

LS,

Allereerst dank voor de uitnodiging om reactie te geven. Ik reageer vanuit “het werkveld” graag op deze voorgestelde plannen. Dit doe ik uit verschillende ervaringen uit de acute zorg. Prehospitaal als arts op een traumahelikopter en als academische traumachirurg. Met die beide functies denk ik een heel stuk uit de acute keten te kunnen overzien.

Nogmaals dank voor uw informatie vraag. Voor eventuele toelichting ben ik altijd benaderbaar.

Met vriendelijke groet

Joost Peters

Opmerkingen :

- Ik mis een onderbouwing voor een aanvullende traumahelikopter Lifeliner 5 (in zone tussen Zwolle-Deventer-Enschede). **Zeker in het belang van het Radboud, we gaan hier (belangrijk) in participeren.**
- Het huidige traumacentra systeem kan effectiever met minder “Level1 centra”; meer focus, volume en expertise. Zou graag een suggestie zien van Level1a en 1b centra ipv 11 level1 centra (te veel, te duur en qua reisafstand in Nederland niet nodig, zeker niet met een interklinisch transporthelikopter)
Voorstel: Level 1a: 4 heli centra en Utrecht (calamiteitenhospitaal); Rotterdam, Amsterdam, Groningen en Nijmegen. Andere Level 1 centra worden dan Level1b: “Damage Control” centra. Behandelen abcd-probleem, externe fixateur, packen etc. en dan met een transport(heli) binnen 24 uur naar een Level1a. Hier is dan altijd IC kennis en capaciteit, goede tertiaire zorg en behandeling voorhanden. Zo clusteren we kennis en patiënten met specifieke zorg (denk ook aan onderzoek). **Radboud belang, belangrijk speerpunt mi. Denk ook aan brandwonden, kindertrauma, Kinder IC etc.**
- Ik lees geen (dwingende) regierol van de overheid mbt reduceren aantal SEH’s of omzetten van een SEH naar een HAP+. Met name in ziekenhuizen met een maatschap structuur (geld is dan belangrijker dan geld/kwaliteit/verandering) zal dit op veel weerstand stoten. Onderdeel van oplossing van dit probleem (regionalisatie en samenwerking) zal zitten in het krijgen van de medisch specialist in loondienst. Misschien wel een basisvoorwaarde. **Staat nu samenwerking met bijv CWZ in weg**
- Wat vindt de overheid van de huidige werktijden van medisch specialisten, 48 uursdiensten, Fit to Perform, duurzame roostering etc. Wat is nodig en hoe kan daarin worden voorzien? Duidelijkere kaders en regels qua werktijden en arbeidsvoorwaarden maken.
- Meer rol van ROAZ in prehospitale zorg, bijv bij triage van patiënten. Wie is eindverantwoordelijk, hoe kunnen we kwaliteit en patiënten stromen goed bijsturen vanuit de ROAZ? Wie uit de keten heeft bijvoorbeeld inzage in kwaliteit en ritten ambulancediensten? En is daarin te sturen op verbetering?

- Ik lees slechts 1x het woord preventie in het stuk. Ik mis visie op preventie en veiligheid. Denk aan oa drugs in verkeer, geweld, arbeidsongevallen (veel arbeidsmigranten) etc etc.