

# Rotterdamse reactie op houtskoolschets acute zorg

18 december 2020

## Inleidend

Wij staan positief tegenover een toekomstverkenning voor de acute zorg. De acute zorg is van groot belang en de coronapandemie toont dat nog eens aan. De toegankelijkheid van de acute zorg staat soms onder druk. In de afgelopen jaren is de druk op de eerstelijnszorg, de ambulante zorg en de maatschappelijke ondersteuning verder opgelopen, mede door het afschalen van intramurale oplossingen. Ontwikkelingen zoals de groei van de stad, de vergrijzing en het oplopende personeelstekort zullen de druk verder opvoeren. In de houtskoolschets in zijn huidige vorm vinden we het gemeentelijk perspectief nog onvoldoende terugkomen, we maken dan ook graag gebruik van de gelegenheid om hier vanuit Rotterdam onze reflectie op te geven.

Rotterdam ligt in de regio Rijnmond. Dit is een overwegend grootstedelijke regio waarvan Rotterdam het economische hart is. We zien grote gezondheidsverschillen en gezondheidsachterstanden, intergenerationele overdracht van armoede, en inwoners met een lage SES die korter in gezondheid leven dan andere Nederlanders. Een regio waar veel gezondheidsbelemmeringen zijn die tegelijk aangepakt moeten worden: levensstijl, armoede, schulden, laaggeletterdheid, opvoedings- en gezinsproblematiek. Dit binnen de context van toenemende aantallen zelfstandig wonende kwetsbare inwoners en met mantelzorgers die schaarser, ouder en ook kwetsbaarder worden. Dat vergroot de kans op een acute situatie die vraagt om acute zorg. Gemeenten kunnen een regierol hebben bij het voorkomen van acute (crisis)situaties, door o.a. het organiseren van een sterke sociale basis, tijdelijke opvang, en aanbieden van maatwerkvoorzieningen, Ook in regionaal verband en in de samenwerking binnen de GGD Rotterdam-Rijnmond, maken we ons hier sterk voor.

Wij onderschrijven dat veranderingen in het acute zorglandschap nodig zijn, zoals ook in de houtskoolschets acute zorg is verwoord. Daarbij tekenen we aan dat de druk op de acute zorg alleen maar verminderd kan worden, wanneer lokale en regionale initiatieven in brede zin (dus niet alleen in de acute zorg zelf) worden versterkt. Wij vinden de huidige uitwerking van de houtskoolschets nog te veel beperkt tot het domein van de acute zorg zelf. Het gaat om de totale keten van zorg van eerstelijns- tot derdelijnszorg en alle niet acute zorgpartners buiten de ziekenhuizen. We vinden er ook het gemeentelijk perspectief onvoldoende in terug: de brede opdracht van gemeenten in het sociale domein komt niet goed genoeg naar voren. We vertrouwen erop dat de nadere uitwerking van de houtskoolschets van nu af aan in nauwe samenspraak met VNG, GGDGHOR-NL en gemeenten plaatsvindt, waarbij onze opmerkingen worden meegenomen. Tegelijkertijd willen wij meegeven dat de schaalgrootte waarop de regie op de zorg wordt georganiseerd, nadere aandacht behoeft. Afhankelijk van het type zorg vindt de regie plaats op gemeentelijk niveau, op regionaal niveau en op het niveau van de traumaregio. Dat vraagt om extra aandacht voor het draagvlak op al die niveaus.

## Zorg ervoor dat preventie loont

In de houtskoolschets komt de gedachte naar voren dat preventie loont om acute zorgsituaties te helpen voorkomen. Wij willen ons aansluiten bij die gedachte. Investeren in individuele en collectieve preventie voorkomt kosten bij zorgverzekeraars, Rijk en gemeenten. Daarbij pleiten we wel nadrukkelijk voor extra investeringen in preventie. Zowel individueel via de

zorgverzekeringswet als in het sociaal domein. Het is dan een illusie om te denken dat investeren in preventie binnen het sociaal domein en binnen de zorginstellingen op korte termijn zal leiden tot een vermindering van de middelen die we aan individuele jeugdhulp of Wmo-ondersteuning, langdurige GGZ of ziekenhuiszorg moeten besteden. Het is investeren in de toekomst, en de kost gaat voor de baat uit. Wij hebben niets aan extra middelen voor preventie als structurele tekorten intussen niet worden opgelost. Maak het voor gemeenten en de zorgverzekeraars mogelijk om extra te investeren in preventie, zonder dat gemeenten of zorgverzekeraars daartoe noodzakelijkerwijs andere vormen van zorg, jeugdhulp en ondersteuning moeten afschalen.

In paragraaf 3.2 van de houtskoolschets wordt de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein beschreven. Wat ons opvalt is dat deze toch vooral vanuit het perspectief van zorgverlening wordt ingezet en te weinig vanuit (collectieve en individuele) preventie. Er wordt gerefereerd aan de sociale basis die gemeenten bieden, maar deze wordt niet concreet ingevuld en de rol van jeugdhulp, gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), maatschappelijke ondersteuning en voorzieningen wordt onderschat. Om acute situaties zo veel mogelijk te voorkomen, is een fijnmazig netwerk van zorg op wijkniveau nodig. Behalve de huisarts en de wijkverpleging zijn daarvoor ook de sociale wijkteams, GGD en GGZ-ondersteuning in de wijk essentieel. Alle betrokken zorgverleners in de wijk moeten ruimte en tijd hebben voor multidisciplinair overleg. Wij pleiten daarbij voor een sterke wijkpreventieketen waar partijen van 0<sup>e</sup> tot 3<sup>e</sup> lijn een rol in spelen. Het aantal zorgpartijen in een wijk moet niet al te groot zijn, zodat eerstelijns hulpverleners enkele logische aanspreekpunten hebben voor casuïstiek. Een sterke wijkstructuur vraagt mogelijk ingrijpen in de marktwerking in de zorg. Hiervoor kunnen we ook aansluiten bij de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Gemeenten kunnen dit niet alleen doen, dit vraagt om centrale regie.

### **Ouderen**

De houtskoolschets richt zich met name op ouderen. Ook in de regio Rotterdam Rijnmond bij ons komt een toenemend aantal ouderen op de Spoed Eisende Hulp (SEH). Door de vergrijzing groeit deze groep en daarmee – zo is de verwachting – de druk op de acute en niet acute zorg. Onze verwachting is dat de groep ouderen die op de SEH terecht komt teruggebracht kan worden door de ondersteuning en zorg in de wijk meer in samenhang te organiseren, goede overlegstructuren te benutten bij dreigende acute situaties en door mensen beter te ondersteunen in het vitaal blijven. Daarom moeten we meer passende huisvesting en nieuwe woonvormen voor ouderen ontwikkelen. In Rotterdam geven we hier invulling aan door het ontwikkelen van de preventie-infrastructuur en met het Langer Thuis-akkoord o.a. de ontwikkeling van de Thuisplusflats. In het samenwerkingsverband Havenue is een subacute keten ontwikkeld waar ook het sociaal domein goed op is aangesloten. Deze ketens worden met beëindiging van het samenwerkingsverband Havenue, op een 4-tal locaties decentraal voortgezet. Deze acties hebben we, samen met onze Rotterdamse en regionale partners, ingebed in een aantal programmaliijnen (Preventie-akkoord 010, programma Samen voor Kwetsbare Ouderen 010, Havenue en programma Rotterdam Ouder en Wijzer).

Terecht wordt in de houtskoolschets aandacht gevraagd voor de noodzaak om snel goede zorg en ondersteuning na ziekenhuisopname te regelen. Natuurlijk bij nazorg in GRZ-faciliteiten, maar ook de hierboven al aangehaalde samenwerkingsstructuren in de wijk zijn

van grote betekenis voor zelfstandig wonende ouderen. Nut en noodzaak van een landelijk structuur en telefoonnummer voor acute niet-levensbedreigende zorg wordt ons niet meteen duidelijk. Het verband met veel gebruikte sociale en medische alarmering wordt in de houtskoolschets ook niet genoemd. In Rotterdam is door de V+V-zorgaanbieders in het afgelopen jaar spoedzorg 010 (integraal team voor de ongeplande en spoedzorg in de nacht) en verwijshulp 010 (voor de Wlz plaatsingen en crisisopnames) ontwikkeld. Dit soort lokale en regionale structuren zijn in onze beleving sneller effectief dan een landelijk telefoonnummer. Het gaat niet alleen om de bereikbaarheid, maar vooral ook om het organiseren van passende follow-up na een signaal.

### **Acute problematiek bij kwetsbare volwassenen**

De houtskoolschets geeft (terecht) veel aandacht aan de acute medische zorg bij levensbedreigende aandoeningen, maar heeft weinig tot geen aandacht voor acute problematiek bij kwetsbare volwassenen en de onderliggende vraagstukken daarbij. Dit betreft zowel mensen met GGZ- als met LVB-problematiek. Hier geldt specifiek dat tijdige herkenning en vroege diagnostiek kunnen helpen om crisis te voorkomen. Behalve voor de GGZ geldt dit ook uitdrukkelijk voor LVB. Niet tijdig herkennen van deze problematiek of het bieden van een niet passende aanpak is een oorzaak van (vermijdbare) crisis. De acute diensten voor beide groepen zijn nu schaars, vooral buiten kantooruren en vaak moeilijk bereikbaar. We ondersteunen het idee om acute zorg voor deze groepen aan te bieden op (of vanuit) dezelfde locaties als spoedzorg. Maar ook de inzet dichtbij de acute situatie met de juiste disciplines is essentieel. Hoe dicht bij huis passende zorg aan iemand in een crisissituatie geboden kan worden, hoe groter de kans op herstel en op het behoud van binding met de sociale omgeving. Bij voorbeeld door de snelle beschikbaarheid van respijtzorg of een gespecialiseerd verpleegkundige, waardoor een verwarde persoon thuis kan gaan slapen in plaats van opgenomen te moeten worden.

Onderliggend is er nog een veel groter probleem in de zorg aan mensen met GGZ of LVB-problematiek, dat nu in de houtskoolschets acute zorg niet geadresseerd wordt. De intramurale behandelende GGZ en LVB zijn in de afgelopen jaren (ongeveer vanaf 2012) afgebouwd. De opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning heeft hier nog onvoldoende gelijke tred mee gehouden; bovendien is er een tussenstap tussen intramurale opname en extramurale begeleiding. De beste manier om dit te ondervangen is een stevige (verdere) opbouw van de behandelende ambulante GGZ, in combinatie met het verder verstevigen van de gemeentelijke aanpak binnen het brede sociale domein. Daarbij is het niet alleen van belang dat er voldoende intramurale plekken beschikbaar zijn (of komen) maar ook tussenvormen in woonvoorzieningen. Een samenhangend plan hiervoor kan het beste worden gemaakt in goede regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, veiligheid en justitie, en gemeenten. Alleen op die manier kunnen we het aantal crisis- en acute interventies helpen terugdringen. Deze (meer voorwaardelijke) denklijn treffen wij nu nog niet in de houtskoolschets aan.

### **Jeugdigen**

Een deel van de acute zorg voor jeugdigen 0-18 jaar wordt sinds 2015 door gemeenten georganiseerd. Deze zorg is niet meegenomen in de houtskoolschets omdat zij niet onder de Zorgverzekeringswet, maar onder de Jeugdwet valt. Wij vinden dit jammer, omdat er kansen zijn om de domeinen beter op elkaar te laten aansluiten. Het betreft hier de acute- en spoed

Jeugd GGZ en de crisishulp. Wij herkennen de stelling dat het acute zorglandschap verschillende domeinen en stelsels raakt. U geeft daarbij aan dat het landschap dat geschetst wordt niet ophoudt bij de acute zorg die gegeven wordt vanuit de Zorgverzekeringswet. Deze brede reikwijdte lezen wij echter niet terug met betrekking tot jeugdigen 0-18 jaar. In het land zien we sinds de decentralisatie verschillende modellen voor de inzet van acute jeugdzorg. Bijvoorbeeld in het samenvoegen bij één team of het splitsen van de stappen in de acute zorg (o.a. meldpunt; triage; acute beoordeling; inzet van acute hulp; inzet van spoedhulp) over meerdere aanbieders. Of in het combineren van de expertises (expertise op Jeugd samen via één integraal crisisteam; expertise op GGZ samen door acute dienst integraal te laten zijn met volwassenen acute dienst GGZ).

Gemeenten maken hier afwegingen in op basis van o.a. sociaaleconomische kenmerken in hun regio. Door de uiteenlopende modellen in het land, verschilt de mate en vorm van afhankelijkheid en samenwerking met de acute zorg vanuit de Zorgverzekeringswet per regio/gemeente. Dit is ook logisch, omdat de regio's verschillend zijn en het gedecentraliseerde taken betreft.

In Rotterdam-Rijnmond hebben we ervoor gekozen om bij de inzet van acute zorg de jeugdexpertises te combineren (pedagogische en jeugdpsychiatrische crisis). Voor de *toeleiding en acute beoordeling* hebben we de afgelopen jaren vastgehouden aan het combineren van de expertises van volwassenen-GGZ en Jeugd-GGZ. Keuzes in het acute landschap zullen dus ook van invloed zijn op de organisatie van onze acute zorg voor jeugdigen 0-18 jaar. En vice versa. Wij vragen bij de verdere uitwerking vooral aandacht voor de bestaande samenwerkingsverbanden en netwerken in de regio's. Nieuw beleid moet deze helpen versterken, en eventuele negatieve effecten van de verschillende wettelijke domeinen voor jeugdigen en hun ouders zo veel mogelijk helpen wegnemen.

Enkele andere vragen die bij deze houtkoolschets naar boven komen: Is het de bedoeling dat de regionale zorgmeldkamers ook overzicht hebben over het (acute en spoed) jeugdzorgaanbod, zoals nu ook van huisartsen wordt gevraagd? Zou de triage van onze jeugdigen meegaan naar de regionale zorgmeldkamers? En wanneer de betaalbaarheid van de GGZ-crisisdienst wordt afgewogen, is hierin dan ook oog voor de combinatie met Jeugd GGZ in de crisisdienst?

Tenslotte worden ouderen en kinderen 0-4 jaar genoemd als grootste gebruikers van acute zorg. Hierbij wordt vooral ingezet op voorkomen bij ouderen. Vanuit het CJG wordt veel ingezet op voorlichting en advisering van ouders met jonge kinderen. Is er aandacht voor welke bestaande verbanden hiertussen zijn, in het kader van het voorkomen van crisis?

### **Samenwerking zorgverzekeraars**

Momenteel werken we rond 3 thema's; ouderen, preventie en GGZ een regionale samenwerkingsagenda met de zorgverzekeraars uit. Ook als het gaat om de acute en crisiszorg werken we samen met de regiogemeenten. De samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars is nodig omdat zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor de gezondheid van hun inwoners en verzekerden. Gemeenten vanuit hun taken op het gebied van publieke gezondheid en preventie; zorgverzekeraars vanuit hun plicht om medische zorg en individuele preventie beschikbaar en bereikbaar te houden; medische zorg die mensen

helpt om zo lang mogelijk zo gezond en zelfstandig mogelijk te leven. De zorgvraag van inwoners houdt zich niet aan grenzen tussen de verschillende wetten en stelsels maar ook niet aan grenzen tussen gemeenten. Gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor moeten er samen voor zorgen dat er een pakket passende zorg en ondersteuning geboden wordt aan inwoners die dat vanwege problemen met hun gezondheid of welbevinden nodig hebben: de juiste zorg op de juiste plaats.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten meer de ruimte krijgen om, samen met gemeenten, domein- en grensoverstijgend te kunnen investeren in preventie, nieuwe woonzorg concepten, tijdelijk verblijf, terugdringen van wachtlijsten en herstel en zelfregie voor GGZ-cliënten. Maar ook betaaltitels die het mogelijk maken dat professionals zich optimaal en zonder grote regeldruk in kunnen zetten om de juiste zorg en ondersteuning te bieden. Wij vinden het essentieel dat het Rijk helpt om versnelling te brengen in dit samenspel tussen het medische en het sociaal domein. Dit is ook voor de acute zorgketen cruciaal.

Het Rijk kan de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars tevens bevorderen door vaart te maken met regelgeving voor effectieve digitale gegevensuitwisseling, door relevante wetten meer in lijn met elkaar te brengen. Het wetsvoorstel WAMS vormt hier een goede eerste aanzet toe. Maar wij maken nog te vaak mee dat er in acute situaties geen informatie gedeeld kan worden, of niet tijdig parate dossiers beschikbaar zijn. Daarbij noemen we als voorbeeld: het delen van informatie tussen de behandelende GGZ, de niet-behandelende GGZ en justitie/politie. Deze informatiedeling 'als het erom gaat' moet beter door het Rijk worden ondersteund en voorzien van passende wetgeving.

### **Bestuurlijke betrokkenheid gemeente bij acute zorg**

Gemeenten noch regionale overlegstructuren zijn nauwelijks betrokken geweest bij de totstandkoming van deze houtskoolschets. Gemeenten hebben niet alleen een sleutelrol bij het voorkomen van acute zorg, maar ook direct te maken met de gevolgen van besluitvorming hierover. Corona is hier een voor de hand liggend voorbeeld, maar denk ook aan de onrust onder inwoners wanneer er een SEH verdwijnt. De afgelopen periode is bij tijd en wijle ophef ontstaan over de sluitingen van ziekenhuisvoorzieningen of huisartsenposten in Nederland. Lokale en regionale belangen zijn daarbij vaak onvoldoende of ontijdig geborgd in het besluitvormingsproces. Dat geldt ook voor de effecten die de besluitvorming kan hebben op de veerkracht die zorginstellingen individueel en in gezamenlijkheid moeten hebben om snel en adequaat te kunnen reageren op grootschalige incidenten en crises. Veerkracht die ook van groot maatschappelijk belang is.

Wij constateren dat belangrijke noties uit het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) *Van deelbelangen naar gedeelde belangen* over de acute zorg niet terugkomen in deze houtskoolschets. Waaronder de rol van het publieke bestuur bij besluitvorming. In aansluiting op dit advies pleiten wij dan ook voor besluitvorming over zaken die het regionale publiek belang raken binnen de structuur van het ROAZ / RONAZ, voorgezeten door een regionaal publiek bestuurder.

Wij gaan hier graag met u over in gesprek en worden graag betrokken bij het vervolg van de ontwikkelingen in de acute zorg en de brede sociale basis die nodig is om acute situaties zo goed mogelijk op te lossen, maar vooral ook te helpen voorkomen.