

Vergaderjaar 2018–2019

23 235

Thuiszorg en wijkverpleging

Nr. 183

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 september 2019

Op 14 mei 2019¹ heb ik u geïnformeerd over het toekomstperspectief wijkverpleging en de acties die ik met de partijen² uit het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging heb afgesproken om het toekomstperspectief te bereiken. In die brief sprak ik samen met partijen van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging de ambitie uit te komen tot merkbaar betere wijkverpleegkundige zorg door betere samenwerking. Het komt neer op een transformatie van fragmentatie en ondoelmatigheid naar zorg en ondersteuning in samenhang. Door betere samenwerking worden de schaarse middelen en menskracht in de zorg beter ingezet. Dit komt de organiseerbaarheid van de zorg ten goede.

Het leek mij goed u voorafgaand aan het algemeen overleg wijkverpleging (gepland op 11 september) over de laatste stand van zaken te informeren. Zoals in mijn eerdere brief al is geschetst zijn meerdere trajecten van belang als het gaat om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken, namelijk:

1. Uitvoering van het hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging,
2. waaronder de verbetering van de contractering;
3. Implementatie van het kwaliteitskader wijkverpleging;
4. Overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over inkoop;
5. Aanpassing van de bekostiging van de wijkverpleging;
6. Stevigere screening van nieuwe aanbieders;
7. Advies van de commissie Toekomst zorg voor thuiswonende ouderen.

Hieronder beschrijf ik de mij bekende laatste stand van zaken van deze onderwerpen.

¹ Kamerstuk 23 235, nr. 181.

² Actiz, Zorgthuisnl, PFN, V&VN, VNG, ZN

1. Uitvoering van het hoofdlijnenakkoord (HLA) wijkverpleging

Voor het toekomstperspectief zijn met name de volgende onderwerpen uit het hoofdlijnenakkoord relevant:

- De activiteiten om te komen tot de juiste zorg op de juiste plek;
- De aansluiting tussen de zorg en het sociale domein;
- De aanpak van de tekorten op de arbeidsmarkt;
- Het verbeteren van de indicatiestelling;
- Het gebruik van kwaliteitsindicatoren;
- Het terugdringen van niet-gecontracteerde zorg.

Het HLA wijkverpleging is per 2019 van start gegaan en heeft een looptijd van vier jaar. Het eerste half jaar uitwerking heeft voor het onderwerp «Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)» opgeleverd dat een inventarisatie is gemaakt van alle initiatieven JZOJP waar wijkverpleging bij betrokken is. De succes- en faalfactoren van deze initiatieven zijn in kaart gebracht en via de brancheverenigingen worden deze ervaringen onder de achterbannen (van zorgaanbieders en zorgverzekeraars) verspreid. Enerzijds dient dit als inspiratie voor lokale zorgaanbieders en verzekeraars om met JZOJP aan de slag te gaan en anderzijds faciliteert het inzicht in succes- en faalfactoren het tot stand brengen van nieuwe initiatieven. Verder is via de brancheverenigingen van de sector wijkverpleging een goede verbinding tot stand gebracht met het ondersteuningsaanbod³ van de Minister voor Medische Zorg en Sport. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft een concept beleidsregel opgesteld over het verplaatsen van zorg in het kader van JZOJP. Deze beleidsregel ligt ter consultatie voor.

Samenwerking tussen organisaties en het structureel verbinden van het zorgdomein met het sociale domein vormt de sleutel bij het beantwoorden van de veranderende zorgvraag. Voor mensen die zowel zorg als ondersteuning nodig hebben is het belangrijk dat professionals elkaar in de praktijk goed weten te vinden. Er is met betrekking tot de samenwerking tussen het zorg en sociaal domein al veel onderzocht, er zijn best practices en er lopen pilots. Toch lijkt de conclusie steeds hetzelfde: partijen weten elkaar onvoldoende te vinden waardoor er inefficiënt langs elkaar heen wordt gewerkt. Partijen van het HLA wijkverpleging willen dit patroon doorbreken en zijn daarom een traject «design thinking»⁴ gestart. Met deze werkwijze willen partijen in gezamenlijkheid komen tot vernieuwende ideeën en concrete handvatten voor samenwerkingsmogelijkheden. Het gaat daarbij om een andere manier van samenwerken tussen inkopers en tussen zorg- en welzijnsprofessionals. Verder is het relevant te melden dat Zorgverzekeraars Nederland in augustus 2019 een document heeft gepresenteerd waarin beschreven staat hoe zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid in de regio oppakken. Daarmee is voor iedere gemeente duidelijk bij welke zorgverzekeraar zij terecht kunnen.

De aanpak van de personeelstekorten in de zorg is een van de grootste opgaven van dit moment. Vooral voor verplegenden en verzorgenden zijn de huidige en verwachte tekorten groot. In de voortgangsrapportage van het Actieprogramma in de Zorg⁵ heb ik u geïnformeerd over de forse gezamenlijke opgave en dat de cijfers laten zien dat het mogelijk is om het tekort aan personeel in de zorg terug te dringen. Dit betekent dat naast focus op instroom van nieuw personeel, ook meer focus op behoud en anders werken moet komen te liggen. Het vraagt dan ook om alle zeilen

³ Kamerstuk 29 689, nr. 995

⁴ Design thinking is een werkwijze om oplossingen te ontwikkelen voor complexe problemen waar je met de gebruikelijke middelen geen grip op krijgt.

⁵ Kamerstuk 29 282, nr. 361

bij te zetten. Om meer zicht te krijgen op de specifieke arbeidsmarktsituatie in de wijkverpleging, is op verzoek van en in samenwerking met de HLA partijen onderzoeksbureau Panteia een onderzoek gestart. In dit onderzoek wordt de huidige en toekomstige behoefte aan verplegend en verzorgend personeel in de wijkverpleging in beeld gebracht, zowel op landelijk niveau als op het niveau van de arbeidsmarktregio's. In dit onderzoek is aandacht voor de verschillende specialisaties in de wijkverpleging zoals medische kindzorg, palliatieve zorg en casemanagement dementie. De resultaten van dit onderzoek komen naar verwachting begin 2020 beschikbaar.

In het normenkader⁶ zijn zes normen uitgewerkt voor het uitvoeren van de verpleegkundige indicatiestelling en de organisatie van extramuraal verpleging en verzorging. In de praktijk leverde het gebruik van het normenkader vragen op en in april 2019 heeft V&VN het normenkader daarom aangevuld met het Begrippenkader indicatieproces. In het Begrippenkader heeft de verpleegkundige beroepsgroep haar werkwijze om tot een verpleegkundige indicatie te komen, nog eens uiteengezet, zowel procesmatig als inhoudelijk. Het Zorginstituut heeft vervolgens het Begrippenkader als basis genomen om een aantal begrippen uit de regelgeving te verhelderen. Daarnaast is voor alle wijkverpleegkundigen de toolbox indicatieproces beschikbaar. Het gebruik van deze toolbox wordt gemonitord.

Partijen hebben geconstateerd dat er te weinig voortgang zit in het contracteren van innovatieve zorgvormen en e-health toepassingen, die doelmatig zijn en meerwaarde voor de patiënt bieden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars stellen daarom eind dit jaar een gezamenlijke actieagenda «Contractering van innovatieve zorgvormen en e-health» op.

De HLA-partijen hebben tevens samen met de NZa gewerkt aan de ontwikkeling van diverse monitors die inzicht geven in het verloop van het contracteerproces en in de ontwikkeling van de (niet-)gecontracteerde wijkverpleging. Ik heb u in mei de NZa monitor contractering wijkverpleging 2019⁷ toegestuurd en zal u binnenkort de Vektis rapportage over de ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016–2018 sturen.

2. Implementatie van het kwaliteitskader wijkverpleging

Er is vertraging opgetreden bij het invoeren van de indicatorenset 2019. Het bleek voor partijen niet haalbaar om de indicator Patient Reported Experience Measure (PREM, meting voor cliëntervaring) of een andere indicator voor 1 juli 2019 op te leveren. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft daarom met partijen afgesproken om alvast een wel haalbaar onderdeel (namelijk de NPS⁸) van de PREM tijdig aan te leveren. De datum voor aanlevering van de PREM en andere meetinstrumenten (de indicator kwetsbaarheid en de indicator «ongeplande ziekenhuisbezoeken») is op de meerjarenagenda ZIN verplaatst naar 1 april 2020.

3. Overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over inkoop

Het komen tot (meer) samenhangende wijkverpleegkundige zorg in het herkenbare en aanspreekbare team in de wijk vergt nadere uitwerking door de HLA partijen voordat contractuele afspraken kunnen worden

⁶ Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN juli 2014

⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 984

⁸ De NPS score geeft aan hoeveel mensen een zorgaanbieder bij vrienden en familie zouden aanbevelen

gemaakt. Partijen zijn voortvarend aan de slag gegaan en hebben deze zomer een eerste stap gezet om per 1 januari 2020 te komen tot het (beter) organiseren van de coördinatie van het eerstelijnsverblijf (ELV) en de onplanbare nachtzorg. Deze eerste stap is uitgewerkt in het door partijen opgestelde kader «samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging». Het betreft een inhoudelijk kader waarin is aangegeven hoe de onplanbare nachtzorg wijkverpleging per 2020 wordt georganiseerd. Op basis van dit kader kunnen zorgaanbieders en zorginkopers met inachtneming van de lokale situatie in de praktijk invulling geven aan de onplanbare nachtzorg wijkverpleging. Daarnaast ben ik op landelijk niveau met partijen in gesprek om daarbij de door hen gestelde noodzakelijke landelijke randvoorwaarden (zoals toelatingscriteria nieuwe zorgaanbieders (zie hieronder onder punt 5), mededinging, fiscaliteit en privacy) nader uit te werken. De volgende stap betreft het uitwerken van het herkenbare en aanspreekbare team in de wijkverpleging. Deze uitwerking gaat dit najaar van start. Ook zullen de HLA partijen dit najaar bezien op welke onderwerpen uit het HLA versnelling nodig is om de afspraken over meer samenhangende zorg per 2020 en 2021 te realiseren.

4. Aanpassing van de bekostiging van de wijkverpleging

De NZa heeft vervolgstappen gezet in het traject doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging. Zo is de NZa bij diverse grote en kleine zorgaanbieders gestart met pilots waarin gewerkt wordt met cliëntprofielen. Het gaat daarbij om de vraag of op basis van een beperkt aantal belangrijke cliëntkenmerken het mogelijk is om vooraf in te schatten hoeveel zorg een bepaald type cliënt nodig heeft. De pilots zijn per 1 juli 2019 gestart. De NZa monitort de uitkomsten. Dit najaar start de NZa een onderzoek naar systeemfuncties in de wijkverpleging. De resultaten van dit onderzoek komen voor de zomer van 2020 beschikbaar. Het bekostigingstraject ligt daarmee op schema.

5. Stevigere screening van nieuwe aanbieders

Stevigere screening van nieuwe zorgaanbieders is noodzakelijk om de wijkverpleging toekomstbestendig te maken. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is een project gestart om het huidige toezicht op nieuwe zorgaanbieders, zoals dit in 2015 in gang is gezet, door te ontwikkelen. Het project richt zich op het inrichten van een efficiënter en effectiever toezicht op nieuwe zorgaanbieders. Daarbij gaat het onder meer om het integreren van het toezicht op nieuwe zorgaanbieders met het reguliere risicogerichte toezicht, het gelijk trekken van toezicht op nieuwe zorgaanbieders in de verschillende zorgsectoren, meer data-gedreven werken, het door ontwikkelen van de risicoanalyse en van de handhavingstrategie. Goede voorlichting vanuit VWS, bewustwording aan de voorkant bij de Wtza-meldplicht, maar ook beter gebruik van bestaande registers en bestanden, waaronder het zogenaamde agb-register⁹ van zorgverzekeraars en zorgkantoren is belangrijk. Om effectiever en efficiënter toezicht te kunnen houden en om risicofactoren mee te kunnen nemen in het toezicht worden door de IGJ stappen gezet ten aanzien van informatiedeling en automatisering.

Zoals aangekondigd in mijn brief van 5 maart 2019¹⁰ ontvangt u binnenkort een nota van wijziging bij de Wtza waarmee ook nieuwe zorgaanbieders die uitsluitend onderaannemer zijn aan deze meldplicht moeten voldoen. In de Wtza is, naast de meldplicht, sprake van een

⁹ agb staat voor «algemeen gegevens beheer». Een zorgaanbieder heeft een agb-code nodig om te kunnen declareren.

¹⁰ Kamerstuk 23 235, nr. 179

Wtza-vergunning die de huidige Wet toelating zorginstellingen (WTZi)-toelating vervangt. Aan deze Wtza-vergunning zijn meer weigerings- en intrekingsgronden verbonden dan bij de huidige WTZi-toelating. Zoals aangekondigd in onze brief van 9 juli 2019¹¹ zullen we de vergunningplicht in de Wtza in de toekomst verder uitbreiden. Gezien de complexiteit en impact pakken we dit op in een apart traject dat moet uitmonden in een nieuw aanvullend wetsvoorstel dat voortbouwt op de Wtza. Bij deze verdere uitbreiding en inrichting is van belang een goede balans te vinden tussen regeldruk en uitvoeringslasten en de effectiviteit van de vergunningplicht.

6. Advies van de commissie Toekomst zorg voor thuiswonende ouderen

Ik heb u in juli de tussenrapportage¹² gestuurd van de commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. De tussenrapportage stelt dat verbeteringen mogelijk zijn binnen de huidige stelselwetten en in de manier waarop de grenzen tussen de verschillende stelselwetten getrokken zijn. Zij wijst daarbij op een aantal perspectieven die in haar ogen kunnen bijdragen aan doelmatigheid, vereenvoudiging («onthobelen») van het zorgpad van ouderen, consequenter uitgaan van wat ouderen nodig hebben en betere integratie van het medisch en sociaal domein. De commissie geeft aan dat haar streven blijft om haar advies eind dit jaar uit te brengen. Daarnaast kondigt de commissie aan dat zij haar advies vergezeld zal laten gaan van een uitnodiging tot (digitaal) reageren aan geïnteresseerden, waarna zij het advies voor de zomer van 2020 waar nodig en mogelijk zal actualiseren.

Afsluiting

Ik concludeer dat er op een breed scala aan onderwerpen voortgang is geboekt om de wijkverpleging en de organisatie daarvan te versterken. Er is nog veel te doen om de mijlpalen die ik in mijn brief van 14 mei 2019 heb genoemd, te realiseren. Ik acht deze mijlpalen nog steeds haalbaar, te meer omdat ik zie dat partijen hun verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de afspraken nemen

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

¹¹ Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 133.

¹² Kamerstuk 31 765, nr. 426