

1/Ik zie ik de patiënt nergens terug Zie advies RVS: Weeg belang burger bij toegang spoedzorg

2/Als wij naar aanrijtijden van ambulancediensten kijken moeten wij ook kijken naar de aanrijtijden van patiënt naar ziekenhuis zoals het nu ingericht gaat worden is de zogenaamde Golden hour geen haalbare kaart meer

3/Als academische ziekenhuizen alleen nog maar academische patiënten mogen behandelen dan is de olie uit de machine .Hier bedoel ik mee dat je aantallen / vliegreun moet maken wil je ergens goed in worden/blijven Als vb : een trauma chirurg moet veel (niet academische) Monoletsels behandelen wil hij een minder frequent multitrauma patient kunnen behandelen Ook voor opleiding heb je aantallen nodig. Zo is het voor alle academische specialisme. Centraliseren is tot op zekere hoogte goed maar wij slaan nu wel een beetje door.

Bestuurders van ziekenhuizen moeten landelijke visie acute zorg op elkaar afstemmen Dit geldt zeker voor de academische trauma centra's Alle neuzen de zelfde kant op wat betreft de acute zorg.

4/Kijk uit met te veel SEH's sluiten Denk ook aan de spreiding bij rampen, maak niet de zelfde fout als bij de IC's Leer van de Covid-19 problemen en de terror aanslagen in bv Parijs

5/Om het betaalbaar te maken/houden zijn er enkele drastische maatregelen nodig

*/Iedereen in loondienst

*/Versimpelen van de DBC's op de SEH waardoor minder fraude gevoelig en complex bv DBC aan de hand van de triage kleuren rood ,oranje,geel,groen,blauw Je zou dan zelfs kunnen uitrekenen wat ieder ziekenhuis ziet aan aantallen en kleur code zodat je aan de hand hiervan het desbetreffende ziekenhuis een vast bedrag kan geven voor spoedzorg

*/Acute zorg uit de marktwerking en weghalen bij de zorgverzekeraars en onderbrengen bij de overheid Het is natuurlijk te gek voor worden dat wij aan acuut zieken mensen geld verdienen Het gaat om de beste zorg en niet hoe kan ik er het meeste geld uitslepen.

*/HAP opheffen en huisarts in dienst van de SEH spaart een heel huis met directie etc uit De triage bepaald dan of de patiënt voor de Huisarts/SEH arts of een orgaan specialist is . Hierdoor vervagen de belangen kan men bij elkaar in de keuken kijken en bijspringen waar nodig. Het moet niet uitmaken wie die wond hecht .Het is toch te gek voor worden dat de HAP het bv druk heeft en wij op de SEH koffie zitten te drinken alleen omdat het financieel zo ingericht is. Werken als een team dan is er ook geen probleem meer om een patiënt te slijten of af te houden.

Positief

1/Eindelijk een visie waar wij wat mee kunnen Nu nog doorzetten

2/Meer acute zorg naar de patient brengen de zg ander halve lijnzorg

3/Telemedicine maar betrek dan apple/philips/drager ofzo erbij zodat wij de proeftuin willen zijn van de wereld wat betreft de acute zorg Landelijk uitrollen en niet weer per dienst/regio/ziekenhuis allemaal het wiel uitvinden

Alex van der Lecq M-PA

SEH LUMC