

Ik ben SEH verpleegkundige in een van de topklinische ziekenhuizen.

Als eerste wil ik aangeven dat deze houtskool schets voor veel onrust zorgt binnen de acute zorg. Een sector waar momenteel al veel onrust is i.v.m. de huidige coronacrisis, de gang van zaken omtrent de wet BIG II, de personele (onder) bezetting, de hoge werkdruk en de structurele onderwaardering. Is er nagedacht over wat deze 'schets' te weeg brengt?

Ten tweede vraag ik mij af wat de intentie van deze veranderingen in de acute zorg zijn. Als ik het document lees kan ik niet anders concluderen dan dat dit een geld gedreven kwestie is en dat de veranderingen een kostenreductie moeten bewerkstelligen.

Ik vraag mij af of dit een juiste insteek is om de acute zorgverlening in Nederland te veranderen.

Wil het ministerie de acute zorg zo goedkoop mogelijk of zo goed mogelijk geregeld hebben?

Ik als zorgverlener ben van mening dat we de zorg zo goed mogelijk voor de patiënt moeten regelen. Uiteraard moet de acute zorg hiervoor verbeterd worden en moet er op kosten gelet worden.

Inhoudelijke punten houtskoolschets

Hoofdstuk 2, paragraaf 2.2

Volgens de schets is het op veel SEH's in de avond en nacht te stil. Dit is echter niet altijd zo. Het is afwisselend druk en rustig in de nacht. Door SEH's te sluiten wordt het drukker op de overgebleven SEH's. Hierdoor zullen er overwegend drukke diensten overblijven. Volgens onderzoek van CNV Jongeren zit momenteel 1 op de 8 jonge zorgmedewerkers thuis met een burn-out en 1 op de 3 komt oververmoeid thuis. Mijn inziens moet de werkdruk dus verlaagd worden en NIET verhoogd. Een rustige dienst is een verademing na meerdere drukke diensten gedraaid te hebben. In de schets wordt genoemd dat een rustige nachtdienst zorgt voor minder werkplezier. Ik kan mij niet voorstellen dat zorgprofessionals dit genoemd hebben. Bij rondvraag onder eigen collega's zorgen alleen maar drukke nachten juist voor minder werkplezier. Een stijging van de werkdruk in combinatie met de structurele onderwaardering gaat mijn inziens zorgen voor een leegloop van personeel, leegloop bij een toch al onderbezet vakgebied.

Hoofdstuk 2, paragraaf 2.5

Het vinden van voldoende zorgprofessionals is zeker een groot probleem. De vraag lijkt mij echter waarom er een tekort is aan zorgprofessionals en hoe dit opgelost kan worden. Er wordt aangegeven dat ziekenhuizen te weinig gespecialiseerde verpleegkundigen opgeleid hebben. Er moeten dan wel verpleegkundigen zijn om op te leiden. Uit de grote groep verpleegkundigen is maar een klein deel geschikt voor de acute zorg. Het is dus zaak om de totale groep verpleegkundigen te vergroten. Dingen die hieraan bij kunnen dragen zijn het verbeteren van de werkomstandigheden (verlagen werkdruk) en het verbeteren van de waardering voor zorgverleners (o.a. salaris).

Hoofdstuk 4, paragraaf 4.2

De ambulancezorg in Nederland is kwalitatief gezien een van de beste ter wereld. In vergelijking met landen om ons heen hebben wij hoger opgeleid personeel op de ambulance die al kan beginnen met het behandelen van een patiënt en de eerste onderzoeken kan uitvoeren. De zorgverlening wordt

echter steeds defensiever en men durft de patiënt vaak niet thuis te laten omdat er onvoldoende kan worden uitgesloten en er dus kans is op 'medische missers'. Ik zie het niet gebeuren dat er zonder verandering van de 'claimcultuur' meer patiënten thuis gelaten worden door een ambulance vpk.

hoofdstuk 4, paragraaf 4.4

Het lijkt mij goed dat er onderscheid gemaakt wordt tussen laagcomplexiteit en hoogcomplexiteit zorg. En dat hiervoor een verdere integratie van huisartsenposten bij SEH's belangrijk kan zijn. Het lijkt mij ook goed dat er een centrale triagebalie is waar gekeken wordt of de pt zich bij de HAP of bij de SEH moet melden. In de schets wordt genoemd welke type patiënten waarheen moeten. Hier staan onder andere eenvoudige breuken en hoofdpijn bij. Het is echter lang niet altijd duidelijk wat een eenvoudige breuk is, dit kan vaak pas gezegd worden na een foto. Hetzelfde geldt voor hoofdpijnklachten. Als een HAP naast de SEH zit is de patiënt zo overgebracht naar de SEH. Als er SEH's gesloten worden en de pt moet van een spoedpost naar een SEH gebracht worden, kunnen er onwenselijke delay's ontstaan in het leveren van de juiste zorg. Dit geldt ook voor het herkennen en behandelen van sepsis patiënten.

Hoofdstuk 4, paragraaf 4.7

De ambulancezorg in de toekomst zou meer gericht moeten zijn op behandeling bij de patiënt. Dit is momenteel ook al het geval en gebeurt zo veel mogelijk. Vaak is er meer aanvullend onderzoek nodig bij de patiënt om ziektebeelden uit te sluiten. Hoe wordt dit in de ambulance geregeld? Lab onderzoek, radiologische diagnostiek en een uitgebreid lichamelijk onderzoek worden niet uitgevoerd in een ambulance. Zonder innovaties die ervoor zorgen dat dit in een ambulance kan denk ik niet dat patiënten vaker thuisgelaten worden.

Ook zijn er bij deze visie veel meer ambulances nodig. Enerzijds omdat een ambulance langer bij een pt bezig zal zijn, anderzijds omdat ambulances verder en vaker (spoedposten naar SEH's en visa versa) zullen moeten vervoeren. Er is nu al een enorm tekort aan ambulanceverpleegkundige. Waar moeten deze nieuwe ambulanceverpleegkundigen vandaan komen? Er zal veel meer de nadruk gelegd moeten worden op het opleiden van personeel in de plaats van het sluiten van SEH's vanwege personele tekorten.

Hoofdstuk 4, paragraaf 4.10

Het is goed dat er wordt nagedacht over hoe acute zorg personeel ingezet kan worden. De intentie om zorgverleners op meerder gebieden van de acute zorg op te leiden sluit aan bij de wensen van het werkveld en kan er voor zorgen dat meer mensen in de acute zorg gaan werken. In de houtschoolschets wordt er te weinig aandacht besteed aan hoe er meer mensen gestimuleerd kunnen worden om in de zorg te gaan werken. Het opleiden van breed inzetbaar personeel alleen is niet voldoende om de tekorten op praktisch elk gebied van de acute zorg op te lossen (SEH/IC/CCU/ambulance).

Hoofdstuk 5, paragraaf 5.2

Het is een goed idee om de EPD's te stroomlijnen zodat acute zorgverleners bij iedere pt inzicht hebben in de medische dossiers. Het komt momenteel vaak voor dat een patiënt niet bekend is in het ziekenhuis waar hij/zij op dat moment is. Er is dan geen duidelijkheid over de medische

voorgeschiedenis van de patiënt. Er volgt dan een traject van bellen en faxen om meer informatie over de patiënt te verkrijgen. Als er bijvoorbeeld 1 landelijk EPD komt kan een zorgverlener makkelijker en sneller inzicht krijgen in de medische voorgeschiedenis.