

## Reactie op paragraaf 2.2

Door toepassing van systemen als 2twenty4 of vergelijkbare systemen die de drukte van een SEH inzichtelijk maakt, geeft de mogelijkheid om hier actief door bijvoorbeeld een meldkamer op de te sturen. Hierdoor zorg dat overbelasting in een vroeg stadium beperkt kan worden.

In de nachtdiensten zijn er zeker momenten dat er geen of weinig patiënten zijn, dit gebeurt in het begin van de dagdienst. Precies het tegenovergestelde gebeurt ook. De patiëntenstroom laat zich niet altijd voorspellen. Om kwalitatieve opvang te garanderen heb je minimale eisen aan bezetting nodig, zodat je altijd kan reageren op onverwachte toestroom van veel of juist ernstig zieke patiënten. Als er in de nacht een brand uitbreekt in een flatgebouw, zul je met een minimale bezetting de eerste zorg moeten verlenen. Dat is waar de burgers op rekenen, dat is waar ik zelf op reken.

Daarnaast betekent weinig patiënten niet dat er niets gedaan wordt. Scenariotrainingen om goed getraind te blijven, verbeterprocessen waar dan tijd is, Evidence based practice onderzoeken, de lange lijst vaardigheden die allemaal getoetst moeten worden. Op het moment dat er geen patiënten zijn wordt juist de zorg verbeterd voor als de patiënten weer komen. Dit is een belangrijk reflectief moment.

Als laatste punt kan het niet altijd druk zijn, burnout en een grotere uitstroom dan verwacht is al jaren in ons vak aan de hand. De rust is soms juist nodig om de drukte weer aan te kunnen.

## Reactie op paragraaf 2.3 & 2.4

Ontschotting van de zorg is essentieel. Door dat deze schotten er nu zijn krijgt de patiënt nu nog steeds niet de beste zorg op het juiste moment. Worden er oude patiënten opgenomen die mogelijk met wat extra zorg naar huis hadden gekund en ontwikkelen nu een delier. Als we kunnen nadenken over zorgpaden zonder dat we in de beperkingen hoeven te denken wordt de zorg, beter, goedkoper en efficiënter. Nu is opname vaker een noodgreep dan de beste keus. De expertise van de SEH verpleegkundige kan dan ook buiten het ziekenhuis ingezet worden, waardoor je profiteert van de hoogopgeleide professional.

Voor patiënten is het niet te snappen dat ze het verhaal voor een 5<sup>e</sup> keer moeten vertellen, dat ze dan iets vergeten is niet gek. De informatie is zo versnipperd en slecht toegankelijk, een gemiddeld bedrijf van de grootte van een ziekenhuis heeft zijn informatiemanagement veel beter op orde, èn ook de mogelijkheden om dit beter op orde te hebben. De espoed koppeling (acute zorgverwijzing) staat nog in zijn kinderschoenen en hier zal vol op ingezet moeten worden om het goed werkbaar te maken.

## Reactie op paragraaf 2.5

Als een HAP en SEH op het zelfde terrein zitten dan doen twee organisaties hetzelfde, triage 2x, medische beoordeling 2x, infectiewaarde bepaling 2x, urine controle 2x.

Actieve samenwerking zorgt voor ont dubbelen, efficiëntere zorg voor de acute patiënt. Waardoor er meer ruimte ontstaat.

Er worden op dit moment te weinig gekwalificeerde collega's gevonden die de opleiding aan kunnen & willen doen. Dit komt omdat het vak van verpleegkundige al erg onder druk staat. In de dagdagelijkse praktijk is geen ruimte voor verbeterprocessen en ontwikkelen van jezelf als verpleegkundige. Dit maakt dat de stap naar de acute zorg een steeds grotere wordt. Daarnaast zorgt burnout en verhoogde uitstroom naar bijvoorbeeld ambulancediensten niet dat er een stabiel team is die de ruimte heeft om op te leiden en een goed leerklimaat kunnen borgen.

## Reactie op paragraaf 3.1

Door het wegbezuinigen van de 'verzorgingshuis', wordt bij instabiliteit van het zorg netwerk een beroep gedaan op de SEH. Dit is voor veel patiënten niet de juiste plek dan. De bezuiniging aan de ene kant levert kosten en leed aan de andere kant.

Een verbetering tussen de schakel na een SEH bezoek (thuiszorg bijvoorbeeld) en hier actief contact (warme overdracht) te doen, levert een naadloze aansluiting en vermindering van recidieve opname en opnieuw een SEH bezoek. Ook nazorg vanuit de SEH kan dit effect hebben. Dan wordt er vanuit een vroeg moment betere zorg ingezet, waardoor de escalatie kan uitblijven. Minder kosten, meer kwaliteit van leven. (bijv: <https://nursestation.nl/content/ontslagbeleid-seh-voor-oudere-pati%C3%ABnten>)

## Reactie op paragraaf 4.2

Nu wordt de ambulancedienst niet (voldoende) betaald voor een patiënt die niet vervoerd wordt. Hier moet in de nieuwe financiering rekening mee moeten worden gehouden. De beschikbaarheid moet minimaal 24 uur, 7 dagen per week gegarandeerd zijn om het tot een werkbare oplossing te komen.

Daarnaast is het me onduidelijk hoe de verantwoordelijkheid hierin ligt, wie heeft er de eindverantwoordelijkheid en hoe wordt de verslaglegging rondom de patiënt georganiseerd. Hoe weet de ene hulverlener wat de andere heeft gedaan. Wat nu als een patiënt continue valt, wie kan deze overview in de gaten houden (casemanager?).

## Reactie op paragraaf 4.3

Goede zaak om de loketten op te heffen en een landelijk portaal hiervoor maakt. Dit zorgt voor meer duidelijkheid. Voor de patiënt is alles urgent, anders zou hij geen contact zoeken, voor de zorgverlener kan dit anders liggen. Dit maakt het essentieel dat we allemaal dezelfde taal spreken, hetzelfde triëren en hetzelfde overdragen. De enorme verschillen hierin, zorgt dat systemen niet op elkaar aansluiten, de patiënt meerdere keren zijn verhaal moet doen, zijn gegevens moet geven en informatie mogelijk verloren gaat.

Als aan deze voorwaarden wordt voldaan, is een zorgmeldkamer een haalbare kaart.

## Reactie op paragraaf 4.4

In het overzicht staat nog niet beschreven dat er ook een faciliteit moet zijn om ECG's te kunnen maken en te beoordelen. In combinatie met bloedtesten, kan dit een ontlasting zijn van de eerste hart hulp. Worden hier ook plekken ingericht om patiënten te observeren (of pijnstilling voldoende doet, wachtend op onderzoeken. Is dit met monitorbewaking?) Wele professionals gaan hier werken, nu er te korten zijn aan huisartsentriagisten, husartsen, seh verpleegkundigen en seh artsen?

Bij de type patiënten kan je nog een veel grotere groep patiënten plaatsen, die we op de SEH eigenlijk als semi spoed zien of die naar een spoedpoli moeten. Je kan denken aan afwijkende labuitslagen, diep veneuze trombose, Longembolie, gipsklachten, buikpijn in sommige gevallen e.d.

Ook nu is de verslaglegging van belang om geen zaken over te doen, en ook dat dit inzichtelijk is voor alle betrokken professionals.

Het idee van de spoedposten kan een waardevolle toevoeging betekenen met alle faciliteiten.

De regio is een lastig begrip, omdat je dan weer opnieuw beperkingen opwerpt om samen te werken. Een ziekenhuis werkt vaak in meerdere regio's en dit maakt dat afspraken afhankelijk zijn waar de patiënt woont. Een gerieker en landelijker beleid zou hierin beter werken.

## Reactie op paragraaf 4.7

De spreiding van ambulanceposten zouden meer landelijk bekeken moeten worden, nu bekijkt elke veiligheidsregio (met soms gekke uitstulpingen). Dit betekent dat een post weinig ritten heeft, maar er wel altijd een team beschikbaar moet zijn om er op tijd te kunnen zijn. Terwijl een andere post (van een andere regio) er sneller zou kunnen zijn. Voor de ambulance moet het ook mogelijk zijn om patiënten aan te kunnen bieden bij de spoedpost, voor subacute zorg.

Hoe meer spoedposten of centralisering van zorg, hoe meer er overgeplaatst moet worden. Dit heeft een forse uitbreiding nodig van ambulance capaciteit.

De financiering voor ambulancediensten zou aangepast moeten worden, er is nu een perverse prikkel om een patiënt te vervoeren. Als ze de patiënt niet vervoeren is er maar een fractie van de opbrengsten, terwijl dit grote kosten kan schelen. Hierdoor wordt er over behandeld. De autonomie zou weer meer bij de ambulanceverpleegkundige moeten liggen, die gesteund wordt de medisch manager.

## Reactie op paragraaf 5.3

Dat de zorg zo verschillend wordt beoordeeld, komt onder meer door niet duidelijke normen. Laat vanuit het werkveld beslissen aan welke normen we willen dat een goede SEH moet voldoen en maak dit landelijk. Op die manier kan je objectief verbeteren en sturen.

De burger moet inderdaad bij betrokken worden. Deze snappen niet, ondanks allerlei toestemmingen dat we niet de informatie kunnen opvragen in een acute zorg situatie. De burger is vaak al verder in dan de wetgeving en de ziekenhuizen.