

# DOMEINSTRIJD ROND DE SEH

*Geldzorgen, patiëntenverlies en te hoge ambities*

SEH-artsen moeten de soms belabberde organisatie van de Spoedeisende Hulp zien te verbeteren. Maar ze hebben de wind niet mee. Officiële erkenning van de opleiding tot SEH-arts laat op zich wachten. En medisch specialisten zijn huiverig voor een nieuw specialisme.

MENSJE MELCHIOR

‘D’ e dynamiek, het teamwork, het avontuur, de hectic...’, voor Roger Hessels is het niet moeilijk uit te leggen waarom hij SEH-arts is geworden. Toen hij als arts-assistent chirurgie op de afdeling Spoedeisende Hulp werkte, besloot hij al snel dat daar zijn toekomst lag. Hessels volgde in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg de driejarige opleiding tot SEH-arts. Naast het onderwijs op de spoedeisende hulp, liep hij stage op afdelingen als Cardiologie, de Coronary Care Unit (CCU), Intensive Care, Anesthesie en bij de ambulancedienst.

In 2005, direct na het afronden van zijn opleiding, vertrok Hessels naar Manchester. In het Manchester Royal Infirmary

deed hij op de spoedeisende hulp een jaar lang ervaring op. Het is een ziekenhuis met een strak georganiseerde SEH waar jaarlijks 128.000 patiënten binnenkomen. Ter vergelijking: de SEH van het St. Elisabeth verwerkt 27.000 patiënten per jaar. Het ziekenhuis in Manchester ligt vlakbij een achterstandswijk met veel criminaliteit. Er komen veel ernstig zieke patiënten en geweldslachtoffers binnen.

#### 4-UURSREGEL

In Nederland is het op de spoedeisende hulp hollen of stilstaan, in Manchester is het alleen maar hollen. Hessels: ‘In 2004 is in Engeland de 4-uursregel ingevoerd. In de topziekenhuizen moet 98 procent van de patiënten binnen vier uur zijn behandeld of doorverwezen naar een andere afdeling. Die regel was nodig omdat patiënten soms uren op de gang lagen te wachten. Als

SEH-arts Hessels (linksboven): ‘Er is een spanningsveld doordat wij tegen de heilige huisjes van de specialisten trappen.’



BEELD: DE BEELDREDAKTIE, MERLIN DALEMAN

het Manchester ziekenhuis dat percentage niet haalt, wordt het flink gekort. Het gevolg is dat alles op alles wordt gezet om de 4-uursregel te halen.

Een gespecialiseerde verpleegkundige doet de triage en wijst de patiënten aan artsen, arts-assistenten of verpleegkundigen toe. Er is een groot, elektronisch bord waarop staat hoeveel tijd er nog per patiënt over is. Alle patiënten worden door een *emergency physician* gezien. Die stabiliseert de patiënt, voert de eerste behandeling uit en verwijst zo nodig door naar andere specialismen.

### HEILIGE HUISJES

Nu Hessels weer in Nederland werkt, is hij enthousiaster over zijn vak dan ooit. Hij wil dat SEH-artsen een zelfstandig specialisme wordt. Maar voorlopig moet hij binnen zijn eigen ziekenhuis nog vechten om meer verantwoordelijkheden te krijgen. 'Veel specialisten - ook hier - eigenen zich patiënten toe. Daardoor krijgen wij vaak niet de kans om ons werk goed te doen, diagnoses te stellen en de eerste behandeling te starten. Er is een spanningsveld doordat wij tegen de heilige huisjes van de specialisten trappen.'

Dat SEH-artsen nodig zijn, staat buiten kijf. De Inspectie voor de Gezondheidszorg kwam in 2004 met het rapport over spoedeisende hulpverlening. Daarin leverde zij forse kritiek op de organisatie van de SEH's. Deskundige medische hulp ontbreekt vaak. Verantwoordelijke artsen op de SEH staan nog maar al te vaak aan het begin van hun opleiding of zijn artsen niet-in-opleiding tot specialist (anios). De inspectie brak een lans voor de SEH-artsen en riep op tot standaardisering van de opleiding, die in 2000 in verschillende ziekenhuizen is gestart.

Chirurg Dick Meeuwis is opleider van SEH-artsen in het Tilburgse St. Elisabeth ziekenhuis. Hij vindt dat het vak een zelfstandig specialisme moet worden. 'De mogelijkheden binnen de acute geneeskunde zijn de laatste jaren gigantisch ontwikkeld. We kunnen veel meer met diagnostiek en weten dat snel reageren, bijvoorbeeld bij hartinfarcten en beroertes, cruciaal is. Maar de specialisten zetten de jongste bedienden aan de poort. Dat moet absoluut anders. SEH-artsen die nu afstuderen, moeten de kans krijgen zich verder te ontwikkelen en specialist te worden. Met specialisten aan het roer in de acute geneeskunde kunnen we de afdelingen spoedeisende hulp pas echt goed organiseren.'

### KINDERZIEKTEN

Ondertussen hebben achttien ziekenhuizen een driejarige SEH-artsenopleiding. Het Universitair Medisch Centrum Groningen was lange tijd het enige academische ziekenhuis met zo'n opleiding. Sinds kort hebben ook het Erasmus MC, het AMC en het St Radboud in Nijmegen er een. Een landelijk uniforme opleiding is er echter nog niet. De ziekenhuizen houden zich aan de richtlijnen van de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG), maar er zijn wel verschillen. Zo kan het zijn dat een spoedarts-in-opleiding in het ene ziekenhuis drie maanden stage loopt op de afdeling Interne Geneeskunde en in het andere zes.

De opleidingsstichting en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSCHA) hebben een curriculum opgesteld. Dit is ter goedkeuring voorgelegd aan de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (Raad WOK) van de Orde van Medisch Specialisten. De raad en het Centraal College

Medische Specialismen moeten groen licht geven, zodat er geld uit het Opleidingsfonds beschikbaar komt.

'Veel te ambitieus' vindt de Raad WOK het curriculum. Drie weken geleden wees ze het af. Een belangrijke reden daarvoor is dat het weliswaar een curriculum voor drie jaar is, maar er ook in staat dat de opleiding in de loop der tijd naar vijf jaar kan worden uitgebouwd. Secretaris van de raad Hedwig Slot: 'Daardoor is bij verschillende eindcriteria niet duidelijk of de grens voor bekwaamheid bij drie of bij vijf jaar ligt.'

Bovendien zijn de eindcriteria veel te hoog gegrepen, vinden de specialisten. Slot: 'Dat kunnen onze eigen aios aan het einde van de opleiding nog niet eens', zeggen bijvoorbeeld de anesthesiologen en de kinderartsen.' Zo moeten de SEH-artsen na drie jaar kinderziekten kunnen herkennen die een kinderarts

## Veel specialisten zijn bang voor verlies van kwaliteit en inkomsten

in zijn leven misschien vier keer tegenkomt. SEH-artsen moeten de brug zijn tussen het moment dat een patiënt op de SEH binnenkomt en het moment dat de medisch specialist aanwezig is. Dan hoeft je niet allemaal zelfstandig te beheersen wat de vereniging voor SEH-artsen wil'

### OVERKILL

Chirurg in het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) Maarten Simons is teleurgesteld. Hij leidt in zijn ziekenhuis sinds 2000 SEH-artsen op. 'De afwijzing van het curriculum betekent dat de ziekenhuizen de opleiding zelf moeten blijven betalen.' Het OLVG leidt nu zes SEH-artsen op en heeft daar een emergency physician uit de Verenigde Staten voor aangetrokken (MC 40/2005: 1580-3). De kosten van de opleiding lopen op tot ongeveer 700.000 euro per jaar. 'Het werkt demotiverend dat het ziekenhuis en de opleiders niet betaald worden voor hun extra inspanningen.'

Simons is secretaris van de SOSG. Hij legt uit waarom het curriculum op een opleiding van drie jaar én een van vijf jaar mikt. 'Een opleiding van drie jaar is goed voor de artsen die 24 uur per dag op de SEH nodig zijn. Op de relatief kleine SEH's in Nederland heb je niet dag en nacht dure specialisten nodig. Dat zou een overkill aan kennis zijn. Maar bij de spoedartsen die nu in opleiding zijn of net zijn begonnen aan hun carrière, zitten ook ambitieuze artsen die meer willen. Op de spoedeisende hulp zijn mensen nodig die leidinggeven, opleider kunnen worden, wetenschappelijk onderzoek doen en protocollen ontwikkelen. Daarvoor is meer nodig dan een driejarige opleiding. Er moet dus een soort master komen die een kleine groep SEH-artsen opleidt tot specialist SEH-arts.'

Dat is het ideaalbeeld. Maar voorlopig stuit een apart specialisme voor urgentiegeneskunde nog op te veel verzet om echt van de grond te komen. Volgens Maarten Simons zijn er onder de specialisten nog te veel tegenstanders die bang zijn voor verlies van kwaliteit en inkomsten. 'Zij zijn angstig dat specialist SEH-artsen hun patiënten overnemen. Daarmee zouden er opleidingsmomenten voor hun aios verloren gaan. >>

<< En het scheelt ze geld. Neem patiënten met een hartinfarct. In de Verenigde Staten sturen SEH-artsen die pas door naar de cardioloog wanneer het ECG uitwijst dat ze daadwerkelijk een acute cardiale aandoening hebben. Hier gaat een patiënt met pijn op de borst direct door naar cardiologie. Alle diagnostiek die daar wordt uitgevoerd, brengt ook geld in het laatje.'

#### COMPENSATIE

Geld is ook voor de chirurgen een belangrijke hindernis. Simons: 'Chirurgen halen een belangrijk gedeelte van de betalingen via de SEH binnen. Voor een ingewikkelde Whipple-operatie krijgen ze te weinig betaald, maar de aios halen met kleine ingrepen op de spoedeisende hulp geld binnen dat hiervoor compenseert. Voorlopig lost het DBC-systeem dit probleem nog niet op.'

Vandaar dat de Raad WOK toen zij met de SOSG over het opleidingscurriculum sprak, de financiële kwestie ter sprake bracht. Simons: 'Wie gaat dat betalen?', vroegen de specialisten. 'Het gaat allemaal van het geld van onze aios af'. Terwijl het bij de raad om de inhoud van de opleiding zou moeten gaan.'

Secretaris Slot erkent dat de financiën regelmatig aan bod zijn gekomen. 'De specialisten maken zich er zorgen over. We moeten met het ministerie van VWS rond te tafel om te bespreken wat de komst van SEH-artsen betekent voor de inkomsten van specialisten. De raad wil dat er binnenkort een aangepast curriculum voor een driejarige opleiding komt. Dan kunnen we nog dit jaar tot erkenning overgaan. Maar er is wel degelijk compensatie nodig voor de financiële gevolgen. Anders zal er bij de specialisten weinig draagvlak zijn voor de SEH-artsen.'

#### MACHT

De chirurgen zijn tot nu toe de enige specialisten die zich duidelijk vóór de komst van SEH-artsen uitspraken. Maar dan wel SEH-artsen met een driejarige opleiding, in dienst van de chirurgen zelf. K.J. Brouwer, voorzitter van de BeroepsBelangen-Vereniging van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde: 'De manco's die de Inspectie heeft geconstateerd, kun je uitstekend aanpakken met de spoedartsen. Maar er hoeft geen nieuw specialisme te komen. Zo'n zeventig procent van de patiënten die op de SEH binnenkomt, komt bij chirurgie. Die patiënten kunnen wij uitstekend zelf behandelen, dat doen we al jaren. SEH-artsen zijn nodig voor de eerste triage en behandeling. Ik denk dat het een goed idee is als maatschappen de SEH-artsen aannemen. Zij betalen deze artsen. De inkomsten zijn dan ook voor hen.'

Meeuwis (St. Elisabeth Ziekenhuis) stoort zich aan de negatieve houding ten opzichte van de spoedarts als specialisme. 'Specialisten zien de problemen op de spoedeisende hulp niet, simpelweg omdat ze er niet komen. Hun assistenten lopen hier rond en daardoor zien ze zelf niet wat er gebeurt als je een aios vanaf zijn eerste opleidingsjaar de SEH laat bemannen. De



Hessels (rechts) kan als SEH-arts alleen bij zelfverwijzers zelfstandig de beslissing nemen over verdere behandeling.

échte reden voor de weerstand is de angst om opleidingsplaatsen te moeten inleveren, en daarmee macht. Ik weet zelf ook wel dat we niet honderd SEH-artsen met een specialistische opleiding moeten hebben. Maar een kleine groep specialisten in de urgentiegeneeskunde is zeker nodig.'

#### ZOUTGEHALTE

De internisten hebben ondertussen hun eigen oplossing bedacht voor de supervisie op de SEH's. Eric van Bommel is internist in het Albert Schweitzer ziekenhuis. Hij is één van de initiatiefnemers voor de ontwikkeling van het nieuwe aandachtsgebied acute geneeskunde binnen de internistenopleiding. 'Internisten met dit aandachtsgebied moeten een sterk pluis-/niet-

pluisgevoel hebben. Van de patiënten die op SEH's binnenkomen, is slechts drie procent echt ziek. Deze internisten moet dus genoeg bagage hebben om deze groep uit de grote stroom te pikken, zonder dat zij de neiging krijgen tot overdiagnostiek. Tijdens hun opleiding krijgen ze dus te maken met acuut zieke patiënten, zoals op de ICU en SEH, maar gaan zij ook poliklinisch niet-acuut zieke patiënten beoordelen.'

Het is niet de bedoeling dat de 'internist-acute geneeskundigen' de SEH-artsen gaan vervangen, benadrukt Van Bommel. 'Zij zullen vooral aansturen en superviseren. Het is belangrijk dat er in de organisatie van de spoedeisende hulp de juiste specialisten komen. Dat hoeven niet per se internisten te zijn, maar tot nu toe zijn wij wel de enigen die dit aandachtsgebied opzetten. Het zou een uitholling van ons vak zijn als wij met onze bagage geen triage meer zouden uitvoeren op de SEH. Je hebt gewoon zes jaar opleiding nodig om snel de oorzaak van een te laag zoutgehalte in het bloed te kunnen herkennen.'

#### ONNODIG WACHTEN

Terug naar Roger Hessels in Tilburg. In de dagelijkse praktijk ondervindt hij de domeinstrijd aan den lijve. Hij kan eigenlijk alleen bij zelfverwijzers zelfstandig de beslissing nemen over verdere behandeling. Als een patiënt door een huisarts is ingestuurd, bijvoorbeeld met het vermoeden van een internistisch probleem, moet hij vaak wachten tot de assistent interne geneeskunde komt kijken. 'Zeker als zij het op hun eigen afdeling druk hebben, moeten de patiënten hier lang wachten. Terwijl wij net zo goed al met de diagnostiek en eventuele behandeling kunnen starten. We willen verantwoordelijk zijn voor onze eigen afdeling, zodat patiënten niet meer onnodig hoeven te wachten op de juiste hulp.' ■

De site van de vereniging van SEH-artsen en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

