

## Internetconsultatie over Houtskoolschets acute zorg

De houtskoolschets acute zorg benoemt zes pijlers voor acute zorg:

1. het voorkómen van acute zorg,
2. meer acute zorg thuis,
3. regionale zorgmeldkamers,
4. integrale spoedposten,
5. de aanpak bij hoogcomplexe zorgvragen en
6. traumacentra.

Naast de zes beleidspijlers worden vijf randvoorwaarden benoemd om deze pijlers te stutten:

- a. de beschikbaarheid van medische gegevens,
- b. kwaliteitsnormen,
- c. slimme digitale zorg,
- d. door alle stakeholders gedragen besluitvorming en
- e. betaalbaarheid.

Hieronder volgt onze reactie op de vragen 'Wat kan anders/beter?' en 'Wat is positief?'.

### Wat kan anders/beter?

#### 1. Vergroten van geriatrische kennis over ouderen in de totale acute zorgketen

Bij de acute zorg thuis, op de integrale spoedpost en bij de triage is geriatrische kennis essentieel. Huidige triagesystemen hebben als nadeel dat ouderen consequent te weinig urgent getrieerd worden voor zorg. In de acute zorgketen moet daarom geborgd zijn dat geriatrische expertise op het juiste moment en op de juiste plaats beschikbaar is.

#### 2. Meer inzet op preventie en passend wonen

Veel ouderen belanden op de spoedpost vanwege een val. Integrale valpreventie-programma's bieden soelaas, maar vormen geen thema dat vanzelfsprekend wordt opgepakt door gemeenten en/of zorgverleners. Valpreventie verdient een plek in de huisartsenzorg naar analogie van de geïntegreerde leefstijlinterventie (GLI). Dit zou wat ons betreft in het verzekerd pakket opgenomen moeten worden.

Een passende woonomgeving voorkomt veel acute zorg. Gemeenten moeten een resultaatsverplichting krijgen om passende woningen aan ouderen aan te bieden of hun woning passend te maken. Procedures voor woningaanpassing bij gemeenten zijn nu nog te omslachtig.

#### 3. Borging dat kwetsbare ouderen met acute medische problematiek in het ziekenhuis blijven komen

In de probleemanalyse wordt het beeld geschetst dat kwetsbare ouderen voornamelijk te maken hebben met sociale zorgvragen die het acute proces zouden verstoren. Het risico is dat kwetsbare ouderen onterecht geen goede acute zorg meer ontvangen. Kwetsbare ouderen, de groep die de komende decennia het snelst en hardst groeit, vormen een bijzondere doelgroep. Door atypische presentatie kan een ernstige ziekte zich gemaskeerd presenteren als een sociaal probleem. Ook ouderen kunnen een acuut probleem ontwikkelen. Ook zij moeten dan toegang tot acute zorg in het ziekenhuis behouden.

#### 4. Vergroten van ouderenvriendelijke (na)zorg en inrichting van spoedposten

Op de spoedpost wordt rekening gehouden met de fysieke beperkingen van ouderen en is er aandacht voor taalvaardig-, laaggeletterd- en kwetsbaarheid:

- bij spoedpost-patiënten van 70 jaar en ouder vindt bij binnenkomst een risico-screening plaats op kwetsbaarheid, delierrisico, ouderenmishandeling en functieverlies,

- bij aangetoonde kwetsbaarheid wordt gestart met extra maatregelen zoals de mogelijkheid van een éénpersoonskamer, aangepast bed/stoel en mogelijke inzet van een vrijwilliger,
- de wachttijd wordt zo beperkt mogelijk gehouden,
- er is 24/7 een medisch en/of verpleegkundig specialist met geriatrische expertise (geriater, kaderarts ouderengeneeskunde, internist-ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist geriatrie/ouderengeneeskunde) binnen een half uur bereikbaar voor (telefonisch) overleg. Indien nodig is hij/zij binnen twee uur aanwezig voor beoordeling of interventie en
- de spoedpost beschikt over actuele werkafspraken met andere zorgaanbieders gericht op de 24/7 mogelijkheid tot plaatsing in een herstelomgeving of op een geriatrische revalidatie-afdeling als een ziekenhuisopname ongewenst is. Er is een eenduidig transferbeleid na acute opname en ontslag (samenwerking huisarts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige, thuiszorg, gemeente), waarbij de zorg en ondersteuning thuis gelijke tred moeten houden met ontslag uit het ziekenhuis.

## **5. Voldoen aan eisen voor Europese erkenning van spoedeisende geneeskunde als medisch specialisme**

Ondertussen dient gewerkt te worden aan de erkenning van spoedeisende geneeskunde als medisch specialisme. De werkervaringsnorm van op de spoedpost werkzame artsen zijnde niet SEH-artsen (poortspecialisten en onervaren basisartsen) mag niet naar beneden worden bijgesteld. Seniorenverenigingen zijn van mening dat onervaren zorgverleners niet ingezet mogen worden bij complexe acute zorgsituaties. Nederland is een van de weinige Europese landen die nog niet voldoen aan de eisen voor de Europese erkenning van spoedeisende geneeskunde als medisch specialisme.

## **6. Spreiding van integrale spoedposten/dicht bij het ziekenhuis**

Goede spoedzorg is niet alleen afhankelijk van de aanwezigheid van een spoedzorg met ervaren personeel, maar ook van faciliteiten zoals beeldvorming (CT-scan, MRI, röntgen), laboratorium, operatiemogelijkheden en andersoortige acute interventies. Deze dienen dicht bij de ziekenhuizen gehouden te worden. Zijn deze faciliteiten niet aanwezig, dan kan ná de spoedpost niet voldoende zorg worden geboden.

Een concentratie van spoedzorg is mogelijk als er voldoende ambulancecapaciteit aanwezig is en als er door concentratie van spoedzorg aantoonbaar een verbeterde kwaliteit van zorg geleverd wordt. De beschikbaarheid van acute zorg door concentratie mag niet in gedrang komen. Dit geldt met name voor de dunner bevolkte regio's.

## **7. Duidelijke eindverantwoordelijkheid/doorzettingsmacht**

Of acute zorg in de keten goed wordt opgepakt, wordt afhankelijk van regionale samenwerkingsafspraken. Wie is uiteindelijk verantwoordelijk voor de acute zorgketen? Deze vraag speelt opnieuw, nu de tweede golf COVID-19 besmettingen zich snel uitbreidt. Ziekenhuizen vertonen om uiteenlopende redenen een trage bereidheid om (acute) zorg van andere ziekenhuizen over te nemen. Spreiding van patiënten vraagt doorzettingsmacht over de regio's heen met landelijke aansturing.

## **8. Actieve betrokkenheid seniorenverenigingen en relevante beroepsgroepen**

Deze houtschoolschets acute zorg gaat voor een belangrijk deel over (kwetsbare) ouderen. Wij pleiten er dan ook met klem voor seniorenverenigingen en beroepsgroepen met specifieke kennis over de acute ouderengeneeskunde duurzaam te betrekken bij de verdere uitwerking.

## **Wat is positief?**

### **1. Eén telefoonnummer**

Positief is dat een patiënt met een niet-acute zorgvraag straks één telefoonnummer kan bellen.

### **2. Integrale aanpak spoedposten**

De patiënt kan straks terecht op een integrale spoedpost voor acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en een groot deel van de acute medisch specialistische zorg. Nu zijn er te veel loketten.

**26 oktober 2020**