

Laat ik allereerst voorop stellen dan mijn indruk is dat deze houtskoolschets voornamelijk een financiële drijfveer kent en dat niet de primaire prikkel "de juiste zorg voor de patiënt" is.

Daarnaast is het goed om nu eindelijk eens te realiseren dat de verscheidene takken van de acute zorg (met name verpleegkundig gezien) al geruime tijd onderbezet en onderbetaald zijn. Dit zie ik nergens in het plan terugkomen en getuigt van weinig respect voor het personeel in de acute zorg.

In alinea 2.2 wordt gezegd dat er in de avond en nachturen het vaak hollen of stilstaan is. Dat is een juiste constatering en inherent aan het vak. Continu werken op een drukke volle afdeling is niet gezond en niet realistisch. Het is voor de afwisseling heel goed om soms juist even wat minder patiënten te hebben. Dit om later weer maximaal te kunnen presteren als het wel druk wordt. Minder SEH's die dan wel continu vol en druk zijn: dit lijkt bedacht door mensen die niet op de SEH werken en die niet hebben meegelopen op een volle, drukke SEH.

In alinea 2.5 wordt gesteld dat het lastiger is om voldoende zorgprofessionals te vinden. Wellicht is het goed om te kijken hoe dit komt. Lijkt me niet moeilijk gezien alle recente reuring. Je moet met name verpleegkundig personeel beter belonen voor het werk dat ze doen. Betrek ze meer bij besluitvorming en waardeer ze financieel beter. Het anders inrichten van de zorg om deze reden is een belediging van de mensen op de werkvloer en en ronduit respectloos te noemen. De krapte op de arbeidsmarkt zal afnemen als het voor mensen aantrekkelijk wordt om er te gaan werken. Je moet het probleem oplossen bij de bron, en ja, dat kost helaas geld.

In alinea 3.4 wordt het probleem van de thuiswonende kwetsbare oudere geschetst; die eigenlijk niet meer thuis kan wonen. Hier het voorbeeld van slecht vooruitdenken in het verleden. Door het sluiten van veel verzorgingshuizen en bezuinigen op deze zorg zitten we nu met het probleem wat weer opgelost moet worden. Mede hieruit blijkt: betrek bij besluitvorming mensen met kennis van zaken, dan hoeven we later geen problemen op te lossen die we hadden kunnen voorzien.

In alinea 3.5 wordt slimme zorg aangehaald voor goede zorg op afstand. Goed idee. Laten we dan beginnen met het verplichten van 1 EPD voor alle mogelijke zorgverleners in de acute keten. Het is in deze huidige tijd absoluut niet te begrijpen dat een ambulance verpleegkundige bij een patient thuis komt en op basis van de pillen die op tafel liggen moet bedenken welke onderliggende ziektes er mogelijk spelen. Als deze verpleegkundige inzicht heeft het EPD kan er al veel sneller een goede behandeling plaatsvinden en een afweging worden gemaakt waar de patient de beste zorg kan krijgen.

Alinea 4.2: meer acute zorg thuis. Ambulance personeel wat thuis langskomt, de pt behandeld en weer terug gaat. Weet men überhaupt wel wat de functie van een ambulance verpleegkundige is? Weet men welke patiënten hij/zij ziet? Dit is hoe het al tijden bedoeld is en gedaan wordt. Helaas wordt men steeds defensiever en wordt alles met acute hoofdpijn/buikpijn en rugpijn meegenomen naar de SEH. Ik weet niet wat het toevoegen van lab/echo hier voor meerwaarde heeft. Wellicht leuk om te weten: een ambulance verpleegkundige maakt nu al een ECG. Dit is dus niet nieuw. Het probleem hierin is dat men steeds minder verantwoordelijkheid durft te nemen, met name als de ambulance verpleegkundige na onderzoek van de pt overlegt met de huisarts. Vaak wordt dan gekozen om de veilige weg te kiezen en toch maar in te sturen naar de SEH. Hier kan wel veel gewonnen worden in het kader van doelmatige zorg.

Alinea 4.4: het fenomeen "de spoedpost". Iedereen met kennis van acute zorg weet dat er niets zo onvoorspelbaar is als de patiënt met een acuut probleem. Het gebruiken van uitgekilde SEH's zal zorgen dat de patiënt met een acuut probleem in veel gevallen niet de zorg krijgt die nodig is. Bij veel patiënten is er sprake van multiproblematiek (want men moet zo lang mogelijk thuis wonen) en is het allemaal niet zo simpel als het lijkt. Daarnaast komt de ambulance met een patiënt met een waarschijnlijkheids diagnose. Soms is er meer of iets anders aan de hand. Er dan op de spoedpost achter komen dat de patiënt naar een SEH moet waarbij er verlies is van kostbare tijd, kan niet de bedoeling zijn. De patiënt heeft behoefte aan goede, totale zorg, dicht bij huis. Zorg dan voor SEH-artsen op alle SEH's zodat er adequate 24 uren bezetting is van kundige specialisten. Zorg dan ook dat deze artsen worden aangemerkt als medisch specialist.

De acute zorg is een mix van klein leed met complexe zorg. Het is nog steeds ondenkbaar dat er SEH's zijn waar de jongste ANIOS van dienst de ziekste patienten opvangen zonder bedside supervisie van een SEH-arts. Je zal als beginnend dokter niet zo snel een ziektebeeld/diagnose overwegen die je nog nooit in het echt heb gezien. Hier is ervaring/kennis/backup voor nodig.

---

Het is goed om te gaan werken met integrale centra. 1 triage balie waar bekeken wordt waar de pt heen moet voor de eerste behandeling. Ik stel wel voor dat we iedereen dan laten doen waar hij/zij goed in is. Een huisarts voor de eerste zorg met zonodig een verwijzing. De muren tussen eerste en tweedelijns zorg afbreken lijkt me absoluut onwenselijk. Dit gaat juist zorgen voor overconsumptie van de zorg en toename van kosten.

Het lijkt me goed om in te steken op vernieuwing, digitale zorg op afstand en zo verder. Echter is een absolute vereiste voor juiste zorg op afstand: een goed inzichtelijk EPD voor iedere zorgverlener die op welke mogelijke manier dan ook acute zorg moet leveren.