

Simone Paauw

s.paauw@medischcontact.nl

@medischcontact

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

## Ervaringseisen artsen spoedzorg blijven twistpunt

Na vier jaar werk is het 'Kwaliteitskader Spoedzorgketen' ingeleverd bij het Zorginstituut. Iedereen tevreden?

De Federatie Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen verschillen op twee belangrijke punten nog van mening.



In april boden elf veldpartijen, waaronder de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) het bijgestelde 'Kwaliteitskader Spoedzorgketen' aan het Zorginstituut aan, nadat de NZa de eerste versie had doorgerekend en aanpassingen nodig vond. In het kwaliteitskader hebben, naast FMS en NVSHA, beroeps- en brancheorganisaties in eerste en tweede lijn en de zorgverzekeraars, afspraken vastgelegd over de kwaliteit waaraan de spoedzorg in Nederland moet voldoen. Na vier jaar werk zijn de partijen het op de meeste punten eens.

Parallel daaraan werkten NVSHA en de FMS aan de 'Kwaliteitsstandaard intramurale spoedzorg' die eerder gereed had moeten zijn dan het kader. Maar dat is dus niet gelukt. De Kwaliteitsstandaard – die betrekking heeft op de ziekenhuissetting, terwijl het kwaliteitskader over de héle spoedzorg gaat, ook in de eerste lijn – moet nog worden goedgekeurd door de FMS. Aangezien er op twee punten een meningsverschil is tussen de NVSHA en de FMS wordt dat moeilijk. De verschillen hebben namelijk hun weerslag op zowel het kader als op de standaard.

### Onenigheid

Punt   n gaat over het type dokters dat aanwezig moet zijn op elke SEH. Volgens het kwaliteitskader moet dit een SEH-arts KNMG of een medisch specialist zijn die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support heeft afgerond. Is dat niet het geval – en daarover gaat de onenigheid – dan moet er een arts-assistent aanwezig zijn met minimaal één jaar klinische ervaring, waarvan minstens een halfjaar in een poortspecialisme of bij anesthesiologie.

Tien veldpartijen kunnen zich daarin vinden, maar de FMS meent dat een kwantitatieve norm – dus het aantal ervaringsjaren – niet voldoende is, en komt met een kwalitatieve eis. Chirurg Huib Cense, vicevoorzitter van de FMS legt uit: 'Nu is vastgelegd in het kwaliteitskader dat een minimale ervarings-

termijn vereist is. De aanname is dat een arts-assistent in die periode de juiste competenties opdoet. Wij zien dat anders: het gaat er niet om hoelang een dokter al werkt, het gaat erom wat die arts kan. Daarom moeten we beschrijven over welke competenties deze dokter moet beschikken voordat hij of zij zelfstandig op een SEH kan staan. Er zijn immers jonge dokters die twee jaar nodig hebben om op het goede niveau te komen, terwijl anderen het vereiste niveau al na een halfjaar hebben bereikt.'

### Theoretisch goed

In de praktijk betekent dit dat is beschreven aan welke zogeheten *Entrustable Professional Activities* (EPA's) een arts op de SEH moet voldoen. EPA's beschrijven de kennis, vaardigheden en attitudes die dokters nodig hebben om bepaalde activiteiten te kunnen uitvoeren, in combinatie met de CanMEDS-competenties die in die situatie relevant zijn. SEH-arts KNMG en NVSHA-bestuurslid David Baden is het niet eens met deze zienswijze. 'Het voorstel van de FMS klinkt theoretisch goed. Het doel is dat een arts op de SEH een vitaal bedreigde patiënt kan onderkennen, stabiliseren en reanimeren. Maar de bijbehorende vereisten in termen van EPA's zijn minimaal, te generiek en te non-specifiek geformuleerd. In principe zou een arts-assistent na twee dagen inwerken al aan de eisen kunnen voldoen.' Hij merkt op dat een ziekenhuis ervoor kan kiezen om geen SEH-arts aan de poort te zetten. Baden: 'Maar die leemte moet het ziekenhuis in dat geval dekken met medisch specialisten. Omdat wij ook wel weten dat dit moeilijk te realiseren is, accepteren we assistenten aan de poort. Maar dat mogen dan niet de meest onervaren assistenten zijn.'

### Achtervang

Er is nog een punt waarover de FMS en de NVSHA verschillende opvattingen hebben. In het kwaliteitskader staat dat er 24/7 op elke SEH binnen een halfuur een arts of verpleegkundige met geriatrische expertise beschikbaar moet zijn voor

telefonische consultatie. En indien nodig is die arts of verpleegkundig specialist binnen twee uur fysiek aanwezig. De FMS gaat niet akkoord met deze norm en stelt dat bij kwetsbare ouderen met een acuut probleem de expertise van een medisch specialist – een klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde – nodig is. 'Een' arts of verpleegkundige met geriatrische expertise alleen is dus niet genoeg, vindt de FMS, een standpunt dat overigens ook de verpleegkundigen onderschrijven. Huib Cense: 'Die medisch specialist moet je binnen een halfuur telefonisch kunnen consulteren. Dat is in heel veel ziekenhuizen al zo geregeld.' Het is tevens een oproep aan die ziekenhuizen waar dit nog niet geregeld is om daarover goede afspraken te maken, aldus Cense. Maar de eisen die de medisch specialisten stellen aan de zorg voor ouderen zijn volgens de SEH-artsen, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars veel te hoog. David Baden: 'Als je een SEH-arts of een medisch specialist op de Spoedeisende Hulp hebt, dan heb je volgens ons ook de zorg voor ouderen heel goed gedekt. Dan is het mooi als je op de achtervang een medisch specialist met aandachtsgebied

## 'Geriaters vertellen mij dat ze simpelweg met te weinig zijn'

ouderengeneeskunde hebt, maar dat is dan niet per se nodig. Bovendien: als je als arts-assistent die hulp wilt inschakelen, dan moet je al over de nodige competenties beschikken om de meest zieke patiënten te herkennen en te weten wat voor vervolgzorg nodig is.'

### Ouderen

Baden begrijpt niet goed hoe Cense kan volhouden dat de mogelijkheid een klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde te consulteren in veel ziekenhuizen al staande praktijk is. Hij roept een business-impactanalyse door de NZa in herinnering die laat zien dat het voorstel van de FMS jaarlijks ongeveer

16 miljoen euro extra zal kosten, en dat ziekenhuizen daar nu al niet aan kunnen voldoen. 'Ik bedoel: ook niet qua personele inzet. Geriaters vertellen mij dat ze simpelweg met te weinig zijn. En bedenk daarbij ook dat ouderen "maar" zo procent van de patiënten op de SEH uitmaken. Wij denken dat het nieuwe kwaliteitskader de zorg voor alle patiënten op de SEH zal verbeteren.'

Cense is niet overtuigd: 'Wij vinden dat hier de kost voor de baat uitgaat. Als je in een vroeg stadium bij multimorbide, oudere patiënten de goede expertise inschakelt, kun je betere zorg leveren en voorkom je juist kosten in het verdere traject.'

### Knoop doorhakken

Huib Cense is hoopvol over de afloop: 'We willen allemaal hetzelfde: goede kwaliteit van zorg op alle SEH's. We verschillen op twee punten van mening, maar we zitten volgens mij dicht bij elkaar. Ik ben ervan overtuigd dat we eruit komen.' 'Natuurlijk vinden wij dat SEH-artsen KNMG juist dé artsen zijn om dit werk te doen', zegt Baden. 'Maar gezien de krapte op de arbeidsmarkt, moeten we realistisch

zijn. Wij willen daarom graag samen met de betrokken medisch specialisten de spoedzorg verbeteren.' Toch spreekt hij van 'een fundamenteel verschil van mening'. Het Zorginstituut gaat nu onderzoeken of de partijen nog tot overeenstemming kunnen komen. In het uiterste geval kan het Zorginstituut een knoop doorhakken. ■

### web

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).