enkel technische innovaties kunnen een bijdrage leveren aan de acute zorg. Ook medische innovaties zijn van groot belang om de kwaliteit van de acute zorg op peil te houden. In de ambulance vinden waardevolle medische innovaties plaats. Hieronder schets ik een aantal voorbeelden.

#### *Voorbeeld onderzoek in ambulance bij herseninfarct*

De ELECTRA-STROKE-studie (gepresenteerd tijdens een wetenschapsdag van AZN) wordt gecoördineerd vanuit het Amsterdam UMC (locatie AMC) en heeft tot doel dat patiënten direct naar het juiste ziekenhuis worden gebracht, wanneer zij door de ambulance zijn meegenomen met een groot herseninfarct. Het onderzoek bekijkt of met elektro-encefalografie (EEG) een groot herseninfarct bij een occlusie van een groot bloedvat (LVO) al in de ambulance kan worden gedetecteerd. Gevolg zou zijn dat de patiënt direct naar het ziekenhuis kan waar de standaardbehandeling in deze gevallen wordt geleverd. Het onderzoek is nog niet afgerond, maar het laat zien dat aan innovaties wordt gewerkt.<sup>72</sup>

#### *Eerste voorbeeld verminderen spoedritten bij hartklachten*

Een ander voorbeeld van medische innovaties binnen de ambulancezorg is te vinden in nog lopend onderzoek van cardioloog Cyril Camaro verbonden aan het RadboudUMC te Nijmegen. Middels een troponine-meting kan worden bepaald of een patiënt wel of geen acute hartaanval heeft. Voorheen kon een troponine-meting enkel plaatsvinden in het ziekenhuis. Er bestaan inmiddels draagbare apparaten die gebruikt kunnen worden om bij de patiënt thuis een troponine-meting uit te voeren en te bepalen of de patiënt door de ambulance zal moeten worden meegenomen. Dit zou kunnen bijdragen aan een doelmatige inzet van ambulances en kan ongeveer de helft van de spoedritten in het geval van patiënten met hartklachten besparen.<sup>73</sup>

<sup>72</sup> AMC, «ELEKTRA-STROKE studie». <https://www.amc.nl/web/research-75/trials-collaborations/electra-stroke-studie-1.htm>.

<sup>73</sup> Cardioloog Camaro via RTL Nieuws, Veel onnodige spoedritten bij hartinfarcten: «Ambulance is traumatisch», 30 mei 2022.

### *Tweede voorbeeld verminderen spoedritten bij hartklachten*

Het reeds afgeronde onderzoek FamouS Triage richtte zich ook op een pre-hospitale troponine-meting (in combinatie met een HEART-score). Onderzocht werd of de HEART-score in combinatie met die pre-hospitale bepaling van het high sensitive troponine een valide triage instrument is om tot een voorspelling te komen van een acuut coronair syndroom bij patiënten met pijn op de borst. Het onderzoek heeft laten zien dat dit triage-model haalbaar is en niet onder doet voor het vervoeren van alle patiënten met pijn op de borst.<sup>74</sup>

#### *5.2.2 Acties digitalisering, innovaties en e-health*

- In het IZA zijn afspraken gemaakt over het bevorderen van hybride zorg (een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg). Sectoren gaan onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van veldpartijen verwacht ik vervolgens dat deze hybride zorg toegankelijk is en partijen inclusiviteit van deze zorg bevorderen.
- De komende tijd zullen vanuit nieuwe akkoorden zoals het IZA, het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) extra impulsen worden gegeven aan de implementatie van technologische en sociale innovaties. Eind 2022 zal de Minister voor LZS de uitwerking van de arbeidsbesparende technologische en sociale innovaties binnen het IZA, WOZO en TAZ naar de Kamer sturen.<sup>75</sup>

### **5.3 Artificiële intelligentie**

Onder AI verstaan we systemen die intelligent gedrag vertonen door hun omgeving te analyseren en – met een zekere mate van zelfstandigheid – actie ondernemen om specifieke doelen te bereiken.<sup>76</sup> Ten aanzien van AI-toepassingen voor gezondheid en zorg valt te denken aan het gebruik van voorspelmodellen in preventie, diagnostiek of behandeling of het accuraat kunnen beoordelen van beeld, spraak of samenvatten van klinische teksten.

In mijn brief van 9 mei 2022 over waardevolle AI voor gezondheid heb ik aangegeven het belangrijk te vinden dat AI ook binnen de zorgsector op een betrouwbare en mensgerichte wijze wordt ontwikkeld en ingezet.<sup>77</sup> De focus ligt daarbij op inzet van AI die in de praktijk merkbaar waarde toevoegt voor de professional, patiënt of burger in gezondheid en zorg. Op dit moment vinden te weinig AI-toepassingen hun weg naar de praktijk door tal van belemmeringen. Leren in de praktijk is nodig om beter te worden. Binnen de acute zorg staat AI momenteel ook nog in de kinderschoenen. In mijn brief van 9 mei 2022 heb ik aangegeven uw Kamer eind 2022 te informeren over mijn beleid op het meervoudig gebruik van data en over de voortgang van mijn beleid met betrekking tot AI.<sup>78</sup>

<sup>74</sup> R. Tolfsma e.a., «Referral decisions based on a pre-hospital HEART score in suspected non-ST-elevation acute coronary syndrome: final results of the FamouS Triage study», 2021. In: European Heart Journal.

<sup>75</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 279.

<sup>76</sup> Definitie van de Europese Commissie (COM(2018) 795 final) zoals die is verwoord in het Strategisch Actieplan voor AI (SAPAI): bijlage bij Kamerstukken 26 643 en 32 761, nr. 640.

<sup>77</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 275.

<sup>78</sup> Kamersutk 27 529, nr. 275.

Ook binnen Europa is AI een agendapunt. De Europese Unie (EU) constateert dat de technieken van AI naast voordelen ook nieuwe risico's of negatieve gevolgen met zich mee kunnen brengen. De EU streeft om die reden naar een evenwichtige aanpak, waarin burgers de voordelen van AI kunnen genieten volgens de waarden, grondrechten en beginselen van de EU. Middels de Artificial Intelligence Act<sup>79</sup>, die momenteel door de Europese Commissie wordt voorbereid, maakt de Commissie wetgeving voor een gecoördineerde Europese aanpak van de implicaties die AI met zich mee kan brengen.

Er bestaan wel veelbelovende AI toepassingen die kunnen bijdragen aan een verbetering van de acute zorg. Een plek binnen de acute zorgketen waar AI van toegevoegde en ondersteunende waarde zou kunnen zijn is bij de triage en zorgcoördinatie. AI kan bijdragen aan het verbeteren van triage middels het analyseren van diverse patiëntfactoren.<sup>80</sup>

### 5.3.1 AI en ambulances

In mijn brief van 19 april 2022<sup>81</sup> heb ik de toezegging gedaan aan AZN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te vragen mij te informeren over de ontwikkelingen rondom kunstmatige intelligentie in de ambulancezorg, naar aanleiding van de motie van het lid Van den Berg<sup>82</sup>. Hiertoe heb ik vanuit AZN een notitie ontvangen, die ik als bijlage 4 bij deze brief voeg.

AZN geeft aan dat er verschillende systemen zijn ontwikkeld om de spreiding en beschikbaarheid van ambulances te optimaliseren, gebruikmakend van kunstmatige intelligentie, en dat deze systemen door verschillende RAV's worden of zijn beproefd, met wisselende uitkomsten. Het is aan de RAV's zelf om te bepalen of en welke systemen zij willen aanschaffen, maar de kennis en ervaringen hieromtrent worden binnen AZN veelvuldig gedeeld waardoor er een cyclus van leren en verbeteren ontstaat. Ook andere initiatieven binnen de ambulancezorg dragen bij aan (sneller) de juiste zorg bieden aan een patiënt, daarvoor verwijs ik naar de notitie van AZN. ZN geeft aan enthousiast te zijn over de digitalisering in de ambulancezorg en is bezig met het beoordelen van de effectiviteit van een aantal zaken die in de notitie zijn genoemd. Ik zal AZN en ZN vragen om de komende tijd te benutten om een nadere analyse van het gebruik van de systemen te doen en mij voor de zomer van 2023 te informeren over de kwaliteit, resultaten en voor- en nadelen hiervan. De motie van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over kunstmatige intelligentie in de ambulancezorg en het effect daarvan op aanrijtijden beschouw ik hierbij dan ook als afgehandeld.

#### *Positionering van ambulances en ondersteunende systemen*

Op alle meldkamers werken centralisten met Dynamisch Ambulance Management (DAM). Dit betekent dat ambulances niet altijd op de vaste standplaats blijven staan maar tussen oproepen door dusdanig worden gepositioneerd dat zij maximaal effectief inzetbaar zijn. Centralisten doen dit op basis van de eigen kennis en ervaring binnen de regio, maar worden in enkele regio's ondersteund door systemen die op basis van historische data en wiskundige modellen

<sup>79</sup> Europese Commissie, «Voorstel voor een Verordening van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van geharmoniseerde regels betreffende artificiële intelligentie (wet op de artificiële intelligentie) en tot wijziging van bepaalde wetgevingshandelingen van de Unie», 21 april 2021.

<sup>80</sup> A. Kirubarajan, A. Taher, S. Khan & S. Masood, «Artificial intelligence in emergency medicine: a scoping review», 2020. In: JACEP Open 2020, 1, p. 1691–1702.

<sup>81</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 350.

<sup>82</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 347.



voorspellen waar statistisch gezien de positionering van de ambulance op dat moment het gunstigste is. Over de gehele regio genomen lijkt dit gunstige effecten te hebben op de aanrijtijden. Dit betekent echter niet dat dit een verbetering oplevert voor elke gemeente binnen de regio. Mogelijk gevolg van het volledig leunen op dergelijke systemen is dat ambulances worden onttrokken aan (afgelegen) gebieden waar de kans op een inzet het kleinst is. Dit kan de dekking in dit gebied raken. Een goede balans tussen de mogelijkheden van systemen en de menselijke factor is in het positioneren van ambulances dan ook van belang. RAV's blijven ontwikkelingen in binnen- en buitenland nauwlettend in de gaten houden en ervaringen met elkaar uitwisselen.

### 5.3.2 Acties artificiële intelligentie

- Voor de vervolgstappen omtrent mijn beleid inzake AI verwijs ik u naar mijn brief van 9 mei 2022 over waardevolle AI voor gezondheid.<sup>83</sup>
- Ik zal AZN en ZN vragen om de komende tijd te benutten om een nadere analyse van het gebruik van de systemen te doen en mij voor de zomer van 2023 te informeren over de kwaliteit, resultaten en voor- en nadelen hiervan.

## 6. Randvoorwaarden: Bekostiging

### 6.1 Bekostiging en beschikbaarheid

Het is van belang dat de bekostiging van de acute zorg een goede ketenbrede afweging stimuleert over welke beschikbaarheid waar georganiseerd wordt. Want als de juiste zorg niet op het juiste moment beschikbaar is, kan dit bij acute zorgvragen direct leiden tot gezondheidsrisico's voor de patiënt. Tegelijkertijd kan te veel beschikbaarheid ook ten koste gaan van een slimme inzet van schaarse zorgmedewerkers. Bovendien kan ook de kwaliteit van zorg in het geding komen als medewerkers te weinig patiënten zien, omdat bijvoorbeeld volumenormenten niet gehaald worden.

In de praktijk krijgt beschikbaarheid van acute zorg op verschillende manieren een plek in de contractering. De basis wordt daarbij steeds gevormd door de geldende toegankelijkheidsnormen, waarbij het vervolgens aan aanbieders en verzekeraars is om die normen te vertalen naar een geschikte organisatie met de juiste beschikbaarheid en passende bekostiging. Het verschilt echter per sector binnen welke kaders de contractering vervolgens plaatsvindt. In sommige sectoren zijn aangevozen aanbieders verantwoordelijk voor de toegankelijkheid in een regio. Dan worden met verzekeraars budgetten afgesproken die de benodigde beschikbaarheid en spreiding aan capaciteit in die regio dekken: dat geldt voor de ambulancezorg, de bekostiging van huisartsenposten en de acute ggz. Deze vormen van zorg worden door zorgverzekeraars in representatie ingekocht. Voor andere onderdelen, waaronder SEH's en acute verloskunde, wordt de acute zorg vanuit reguliere (niet-acute) prestaties en tarieven (DBC's) bekostigd. Afspraken over de kwaliteit en toegankelijkheid vormen in dat geval onderdeel van de bredere contractafspraken met de instelling. Ook voor dienstapotheken loopt de bekostiging via prestaties en tarieven. Zorgverzekeraars maken hierover in representatie specifieke afspraken met de betrokken apotheken. In de wijkverpleging is sinds kort sprake van een aparte betaaltitel voor onplanbare ANW-zorg om de contractering daarvan te vergemakkelijken. In uitzonderingsgevallen bestaat tot slot de mogelijkheid om, onder strenge voorwaarden,

<sup>83</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 275.

een beschikbaarheidsbijdrage van de overheid in te zetten, zoals voor de mobiel medische teams en de ambulancehelikopter voor de Friese Waddeneilanden en voor sommige SEH's en afdelingen acute verloskunde die, als één van de voorwaarden, gevoelig zijn voor de huidige 45-minutennorm. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie vanuit overheidsmiddelen en voor deze bijdrage is er daarom geen inkoopprol voor verzekeraars.

Hieronder ga ik in op de vraag in hoeverre de huidige manier van financieren, bekostigen en inkopen toekomstbestendig is in het licht van de uitdagingen op het gebied van personeel en de gewenste kwaliteit en toegankelijkheid. Daarmee kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan het lid Ellemeet uit het debat van 24 februari jl. om te onderzoeken of het verstandig/wenselijk is om per definitie een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen aan alle SEH-posten. Ook ga ik in op de motie van het lid Maeijer<sup>84</sup> om te onderzoeken of het verstandig is om van SEH's, Intensive Cares (IC) en persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) een niet-economische dienst van algemeen belang te maken, mede in het licht van pandemische paraatheid, en geef ik antwoord op de mondelinge vraag van het lid Agema tijdens het mondelinge vragenuur op dinsdag 5 juli jl. om IC-bedden een niet-economische dienst van algemeen belang te maken.

Ik ga hiermee ook in op de betreffende onderdelen uit het advies Passende acute zorg van de NZa<sup>85</sup>, waarin de mogelijkheden voor het betalen voor beschikbaarheid voor SEH's nader verkend zijn. De NZa gaat daarin onder andere in op de vraag in hoeverre wijzigingen in de bekostiging kunnen bijdragen aan passende acute zorg. Haar conclusie is dat meer bekostiging op basis van beschikbaarheid voor SEH's op termijn passend is, maar alleen als eerst een doelmatige organisatie van de acute zorg op basis van een nieuw normenkader gerealiseerd wordt. In zo'n normenkader moet volgens de NZa worden opgenomen in welke mate welke zorg waar beschikbaar dient te zijn. Zolang dit normenkader niet ontwikkeld en in de praktijk is gebracht, voorziet de NZa een reëel risico dat sectorbrede bekostiging van alle SEH's op basis van beschikbaarheid tot minder doelmatigheid leidt.

## **6.2 Visie op het betalen voor beschikbaarheid in de acute zorgketen**

Veranderingen in het betalen voor beschikbaarheid kunnen grofweg op twee manieren worden vormgegeven: via contractering binnen de bestaande (hierboven kort geschetste) kaders voor financiering en bekostiging, of door aanpassing van die kaders.<sup>86</sup> In het eerste geval wordt een beroep op zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan<sup>87</sup> om de gewenste samenwerking via onderlinge afspraken vorm te geven en te bekostigen binnen de huidige kaders. In het tweede geval wordt juist van zorgaanbieders en zorgverzekeraars verwacht zich aan te passen aan opgelegde veranderingen in wet- en regelgeving voor inkoop en bekostiging, en vervolgens in lijn met en gestimuleerd door die veranderingen te komen tot samenwerking met het oog op goede en toegankelijke zorg voor iedereen en een zorgvuldige inzet van medewerkers.

<sup>84</sup> Kamerstuk 35 766, nr. 4.

<sup>85</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 348.

<sup>86</sup> Onder «contractering binnen de bestaande kaders», bedoel ik ook de inkoop in representatie door zorgverzekeraars zoals in de ambulancezorg en bij huisartsenposten.

<sup>87</sup> Voor waar plannen voor de acute zorg aan hun inkoop raakt, geldt dit beroep ook voor zorgkantoren.

Ik wil voor de korte termijn met name inzetten op mogelijkheden die via contractering binnen de bestaande kaders bestaan. Dat heeft een aantal redenen. Ten eerste ben ik van mening dat de gewenste samenwerking via de contractering binnen de huidige kaders vormgegeven kan worden en het past bij de verantwoordelijkheid van partijen. Zorgverzekeraars dragen vanuit hun zorgplicht in het bijzonder de verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van een samenhangende acute zorg voor hun verzekerden die voldoet aan de geldende normen. In iedere sector kent de bekostiging ook ruimte om in de contracten afspraken te maken over het stimuleren van goede kwaliteit, samenwerking en prestaties op het gebied van toegankelijkheid.<sup>88</sup> Dit geldt ook voor de inkoop in representatie door zorgverzekeraars, zoals bij de huisartsenposten, ambulancezorg en acute ggz. Door afspraken over samenwerking en toegankelijkheid te laten landen in de contracten, kan daarnaast makkelijker de samenhang worden gezocht met andere ontwikkelingen in de organisatie op het gebied van kwaliteit, samenwerking en eventuele taakherschikkingen. Samenwerkingsafspraken met het oog op de noodzakelijke kwaliteit en toegankelijkheid zijn ook goed binnen de breder geldende wet- en regelgeving te maken. Een tweede reden om terughoudend te zijn met wijzigingen in wet- en regelgeving voor bekostiging is dat dergelijke aanpassingen vaak (tijdelijk) leiden tot veel onzekerheid en extra administratieve lasten voor zowel aanbieders als inkopers, waardoor een zekere basis om zorginhoudelijke veranderingen door te voeren onder druk komt te staan. De laatste reden is dat ik de analyse van de NZa over passende acute zorg deel dat grote aanpassingen in de bekostiging gericht op beschikbaarheid zonder een aangepast normenkader tot ondoelmatigheid en daarmee op termijn ook tot verlies van kwaliteit kunnen leiden.

→ Ik heb daarom in het IZA bestuurlijke afspraken gemaakt om de contractering te ondersteunen. Ik verwacht daartoe van partijen in het ROAZ dat zij een aanpak opstellen voor het waarborgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg voor patiënten in de regio (zie ook hoofdstuk 4). Het gaat daarbij om de borging van bestaande toegankelijkheidsnormen en goede afspraken voor het geval een SEH tijdelijk niet alle patiënten kan opvangen, maar ook om het flexibel doorontwikkelen van de organisatie in de regio en passende contractering. Daarbij moet in ieder geval aangesloten worden bij ontwikkelingen in de normen voor kwaliteit en toegankelijkheid en wordt steeds gekeken naar kansen om door samenwerking de kwaliteit en toegankelijkheid in de keten verder te verbeteren.

Desalniettemin sluit ik niet uit dat de bekostiging en inkoop van de acute zorg structureel gezien beter kunnen. De wijze van bekostiging en inkoop van acute zorg moet de juiste beweging immers stimuleren en effectieve sturing hierop mogelijk maken. Zoals hierboven uiteengezet, krijgt beschikbaarheid op dit moment op diverse verschillende manieren een plek in de contractering, mede door de verschillen in kaders tussen de sectoren, wat samenwerking mogelijk bemoeilijkt. Ik ben het ook met de NZa eens dat aanpassingen in de bekostiging, in samenhang met ontwikkelingen in de normen voor kwaliteit en toegankelijkheid, op de middellange termijn mogelijk bij kunnen dragen aan een betere organisatie van acute zorg in de keten.

Voor de middellange termijn wil ik daarom verkennen welke mogelijkheden er zijn voor aanpassingen in de kaders voor financiering, bekostiging en zorginkoop. Daarbij geldt dat geld inhoud moet volgen. Als bijvoorbeeld blijkt dat de benodigde kwaliteit, samenwerking en toegankelijkheid via contractering binnen de bestaande kaders onvoldoende geborgd is of onvoldoende doelmatig ingevuld kan worden, is het

<sup>88</sup> Zie bijvoorbeeld: ZN, «Visie Acute Zorg», april 2022.

denkbaar om de bekostiging van de acute zorg voor meer onderdelen los te knippen van de bekostiging van de reguliere zorg in sectoren waar dat nog niet het geval is. Er kan in dit verband worden gedacht aan (onderdelen van) de zorg op SEH's en afdelingen acute verloskunde.<sup>89</sup> De ontwikkelingen in het veld kunnen hier nadere input voor verschaffen. Daarnaast wil ik verkennen hoe een meer uniforme bekostiging van de acute zorg bij kan dragen aan betere samenwerking in de keten.

→ Ik zal de komende tijd verkennen wat de kansen en risico's zijn van een mogelijke aanpassing van kaders voor de bekostiging en inkoop van acute zorg, en begin 2023 de NZa opdracht geven de mogelijkheden in de uitvoering nader te onderzoeken. Ik zal de NZa vragen het onderzoek eind 2023 op te leveren. Onderdeel van het onderzoek is ook om te verkennen of het mogelijk is om op regionaal niveau al te experimenteren op het gebied van de bekostiging, bijvoorbeeld door middel van een regionale bekostigingspilot.

### **6.3 Reactie op de motie en toezegging over beschikbaarheidsfinanciering**

In het verlengde van deze overwegingen geef ik, in reactie op de toezegging aan het lid Ellemeet uit het debat van 24 februari 2022 om te bekijken of het verstandig en/of wenselijk is om SEH-posten te bekostigen via beschikbaarheidsfinanciering en in reactie op de motie van het lid Maeijer voor zover het gaat over SEH-financiering, ook aan dat ik op korte termijn niet inzet op grote wijzigingen in de bekostiging van alle SEH-posten. Zoals ik in hoofdstuk 2.4 heb aangegeven ga ik op termijn de 45-minutennorm afschaffen en mede daardoor zal ook de beschikbaarheidsbijdrage SEH in de huidige vorm op termijn komen te vervallen. Ik ga de 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage vervangen door nieuwe normen en instrumenten om de toegankelijkheid van de zorg in heel Nederland te borgen. Meer in het algemeen kan voor de financiering en bekostiging van beschikbaarheid via een beschikbaarheidsbijdrage – een subsidie op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) – gesteld worden dat deze bedoeld is als uitzondering die alleen in specifieke situaties na een zorgvuldige afweging en als laatste redmiddel wordt ingezet, mede ook vanwege staatssteunaspecten. In mijn verkenning voor de middellange termijn loopt het onderzoeken van een vorm van beschikbaarheidsfinanciering voor SEH's en afdelingen acute verloskunde wel mee.

Tot slot sluit ik, in reactie op de motie van het lid Maeijer en de vraag van het lid Agema wat betreft de beschikbaarheid van intensive care-capaciteit en persoonlijke beschermingsmiddelen (PBMs), aan bij de beleidsagenda pandemische paraatheid die ik uw Kamer op 14 april heb doen toekomen.<sup>90</sup> Daarin heb ik aangegeven dat, om beter voorbereid te zijn op een volgende crisis, het belangrijk is om te werken aan een flexibele opschaling. Centraal daarbij is de flexibele beschikbaarheid van personeel. In de Covid-pandemie bleek met name de inzetbaarheid van personeel een knelpunt voor de verdere opschaling van met name de intensive care-capaciteit. Gelet op de tekorten in zowel de zorg als in andere sectoren, is het niet realistisch dat het aantal zorgmedewerkers verder zal toenemen in de komende jaren. In het geval van een volgende pandemie moet daarom gekeken worden naar andere manieren van organiseren om de zorg kwalitatief en toegankelijk te houden. Dat kan bijvoorbeeld door de mogelijkheden voor sociale en technologische innovatie optimaal te benutten. Anderzijds zal gekeken worden naar

<sup>89</sup> In het bijzonder wanneer zij niet gevoelig zijn voor 45-minutennorm en daarmee buiten het bereik van de beschikbaarheidsbijdrage blijven.

<sup>90</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1836.

flexibeler opleiden, zodat zorgmedewerkers voorbereid zijn om aan de slag te kunnen bij een acute zorgvraag. De inzet van bijvoorbeeld de opleiding Basis Acute zorg (BAZ) draagt hieraan bij. Zoals in de Kamerbrief «Nadere uitwerking lange termijn aanpak COVID-19» staat, deelt het kabinet het advies van de taskforce ondersteuning zorgpersoneel om de opleiding BAZ eenmalig te verruimen gezien de positieve ervaringen, groeiende instroom en bijdrage aan een flexibele inzet van medewerkers, ook in andere zorgbranches.<sup>91</sup> Ook zet ik in op goed en continue inzicht in beschikbare capaciteit, zodat knelpunten snel herkend kunnen worden en er gericht gestuurd kan worden op oplossingen daarvan.

In de beleidsagenda pandemische paraatheid heb ik verder aangegeven dat, om ongewenste strategische afhankelijkheden en kwetsbaarheden in de medische productieketens te verminderen, het kabinet wil investeren in open strategische autonomie, bijvoorbeeld door diversificatie van toeleveringsketens en het stimuleren van productie van medische producten dicht bij huis. Dicht bij huis wil zeggen binnen Nederland en de EU. Hierbij bekijk ik de mogelijkheden voor het investeren in opschaalbare productiecapaciteit van enkele PBM.

## **7. Randvoorwaarden: Regie**

### **7.1 Waarom aan de slag met regie door de overheid?**

Ik vraag om leiderschap van de zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgverleners en andere betrokkenen, onder andere in ROAZ-verband en om te doen wat nodig is om de integrale samenwerking in de acute zorg te bevorderen. De vragen die ik in deze beleidsagenda aan partijen in het veld stel zijn niet vrijblijvend. Nauwe samenwerkingen zijn immers nodig om kwalitatief goede zorg voor iedereen in Nederland toegankelijk te houden. Wanneer er de komende tijd onvoldoende voortgang wordt geboekt, dan zal de overheid versnelling aanbrengen. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid om te bevorderen dat er meer wordt samengewerkt bij triage, behandeling en nazorg. In het huidige stelsel zijn mijn instrumenten relatief beperkt. Het maken van afspraken over kwaliteitsnormen, samenwerking en de organisatie van de acute zorg is grotendeels voorbehouden aan zorgmedewerkers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik leg daarom nadrukkelijk eerst de verantwoordelijkheid bij veldpartijen neer en ik verwacht dat zij deze verantwoordelijkheid nemen in het belang van de huidige en toekomstige patiënten en burgers en patiënten hier ook bij betrekken. Tegelijkertijd ga ik verkennen welke mogelijkheden en instrumenten de overheid aanvullend kan inzetten om ontwikkelingen in de organisatie van de acute zorg vorm te geven als dat nodig blijkt te zijn.

### **7.2 Landelijke regie**

Het ZIN kan een regisserende rol nemen bij het tot stand komen van kwaliteitsstandaarden met de tripartiete partijen (organisaties van cliënten, zorgaanbieders of zorgverleners, en zorgverzekeraars of zorgkantoren), onder andere door op verzoek van partijen het opstellen of aanpassen van zulke standaarden op de meerjarenagenda van het ZIN te zetten. Indien nodig kan ik ook aan het ZIN vragen om een onderwerp op de meerjarenagenda te plaatsen. Als veldpartijen de opleverdatum van een kwaliteitsproduct op de meerjarenagenda niet halen, kan het ZIN doorzettingsmacht gebruiken. Doorzettingsmacht betekent dat het ZIN deels of geheel de regie overneemt en de Kwaliteitsraad van het ZIN

---

<sup>91</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1883.

verzoekt om het kwaliteitsproduct op te stellen in overleg met de relevante organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Ik zie het ook als mijn rol om waar nodig landelijke kaders te stellen voor goede zorg voor iedereen. Zo heb ik partijen gevraagd om de structurele vormgeving van zorgcoördinatie uit te werken, maar hen daarbij wel een aantal kaders meegegeven (zie hoofdstuk 3). Ook voor eventuele aanpassingen in de bekostiging stel ik uiteindelijk de kaders, bijvoorbeeld door de NZa een opdracht te geven mogelijke aanpassingen in de bekostiging te verkennen (zie hoofdstuk 6). Het is de bedoeling dat er ook landelijke kaders komen voor goede en toegankelijke zorg als alternatief voor de 45-minutennorm. Ook zullen er landelijke criteria worden ontwikkeld voor de ROAZ-beelden en -plannen.

### **7.3 Regionale regie**

De elf traumacentra in Nederland hebben de wettelijke taak om in hun regio een ROAZ te organiseren.<sup>92</sup> Het doel van dit overleg is om afspraken te maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat het ROAZ hét gremium is waar regionale afspraken worden gemaakt over de acute zorg voor en door alle partijen in de keten. In de Amvb acute zorg (Uitvoeringsbesluit Wkkgz) is daarom geregeld dat bijvoorbeeld ook aanbieders van wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, Wlz-zorg en geriatrische revalidatiezorg deelnemers zijn van het ROAZ. Ook is geregeld dat tenminste de grootste zorgverzekeraar in de regio moet worden uitgenodigd en dat de andere zorgverzekeraars worden geïnformeerd. Er is wettelijk niets geregeld over wie de voorzitter is van het overleg. In de praktijk is dat vaak de bestuursvoorzitter van het traumacentrum, de grootste zorgaanbieder in de regio. Besluiten worden genomen bij consensus.

De grote drukte in de acute zorg en de noodzaak om de acute zorg toekomstbestendig te maken vraagt veel van de ROAZ-en en de ondersteunende bureaus. Ik heb in deze beleidsagenda ook diverse vragen bij de ROAZ-en neergelegd. Gezien de grote opgave waar de ROAZ-en voor staan, wil ik kijken naar de governance van de ROAZ-en, de betrokkenheid van alle partijen in de keten en in het bijzonder naar de rol van de voorzitter: is het zinvol te regelen wie de voorzitter van het ROAZ zou moeten zijn, hoe die functionaris benoemd zou moeten worden en op basis van welke criteria? Wat zouden de bevoegdheden van de voorzitter moeten zijn en hoe verhouden die zich tot de rol van de zorgverzekeraars? Hoe wordt het patiëntenperspectief in het ROAZ meegenomen? Hierover ga ik in gesprek met het veld.

### **7.4 Regie en sturing in crisistijd**

De COVID-19-pandemie maakte zichtbaar dat in een decentraal en deels privaat georganiseerd zorglandschap het aan instrumentarium ontbreekt om op landelijk niveau vanuit het belang van publieke gezondheid en zorgcontinuïteit te kunnen sturen wanneer een uitbraak de hele gezondheidszorg raakt. Dit wordt ook gesignaleerd in het eerste deel van het onderzoek naar de COVID-19-pandemie van de Onderzoeksraad voor Veiligheid.<sup>93</sup> Zoals ik al eerder heb aangekondigd, ga ik voorbereidingen treffen om centrale sturing en regie in crisistijd wettelijk te borgen en daarbij de verschillende verantwoordelijkheden te expliciteren.<sup>94</sup>

<sup>92</sup> Uitvoeringsbesluit Wkkgz, het relevante onderdeel wordt ook wel «amvb acute zorg» genoemd.

<sup>93</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1808.

<sup>94</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1883.



Bij een grote gezondheids crisis is het van belang dat de hele zorgketen in de regio samenwerkt en betrokken is, waarbij de verbinding met het generieke stelsel van crisisbeheersing is geborgd ingevolge de Wet veiligheidsregio's (Wvr). Vanuit het publieke belang van veiligheid maakt de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) als onderdeel van de veiligheidsregio afspraken met de betreffende geneeskundige zorgaanbieders over hun inzet tijdens rampen en crises en de voorbereiding daarop en wordt uit dien hoofde tevens vertegenwoordigd door de directeur Publieke Gezondheid (DPG) in het ROAZ. Het ROAZ is de plek om deze samenwerking in de zorgketen te laten plaatsvinden. De verbinding die de afgelopen tijd in de ROAZ-en is gelegd tussen partijen in de curatieve zorg, langdurige zorg en de publieke gezondheid wil ik behouden en waar nodig uitbreiden in lijn met huidige regelgeving. Brede samenwerking in de keten en coördinatie en eenduidige regie zijn nodig voor een goede organisatie van de acute zorg. In crisistijd kan de bestaande samenwerking snel en vloeiend worden opgeschaald.

## **7.5 Acties regie**

- Ik ga verkennen welke aanvullende instrumenten de overheid in kan zetten om samenwerking in de acute zorg te versnellen, mocht dit nodig blijken te zijn. Ik zal hiervoor onder andere in overleg gaan met het veld over het verminderen van de vrijblijvendheid en het organiseren van regie in regio's. Daarbij betrek ik de vraag hoe deze mogelijkheden zich verhouden tot de huidige verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgstelsel, mede in relatie tot de Wvr.
- Ik verken de positionering van de ROAZ-voorzitter, vanwege het belang van deze positie voor de gehele zorgketen. Ook ga ik in gesprek over een effectieve governance van het ROAZ. Daarbij zal ook de positie van de DPG vanuit zijn verantwoordelijkheid als hoofd van de GHOR betrokken worden.

## **8. Randvoorwaarden: Aandacht voor behoud en het opleiden van zorgmedewerkers**

### **8.1 Behoud en opleiden van zorgmedewerkers**

In de hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg die uw Kamer op 13 mei 2022<sup>95</sup> heeft ontvangen, schetst het kabinet op hoofdlijnen de opdracht die we voor alle partijen zien ten aanzien van de uitdagingen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn. De komende jaren is het doel het anders organiseren van werk verder te brengen, om zo de vraag naar zorgmedewerkers te dempen. Hierbij moet er ervoor gezorgd worden dat er voldoende ruimte is voor het behoud van medewerkers door goed werkgeverschap, voor leren/ontwikkelen, en voor innovatie van werkvormen en technieken zodat de sector zorg en welzijn (weer) een fijne sector is om in te werken. De contouren van het arbeidsmarktbeleid worden nader vormgegeven in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en zijn specifiek ingevuld in het IZA.

Deze beleidsbrief staat vol met concrete ideeën om de acute zorg toegankelijk te houden in een situatie van stijgende zorgvraag in combinatie met brede arbeidsmarktcrisissen. Daarvoor is het van groot belang dat met en door zorgmedewerkers wordt nagedacht over hoe we de (acute) zorg anders kunnen organiseren. Zeggenschap voor medewerkers is een essentieel en overkoepelend thema. Om hier uitvoering aan te geven heeft VWS ten behoeve van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg een klankbordgroep ingesteld

<sup>95</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 462.

bestaande uit medewerkers vanuit verschillende beroepen in de zorg, waaronder ook medewerkers uit de acute zorg. Aanvullend lopen er verschillende beleidsmatige initiatieven om zeggenschap voor zorgmedewerkers op organisatieniveau te stimuleren.

Tot slot is het van groot belang dat zorgorganisaties blijven investeren in het opleiden van nieuwe medewerkers. Concreet voor het opleiden van medewerkers in de acute zorg draagt VWS hieraan bij door voor de instroom in de door VWS bekostigde opleidingen bij voorkeur het advies van het Capaciteitsorgaan te volgen. Ook ondersteunt en stimuleert VWS de ontwikkeling van modulair onderwijs, om meer flexibiliteit en snelle inzetbaarheid van zorgmedewerkers te bereiken.

## **8.2 Acties zorgmedewerkers**

- Mijn collega-minister voor LZS stuurt in het najaar een uitgewerkt programmavoorstel «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken» naar de Kamer. In dit programma worden concrete acties vastgelegd met landelijke en regionale partijen voor de arbeidsmarkt zorg en welzijn breed, waaronder dus ook de acute zorg.
- In het IZA zijn verdere afspraken gemaakt over de arbeidsmarkt, zoals over het creëren van professionele ruimte ten behoeve van de transitie naar arbeidsbesparende passende zorg, het via goed werkgeverschap vergroten van werkplezier en behoud van zorgverleners, de vermindering van regeldruk in combinatie met het vertrouwen op professionele oordeel zorgverleners en het voldoende opleiden van zorgprofessionals.
- Mijn collega-minister voor LZS komt met een subsidieregeling, waarbij maximaal 255 zorgorganisaties kans maken op een subsidiebedrag van 50.000 euro om aan de slag te gaan met zeggenschap.
- Ik volg bij voorkeur de adviezen van het Capaciteitsorgaan voor wat betreft het opleiden van medewerkers in de acute zorg, waaronder de SEH-artsen en SEH-verpleegkundigen en stel daarvoor kostendekkende financiering beschikbaar.

## **9. Uitvoering, doorontwikkeling en monitoring**

### **9.1 Monitoring**

Ik vind het van belang om de effecten van het beleid te monitoren, zowel op landelijk als op regionaal niveau. De regiobeelden en regioplannen van de ROAZ'en zullen meer inzicht geven in de acties die op regionaal niveau plaatsvinden.

- Ik zal met betrokken partijen verder uitwerken op welke manier de implementatie en effecten van zorgcoördinatie en van (aanpassing van) kwaliteitsnormen inzichtelijk kunnen worden gemaakt.
- Daarnaast ga ik in gesprek met het RIVM en de NZa om beter in beeld te brengen welke indicatoren we kunnen gebruiken om effecten van de ontwikkelingen in de acute zorg te meten. Daarbij heb ik in ieder geval aandacht voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, gegeven de beschikbare menskracht.

### **9.2 Betrokkenheid partijen**

Mede op basis van deze beleidsagenda wil ik, samen met betrokken partijen, stap voor stap de noodzakelijke veranderingen in de acute zorg realiseren. Omdat dit een dynamisch proces zal zijn waarbij veel partijen betrokken zijn, vind ik het van belang om het proces in nauwe samenwerking met partijen te doorlopen en steeds weer te verbeteren.

- Ik richt een landelijke klankbordgroep acute zorg in, waarin ik met partijen de acties uit deze beleidsagenda verder zal uitwerken, de uitvoering zal volgen en waar nodig zal bijsturen.
- In het IZA heb ik met partijen afspraken gemaakt over de acute zorg, die aansluiten bij de noodzakelijke veranderingen zoals beschreven in deze beleidsagenda.
- In het najaar van 2023 zal ik uw Kamer informeren over de stand van zaken van de uitvoering van deze agenda.

## **10. Tot slot**

Dag en nacht staan zorgmedewerkers klaar om zorg te verlenen aan mensen die dat acuut nodig hebben. Van de huisarts die een baby met koorts onderzoekt en de wijkverpleegkundige die bij iemand thuis een kapot infuus vervangt, tot ambulance- en ziekenhuismedewerkers die een slachtoffer van een ernstig ongeval helpen en de psychiater die iemand opvangt met acute psychiatrische problemen. De druk op de acute zorg is hoog en alle zorgmedewerkers in de acute zorg zullen dit regelmatig ervaren. Ik heb waardering voor al die mensen die met hart en ziel hun werk doen om patiënten zo goed mogelijk te helpen.

We willen allemaal dat patiënten de acute zorg krijgen die zij nodig hebben, nu en in de toekomst. Alle betrokkenen kunnen hun steentje bijdragen aan het realiseren van dit doel: patiënten, zorgmedewerkers, decentrale overheden, zorgverzekeraars, bestuurders in de zorg, et cetera. Mede op basis van deze beleidsagenda kunnen we met zijn allen aan de slag om kwalitatief goede zorg ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk te houden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.J. Kuipers