



Federatie Seniorenraden Parkstad Limburg

Brunssum, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Simpelveld en Voerendaal



Kerkrade, 3 november 2020

Geachte Minister voor Medische Zorg en Sport,

Onderstaand treft u aan onze reactie en commentaar op uw houtskoolschets acute zorg van 3 juli jl.

### **Commentaar op de houtskoolschets acute zorg van VWS, juli 2020**

De houtskoolschets acute zorg is uitgebreid besproken binnen onze organisaties t.w. de Adviesraad Maatschappelijke Ondersteuning Kerkrade (AMO), Federatie Seniorenraden Parkstad en KBO, afdeling Kerkrade. Ook is hierover door ons overleg gepleegd met Burgerkracht Limburg, de Seniorenraad Kerkrade, de RvB van Zuyderland (ziekenhuis).

Mede uit de gesprekken die wij met deze maatschappelijke organisaties gevoerd hebben zijn de navolgende aandachtspunten naar voren gekomen. Er is vooral gekeken vanuit het burgerperspectief. Welke veranderingen gaan er plaatsvinden bij de herinrichting en toegang naar de acute zorg. Is het voor de burger duidelijk en herkenbaar? En is de bereikbaarheid goed geregeld? Ons commentaar betreft dan ook het navolgende.

### **ALGEMEEN**

Acute zorg is zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende reguliere mogelijkheid om een zorg- en of hulpverlener te raadplegen. De toegang tot de acute zorg vindt plaats via een telefoonnummer en op een locatie/ ziekenhuis, ongeacht de dag, week of tijdstip van de dag.

Het is een goede ontwikkeling dat er in de voorliggende nota integraal wordt gekeken naar acute zorg en dat geboortezorg en de ggz hierin wordt meegenomen

Verder is het een positieve ontwikkeling dat ook de acute zorg thuis gegeven kan worden. Maar wij plaatsen daarbij wel enkele kanttekeningen, wie gaat die acute zorg organiseren? Wat is de rol en taak van de WMO, gemeente en de Zorgverzekering hierin? En hoe verloopt de financiering in deze? Ontschotting m.b.t. de financiering zou hierin een eerste positieve stap kunnen zijn.

Bij het voorkomen van acute zorg wordt in deze nota niet inhoudelijk op ingegaan, het gaat in deze nota niet over het voorkomen van acute zorg. Preventief werken en de kwetsbaarheid van bijvoorbeeld ouderen of andere burgers in kaart brengen) Het is terecht dat er gekeken moet worden naar goed en gezond ouder worden. Integrale samenwerking tussen wonen, welzijn en zorg is hierin een belangrijk aandachtspunt. De diverse begrippen in de nota zijn niet even helder en duidelijk omschreven. De termen acute zorg, spoedzorg, spoedpost, hoog en laag complexe zorg, hoe en wanneer te handelen als burgers in paniek raken en er onmiddellijk actie verlangd wordt?

Wij pleiten dan ook voor **één** Landelijk nummer, voor de spoed en acute zorg samen en met in begrip van zowel crisishulp ggz als de huisartsenpost. Dit nummer fungeert als frontoffice. In de backoffice kan worden bekeken wat is op dit moment de beste zorg. Het is ook (nog) niet duidelijk of de spoedposten/ pleinen en zorgmeldkamers zich op **een** locaties (moeten) bevinden. Het gaat in de nota over de herinrichting de toegang tot acute zorg alsmede over de uitvoering van deze acute zorg. Ons inziens zouden de spoedposten regionaal bereikbaar moeten zijn.

#### **SPECIFIEK VOOR OUDEREN ALS PATIËNT**

In de houtskoolschets ligt de nadruk op economische efficiëntie, daar is in principe niets mis mee, maar naar de sociale infrastructuur wordt nauwelijks gekeken. Vooral regio's die sterk aan het vergrijzen zijn. Worden hierin niet meegenomen. Essentieel is in dit verband het volgende.

*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.

*Meer inzet op preventie en passend wonen.*

Veel ouderen belanden op de spoedpost vanwege een val. Integrale valpreventieprogramma's bieden soelaas, maar vormen geen thema dat vanzelfsprekend wordt opgepakt door gemeente 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. De gemeente moet een resultaatsverplichting krijgen om passende woningen aan ouderen aan te bieden of hun woning passend te maken. Procedures voor woningaanpassing bij de gemeente is nu nog te omslachtig.

*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.

*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 taalvaardigheid, laaggeletterdheid en kwetsbaarheid:

- a. bij spoedpost-patiënten van 70 jaar en ouder vindt bij binnenkomst een risicoscreening plaats op kwetsbaarheid, delierrisico, ouderenmishandeling en functieverlies.
- b. bij aangetoonde kwetsbaarheid wordt gestart met extra maatregelen zoals de mogelijkheid van een éénpersoonskamer, aangepast bed/stoel en mogelijke inzet van een vrijwilliger.
- c. de wachttijd wordt zo beperkt mogelijk gehouden.
- d. 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.
- e. 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.

*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.

*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.

*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?

*Actieve betrokkenheid seniorenverenigingen en relevante beroepsgroepen.*

De houtskoolschets 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

### **Tenslotte de dossiervorming**

In de nota wordt gesproken over stromende data. De praktijk is weerbarstiger. Vaak zijn de onderliggende medische dossiers niet direct beschikbaar. De technische mogelijkheden zijn al geruime tijd beschikbaar, maar volgens de Patiënten Federatie ( brief september 2019 naar de tweede Kamer) nog niet beschikbaar.

Mochten deze plannen van het Ministerie doorgang vinden dan is het van essentieel belang dat de burgers in ons land hierover goed worden geïnformeerd, en dat er naast de gebruikelijke media ook regionale informatie momenten worden georganiseerd.

Kerkrade 31 oktober 2020.

AMO Kerkrade,



M. Simons, voorzitter

Federatie Seniorenraden Parkstad,



M. van Leusen-Michorius

KBO, afdeling Kerkrade,



J. Linders