

# **10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland**



## **INHOUD**

<b>1. Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>2. Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>3. De ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde in Nederland</b>	<b>15</b>
• Emergency Medicine: Who Cares? OLVG 1989-1999, AMC 1999-2009	17
• De ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde: jaren 90 Amsterdam	20
• Start van de Opleiding tot SEH-arts in het OLVG, Amsterdam	23
• Spoedeisende Geneeskunde Opleiding in Groningen; de ontwikkelingen vanaf het midden van de jaren 90	28
• De jaren 90 en volgende in Tilburg, St. Elisabeth ziekenhuis	33
• 10 jaar Spoedeisende Geneeskunde in het Catharina-ziekenhuis, Eindhoven	37
• Wilhelmina Ziekenhuis Assen; pionieren in een regionaal ziekenhuis	40
<b>4. De ontwikkeling van de NVSHA</b>	<b>49</b>
• De oprichting van de NVSHA en de jaren 1999 – 2002	51
• De eerste bestuursjaren van de NVSHA	55
<b>5. De voorvechters</b>	<b>65</b>
• STZ; kwaliteit wint de strijd	67
• Oprichting en doelstellingen van de SOSG	71
• De weg naar een nieuw beroep met als metafoor: “De duit en de fluit”	84

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

<b>6. Professionalisering</b>	<b>93</b>
• Concilium Spoedeisende Geneeskunde	95
• Registratiecommissie	99
• Visitaties	101
• Internationale contacten	104
• Curriculum-ontwikkeling	106
• Onderwijsdagen en landelijke voortgangstoets	111
• Fellowship	113
• Wetenschap en congresontwikkeling	120
• Kwaliteitscommissie	126
• Bureau SOSG	129
<b>7. Landelijke erkenning</b>	<b>131</b>
• De lobby	133
• Profielerkenning	137
<b>8. Tijdbalk</b>	<b>143</b>
<b>9. Samenstelling besturen en commissies</b>	<b>147</b>
<b>10. Beknopt CV van de auteurs</b>	<b>153</b>
<b>11. Lijst met gebruikte afkortingen</b>	<b>161</b>
<b>12. Colofon</b>	<b>165</b>





1



# Voorwoord





## VOORWOORD

Voor u ligt een boekwerk dat terugblijkt op 10 jaar ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde in Nederland. Het is geschreven door enkele van de hoofdrolspelers binnen SOSG en NVSHA van het afgelopen decennium, en biedt een interessante kijk door de ogen van de mensen die het allemaal van dichtbij hebben meegemaakt.

Een woord van dank is dan ook meer dan op zijn plaats. Dank voor het feit dat zij allen de tijd hebben genomen om in hun geheugen en persoonlijke archieven te graven om hun bijdrage aan de geschiedschrijving te leveren. Maar zeker ook voor de jarenlange inzet met hart en ziel voor de ontwikkelingen die hebben geleid tot waar we nu staan. In dit woord van dank betrekken wij ook graag de andere pioniers die actief hebben geparticipeerd in tal van commissies en andere gremia om de opleiding en het vakgebied spoedeisende geneeskunde te ontwikkelen. Lees dit boek en het kan niet anders dan dat u versteld staat van hetgeen in een bijzonder korte tijd allemaal is gerealiseerd. Dat was niet gelukt zonder deze groep bijzondere mensen.

Maar laten we niet vergeten voor wie we het allemaal doen. Elke dag bezoeken duizenden mensen hun dichtstbijzijnde afdeling voor Spoed Eisende Hulp. Vaak voor zichzelf, soms ook met en voor anderen. Maar altijd wordt de SEH bezocht in de overtuiging dat men er goed geholpen zal worden. Daarin ligt meteen ook de taakopdracht die wij als zorgverleners in de acute zorg voor ogen moeten houden: wij hebben een enorme verantwoordelijkheid. Mensen in nood kunnen niet kiezen; ze zijn overgeleverd aan onze zorgen en dat verplicht tot het creëren en in stand houden van afdelingen waar de zorg veilig geleverd, tijdig geboden, effectief en efficiënt georganiseerd wordt en vooral ook toegankelijk is voor eenieder die ons nodig heeft.

Met dit huiswerk kunnen we de komende tien jaar nog wel toe. Wij wensen u allen veel plezier bij het lezen van dit boek, bij de reflectie over waarvoor we het allemaal doen en bij het ontwikkelen van ideeën en de verdere uitvoering ervan.

Rob Schipper, voorzitter SOSG  
Harm van de Pas, voorzitter NVSHA





# 2



## Inleiding



## INLEIDING

De spoedeisende geneeskunde is niet meer weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg. Nadat in de jaren 90 van de vorige eeuw door een klein aantal professionals en ziekenhuizen erkend werd dat er iets rammelde in de keten van acute zorg in Nederland, werd in een periode van tien jaar de opleiding tot SEH-arts gestart (2000) en het beroep van SEH-arts als profiel door het CCMS van de KNMG erkend (2008). Velen roemen het tempo waarop dit geschiedde, zeker als in aanmerking genomen wordt dat dit proces in andere landen veel meer tijd in beslag heeft genomen. Stuwende krachten waren zonder meer de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (opgericht in 1999) en de participanten van de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (opgericht in 2004).

De NVSHA en de SOSG menen beiden dat het tijdstip gekomen is voor een terugblik en een tastbaar aandenken. 2009 is het jaar waarin de NVSHA tien jaar bestaat en de SOSG afscheid neemt van het podium. Wat een buitengewone kans om een gezamenlijk feestelijk symposium te organiseren en ter gelegenheid hiervan samen een boekje te schrijven waarin deze terugblik plaatsvindt.

Dit boekje moet gezien worden als een bundel van verhalen over de ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde in Nederland. De auteurs hebben allen een belangrijke bijdrage geleverd aan deze ontwikkeling. Sommigen als poortarts (later SEH-arts) vanaf de werkvloer, anderen vanachter het bureau als bestuurder van een ziekenhuis en weer anderen als medisch specialist met de visie dat er iets gedaan moest worden aan de rammelende keten dan wel als eerste opleider. Het grootste aandeel hebben de SEH-artsen en SEH-aios zelf geleverd. De auteurs hebben allen gemeen dat zij als pioniers gewerkt hebben aan een succesvol project. Daarvoor verdienen zij een compliment en onze dank.

*Pieter van Driel*  
*Maarten Simons*



# 3



**De ontwikkeling van de  
spoedeisende geneeskunde in  
Nederland**





## **EMERGENCY MEDICINE: WHO CARES? OLVG 1989-1999, AMC 1999-2009**

*Jan Luitse*

Het was in 1985 dat Rob Westdorp belde of ik interesse had in het OLVG te komen werken, vooral om daar de traumatologie als vakgebied binnen de algemene chirurgie te ontwikkelen. Zelf was ik net klaar met mijn chirurgische opleiding in het Lucas Ziekenhuis onder leiding van Hans Keeman. De afdeling SEH van het OLVG werd in die tijd gevormd door een groep poortartsen, deels huisarts, die rechtstreeks vielen onder de poliklinieken en de medische directie. De SEH functioneerde min of meer autonoom in het OLVG, en van enige binding aan de klinische afdelingen was weinig sprake. Wel groeide de afdeling voortdurend, mede door het verdwijnen van de SEH-posten van het Binnengasthuis en het Wilhemina Gasthuis uit de Amsterdamse binnenstad. Er werd besloten tot verandering, en de SEH werd ondergebracht bij de afdeling chirurgie. Met de traumatologie als specialisatie moest ik maar hoofd SEH worden. Dit was nog de tijd van de afbraak van de oude paviljoens. De SEH was in de jaren 60 gevestigd op wat wij nu een mini-mini locatie zouden vinden. Het realiseren van de eerste nieuwbouw van de SEH en de traumatologie in het OLVG hadden op dat moment de hoogste prioriteit. Pas na enige jaren ontwikkelde zich steeds meer de vraag naar ervaring en kwaliteit van handelen op de werkvloer bij nieuwe poortartsen, bijvoorbeeld door het aannemen van relatief ervaren artsen voor de poortartsfunctie en het opleiden van de verpleegkundigen. "Relatief ervaren" voor artsen betekende vooral werkervaring als huisarts of in een poortartsfunctie elders. Iedere poortarts die nieuw werd aangenomen kreeg een inwerkprogramma, dat gaandeweg steeds langer werd. Na 1 week inwerktijd volgden 3 weken, later 3 maanden, stages bij diverse poli's van kleine specialismen, enzovoort. Rond 1996 ontstond intern op de afdeling het besef dat dit zo niet langer kon. De SEH-arts moest worden opgeleid tot een specialist, conform de ontwikkeling van Emergency Medicine in de Angelsaksische gezondheidszorg; USA, UK, Canada en Australië. Als toenmalig voorzitter van de Nederlandse Vereniging Traumatologie (NVT) was ik in de gelegenheid op de chirurgendagen en de traumadagen onder vakgenoten te bepleiten dat spoedeisende geneeskunde dringend een opleiding voor een eigen specialisme nodig had in Nederland. Naast allerlei afhoudende reacties bleek een flink aantal chirurgen dezelfde mening toegedaan.

De argumenten voor verbetering werden ondersteund door een enquête die de NVT had gehouden in 1996 onder alle SEH-afdelingen in Nederland. Deze enquête is door Nanette van Geloven in haar proefschrift over Spoedeisende Hulp bij buikklachten vergeleken met eenzelfde enquête in 1999. Het bleek dat

in 1996 35% van de SEH-afdelingen géén medisch hoofd kende, en dat 69% van de SEH-afdelingen uitsluitend werd bemand met ag(n)io's of haino's. In 24% van de afdelingen was een poortarts aanwezig, maar van opleiding was geen sprake. Slechts 21% ontving een korte introductie cursus, en maar 13% een ATLS-cursus. Eindverantwoordelijke voor medische zaken was in 52% een chirurg, in 31% de directie en in 1% (één afdeling in NL) een poortarts. Deze eindverantwoordelijkheid was slechts bij 39% van de afdelingen ook schriftelijk vastgelegd. Het kon dus echt wel wat beter!

Intern in het OLVG ontspon zich de discussie hoe en vooral ook door wie een dergelijk soort opleiding zou moeten worden begonnen; ik herinner mij Gert, Pieter en Kees, Geert fel in de discussie, en Gos en geleidelijk steeds meer geïnteresseerden. Ook onder het OLVG-management ontstond het idee dat een dergelijke opleiding wel een gunstige ontwikkeling kon zijn voor het ziekenhuis, niet in het minst in de concurrentie met de twee academische centra in Amsterdam. De SEH van het OLVG was ondertussen groter dan die van VUMC en AMC geworden, en ontwikkelde zich steeds meer.

Twee besluiten hebben een beslissende invloed gehad op het vervolg. Het eerste hield in dat de OLVG-directie stelde dat het starten van een opleiding alléén in het OLVG kansloos zou zijn, en dat de start beter in een aantal grote ziekenhuizen tegelijk kon plaatsvinden. Hierbij werd gedacht aan de STZ-ziekenhuizen (Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen), die zich met deze opleiding konden onderscheiden van hun academische concurrenten. Met een doos dia's onder de arm reed ik zo naar Utrecht om de vergadering van STZ-directeuren toe te spreken over de noodzaak van verbeteringen op de SEH, in het bijzonder de opleiding van artsen. Krachtige ondersteuning kwam van Peter de Grote, toenmalig voorzitter van de Raad van Bestuur in het OLVG. Dit is in goede aarde gevallen, en heeft er mede voor gezorgd dat de opleiding gestart is met een breed draagvlak en, essentieel, een startfinanciering. Het overtuigen van verantwoordelijken zowel bottom up (de chirurgen) als top down (de STZ-directeuren) is één van de sleutels voor het succes gebleken. Zo kon het zijn dat in 2000 zowel in het OLVG, als in het St. Elisabeth (Tilburg), het Catharina (Eindhoven) en in Den Bosch assistenten in opleiding kwamen.

Het tweede besluit, genomen door Ronald Lolkema (toenmalig manager in het OLVG), was om Gos de Vries vrij te stellen van werkzaamheden op de SEH met de opdracht een concept curriculum op te stellen naar Amerikaans model. Hierbij hoorde een stage in het Mount Sinai Hospital in New York, waar Andy Jagoda werkte als educator emergency medicine. Besloten werd dat de opleidingsduur 3 jaar zou zijn. Ook andere curricula werden meegenomen in

## De ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde in Nederland

het concept, waardoor een eerste document ontstond waarover gesproken kon worden. Op 23 april 1999 konden we zo het congres organiseren "Emergency Medicine, Who Cares?" in Grand Hotel Krasnapolsky in Amsterdam, waar het eerste concept kon worden gepresenteerd. Sprekers waren o.a. Andy Jagoda en Peter Rosen als internationale faculty, met morele steun en aanmoediging van het ACEP. Nog vele congressen zouden volgen, tot en met de prachtige huidige Egmond-bijeenkomsten!

Zelf heb ik in juni 1999 afscheid genomen van het OLVG om in het AMC te gaan werken, en Maarten Simons heeft op voortreffelijke wijze daadwerkelijk de opleiding aldaar tot stand gebracht. De eerste aiOS werden al in 2000 opgeleid. In het AMC heeft het even geduurd voor de SEH van divisie was veranderd en voorbereid was op verandering, maar daar is in 2006 gelukkig ook de opleiding begonnen, in nauwe samenwerking met het OLVG. De eerste emergency physician-opleider in het AMC, John Holmes, werd met het OLVG gedeeld. Sinds eind 2008 is in het AMC Christine Houser werkzaam, als educator opleider en research director. De toekomst van de spoedeisende geneeskunde opleiding in Amsterdam is verzekerd!



Jan Luitse (3e v.r.) wordt door Maarten Simons (4e v.r.) toegesproken tijdens de ACEP guidelines committee vergadering die in het OLVG plaatsvond.

### DE ONTWIKKELING VAN DE SPOEDEISENDE GENEESKUNDE: DE JAREN 90 AMSTERDAM

*Gos de Vries*

Op 1 april 1997 ben ik in dienst getreden van het OLVG in Amsterdam in de functie van Eerste Hulp arts (EH-arts). Tijdens het sollicitatiegesprek, met onder andere Jan Luitse (chirurg en medisch hoofd afdeling SEH) en Gert Osinga (EH-arts), kwam aan de orde dat er vergaande gedachten waren over de opzet van een opleiding tot EH-arts; de reden voor mij om te solliciteren naar deze functie.

Mijn belangstelling voor de spoedeisende geneeskunde is pas laat ontstaan. In 1996 werkte ik als poortarts in het Sint Elisabeth Hospitaal in Willemstad, Curaçao. Het onverwachte, de diverse toestandsbeelden waarmee patiënten zich presenteerden, de mix van zeer ernstig en spoedeisend tot alledaagse weinig spoedeisende ziektebeelden, het hollen en stilstaan, de samenwerking met vrijwel alle specialismen uit het ziekenhuis, waren allen zaken die mij aantrokken tot dit deel van het ziekenhuis. Je werkte als arts binnen de muren van het ziekenhuis, maar kon er ook snel weer uit. Even naar buiten lopen, uit de airconditioned omgeving van het ziekenhuis, een praatje met de ambulancebemanning en als er tijd voor was wat nasi halen aan de overkant van de straat. En natuurlijk na een dagdienst (van 07.00 tot 15.00) in de namiddag lekker naar het strand, zwemmen, snorkelen en barbecueën. En ondanks de afwezigheid van zon, zee en Pina Collada's trok het OLVG me om een nieuwe uitdaging aan te gaan. Werken op de drukste SEH van Nederland, in een van de weinige echte stadsziekenhuizen in een multiculturele, dynamische omgeving. In een ziekenhuis waar het me meteen duidelijk werd dat je als arts niet op een voetstuk staat (en zoal je dat wel doet er onmiddellijk door de verpleging vanaf wordt gehaald) en de sfeer informeel is. Waar de behandeling van patiënten soms bestaat uit Amsterdams 'geouwehoer' en dit soms beter werkt dan een lading pillen. In dat ziekenhuis begon ik tussen een groep ervaren EH-artsen. Allen hadden ervaring als huisarts, tropenarts of gedurende een aantal jaren in de kliniek.

#### **Aanleiding ontwikkeling opleiding tot SEH-arts**

In 1997 worden de meeste SEH-afdelingen in Nederland bemand door basisartsen met weinig werkervaring: assistenten chirurgie, huisartsen in opleiding of poortartsen in tijdelijke dienst. Ook in academische centra verzorgt de jongste assistent meestal de eerste opvang van patiënten op de SEH.

Deze jonge, weinig ervaren arts moet vaak beslissingen nemen over spoedeisende en ingewikkelde situaties. Daarbij werkt deze arts meestal samen met goed opgeleide gespecialiseerde verpleegkundigen, die in vast dienstverband werken, een eigen opleiding, vakvereniging en jaarcongres hebben en internationaal erkende cursussen volgen. Er worden landelijke kwaliteitseisen gesteld. Artsen op de SEH zijn meestal in tijdelijke dienst, hebben geen eigen opleiding, vakvereniging en jaarcongres en volgen met uitzondering van de ATLS (Advanced Trauma Life Support)-cursus geen internationaal erkende cursussen. Bovendien bestaan er geen landelijke kwaliteitseisen. In toenemende mate worden er knelpunten met betrekking tot de medische bemanning van de afdelingen SEH in Nederland gesignaleerd:

- De arts-assistenten zijn onervaren, er is te weinig supervisie, er wordt teveel onnodig aanvullend diagnostisch onderzoek aangevraagd, de wachttijden zijn (te) lang
- Er is geen continuïteit door de korte tijd dat arts-assistenten op de SEH werken. Er is te weinig tijd om ervaring op te doen. Er is derhalve ook geen klimaat voor het bedrijven van wetenschappelijk onderzoek
- De arts-assistenten hebben slechts (geringe) kennis op hun eigen vakgebied en zijn dus niet opgeleid om de groep ongedifferentieerde patiënten die op een SEH komt adequaat op te vangen en te behandelen

Voor een goede triage en (eerste) behandeling van patiënten op de SEH is het nodig dat er 24 uur/dag een gespecialiseerde arts aanwezig is. Deze arts moet bekwaam zijn in diagnostiek en behandeling van (acute) eerstelijns aandoeningen en in de opvang en eerste behandeling van spoedeisende tweedelijns toestands-/ziektebeelden.

### **Opleidingscurriculum**

Nadat ik ruim een jaar gewerkt had als EH-arts en ik tot de ontdekking kwam dat het verhaal over het starten van een opleiding nog slechts een “vaag” idee was, ben ik zelf op onderzoek uitgegaan. Vanuit de tijd op Curaçao wist ik dat er een aantal landen was waar de spoedeisende geneeskunde een apart specialisme was. Een van die landen was de VS. Aangezien mijn echtgenote bij de KLM werkzaam was kon ik tegen gereduceerd tarief vliegen. Zij vroeg een vlucht naar New York aan en ik belde met een willekeurig ziekenhuis om een afspraak te maken met de ‘Director of Emergency Medicine’. Het werd het Mount Sinai Hospital. Een vriend van mij had daar een co-schap gelopen en vertelde mij dat dit ziekenhuis wel goed bekend stond.

Het telefoonnummer opgezocht en me laten doorverbinden. Professor Sheldon Jacobson speaking. 'Good morning, this is Gos de Vries from the OLVG Hospital in the Netherlands ...' Een week later liep ik in New York met Sheldon over de SEH van het Mount Sinai Hospital. Bijzonder aardig, behulpzaam en heel veel informatie over Emergency Medicine. De historie in de VS, het curriculum en opleidingsplan, etc., etc. Na New York naar Professor Delooz in de Gasthuisberg in Leuven waar ik me verdiepte in de Belgische Urgentiegeneeskunde als superspecialisme, naar Frans Rutten in Rotterdam en naar Edward Glucksman in Kings College Hospital in London. Per e-mail informatie opgevraagd uit Australië, Nieuw Zeeland en Canada. Ik was overtuigd. Waarom niet in Nederland? Waarom niet in het OLVG?

Met al deze informatie naar Jan Luitse en Ronald Lolkema, hoofd Dienst Ambulante Zorg. En vervolgens naar de heer Kassing, directeur van het ziekenhuis. Wat ik wilde, was zijn vraag. Een curriculum ontwikkelen, een opleidingsplan maken en een congres organiseren. Binnen een jaar. En aldus geschiedde. Vanaf september 1998 werd ik voor drie dagen per week vrijgesteld van diensten op de SEH.

Oriënterende gesprekken met alle vakgroepen/opleiders in het OLVG, gesprekken met huisartsen, de SEH-verpleegkundigen en de NVSHV. Overleg met de medisch en de verpleegkundig hoofden van de afdelingen SEH van de STZ-ziekenhuizen om draagvlak te creëren voor deze nieuwe ontwikkeling. Het eerste overleg vond plaats op 9 december 1998, de voorloper van de STZ-Curriculumcommissie die uiteindelijk is omgevormd tot SOSG, waarover later in dit boekje meer. En natuurlijk niet te vergeten veel overleg met de eigen groep EH-artsen en het medisch hoofd van de SEH, Jan Luitse. Uiteindelijk leidt dit alles tot een eerste concept, nog vlak voor de Kerst, op 24 december 1998 "De opleiding tot SEH-arts in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam". In april 1999 wordt het opleidingscurriculum gepresenteerd in de vergadering van de medische staf en in de zomer van 1999 wordt op basis van het curriculum een opleidingsplan opgesteld. Deze documenten zullen de basis vormen van de start van de eerste drie (STZ) opleidingen tot SEH-arts in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven en het OLVG in Amsterdam in april 2000.

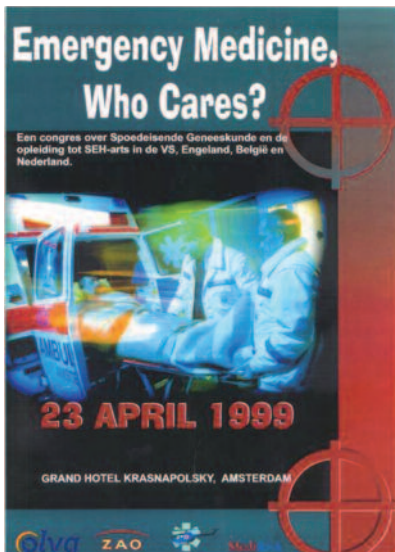
### **Congres "Emergency Medicine, Who Cares?"**

Naast de opzet van een curriculum en opleidingsplan was de andere belangrijke taak de organisatie van een congres over spoedeisende geneeskunde. De

congrescommissie bestond uit drie leden: Jan Luitse, Ronald Lolkema en ikzelf. Geen congresbureau en zeer beperkte secretariële ondersteuning. Dus veel enveloppen dichtplakken, folders vouwen en wat er zoal meer komt kijken bij de organisatie. De keuze viel uiteindelijk op Hotel Krasnapolsky in Amsterdam. Peter Rosen ('founding father' of Emergency Medicine in the USA), Sheldon Jacobson en Andy Jagoda uit de VS, Edward Glucksman van Kings College uit London en Herman Delooz uit de Gasthuisberg in Leuven waren de buitenlandse sprekers. Ik herinner me nog dat ik de Amerikanen zelf heb opgehaald op Schiphol, in m'n Renaultje Clio, dwars door Amsterdam naar Kras. Tussen de trams, taxi's, fietsers, voetgangers door verbaasden zij zich over het feit dat er geen fietshelmen werden gedragen. Gezien het Amsterdamse verkeersbeeld kon het toch niet anders dan dat de incidentie van 'Head Injury' zeer hoog zou zijn.....

Het congres zelf was, denk ik, een groot succes. Ongeveer 200 deelnemers: artsen, verpleegkundigen, beleidsmakers, managers, de Inspectie, etc. De titel van het congres "Emergency Medicine, Who Cares?" werd hiermee beantwoord.

Ikzelf heb het OLVG in 2000 verlaten, en ben als SEH-arts in opleiding in dienst getreden bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Nadat Jan Luitse in 1999 het OLVG verliet, heeft Maarten Simons de ontwikkeling van de opleiding in het OLVG overgenomen.



Poster van het eerste symposium dat door Gos de Vries en Jan Luitse werd georganiseerd. Who Cares?

## **START VAN DE OPLEIDING TOT SEH-ARTS IN HET OLVG 2000-2009**

*Maarten Simons*

Als eerste jaars arts-assistent in opleiding tot chirurg (destijds "agio") kwam ik in 1990 in het OLVG te werken op wat destijds nog een "EHBO" genoemd werd met zes huisartsen/ervaren poortartsen die de zelfverwezen patiënten behandelden, en een groot aantal agnio's en agio's van de poortspecialisten die de verwezen patiënten behandelden. Arts-assistenten chirurgie, interne geneeskunde en cardiologie waren, vooral tijdens diensten, nagenoeg permanent aanwezig.

Onmisbaar waren de zeer toegewijde en ervaren verpleegkundigen en zo af en toe belden wij een "baas" die zo af en toe langs kwam voor supervisie. Het was wel een beetje een "resident run show". Mede dankzij de gestoorde werktijden leerden wij snel en deden zeer veel ervaring op. De slogan "experience can be doing the wrong thing over and over again" gold echter wel. Toch denken vele ex-agio's met weemoed terug aan hun eerste diensten op de EHBO. 'Triage' door een enthousiaste portier die ons waarschuwde als een patiënt in de wachtkamer onwel werd, een boek waarin met een potlood de patiënten ingeschreven werden, hardcopy röntgenfoto's, een shockroom van 4 bij 5 meter, geen idee van pijnstilling ... ga zo maar door. Hoezeer ik ook genoot van ons autodidactische paradijs op de EHBO, herinner ik mij goed dat ik mij afvroeg of ik wel op de best mogelijke manier werd opgeleid. Een "baas" zag ik maar zelden op de afdeling, er was geen ATLS, geen onderwijs, geen cursus. In 1993 vertrok ik naar het AMC voor de laatste jaren van mijn opleiding. Jan Luitse (traumatoloog en verantwoordelijk voor de SEH) was nog niet gestart met de ontwikkeling van een SEH-arts opleiding.

In 1997 kwam ik in de staf van het OLVG als tweede traumatoloog naast Jan Luitse die inmiddels gestart was met de ontwikkeling van een OLVG/STZ-opleiding. Ik ondersteunde hem in zijn activiteiten. Het is eigenlijk dankzij zijn vertrek naar het AMC in 1999 dat ik het dossier "Opleiding SEH-arts" in de schoot geworpen kreeg of zoals Dik Meeuwis zei "Maarten, je bent er gewoon ingeluisd" doelende op het vele werk dat er nog moest gebeuren zonder de ervaren bedenker van het plan. Ik ben er echter met groot genoegen ingeluisd want het pionieren bevalt mij wel.

De stand van zaken was als volgt: Er was een concept leerplan van Gos, er waren vier poortartsen die stonden te popelen om te beginnen, de staf en Raad van Bestuur waren akkoord. De directeur autoriseerde de investering van 4 SEH-artsen in opleiding voor een pilot opleiding van anderhalf jaar.

In het OLVG werd de start van de opleiding positief beïnvloed doordat de Medische Staf in loondienst was. Het knelpunt "wie betaalt de opleiding?" was van minder groot belang dan de andere bekende knelpunten, zeker ook in vergelijking met andere ziekenhuizen waar de financiering vaak moeizaam verliep. Hoewel een grote groep staffleden duidelijk voorstander was van de introductie van SEH-artsen waren er ook grote twijfelaars. Sommigen waren voorstander maar moesten namens hun vakvereniging (als bestuurslid) een beetje de voet op de rem houden, sommigen omdat zij simpelweg de visie niet deelden. Gebrekkig inzicht in wat er zich precies afspeelde op de SEH-afdeling (zo heette de afdeling inmiddels) was helaas vaak een factor bij twijfelaars. Dit leidde tot een kleine (meestal succesvolle) informatiecampagne in hun richting. Wij formeerden een Locale





Onderste rij v.l.n.r. Maarten Simons (opleider OLVG), Ineke Schouten (Co-opleider OLVG), Mike Burg (eerste buitenlandse Visiting Professor OLVG) en Frank van der Heijden (Chirurg en Medisch Manager SEH OLVG) zitten voor de eerste SEH-aios van Nederland.

Opleidings Commissie met de grote poorters. De leden waren allen zeer loyaal aan de opleiding. Of SEH-artsen ook het roer op de SEH zouden overnemen was nog een andere vraag. Verwezen patiënten van de poortspecialismen werden voor de opleiding ter beschikking gesteld aan de SEH-aios.

Wij startten op 1 april 2000 met twee boventallige (reeds ervaren) artsen (Daan Biesbroek en Jolande Elshove) in een pilot opleiding van anderhalf jaar, waarin alleen de stages die wij bedacht hadden gevolgd zouden worden. Nadrukkelijk wilden wij dat zij niet ingezet werden op de productie van de verschillende afdelingen maar specifiek op “SEH-casuïstiek”. Wij startten ook snel met een onderwijsprogramma op iedere donderdagochtend. Tijdens een aantal studiereizen naar de VS was ik erachter gekomen dat de spoedeisende geneeskunde een vak op zich is en niet een optelsom van de andere poortspecialismen. Als chirurg was ik onvoldoende in de breedte getraind om het vak over te dragen. Dit te doen met een groot aantal specialisten die geen van allen voldoende tijd hadden was onbevredigend. Supervisie op de vloer van een generalist ontbrak.

### Inbreng Amerikanen en een Australiër

Gos de Vries had in Mount Sinai de basis gelegd van het programma en contacten gemaakt die voor de opleiding van het OLVG van groot belang zouden blijken. Andy Jagoda was “Education Director” in het Mount Sinai en hij zag de ontwikkeling van spoedeisende geneeskunde in Nederland natuurlijk wel zitten. Hij werd na twee trips naar Nederland (voor het eerste Symposium Emergency Medicine: Who Cares en een ACEP Guidelines Committee vergadering in het OLVG) onze vaste adviseur en stimulator. Hij heeft een grote bijdrage geleverd!

Andy's eerste belangrijke bijdrage was het aanbod aan onze eerste aios om de Summercourse for the introduction to Emergency Medicine in Mount Sinai te volgen. In 5 weken werden de eerste zes aios in New York klaar gestoomd voor het echte werk. In deze weken werden ATLS, APLS en ACLS gehaald en talloze andere wetenswaardigheden en skills opgedaan. Ik herinner mij dat Daan Biesbroeck alleen een stethoscoop en otoscoop nodig had.

Andy's tweede bijdrage bestond uit de adviesrol en hulp bij het zoeken van een teaching professor voor de aanloopfase van de opleiding. Frank van der Heijden (traumatoloog en Medisch Manager SEH in het OLVG) en ik meenden dat de opleiding gesteund moest worden door een dedicated emergency hysician. In gesprekken met Andy werden wij gesterkt in deze visie. Voor 2-3 jaar een emergency physician in het OLVG! Wat een gouden kans om op de werkvloer expertise te krijgen en een strak onderwijsprogramma te ontwikkelen. Met de komst van de teaching professors (Mike Burg 2002-3, Francis Mencl 2004-6 en John Holmes 2007-8) was er directe supervisie op de vloer geborgd van een specialist. Hun bijdrage was essentieel in het leren de patiënt te behandelen als een ongedifferentieerde casus. Zij gaven hun bedside teaching 4 dagen per week gedurende kantooruren. Dit had als voordeel dat er nauw samengewerkt kon worden met medisch specialisten. De donderdag was gereserveerd voor onderwijs. Plenaire sessies en skills trainingen verzorgd door onze gasten, stafleden, aios en sprekers van buiten het OLVG zoals CPA-vertegenwoordigers. Deze dagen werden al snel bezocht door aios en andere belangstellenden uit de hele regio (Beverwijk, Nieuwegein, Hoorn, Almere, AMC, etc.). Het grote aantal artsen gaf docenten een extra stimulans om goed specifiek “SEH”-onderwijs te geven.

Het opleidingsteam bestond verder uit de internisten Jos Frissen en later Ineke Schouten. Ineke werd aangenomen als internist infectioloog/acute geneeskunde en was nagenoeg dagelijks op de SEH te vinden voor bedside teaching aan internisten en SEH-aios. Zij werd lid van het dagelijks bestuur van het concilium en stond mede aan de wieg van het competentiegerichte curriculum.

### **Woensdagplan**

Het OLVG heeft een groot aantal zelfverwijzers die allemaal ter beschikking stonden voor de aios. De ernst van hun aandoeningen is echter relatief gering. Teneinde de exposure aan de verwezen patiënten te verhogen werd met alle stafleden afgesproken dat de woensdag overdag “SEH-dag” was. Alle patiënten (onverwezen en verwezen) zouden in eerste instantie gezien en behandeld worden door de SEH-aios onder supervisie van de gastdocent, een internist (Ineke Schouten) en een chirurg. De aios kon vervolgens rechtstreeks overleggen met de poortspecialist en niet via een aios. De SEH-arts kon op dergelijke dagen ook leren de hele afdeling te overzien en aansturen. Opvallend was dat vooral de verpleging dit soort dagen waardeerde. Er was meer rust en overzicht.

### **Stages**

De stages waren zodanig georganiseerd dat de aios op de SEH aanwezig was om onder supervisie van de medisch specialist de verwezen patiënten te behandelen. Geen supervisie door aios maar door de specialist! Alleen IC, huisarts, psychiatrie, CPA en een aantal kleine vakken waren buiten de SEH georganiseerd.

### **Landelijke activiteiten**

Onvermijdelijke maar ook aantrekkelijke bijkomstigheid van het starten van de opleiding was natuurlijk de plicht om ook landelijk activiteiten te ontplooiën. Mariska Zwartsenburg was voorzitter van de NVSHA en nagenoeg alle aios van de eerste jaren waren bestuurslid of lid van een belangrijke commissie (curriculum, richtlijnen, congres). Mariska en ik waren nogal wat uren en route naar landelijke vergaderingen van de SOSG, Werkgroep van de Orde en vele bijeenkomsten van Poortspecialismen die uitleg vroegen over de opleiding. Suzanne Peeters ontwikkelde een handletselkaart die inmiddels door alle SEH- en andere poort-aios gebruikt wordt.

### **Wetenschap**

Dankzij de inzet van de gastdocenten werd al wat tijd gestoken in kleine studies. Zo werd het OLVG tijdens het Mediterranean Congress for Emergency Medicine vertegenwoordigd met 13 abstracts in Sitges (2003) en 17 in Nice (2005). In 2000 promoveerde Nanette van Geloven op Acute Buiken in de SEH en in 2007 promoveerde Jolande Elshove op Patiënten karakteristieken in de SEH.

### 2009

In 2009 wordt de opleiding gedragen door een groeiend aantal van inmiddels 5 SEH-artsen, ondersteund door een opleidersgroep van specialisten. Het donderdagonderwijs vindt plaats in samenwerking met het AMC. Het woensdagplan is afgeschaft dankzij de continue aanwezige supervisie van de SEH-artsen. De afdeling is gemoderniseerd met sinds 2008 triage, volledige ICT ondersteuning (papierloos) en door een groot aantal kwaliteitsprojecten op geen enkele manier meer te vergelijken met de afdeling die in 2000 begon met de opleiding tot SEH-arts. Nog pregnanter is het contrast met de EHBO waar ik in 1990 begon.

### **SPOEDEISENDE GENEESKUNDE OPLEIDING IN GRONINGEN; DE ONTWIKKELINGEN VANAF HET MIDDEN VAN DE JAREN 90.**

*Jarl Pieter, Jan Zijlstra, Jan ter Maaten en Frans Jaspers*

Een aantal ontwikkelingen op het eind van de vorige eeuw heeft bijgedragen aan het ontstaan van de behoefte aan goed opgeleide artsen die kunnen werken op de SEH van een academisch ziekenhuis, maar ook in perifere ziekenhuizen.

#### **Hoe het allemaal begon; de ziekenhuisarts**

Het Universitair Medisch Centrum Groningen is voortdurend bezig om te innoveren en te anticiperen op ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Werkzaamheden, taken en functies van artsen zijn constant aan veranderingen onderhevig. Dit is deels inherent aan de dynamiek van het medische beroep, maar heeft ook te maken met veranderingen van inzichten over de meest wenselijke organisatie van de patiëntenzorg. Wensen en verwachtingen van de patiënten spelen daarbij uiteraard een belangrijke rol. De patiënten vragen om een adequate behandeling; snel en "op maat" (de juiste arts op de juiste plaats). Daarnaast getuigt het van goed werkgeverschap/personneelsbeleid als een ziekenhuis ook oog heeft voor de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor de zorgsector. De verwachtingen waren toen dat er zich een tekort aan arts-assistenten (agnio's) zou aandienen en tegelijkertijd was er de uitdaging om aantrekkelijke loopbaanperspectieven te bieden aan artsen die mogelijk niet of minder geïnteresseerd waren om een opleiding tot medisch specialist te volgen, maar wel in de curatieve sector werkzaam zouden willen zijn.

De hierboven geschetste ontwikkelingen, gaven al in het begin van de negentiger jaren aanleiding om in het kader van taak- en functiedifferentiatie van artsen en verpleegkundigen in het UMCG (toen nog Academisch Ziekenhuis Groningen) experimenten in gang te zetten. Voor wat betreft de verpleegkundige

discipline heeft één en ander o.a. geleid tot het concept van de “nurse practitioner”. Een ander belangrijk experiment betrof de nieuwe functie van ziekenhuisarts. Binnen het UMCG werd gesignaleerd dat er naast het feit dat er sprake was van specialisatie “in de diepte” ook behoefte zou kunnen zijn aan bredere, al dan niet op specifieke terreinen deskundige artsen (“werk op maat”), die ook in algemene ziekenhuizen uitstekend inzetbaar waren. Deze ziekenhuisartsen zouden kunnen bijdragen aan het handhaven van de noodzakelijke continuïteit in de basale patiëntenzorg in huis en aan de poort.

Met de ziekenhuisarts werd bedoeld een arts die:

- *is opgeleid om – zonder erkend specialist te zijn – werkzaam te zijn in een bepaald gedefinieerd domein van patiëntenzorg (clusters) dat specialisme overstijgend is en die*
- *daarnaast meer algemene vaardigheden (op het gebied van ziekenhuisorganisatie, management, transmurale ontwikkelingen, onderwijs en onderzoek) heeft opgedaan die hem of haar tot een breed inzetbare arts maken; primair als zelfstandig behandelaar binnen het domein, maar ook in (voorbereiding op) een leidinggevende functie al dan niet binnen dit domein.*<sup>1</sup>

Er zou worden gestart met vijf differentiaties, te weten: bewegingsapparaat, in hun ontwikkeling bedreigde kinderen, geriatrie, vasculaire geneeskunde en last but not least: de spoedeisende hulp!

De (toen nog) ruwe plannen om te starten met de opleiding tot ziekenhuisarts spoedeisende hulp lagen vanaf 1995 op de plank om verder uitgewerkt te worden.

### **De ontwikkelingen m.b.t. de spoedeisende hulp en de start van de SEH-arts opleiding in het UMCG**

In perifere ziekenhuizen werd de spoedeisendehulp-post meestal bezet door basisartsen die in afwachting van hun verdere opleiding, of om ervaring op te doen, enige tijd op een SEH werkten. Deze artsen hadden uiteraard nog weinig ervaring en de turn-over was hoog.

In het UMCG en de grotere perifere (opleidings)ziekenhuizen speelden daarnaast andere problemen. Het Arbeidstijdenbesluit werd steeds strikter nageleefd, terwijl tegelijkertijd van de assistenten in opleiding werd verwacht dat zij aan de leerdoelen zoals omschreven in het curriculum van het

---

<sup>1</sup> Interne UMCG -nota “De ziekenhuisarts, een nieuw loopbaanperspectief”, en Inleiding/overwegingen in het Opleidingsplan Ziekenhuisarts Spoedeisende Hulp, 15 december 1999

desbetreffende specialisme zouden voldoen. Onevenredig veel tijd werd besteed aan het doen van diensten terwijl andere verplichte leerdoelen uit het curriculum niet konden worden gehaald. Al met al waren er uiteindelijk niet meer voldoende arts-assistenten (agio's) beschikbaar om tot een sluitend en dekkend rooster op de SEH te komen.

De Centrale Spoedopvang van het UMCG fungeerde als een faciliteit voor de poortspecialismen. Alhoewel een goede SEH wel noodzakelijk is voor de opleiding van elk specialisme, werd dit, hoe begrijpelijk ook, niet gezien als kernactiviteit. Uiteraard was er voor elke patiënt wel een verantwoordelijke specialist. Maar de coördinatie van al deze specialismen verliep uitermate lastig. Met o.a. als gevolg het ontstaan van lange wachttijden. Een verbetering van de organisatie van de spoedopvang was noodzakelijk, temeer daar het aantal patiënten zonder verwijzing toenam en daarmee ook de druk op de Spoedopvang. Weliswaar waren de huisartsen in de regio op dat moment bezig om een huisartsenpost op te zetten. Het was echter niet duidelijk in wat voor vorm en op welke locatie dit zou gebeuren. Een spoedige en directe oplossing van het probleem van de zelfverwijzers voor de spoedopvang van het UMCG leek daarmee op korte termijn niet dichterbij te komen.

Redenen genoeg om, teneinde de continuïteit en de kwaliteit van zorg voor de spoedeisende patiënt te kunnen waarborgen, gekwalificeerde SEH-artsen op te leiden. En niet alleen voor het UMCG zelf, maar zeker en vooral voor middelgrote algemene ziekenhuizen.

### *De Opleiding tot Ziekenhuisarts Spoedeisende hulp in het UMCG*

De al enige jaren bestaande ruwe plannen voor de opleiding tot SEH-arts kregen, na een aantal verfijningen op onderdelen, in 1998 concreet gestalte. Evenals bij de overige ziekenhuisarts-differentiaties<sup>2</sup> zou de opleiding tot SEH-arts 3 jaar duren. De opleiding kende de volgende componenten.

---

<sup>2</sup> Zie voor een uitgebreidere algemene beschouwing over "ziekenhuisartsen" en de opbouw van de opleiding, Medisch Contact ("Een nieuwe opleiding voor een nieuwe functie" Jaspers et al, 1999, nr.5). Met verschillende typen ziekenhuisartsen met een driejarige opleiding, wilde het UMCG toen inspelen op verwachte knelpunten op de arbeidsmarkt. In een krappe arbeidsmarkt is het bieden van werk op maat belangrijk, zoals ook het rapport 'De arts van straks' (2002) signaleerde.

1. De specifieke medisch-inhoudelijke component, bestaande uit modules en praktijksituaties uit de opleiding tot medisch specialist. Vóór de aanvang van de opleiding werd veel aandacht besteed aan het opstellen van een opleidingsplan door enkele medisch specialisten (uit de interne geneeskunde, IC en anesthesiologie)<sup>3</sup> en een onderwijskundige. De algemene eindtermen werden geformuleerd aan de hand van een lijst met symptomen, ziektebeelden en vaardigheden, inclusief de beheersingsniveaus van deze eindtermen. Verder waren in het programma zowel verplichte als aanvullende (disciplineoverstijgende) cursussen opgenomen.
2. Een algemene component, met daarin vakken als ziekenhuismanagement, organisatie van de gezondheidszorg. Voorts werd voorzien in een algemene stage op een Spoedeisende-hulp-post (in binnen- of buitenland).
3. Een opdracht die de rode draad tijdens de gehele opleiding vormde en waarin de algemene en specifieke kennis en vaardigheden werden geïntegreerd.

Een interne begeleidingscommissie opleiding ziekenhuisartsen waarin behalve opleiders ook de directeur P&O en een onderwijskundige zitting hadden, was belast met het toezicht (o.m. door interne visitaties) op de kwaliteit van de diverse opleidingen en dus ook die van de opleiding tot SEH-arts. De voortgang en ontwikkeling van de ziekenhuisarts-opleidingen werden, mede aan de hand van de uitkomsten van de visitaties, regelmatig gerapporteerd aan de Raad van Bestuur.

### **Bundeling van krachten: de opmaat tot de SOSG**

Het UMCG kreeg voor het initiatief om met de SEH-arts opleiding te starten binnen de geledingen van de UMC's zeker in het begin weinig bijval. De 'buitenwereld' - de wetenschappelijke verenigingen, andere UMC's, VWS - reageerde op z'n zachtst gezegd enigszins terughoudend. Pas later kon aan de hand van de positieve reactie van de minister van VWS op rapporten als "De Zorg van Morgen, flexibiliteit en samenhang", "De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm" en "Taakherschikking in de gezondheidszorg" geconcludeerd worden dat de initiatieven van het UMCG kennelijk toch gewaardeerd werden.

Intussen was er op het gebied van de SEH-arts opleiding al een samenwerkings-relatie met het Wilhelmina Ziekenhuis Assen gegroeid. Daar was men inmiddels als één van de eerste kleinere ziekenhuizen begonnen met

---

<sup>3</sup> stages anesthesie, IC en cardiologie en – op de CSO - stages interne geneeskunde en chirurgie.

een eigen opleiding om zodoende een eigen pool met goed opgeleide (en ervaren) SEH artsen te kunnen bemensen. De samenwerking bestond o.a. uit gemeenschap-pelijke onderwijsdagen, en het bieden van stagemogelijkheden.

In de beginjaren van het nieuwe millennium was ook een aantal samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ) net als het UMCG al goed op weg met de SEH-arts-opleiding. Samenwerking tussen het UMCG en de voorlopers bij de STZ en de bundeling van de expertise en ervaring om de opleiding op een hoger plan te brengen lag dan ook voor de hand.

In een informeel contact op bestuurlijk niveau (Jongierius en Jaspers) was al onderkend dat het voor een verdere ontwikkeling van de initiatieven van belang was om de handen ineen te slaan. Van de samenwerking - in een nieuw te vormen rechtspersoon - tussen de desbetreffende topklinische opleidingsziekenhuizen en een universitair medisch centrum zou ongetwijfeld meer kracht uitgaan, zowel naar het veld zelf als naar de Rijksoverheid. Op 6 november 2002 vond in het OLVG een overleg plaats dat achteraf misschien wel als het startmoment van de SOSG kan worden gemarkeerd.

Vertegenwoordigers van het UMCG (o.a. Zijlstra) en een aantal STZ-opleiders onderschreven gezamenlijk de noodzaak om de SEH-arts-opleidingen 'body' te geven. Naar verwachting zou de erkenning van een specialisme Spoedeisende Geneeskunde door de MSRC zeker nog op zich laten wachten. Aan de andere kant waren er al tekenen van wildgroei (verschillende opleidingsduur met verschillende inhoud en kwaliteit) in de opleidingen tot SEH-arts. De afspraak werd gemaakt om te streven naar een autoriteit die zorgt voor de kwaliteit van de opleidingen en de opleiders die daarbij betrokken zijn. Deze autoriteit zou een aantal criteria moeten opstellen. Daarbij werd gedacht aan eisen aan de opleider, het opleidingsprogramma, de aanwezigheid van een 'opleidingsklimaat' alsmede aan eisen aan de opleidingsinstelling. Kleine ziekenhuizen in de regio, zonder (noemenswaardige) opleidingscultuur, zouden zeker een goede rol kunnen spelen door bijv. stageplekken beschikbaar te stellen.

### **Afsluiting van de 'pioniersfase' en de perspectieven**

Sinds de start van de opleiding in Groningen hebben de ontwikkelingen op het gebied van het competentiegericht opleiden sterk bijgedragen aan de verdere verfijning en structurering van het opleidingsprogramma. De eerste twee gestarte SEH-artsen ontvingen op 10 december 2003 officieel het later door de SOSG (op 29 maart 2004 opgericht) erkende certificaat (zie foto).

Met de visitatie op 15 oktober 2005, gevolgd door de SOSG-erkenning als opleidingsinstelling, werd de in vele opzichten interessante pioniers- en



ontwikkelfase van de SEH-arts opleiding in het UMCG afgesloten.

Het besluit van het CCMS betreffende de profielerkenning van de spoedeisende geneeskunde betekent een belangrijke historische doorbraak in de ontwikkeling van dit vakgebied in de afgelopen 10 jaar. Het UMCG is er trots op daaraan in goede samenwerking met de andere "founding fathers" van de SOSG, wezenlijke bijdragen te hebben kunnen leveren. De perspectieven voor een verdere ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde zijn goed.



10 december 2003. De eerste twee opgeleide SEH-artsen in het UMCG, Constant Coolsma (links) en Edwin Muller (midden) krijgen hun certificaat uitgereikt door Frans Jaspers, lid Raad van Bestuur UMCG.

Op de Spoedopvang van het UMCG is inmiddels een aantal zelf opgeleide SEH-artsen werkzaam.

Het kennisdomein van het vakgebied is interessant en het enthousiasme en de motivatie bij zowel de SEH-artsen (in opleiding), de opleiders en andere betrokkenen bij de opleiding in het UMCG is groot. Het UMCG heeft dan ook de ambitie om nadrukkelijk bij te dragen aan innovaties (onderwijs en onderzoek) binnen het vakgebied die ertoe leiden dat in het komende decennium weer historische mijlpalen bereikt worden.

## **DE JAREN 90 EN VOLGENDE IN TILBURG, ST. ELISABETH ZIEKENHUIS**

*Dik Meeuwis*

De zorg voor de patiënten op de SEH-afdeling was in Tilburg niet anders dan in de andere ziekenhuizen in Nederland. Traditioneel door de heelkunde overheerst. Maar al heel lang met een bijzonder goede samenwerking met de Ambulance Dienst Midden-Brabant.

In de jaren 90 is Tilburg ten zeerste betrokken geraakt in de internationale ontwikkelingen op het gebied van alle postacademiale scholingen betreffende acute zorg (advanced life support scholingen). Daarbij is veel input geweest van de Angelsaksische landen waar Emergency Medicine al was gevestigd. Deze internationale samenwerking heeft veel invloed gehad op het ontstaan van het inzicht dat een dergelijke ontwikkeling in Nederland ook onontkoombaar moest zijn. De visie was: dokters die de SEH-afdeling als hun roeping zien,

daar met trots werken, de zorg uitvoeren, organiseren en regelen. Met de oprichting van de vereniging van SEH-artsen, de NVSHA, in 1999 is een beweging op gang gekomen onder jonge dokters die dit nastreven.

De directe aanleiding om in 2000 van start te gaan met het opleiden van SEH-artsen, was het feit dat de directeur van de Ambulance Dienst Midden-Brabant geld beschikbaar stelde voor het bekostigen van 1 formatieplaats, waarmee dan ook het probleem van een goede medisch leider van de ambulancedienst op termijn opgelost zou worden. De noodzaak om te starten was er dus wel, maar werd echter door zeer weinigen gezien.

De strategie was zeer eenvoudig: gewoon beginnen, anders begin je nooit. Wachten tot alles uitgediscussieerd zou zijn, levert alleen maar vertraging op. Op 1 april 2000 zijn we dus gewoon begonnen op te leiden. Veel stelde dat natuurlijk niet voor. Er kwamen natuurlijk vragen: "of ik dat gevraagd had en of dat mocht?" Ik zou niet weten aan wie ik dat zou hebben moeten vragen, laat staan of het wel mocht. Er waren natuurlijk aperte tegenstanders. Maar echte tegenstand was er niet. Waarschijnlijk omdat men dacht dat het initiatief wel vanzelf zou overwaaien. In ieder geval had ik mij verzekerd van steun binnen de heelkunde, al keken sommigen wel meewarig. Zoveel onbenul (de kans dat het zou gaan werken) en zoveel werk. Het eerste jaar was dus zwaar voor de eersteling, en bestond eigenlijk alleen uit zorg voor de acute heelkundige patiënt. Zoals dat altijd al gedaan werd door arts-assistenten-niet-in-opleiding. Met kunst en vliegwerk hielden wij (met z'n tweeën) de moed erin. Eén jaar later zouden we de tweede in opleiding nemen.

'Gelukkig' voor ons dreigde (geschiedde) er in het voorjaar van 2001 een ramp in het ziekenhuis. De zorg voor de acute cardiologische patiënt op de SEH-afdeling kon niet meer worden gelenigd door de afdeling cardiologie. Wie gaat dit oplossen? Om een lang verhaal kort te maken: door de hoge druk werd opeens alles vloeibaar. In zeer korte tijd (2 maanden) is in het ziekenhuis besloten dat de opleiding van SEH-artsen moest worden uitgebreid, en professioneel ondersteund met alle middelen.

De strategie heeft blijkbaar gewerkt. De Raad van Bestuur wordt onze grootste ondersteuner en pleitbezorger. Natuurlijk waren er nog specialismen die deze ontwikkeling alleen maar gedoogden en niet daadwerkelijk ondersteunden. Het is ook niet logisch dat iedereen je zomaar opeens aardig vindt. Dat moet je ook gaan verdienen.

Dus grootschalig aan de slag op de afdeling SEH! 9 FTE opleidingsplaatsen, 5 FTE agnio's, 1,4 FTE supervisorend specialist, 1 secretaresse en onderwijs-middelen!

Het grootste probleem voor de Spoedeisende Geneeskunde in de eerste 10 jaren was dat de werkelijkheid zoals altijd achter de visie aansjokt.

Eenzijds kreeg ik regelmatig te horen: “die dokters van jou deugen niet, het kan nooit wat worden met hen en met jouw idee van SEH-artsen, die ook nog verantwoordelijk willen zijn voor de afdeling!” Die klagende specialisten vergeten voor het gemak dat artsen eerst moeten worden opgeleid, ervaring moeten opdoen, in voldoende mate in het ziekenhuis aanwezig moeten zijn voordat het resultaat (spoedeisende geneeskunde) geproefd kan worden. Dat kost simpelweg tijd, en die tijd wil niemand je eigenlijk geven. Het starten is dus één ding, groeien naar aanvaarding en volwassenheid eist uithoudingsvermogen en kracht.

Anderzijds waren er natuurlijk de artsen die geïnteresseerd waren in de opleiding: “kon ik wel zekerheid geven dat de opleiding erkend zou gaan worden, hoe lang gaat dat duren, hoe zou hun toekomst eruit zien?” Allemaal terechte vragen waarop ik alleen maar kon antwoorden met het opnieuw uitspreken van onze visie op de spoedeisende geneeskunde en de verzekering dat wij er heel veel energie in staken om het voor elkaar te krijgen.

In 2002 en 2003 draaide de organisatie op de SEH-afdeling en de opleiding zo goed en bestond in het collega-ziekenhuis in Tilburg, het TweeSteden Ziekenhuis, soortgelijke problematiek als 3 jaar eerder in ons ziekenhuis, dat toenadering werd gezocht met het doel een SEH-opleiding voor geheel Midden-Brabant te maken. Door een grotere afdeling te maken konden we meer interne sterkte bereiken en zo meer kwaliteit. Deze samenwerking bestaat tot op de dag van vandaag met veel voordeel voor beide partijen. Formeel betreft het wel gescheiden opleidingen.

In de beginjaren was de opzet van de opleiding bepaald door het idee dat je het vak van SEH-arts moet leren op de plaats waar het gebeurt, dus op de SEH-afdeling en dat je het vak moet leren van je eigen soortgenoten. Wanneer je stage loopt op een verpleegafdeling of meewerkt op een specialistische polikliniek dan leer je zaken die niet wezenlijk zijn voor het eigen vak en begin je hooguit een beetje te lijken op de specialist bij wie je de stage loopt.

Om het gemis aan soortgenoten op te lossen hebben we vanaf het begin afgesproken dat een buitenlandstage een belangrijke, zo niet essentiële periode van de opleiding moest uitmaken. Immers op dat moment werkten alle soortgenoten in groepen in het buitenland, de Angelsaksische landen. Deze overtuiging heeft geleid tot een jarenlange samenwerking met het Westmead Hospital in Sydney, Australië.

En juist deze stages met een duur van 1 jaar hebben een alles bepalende

invloed gehad op de verdere uitbouw van de SEH-opleiding, instelling van de SEH-vakgroep, scholing en onderwijs. En daaruit voortvloeiend een belangrijke bijdrage aan het tot stand komen van de erkenning.

### Landelijke zaken

In het jaar 2003 werd het duidelijk aan de opleiders van de eerst ontstane opleidingen en het bestuur van de NVSHA dat landelijke uniformering van de opleidingen urgent werd. Er ontstond wildgroei van allerlei initiatieven. De doelstellingen en dus de kwaliteit van al die initiatieven waren zeer wisselend. Wanneer we op termijn als geloofwaardige gesprekpartners wilden kunnen optreden naar verenigingen van medisch specialisten, Orde, KNMG of de overheid dan was het noodzakelijk orde op zaken te stellen.

Het kostte weinig moeite om de Raden van Bestuur van beide ziekenhuizen mee te krijgen in deze visie. Op vrij ondemocratische wijze is toen in record tijd de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde opgericht. Ook hier heeft de strategie - gewoon beginnen - gewerkt. Als eerst heel Nederland op één lijn gebracht had moeten worden dan zou de wereld er nu anders uitzien.

De brutaliteit waarmee de SOSG werd opgericht en voortvarend aan de slag is gegaan, is nog wel eens danig op de proef gesteld. Toen er wat al te veel tegenwind opstak vanuit het CCMS, Orde en wetenschappelijke verenigingen vroegen de bestuurders zich af of we niet te ver waren gegaan met onze uitdagingen aan het establishment. Met een korte en krachtige herinnering aan de doortastendheid waarmee we begonnen waren, was iedereen weer op het



Dik Meeuwis (rechts) neemt een afscheidskado in ontvangst van Teun van Egmond die hem als opleider SEH-artsen in het St. Elisabeth Ziekenhuis en lid van het DB van de SOSG opvolgde. Mariska Zwartsenburg kijkt toe.

rechte spoor. Doorgaan! Publiceren van het "position paper" en uitgeven van het Curriculum opleiding tot SEH-arts. Dat de persoon, die in het begin de start in Tilburg mogelijk heeft gemaakt, intussen zijn positie gewijzigd had naar Den Haag heeft ons zeker geen windeieren gelegd.

## **10 JAAR SPOEDEISENDE GENEESKUNDE IN HET CATHARINA-ZIEKENHUIS, EINDHOVEN**

*Alexander van der Veen*

De traumatologie in Eindhoven werd sinds jaar en dag verdeeld over chirurgie en orthopedie, over verschillende ziekenhuizen en door meestal de jongste jaars assistenten chirurgie. Dat dit geen ideale situatie was behoeft geen betoog.

In november 1998 verscheen in het Catharina-ziekenhuis een beleidsstuk: "Opvang acute patiënten; huidige werkwijze, knelpunten en veranderingsbehoefte". Dat het in dit beleidsstuk niet alleen meer gaat om traumapatiënten, maar ook om de goede zorg aan andere acute pathologie, behoeft geen betoog. In die tijd was er een lichte stijging van het aantal traumatologie patiënten, maar stonden we aan het begin van een aantal jaren van enorme groei in het aantal 'symptomatologie' patiënten.

Er bleek op de toen nog de EHAO (Eerste Hulp en Acute Opvang) geheten afdeling een grote diversiteit aan knelpunten te bestaan en er was een grote veranderingsbehoefte in het Catharina-ziekenhuis.

Wetgevende kaders zoals de BIG-wet, en in belangrijkere mate de ATW/ATB (Arbeidstijdenwet/Arbeidstijdenbesluit)-geneeskundigen maakten de inzet van jongere-jaars assistenten chirurgie aan de poort zo goed als onmogelijk. Deze assistenten waren niet alleen onervaren, ze konden met de huidige werkwijze onvoldoende aan opleidingsmomenten komen, waardoor hun opleidingstijd in het CZE te verdund leek te gaan worden. Daarnaast waren de wachttijden en door-looptijden van de patiënten op de EHAO veel te lang en was er behoefte aan een 'dedicated doctor'. Omdat de manager van de EHAO ook een positie had binnen de vakvereniging voor EH-verpleegkundigen, werd gezocht naar een dokter die wellicht met een soortgelijke achtergrond op de EH kon gaan werken.

In 1999 kwam er in het ziekenhuis een nieuwe traumatoloog die contacten had met o.a. het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam. Daar werd al jaren gewerkt met een soort van 'dedicated doctor' die zich Spoedeisende Hulparts was gaan noemen. De afdeling heelkunde van het OLVG en deze groep dokters hadden behoefte aan een inbedding van deze medici in een opleiding. In Eindhoven bestond deze behoefte ook en een initiatief om te komen tot een opleiding SEH-geneeskunde was geboren! Binnen de Vereniging Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen werd een voorzichtig begin gemaakt met de opleiding tot SEH-arts.

Dat de start van de opleiding samen zou gaan met de op handen zijnde verbouw van het CZE deed minder ter zake en ook de vraag of de start van de

opleiding de (ver)bouw heeft tegengehouden doet niet zo ter zake. Feit is dat de nieuwbouw SEH zijn beslag pas krijgt/heeft gekregen in 2009!

In 2000 werd daadwerkelijk begonnen met de aanname van SEH-artsen. Nadat het rapport: “SEH klaar voor een nieuw millennium, de gewenste werkwijze voor de opvang van acute patiënten” was verschenen werd ook de naam EHAO vervangen door SEH. De kerntaak van de SEH-specialist zou moeten zijn het leveren van high care, waarbij snelle triage plaats vindt en snel zorgverlening wordt opgestart en daarna snelle overdracht plaats vindt naar het definitieve specialisme.

De start van de opleiding kende forse aanloopproblemen: felle discussies binnen de medische staf die elke keer om territorium-afbakening draaiden, leidden tot de oprichting van een curriculumcommissie. Uiteindelijk werd een positieve grondhouding gepercipieerd en konden een drietal collega's, te weten Mw Anthranella Leeuwensteyn, Mw Maaïke Maas en Dhr Tahir Kadry starten met hun opleiding.

In het begin werd deze opleiding vooral gevolgd op de SEH, met supervisie van de chirurgen en orthopeden. Later ook van de internisten. De curriculumcommissie heeft felle discussies gevoerd met verschillende maatschappen, waarvan sommigen zelfs heden ten dage nog kritische aanmerkingen hebben. Primair werd ervoor gekozen het curriculum van het OLVG te volgen. De eerste maanden verliepen stormachtig, veel discussies over het nut van de opleiding, veel beren op de weg die geschoten moesten worden en uiteindelijk het regelmatig bijeenkomen van de curriculumcommissie. De beoogd opleiders Marion Blonk (internist) en Alexander van der Veen (chirurg) overlegden wekelijks met elkaar, met de arts-assistenten en met de Medische Staf. Langzaam maar zeker kwam de opleiding (mocht je daar al van spreken?) van de grond. De formatie SEH-artsen (niet) in opleiding kon na goedkeuring door de directie worden uitgebreid in maart 2001. Inmiddels telde de groep 8 arts-assistenten, van wie drie in opleiding.

Uit de notulen van die tijd bleek dat er wat rumoer bestond over de nachtelijke telefoontjes. Het was destijds nog gebruikelijk dat de SEH-arts werd gebeld door de verpleegafdeling (m.n. de chirurgische) met verschillende, voor de verpleegkundige, relevante zaken. Door dit inzichtelijk te maken konden veel protocollen worden opgesteld, die een groot aantal van dit soort vragen overbodig maakten

Gezien de onzekerheid t.a.v. de toekomst van de spoedeisende geneeskunde hebben Leeuwensteyn (orthopedie) en Kadry (buitenland) hun opleiding gestaakt. Maaïke Maas heeft haar opleiding alhier als eerste voltooid na een buitenlandstage in Australië. Daarna is zij de eerste vaste SEH-arts in het CZE begonnen.

De opleiding werd steeds professioneler, met betere stages, meer enthousiasme van de stagebegeleiders, meer feedback en stageplannen. De eerste officiële opleidingsvergadering werd gehouden in december 2003. Vanaf dat moment werden de vergaderingen geagendeerd en officieel verslagen. In 2004 werd een aanvang gemaakt met portfolio's, inmiddels ook niet meer weg te denken uit de opleiding.

De interne geneeskunde, die al vanaf het begin van de opleiding in de persoon van Marion Blonk enthousiast was voor de opleiding, bleek ook een voorstander van de opleiding en verzorgde inmiddels een prima gewaardeerde stage. Marion Blonk werd vervangen door Steven Hoorntje, die een verdere boost heeft gegeven aan de opleiding, mede door zijn statuut in het ziekenhuis.

De opleidingsvergaderingen, welke in het begin nogal rommelig verliepen, kregen meer structuur na het aanstellen van een secretaresse vanuit het onvolprezen Bureau O&O (Opleiding en Onderzoek). Er wordt nu elke 6 weken vergaderd, waarbij beleidsveranderingen worden besproken, nieuwtjes vanuit de vereniging, het Concilium en de SOSG worden behandeld en van commentaar voorzien en waar voorts allerlei opleidingszaken de revue passeren.

De opleidingsassistenten worden steeds op grond van kwaliteit betrokken bij het werk op de SEH, en zijn inmiddels een spin in het web. De komst van Wendy Thijssen, alhier opgeleid, alsmede in Australië en inmiddels de derde SEH-arts, en Martine Arts geeft een geweldige sprong voorwaarts te zien. De supervisie op de werkvloer was altijd een heikel onderwerp. De opleiders konden vanuit hun eigen specifieke achtergrond niet 24 uur lang, 7 dagen per week op de vloer aanwezig zijn. De SEH-artsen nemen de supervisie nu voor het grootste deel waar.

De opleiding wordt niet alleen bewaakt door de opleidingscommissie, maar ook door de in 2008 opgerichte vakgroep SEG, welk 2-wekelijks bij elkaar komt, en de begeleidingscommissie SEG, waarin de opleiders van de stagevakken zitten.

Een en ander loopt nu goed, hoewel er nog wel wat te wensen overblijft. De meest recente discussie draait om het invoeren van de wekelijkse SEH-dag, waarin de SEH-arts de lead over zijn afdeling heeft. Helaas is het nog niet zover, maar dit zal waarschijnlijk ook wel door-gevoerd worden.

De SEH in het Catharina-ziekenhuis heeft in de afgelopen 10 jaar, net zoals de vakvereniging NVSHA, een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Dit heeft



Alexander van der Veen

tot een prachtige nieuwe afdeling geleid, voorzien van drie fulltime SEH-artsen en een goed lopende opleiding. De komende tijd staat vast dat er discussies komen over de vaste SEH-dag, krijgt de opleiding weer een visitatie te verwerken, maar zien we vooral een groei aan tevredenheid en kwaliteit op een afdeling die nog altijd het visitekaartje van het ziekenhuis is.

### **WILHELMINA ZIEKENHUIS ASSEN; PIONIEREN IN EEN REGIONAAL ZIEKENHUIS**

*Trea Sandjer*

1992

Binnen een week na mijn buluitreiking kon ik beginnen als arts-assistent in het Wilhelmina Ziekenhuis te Assen. Ik moest me melden op de chirurgische poli. Ik werd door mijn nieuwe collega naar de kelder gebracht om een uniform te passen en kreeg en passant een rondleiding door het hele ziekenhuis. Deze ronde door het ziekenhuis ging gepaard met het schudden van vele handen van de afdelingsverpleegkundigen, die in mijn beleving bijna allemaal blond waren met een staartje. Ik ben bang dat ik me in die begintijd aan sommigen wel drie keer heb voorgesteld. Op deze eerste dag werd verder nog informatie in mij gepropt over de bedoeling van de blauwe formulieren (orderblad) en de gele doorslagformulieren (consulten). En dan nog al die andere papieren! En tot overmaat van ramp bleek ook nog ieder specialisme een eigen anamnese-formulier te hebben... Rond koffietijd kwamen wij terug op de chirurgische poli. In die tijd lag de SEH tegen de chirurgische poli aan.

Tijdens die eerste dag heb ik mijn eerste "eigen" patiënt gezien, waarbij de al genoemde papierwinkel nog veel concentratie vergde. Ook de overleg-procedures met de specialisten en de werkafspraken met de verpleegkundigen begonnen enigszins inzichtelijk te worden. De werking van de pieper met allerlei verschillende codes die in de display konden verschijnen werd uitgelegd. Er was ook een speciaal piepje voor de reanimaties. De volgende vier dagen was ik nog overgepland om allerlei zaken te leren van mijn collega-arts-assistenten, die in mijn ogen met hun ervaring van een paar maanden tot een jaar al heel veel wisten. Onvermijdelijk kwam de eerste 24-uursdienst er aan. Na een week inwerken bleef ik om half vijf 's middags voor het eerst helemaal alleen achter als enige dokter van het hele ziekenhuis.

Iedere keer dat mijn pieper geluid maakte kreeg ik van de stress hartklopsels. Want stel nou dat ik een pols moest zetten, daar kon ik toch midden in de nacht de dienstdoende chirurg niet voor wakker bellen? En stel nou dat er iemand met een hartinfarct binnen zou komen, dan zou die toch zo



dood kunnen gaan en wat moest ik dan doen? En nog erger, een reanimatie hoe ging dat eigenlijk? En wat was eigenlijk een normaal infuusbeleid? En er werd altijd een ecg gedraaid van de oudere patiënten, maar waar moest ik eigenlijk op letten? Om nog maar te zwijgen van al die röntgenfoto's..... En wat is eigenlijk de streefwaarde van de bloedsuiker en de PT-INR? Wat geef je eigenlijk tegen pijn? En wat tegen misselijkheid? Wat is een ventimask? Als de pieper niet ging, waardoor ik potentieel met deze vragen geconfronteerd kon worden, dan bedacht ik ze zelf wel terwijl ik in mijn bed op de eerste verdieping lag te woelen.

Al snel bleken de verpleegkundigen een geweldige kennisbron te zijn. Op mijn vraag: "Welk middel geven jullie meestal?" kwam meestal een erg bruikbaar antwoord. In mijn doktersjas zat veel wijsheid in de vorm van boekjes, waaronder ook een minifarmacotherapeutisch kompas. Ik zocht het genoemde medicament dan even op en belde terug dat het goed was.

Ook de vraag: "Wat doen jullie meestal?" heeft geregeld tot de beste behandeling geleid. De verpleegkundigen van de chirurgische poli/SEH waren erg goed in het beoordelen van röntgenfoto's en wisten ook wel hoe een repositie gedaan moest worden. De verpleegkundigen op de CCU konden ecg's lezen. En zo komt een beginnende arts-assistent het eerste jaar door. Dat ook de meeste patiënten het eerste jaar van een beginnende arts-assistent doorkomen, heeft ook vooral te maken met het luisteren naar de opmerking: "Ik zou nu maar snel een specialist bellen".

In die tijd was de spoedeisende hulp nog niet zo druk als nu. Ongeveer 4000 patiënten kwamen op jaarbasis langs. Dit had vooral te maken met het feit dat een groot deel van de patiënten direct naar de afdeling ging. Veel specialisten zagen hun patiënten nog zelf, we deden het meest voor de chirurgen en internisten. Om onze dag toch te vullen deden we 's ochtends kleine verrichtingen zoals het verwijderen van atheroomcystes, ingegroeide teennagels en dergelijke. Een huid-spier-fasciebiopsie was in mijn ogen ook een hele operatie. Verder zagen we 's ochtends op de kinderpoli nieuwe patiënten. We prikten alle infusen in het ziekenhuis en regelden de bloedsuikers en sintrommen. Een andere taak die opeens nog weer in mijn herinnering terugkomt, was van arbeidsgeneeskundige inhoud. Eens per maand ging je op de fiets naar de overkant van het spoor naar het psychiatrisch ziekenhuis "Licht en Kracht" om nieuwe personeelsleden te keuren.

Dit werk deden we met vier arts-assistenten, waarbij een persoon een dagdienst deed van 8 uur tot half 5 en een ander een 24-uursdienst. Na zo'n

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

24-uursdienst had je meestal een dag vrij en begon je weer in een dagdienst. Dit leverde werkweken op van 60-70 uur. Het ziekenhuis voelde dan ook al snel als een tweede thuis.

De spoedeisende hulp bestond destijds uit een zaaltje met drie brancards met gordijntjes er tussen en een aparte traumakamer. De verpleegkundigen werkten deels op de SEH en deels assisteerden zij op de chirurgische poli. De chirurgen werkten in de weekenden meestal mee op de SEH, omdat wij het anders qua drukte absoluut niet aankonden. De ATLS bestond nog niet en bij een reanimatie werd om de beurt een beetje atropine en adrenaline geprobeerd of we gingen maar weer eens klappen. Maar wat heb ik veel geleerd in die tijd!

### 1995

Vanaf 1992 waren er al weer heel wat wisselingen geweest onder de arts-assistenten. Anneke Blom (die 2 maanden na mij was begonnen) en ik vonden het werk zo leuk, dat we bij de directeur zaten om te vragen of we niet onze 3e contractverlenging in mochten. Een dergelijke verlenging zou echter wel betekenen dat we wettelijk dan ook in vaste dienst zouden komen. De heer Korver, medisch directeur, heeft toen met ons gesproken. Wij, meisjes, waren goede dokters en het leek hem toch beter dat we echt iets gingen doen, maar als we zelf wilden blijven dan mocht dat. Er was een draaideurconstructie bedacht, waarbij we tijdelijk in dienst kwamen van de maatschap orthopedie en daarna weer tijdelijk in dienst van het ziekenhuis. Dat deze zelfde meisjes wel degelijk echt iets gingen doen, namelijk de eerste SEH-artsen worden van Nederland, dat had op dat moment geen van ons allen nog bedacht.

### 1997-1999

Weer vele arts-assistenten verder, kwam het einde van het contract van Anneke en mij weer in zicht. Inmiddels hadden we een nieuwe directeur patiëntenzorg in de persoon van Tineke Hirschler-Schulte gekregen. Anneke en ik wisten inmiddels zeker dat dit werk "ons ding" was en wilden graag in vaste dienst. De functie van eeuwige assistent dreigde daarbij natuurlijk wel en al snel kwam ter sprake dat er in Groot-Brittannië house-officers met hun eigen takenpakket bestonden. In die tijd was men in het Academisch Ziekenhuis Groningen net bezig met het opzetten van nieuwe opleidingen voor zogenaamde ziekenhuisartsen, die vooral zouden werken als schakel tussen bepaalde specialismen. Jan Zijlstra, internist-intensivist, wilde ook op het gebied van de spoedeisende geneeskunde iets dergelijks opzetten. In het AZG heeft men destijds gekozen voor de andere opleidingen, maar wij mochten wel op de Centrale Spoedopvang stage lopen voor de chirurgie en interne geneeskunde. Inmiddels waren wij druk bezig om

een opleidingsplan te schrijven. De medische staf en in het bijzonder de leden van de zogenaamde begeleidingscommissie arts-assistenten heeft vanaf het begin actief meegedacht. Tineke heeft geprobeerd om de extra salariskosten tijdens de opleiding van een zorgverzekeraar vergoed te krijgen, maar men vond dit initiatief geen zorgvernieuwingsproject! Gelukkig was de medische staf enthousiast over de plannen en hebben de vrijgevestigden zich bereid verklaard een belangrijk deel van de kosten te betalen.

De inhoud van het werk was inmiddels al behoorlijk veranderd. Wij zagen ook de opnames van de cardiologie op de CCU. We kregen om dit goed te kunnen extra onderwijs. We liepen 's ochtends mee met de visite op de CCU en kregen elke maandag tussen de middag ecg-les van Micon Bijl. Zijn beeldende verhalen maakten van iets saais als een ecg toch een leuk diagnosticum, waarbij de term "Erstickungs-T's" ons het meest is bijgebleven. In die tijd kwam ook een nieuw apparaat op de markt, namelijk de fax. Dit deed in het bijzonder de chirurgen wel eens diep zuchten dat zij ook wel graag zoiets als een fax wilden hebben, zodat zij niet altijd hoefden te komen.

In verband met het nieuwe werktijdenbesluit was onze formatie al aardig uitgebreid van 4 naar 6 arts-assistenten en de 24-uursdiensten werden ook niet meer gedraaid. Anneke en ik kunnen dus echt meedoen als het gaat om stoere praat over die (goede?) oude tijd met lange werktijden, toen je nog een echte dokter werd. Dit in tegenstelling tot die watjes/softies/vul-maar-in van nu...

### **1999-2001**

De opleiding bestond uit verschillende stages bij alle specialismen met elke maand een weekenddienst op de SEH om even weer lekker op de eigen afdeling te werken. Verder kregen we om de week een avond onderwijs over SEH-gerelateerde onderwerpen van de specialisten. Een bijzonder onderdeel van de opleiding was de tijd in het Academisch Ziekenhuis Groningen. Omdat wij van een nieuw soort waren, werden wij door verschillende gremia op verschillende manieren verwelkomd. De verpleegkundigen van de CSO waren erg enthousiast, omdat ze merkten dat we mee dachten in de organisatie van de patiëntenstroom en we snel en efficiënt werkten. Andere opleidingsassistenten vonden het over het algemeen ook leuk. Jan Zijlstra was onze steun en toeverlaat. De hoogleraren van de chirurgie en interne geneeskunde hadden wel wat vraagtekens. Kan een arts-assistent uit Assen wel dienst doen buiten kantoor tijden? Wist een arts-assistent uit Assen wel dat er zoiets bestond als evidence-based medicine? Het bleek dat we dat allemaal konden en wisten.

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

Samenvattend was dit voor ons en waarschijnlijk ook voor de stafleden van het AZG een bijzondere tijd, waarin we veel geleerd hebben.

Zoals bekend is ongeveer in die periode Gos de Vries in het OLVG met een soortgelijk plan gekomen. Ook hij wilde graag als arts op de SEH werken en heeft samen met Maarten Simons een opleidingsplan geschreven. Dit had voornamelijk politiek gezien in zo'n groot ziekenhuis wat meer voeten in de aarde, waardoor het daar allemaal wat langer heeft geduurd voordat het echt van de grond kwam. Wel hebben zij het initiatief genomen om een vereniging op te richten met de toen zeer discutabele naam NVSHA. Ik herinner me een van de eerste vergaderingen, waarin de overeenkomst met NVSH (Nederlandse Vereniging voor Sexuele Hervorming) besproken werd. Tevens zijn er pittige discussies geweest wat nou lekkerder bekte "spoedarts" of "SEH-arts". Maar het bleef NVSHA en SEH-arts.

In 2001 rondden Anneke, Jan Veldhuijsen en ik als eersten de opleiding af. Een dag voor het feestje van de uitreiking van het certificaat kreeg het ziekenhuis een telefoontje van de NOS. En zo zat ik de volgende ochtend om een uur of 4 al in de auto met Wiekje Gorter, onze clustermanager, op weg naar de studio in Hilversum. In het programma Ochtendjournaal (nu Goedemorgen Nederland) ben ik geïnterviewd door Dieuwertje Blok over het werk als spoedarts, het nieuwe specialisme in wording. Een hele eer en een hele belevenis!

### 2001-2005

In Assen gingen we door met het opleiden van SEH-artsen. Ook in het AZG was de opleiding alsnog van de grond gekomen. Het AZG kreeg een nieuwe naam, namelijk Universitair Medisch Centrum Groningen. Jan Zijlstra heeft na een paar jaren het stokje van opleider overgegeven aan Jan ter Maaten. De onderwijsavonden waren inmiddels onderwijsdagen geworden, waarbij een samenwerking met het UMCG was ontstaan. De opleidingsassistenten van het WZA en UMCG kregen gezamenlijk theorieonderwijs deels in het WZA en deels in het UMCG. De WZA-ers hielden hun stages in het UMCG en de UMCG-ers kregen een afsluitende perifere en algemene stage in het WZA. Er kwamen steeds meer SEH-artsen en steeds minder beginnende arts-assistenten. Op den duur was het mogelijk de beginnende arts-assistenten altijd te laten samenwerken met een SEH-arts. De formatie was ook weer uitgebreid in verband met de toenemende drukte op de SEH, waardoor we met 2 mensen de avonddienst gingen vervullen. De beginnende arts-assistenten hadden inmiddels

een inwerkperiode van 6 weken met intubatiestage, reanimatiecursus en dergelijke. Ze gingen (pas?!) na 3 maanden voor het eerst alleen de nachtdienst in.

De SEH is in 2001 verbouwd, vergroot en losgekoppeld van de chirurgische poli. De verpleegkundigen van de SEH gingen naar allerlei cursussen als TNCC en ENPC. Onder de bezielende leiding van Luuk Tomson werd hun beroep geprofessionaliseerd en werden hun taken uitgebreid. Zij gingen alle infusen prikken in het ziekenhuis, zij gingen zelf lab prikken en bloedgasen. Het adagium "1 tensie is geen tensie" werd ingevoerd enzovoort.

Landelijk gebeurde er ook van alles. De NVSHA groeide en er werd al nagedacht over een landelijk curriculum. Tijdens de vergaderingen werd er soms heftig gediscussieerd tussen "Assen" en "STZ". Dit ging dan vooral over de taakinfilling van de SEH-arts, waarbij wij ons positioneerden als tweedelijns-arts. Met ons zeer lage zelfverwijzerspercentage van 10% lag dit natuurlijk ook voor de hand. In het OLVG en in andere STZ-ziekenhuizen was dit door de vele andere opleidingsassistenten op dat moment nog niet haalbaar. Zij vonden daarentegen dat ons afdelingswerk afbreuk deed aan het beeld van de SEH-arts, waarbij wij als verweer aanvoerden dat wij alleen (semi-)acute zorg verleenden.

## **2005-nu**

In 2005 studeerden de eerste SEH-artsen vanuit het UMCG af. Zij kwamen bij ons werken en vanaf dat moment hebben wij een volledige vakgroep SEH-artsen bestaande uit 9 mensen. In het kader van de nieuwe opleidingseisen en vanwege onze complete ploeg hebben we besloten af te zien van het zelfstandig opleiden van SEH-artsen. Wij zijn nu stageziekenhuis voor het noordelijk opleidingsziekenhuis UMCG. Onze opleiding is achteraf goedgekeurd door de SOSG en we zijn dus officieel geregistreerd.

We werken in ploegen van 2 dagdiensten, 2 avonddiensten en 1 nachtdienst. Ons werk bestaat grotendeels uit de opvang en eerste behandeling van alle patiënten die op de SEH komen. Het reanimatieteam bestaat uit een SEH-arts, SEH-verpleegkundige en IC-verpleegkundige. Buiten kantoorijden zijn wij de enige artsen die aanwezig zijn in het ziekenhuis. Wij zijn aanspreekpunt voor de afdelingsverpleegkundigen bij (semi-)acute medische problemen bij opgenomen patiënten. Wij doen de voorwacht op de intensive care, waarbij ons arsenaal van "kunstjes" is uitgebreid met het inbrengen van centrale lijnen en arterielijnen. Verder hebben we weer extra medische kennis opgedaan die zeer goed van pas kan komen op de SEH. De intubaties tijdens reanimaties doen we zelfstandig, de crash-intubaties doen we samen met de anesthesioloog of intensivist.

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

Buiten kantoor tijden hoeven de specialisten bijna niet meer van huis te komen; meehelpen vanwege drukte is al helemaal een zeldzaamheid geworden. De SEH is een aparte afdeling geworden. Misschien moeten we een recente opmerking van de visitatiecommissie aangaande de traumazorg vanuit de Traumaregio Noord-Nederland over dreigende onthechting van de specialisten (in casu de chirurgen) als een groot compliment zien passend bij de ontwikkeling van een nieuw specialisme.

We zijn ontdekt door Kees den Hartog die regisseur is van het televisieprogramma Ingang Oost. Hij is inmiddels 3x bij ons geweest om te filmen, waarbij hij in het bijzonder zeer tevreden is over de snelle doorlooptijden, waardoor hij veel kan filmen in relatief korte tijd. Een groot compliment!

De ambulanceverpleegkundigen hebben ons ook ontdekt op weer een heel andere manier, namelijk als vraagbaak. Zij bellen steeds vaker om even te overleggen over een casus waar ze op dat moment mee bezig zijn.

Voor alle politieagenten in Drenthe regelen wij de afwikkeling van prik- en bijtaccidenten, zoals we dat al veel langer doen voor onze eigen medewerkers.

Sinds 2008 hebben we een gezamenlijke balie met de centrale huisartsdienst. Zelfverwijzers die buiten kantoor tijden komen, worden getrieerd door de triagisten van de CHD. In principe worden de patiënten door de huisarts gezien, waarbij een aantal uitzonderingen middels lokale protocollen zijn gemaakt. Mensen die bepaalde aandoeningen hebben worden direct naar de SEH gestuurd. Dit zorgt ervoor dat we nog minder zelfverwijzers hebben dan in het verleden.

We hebben enkele malen per jaar een regioavond met de noordelijke SEH-artsen, waar we informatie en kennis uitwisselen over ons vak.

Landelijk is het competentiegerichte curriculum opleiding tot SEH-arts vastgesteld en is zelfs bereikt dat we een profielerkenning hebben gekregen. Een belangrijke stap in de richting van het zo gewilde eigen specialisme!

### **Toekomst**

Op de agenda voor 2009 staan het ontwikkelen van een protocol voor en de invoering van procedurele analgesie en sedatie en het formeren van een spoedinterventieteam. We willen graag een format hebben, waarbij we de zorgzwaarte van de patiënten op de SEH in beeld kunnen krijgen, waarbij we

denken aan een soort APACHE-score zoals die op IC's wordt gebruikt.

### **Visie**

Buiten ons eigen ziekenhuis is er nog genoeg te doen om vooral de angst voor dit nieuwe soort dokter weg te nemen. Uit reacties in den lande blijkt steeds weer dat men vooral bang is dat een SEH-arts te veel op eigen houtje gaat doen. Wij SEH-artsen in Nederland moeten proberen duidelijk te maken dat wij echte teamspelers zijn, die juist eerder hulp zullen roepen omdat we eerder in de gaten hebben dat het anders niet goed gaat met de patiënt. Wij lopen dagelijks tegen onze grenzen aan qua kennis (we weten van alle specialismen meer dan een gemiddelde specialist van de andere specialismen, maar altijd minder dan een specialist van zijn eigen specialisme) en kennen onze eigen grenzen dus ook beter!! Een SEH-arts is niet behept met een hokjesgeest en kan dus beter een totale patiënt bekijken en kan makkelijk overschakelen naar een nieuwe diagnose en behandeling. En het alternatief van de beginnende basisarts zal binnenkort door de Inspectie ook niet meer geaccepteerd worden, waarbij ik nog graag even weer bij mijn eigen ervaringen als beginnend doktertje blijf stilstaan.

Gelukkig wist ik toen nog niet wat ik nu allemaal weet, anders was ik dit werk nooit gaan doen! Want wat heb ik (in mijn onwetendheid) en vooral wat hebben mijn patiënten een hoop risico's gelopen. Maar dan had ik ook nooit de leukste baan van de wereld gekregen!! Dus kennis maakt ook weer niet altijd gelukkig.....



Trea Sandjer





# 4



## De ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen



## DE OPRICHTING VAN DE NVSHA EN DE JAREN 1999 – 2002

### *Pieternel van Exter*

Sinds begin jaren 90 nam het OLVG artsen aan op de SEH met klinische ervaring, in vaste dienst. Brede basiszorg en acute zorg, toen nog op de oude SEH, de 8 kamertjes. Altijd één dienstdoende SEH-arts, na 8 uur lichtelijk verminderd besluitvaardig, blij dat de opvolgende SEH-arts kwam.

We organiseerden zo nu en dan een overleg bij elkaar thuis, Kees, Saskia, Marie Therese, Gert en Pieternel, de SEH-artsen van dat moment. We beseften dat we te veel ad hoc oplosten en grote verantwoordelijkheid namen in de zorg voor onze patiënten. SEH-artsen zagen geen ontwikkelingsmogelijkheden en behalve Gert ging iedereen na een paar jaar weer wat anders doen. Vervolgens kwamen er weer nieuwe SEH-artsen. Langzamerhand begon het besef van een eigen vakgebied te groeien en deed de ATLS zijn intrede. In het OLVG werd de ploeg van SEH-artsen versterkt met de komst van Gos de Vries. Hij heeft een prominente rol gespeeld in de voorbereiding van de oprichting van de NVSHA. Ikzelf ben na 7 jaar werkzaam te zijn geweest als SEH-arts overgestapt naar de extramurale spoedeisende geneeskunde, maar ben vanuit de GHOR en later als medisch manager ambulancezorg – ook enige tijd als voorzitter - actief gebleven in de vereniging.

### *Gos de Vries*

Tegen de zomer van 1999 was het eerste driejarig curriculum en opleidingsplan voor SEH-artsen gereed. De medische staf van het OLVG had in haar vergadering van april groen licht gegeven voor de start van de opleiding mits er meerdere STZ-ziekenhuizen zouden meedoen. In het Wilhelmina Ziekenhuis Assen was men begonnen met een eigen opleiding waarover elders in dit boekje meer informatie te vinden is. Er was een landelijk congres ("Emergency Medicine, Who Cares?") georganiseerd en er ontstond langzaam maar zeker discussie over de kwaliteit van zorg op de SEH binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS, de wetenschappelijke beroepsverenigingen (vooral heekunde, interne geneeskunde en later anesthesiologie) en de ziekenhuizen. Het werd tijd om ons als poortartsen/EH-artsen te verenigen. De tijd werd rijp om binnen verenigingsverband op een meer structurele wijze te discussiëren over het te bereiken doel en de weg waarlangs. Daarnaast had ikzelf het gevoel dat het oprichten van een vereniging en het vastleggen van een naam en statuten er in ieder geval voor zorgden dat niet een van de gevestigde wetenschappelijke beroepsverenigingen ons voor zou zijn. Zo gezegd, zo gedaan. Contact gezocht met een bevriende notaris, Paul Roem, en informatie ingewonnen over de

voorwaarden voor het oprichten van een vereniging. Wat heb je zoal nodig? Om te beginnen een paar enthousiastelingen die een vereniging willen oprichten en zitting willen nemen in het eerste bestuur. Een naam, doelstellingen en hoe deze te willen bereiken. Aangevuld met standaardbepalingen over organisatie, verschillende soorten leden, benoeming van bestuursleden etc.

### Oprichting van de NVSHA

Op 27 september 1999 was het zover. Om 16.45 uur werden de 5 oprichters verwacht bij Notariskantoor Spier en Hazenberg, Westeinde 24 in Amsterdam. Ten overstaan van Paul Roem werd de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) opgericht. Het eerste Bestuur van de vereniging bestond uit de 5 oprichters:

- Gos de Vries, voorzitter
- Remco Bartens, vice-voorzitter
- Hans Schilder, secretaris
- Daan Biesbroeck, penningmeester
- Pieter van Exter, bestuurslid (extramuraal spoedeisende geneeskunde)

Na het officiële deel natuurlijk Champagne! En aansluitend een etentje in Pier 10, gelegen aan het IJ in Amsterdam.

### 1999

Het eerste jaar van de vereniging was vooral een jaar van stabilisatie. Stabilisatie is mooi, maar dan vooral na een (te) snel doorgemaakte groei. In dit geval betekende stabilisatie een stabiel ledental van 5, de oprichters. Misschien toch te vroeg besloten tot oprichting, of nog vermoeid van het voorgaande jaar waarin er zoveel was gebeurd met betrekking tot de ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde in Nederland? Maar goed, er was in ieder geval een vereniging... De statuten waren gedeponereerd en de doelstellingen vastgelegd:

- de ontwikkeling van kennis op het terrein van de spoedeisende geneeskunde stimuleren;
- een optimale uitoefening van de praktijk van de spoedeisende geneeskunde nastreven;
- de ontwikkeling in Nederland ondersteunen om artsen specifiek voor werkzaamheden in de spoedeisende medische hulpverlening aan te stellen;
- de ontwikkeling van een aparte opleiding voor spoedeisende hulp artsen ondersteunen;

## De ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

- streven naar erkenning voor de spoedeisende geneeskunde als zelfstandig specialisme;
- de communicatie tussen de diverse disciplines betrokken bij de spoedeisende medische hulpverlening bevorderen.

En vooral de laatste doelstelling spreekt mij aan. Immers het werk op de SEH bestaat voor een deel uit het toepassen van specifieke kennis en vaardigheden, maar voor een ander niet onbelangrijk deel uit het kunnen organiseren en samenwerken. Sturing geven aan logistieke processen en het kunnen werken in teamverband zijn voor de kwaliteit van patiëntenzorg van groot belang.

### **2000 – 2002**

De **eerste** echte verenigingsactiviteit, voor zover ik mij kan herinneren, was de ontwikkeling van een landelijk driejarig modulair onderwijsprogramma. In juli 2000 namen Daan Biesbroeck, Jolande Elshove-Bolk en Gos de Vries deel aan het introductieprogramma van de opleiding tot SEH-arts in het Mount Sinai Hospital in New York. In de spaarzame vrije tijd werd dit programma ontwikkeld, bestaande uit 12 modules die in een cyclus van drie jaar gegeven zouden moeten worden. De 12 thema's waren symptoom georiënteerd (buikkolichten, bewustzijnsstoornissen, etc.) en uitgewerkt naar de verschillende onderwerpen waar aandacht aan besteed moest worden.

Het introductieprogramma in Mount Sinai Hospital was overigens prima georganiseerd en leerde ons in 4 weken tijd de ATLS, ACLS, PALS en de belangrijkste ziektebeelden die je op de SEH kon tegenkomen. Naast de vele 'lectures' was er ruime aandacht voor 'skills'. En dat alles onder de bezielende leiding van Andy Jagoda. Een zeer gedreven 'Emergency Physician' en begenadigd spreker, zoals al was gebleken tijdens het congres in 1999 "Emergency Medicine, Who Cares?". En sindsdien een van de meest fervente steunpilaren vanuit de VS voor de ontwikkeling van het vakgebied van de spoedeisende geneeskunde in Nederland!

Naast alle kennis die we opdeden in een omgeving waar "Emergency Medicine" al jaren een erkend specialisme was, hebben we natuurlijk ook genoten van het leven in New York. Joggen in Central Park, op woensdagavond dansen op muziek uit de jaren '80 in 'Windows of the World' (een jaar later weggevaagd tijdens de aanslag op 11 september) en tijdens Sail New York op de 'Eendracht' over de Hudson New York binnen gevaren. Kortom een prachtige tijd!

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

De **tweede** activiteit die ik wil noemen is de organisatie van het eerste door de NVSHA georganiseerde congres. Ruim 2 jaar na de organisatie van het congres "Emergency Medicine, Who Cares?" was het wederom gelukt om met beperkte middelen bekende sprekers uit binnen- en buitenland te 'contracteren'. Ditmaal in het West Indisch Huis in Amsterdam. Sprekers uit de VS, Canada, Australië en Nederland die spraken over "Recent Developments in Emergency Medicine". Dit alles georganiseerd door 5 SEH-artsen i.o. (Elsbeth Willems, Joanne van der Meer, Jolande Elshove-Bolk, Daan Biesbroeck en Gos de Vries).

Een andere belangrijke rol tijdens dit congres was weggelegd voor Maarten Simons, chirurg-traumatoloog uit het OLVG, als deelnemer tijdens de paneldiscussie. Hij heeft bij het vertrek van Jan Luitse naar het AMC diens taken overgenomen en was de eerste opleider van de SEH-artsen in het OLVG. Tot op heden is hij een van de meest actief betrokken medisch specialisten bij de



Ondertekening statuten notaris



Champagne!



1e vergadering NVSHA-bestuur



Collegezaal OLVG met de eerste leden van de NVSHA

ontwikkeling van de opleiding tot SEH-arts en de erkenning van dit vakgebied door de KNMG. En steun vanuit de gevestigde medische specialismen was essentieel voor de ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde als aparte discipline.

Na de organisatie van dit congres werd de animo om lid te worden groter en vond de vorming van de eerste commissies binnen de vereniging plaats. Kleinere symposia werden georganiseerd, alsmede de eerder genoemde onderwijsdagen. Met een langzaam toenemend aantal opleidingen namen ook het ledental en de activiteiten toe. Ook internationaal speelde de NVSHA mee. In oktober 2002 werd op het jaarcongres van de American College of Emergency Physicians (ACEP) door de International Federation for Emergency Medicine (IFEM) de aanvraag van de NVSHA om toegelaten te worden als 'affiliate member' gehonoreerd. Voor mij was het tijd om na drie jaar de voorzittershamer over te geven aan Mariska Zwartsenburg. Zij begon in 2002 als jonge enthousiaste SEH-arts i.o. aan een periode waarin er veel op het spel stond. Subspecialisme of volwaardig vakgebied? Visitatie en accreditatie en zoals u elders in dit boekje zult lezen nog veel meer ...

## **DE EERSTE BESTUURSJAREN VAN DE NVSHA**

*Mariska Zwartsenburg en Wendy Thijssen*

*Beste Wendy,*

*Eigenlijk waren we denk ik allebei overvallen. Het was ineens geregeld: we werden gepolst, en een paar dagen later was jij vice-voorzitter en ik voorzitter van de NVSHA. Adrenaline. Die avond alleen onderweg naar huis maakte de kick snel plaats voor spanning, de druk van een Grote Verantwoordelijkheid. Waar was ik aan begonnen? Zouden we het redden om de spoedeisende geneeskunde serieus te laten nemen door de 'gevestigde orde'? Alle partijen met wie we te maken hadden waren sterker dan wij, en sterker nog, voor veel van deze partijen bestonden wij niet eens. En on top of it all waren we allebei eerstejaars aios en vrouw: Hoe moesten we het in hemelsnaam voor elkaar krijgen?*

*Wendy, we spraken elkaar voor het eerst echt toen achter gesloten deuren werd besloten over onze kandidatuur. Los van de schimmige locatie (een kantoorgang na sluitingstijd) en ons voorkomen (sporen van een dag werken en een filetocht in een warme auto) leek het wel een powerdate. We keken elkaar diep in de ogen en*

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

*deden zaken: verwoordden kernachtig wie waren, waar we goed in waren, wat we wilden, hoe we de rolverdeling voor ons zagen. In dat kwartier hebben we de basis gelegd voor een jarenlange samenwerking vol eerlijkheid en vertrouwen. Het is overgegaan in een vriendschap die ik koester en die ons al tot in de outback van Australië bracht. Ik hoop dat we samen nog veel meer moois zullen meemaken.*

*We gingen van start, stelden eerst orde op zaken in eigen huis. We bekeken onze erfenis: tientallen leden, twee high profile symposia (Kuhnhaus Scheveningen, West Indisch Huis Amsterdam), contacten met de buitenlandse crème de la crème op ons vakgebied), een curriculum voor de SEH-arts opleiding en een opzet voor landelijke onderwijsdagen. Er was een fantastische basis gelegd, om niet te zeggen een lat.*

*Ter verbetering: de financiële administratie die bleek te bestaan uit een versleten maar bij nadere bestudering toch als Albert Heijn-tas herkenbare vol losse bankafschriften. Die tas hebben we nog jaren als trofee van verenigingshistorie bewaard. Verder de beperkte contacten in Nederland en mild gezegd weinig goodwill bij de gevestigde specialismen. En de concentratie van de meeste kennis, ervaring en contacten bij één persoon, die nu het bestuur had verlaten.*

*We vonden gelukkig snel een penningmeester die moedig aan slag ging met het uitzoeken van de tas. We sloten het overwegend Amsterdamse feestje dat het bestuur was geweest af en nodigden nieuwe bestuursleden uit het hele land uit. In al deze grote en kleine perifere klinieken klopte het niet. Alle bestuursleden hadden het aan den lijve ervaren: als jonge, onervaren arts de ziekste, meest ongedifferentieerde patiënten opgevangen, tot reanimaties aan toe, wat we leerden van SEH-verpleegkundigen met jarenlange ervaring. Deze tijd vormde mijn motivatie voor het voorzitterschap. Jonge, onervaren artsen met nauwelijks supervisie de SEH laten bemannen betekent medische zorg ver onder de maat, hoe hard ze ook werken en hun best doen.*

*Het was heerlijk, broeden met het bestuur op slimme plannen, energie krijgen van iedereen ideeën en enthousiasme. We wilden graag en we werkten hard voor de vereniging, tot tientallen uren per week naast onze opleiding. Laatst bij het opruimen van de zolder vond ik een paar stukken meterslang behang uit 2003 volgebrainstormd met doelen en ideeën voor over vijf of tien jaar, tijdbalken, associaties in allerlei kleuren. Ik weet nog hoe we met een man of tien om een tafel stonden, allemaal een stift, en maar hardop je idee roepen en op het papier zetten, steeds weer op gedachten gebracht door het roepen van de anderen. Het*



## De ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

*was gezellig, bruisend met leven. We probeerden onze toekomst vorm te geven, voelden dat we het in eigen hand hadden als we het goed deden.*

*Wat op dat behang stond? Een eigen congres bijvoorbeeld, een tijdschrift, erkenning van onze opleiding door het CCMS, promoveren, wetenschapsontwikkeling, de eerste opleiders 'uit eigen gelederen', een assistentenvereniging, een eigen tekstboek, vast onderdeel van het curriculum van medisch studenten, stagelopers van andere specialismen, allemaal voorzien van een jaar waarin het bereikt zou zijn. Statements. Doelen. Concreet. Denken zonder de obstakels die op andere momenten zo prominent in beeld stonden.*

*Ook onze leden, die snel in aantal toenamen, wilden van alles, maar niet altijd hetzelfde. Ik verdiepte me in argumenteren en redeneren, volgde een debatcursus, zette in op woorden en strategieën. Jij, Wendy, was stil op de achtergrond, observerend. Met de jaren bleek je door dat goede kijken en luisteren in staat tot subtiel samenvatten en conclusies trekken waar alle partijen zich in konden vinden. Je hebt de gave om de boel bij elkaar te houden zonder confrontatie, en vooruit te blijven gaan om uiteindelijk ogenschijnlijk simpel je doel te bereiken. Met name door jou zijn we erin geslaagd de boel bij elkaar te houden.*

*Vroeg in ons bestuursbestaan werden wij op dit punt stevig getest. Tijdens een 'heidesessie' met betrokken medisch specialisten (in STZ-verband) bleken zij een eigen beroepsvereniging spoedeisende geneeskunde te willen oprichten. De statuten werden kant en klaar onder onze neuzen geschoven. Wij zouden immers als jonge dokters met weinig lobbykracht en nauwelijks bestuurlijke ervaring toch nergens serieus genomen worden. De NVSHA kon dan een assistentenvereniging worden onder deze nieuwe 'echte' vereniging, we waren immers eigenlijk al een vereniging van assistenten.*

*We stonden perplex, we waren net voorzichtig op de samenwerking met andere specialisten gaan vertrouwen. Gingen we hier de vereniging verliezen? Waarom werd dit geprobeerd? We kochten tijd door het rekken van de vergadering, ik belde met de oud-voorzitter om raad, en uiteindelijk gingen we ondanks druk niet overstag.*

*Het bereikte compromis: ten eerste de oprichting van de SOSG ter registratie en bestuurlijke lobby (met NVSHA bestuursvertegenwoordigers als toehoorders), en ten tweede het aanstellen van specialisten in het bestuur van de NVSHA.*

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

*Dat vereiste aanpassing van de statuten, een van jouw grote wapenfeiten. Met een aantal andere bestuursleden groef je je in in juridische taal en organisatie-constructies. Jullie bouwden sluw een overgangsfase in met specialisten van andere disciplines die een minderheid konden uitmaken van het bestuur. Deze fase liep af na erkenning: dan zou er geen plaats meer zijn voor specialisten van andere disciplines in het bestuur, tenzij als gewoon lid.*

*Weet je nog dat toen je de definitieve versie naar de notaris bracht, jij groen en grijs aankwam? Onze secretaris achter het stuur gaf flink gas in de binnenstad, coureurde door de bochten, en gooide de auto tegen het verkeer in op de plaats voor de deur van het kantoor. Waarschijnlijk echt Amsterdams, zei je achteraf, toen je weer iets uit kon brengen.*

*Het voorleggen van de gewijzigde statuten aan de NVSHA-leden werd moeilijk. De leden bleken mordicus tegen het toetreden van medisch specialisten tot ons bestuur. Het was onze vereniging. Die specialisten hadden hun eigen belangen, en dat waren niet de onze. Wat zou er te winnen zijn voor de SEH-artsen? Na veel verhitte discussies, uitleg, lobby en tijd wisten wij hen te overtuigen dat we zo gebruik konden maken van expertise, dat het een overgangsfase betrof, en dat de SEH-artsen de meerderheid zouden houden in het bestuur. Onze trots: De statutenwijziging werd unaniem aangenomen.*

*Weet je nog dat we de beoogde specialist-bestuurskandidaten, allen opleider, flink aan de tand hebben gevoeld in heuse sollicitatiegesprekken? Ik zie ons daar nog zitten, opleidingsassistenten die de vragen stellen aan hun bazen die voor een baan komen. Heerlijke omgekeerde wereld. We hebben de kandidaten alle drie aangenomen, en zij bleken uiterst waardevol voor ons door hun kritische blik en adviezen.*

*Een tijdje later werd door dezelfde specialisten als de eerste keer een tweede 'couppoging' gewaagd, deze keer om het voorzitterschap van de NVSHA door een chirurg te laten uitoefenen, weer om 'wel serieus genomen te worden'. Ik was woest toen ik hier achter kwam, en ben diezelfde dag naar de andere kant van het land geracet voor een persoonlijk onderhoud met de beoogde voorzitter, die nota bene al NVSHA bestuurslid was. Hij bleek na stevig argumenteren voor rede vatbaar.*

*Jij en ik deden veel van het netwerken. In het buitenland ging dat het makkelijkst. En passant overwonnen we onszelf: jij je vlieg angst, ik mijn opzien*

## De ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

tegen het spreken voor een groep. De ervaren Emergency Physicians uit tientallen landen hebben ons al die jaren een hart onder de riem gestoken. We dronken cocktails met de ACEP-voorzitter die ons verzekerde dat we aan het langste eind zouden trekken, Australiërs herkenden wat wij meemaakten, beurden ons op door te zeggen dat de ontwikkelingen bij ons veel sneller gingen dan bij hen. Canadezen hamerden erop dat ons sterkste argument kwaliteit van zorg was. Het was een simple fact dat spoedeisende geneeskunde een betere kwaliteit van zorg op de SEH levert. Daarmee konden we onmogelijk fout gaan. Steeds weer reisden we gesterkt naar huis.

Ondanks het niet te weerspreken kwaliteitsargument, ondersteund door een IGZ rapport (Haastige spoed, niet overal goed, sept. 2004), was de uitdaging groot. We hadden zoals gezegd te maken met partijen die sterker waren dan wij zelf, en voor wie wij nauwelijks bestonden. De beroepsverenigingen van andere disciplines, met hun eminences grises die ons jonge aios in de gangen van ons eigen ziekenhuis niet eens werkelijk zagen, laat staan dat zij ons als vanzelfsprekend gesprekspartner beschouwden. De koepelorganisaties, zoals de Orde, KNMG, MOBG, CCMS, waren nog verder van ons verwijderd. Bij de overheid hadden we geen contacten.

Het was zenuwslopend te beseffen dat al deze organisaties onderling verweven waren, dat door verschillende mensen meerdere sleutelposities bezet werden, en dat er op de achtergrond en grotendeels buiten ons directe zicht allerlei belangen een rol speelden.

Ik was voortdurend op mijn hoede, ogen in het achterhoofd, oren gespitst tijdens vergaderingen: een constante staat van paraatheid. Thuis hield ik elke email tegen het licht. Wendy, hoe vaak hebben wij elkaar wel niet gebeld met een flardje informatie dat we ergens hadden opgepikt, en probeerden we dat te puzzelen in wat we wisten en vermoedden, in de hoop dat we er ons voordeel mee zouden kunnen doen? Hoe vaak hebben we de black box van het politieke spel niet vervloekt? Hoe vaak hebben we niet het gevoel gehad dat we beet werden genomen, misleid, verkeerd geïnformeerd, werden gebruikt voor andermans agenda? Weet je nog dat we elkaar altijd na een grote vergadering vanuit onze auto's belden en napraatten en analyseerden en elkaar moed inspraken tot wie er maar het eerste thuis was?

De laatste slaaparme nachten van onze bestuurstijd waren te wijten aan een beslissing die het voortbestaan van de NVSHA op het spel zette. Het eerste

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

*North Sea Emergency Medicine Congress. Hadden we het geld ervoor of niet? Na lang rekenen bleek dat het erom zou spannen: er moet een aanzienlijk aantal inschrijvingen zijn, anders zou de NVSHA failliet gaan. Hadden we er vertrouwen in dat onze leden daadwerkelijk zouden komen op zo'n congres? We besloten (alles gekruist) ervoor te gaan. De rest is geschiedenis!*

*Wat we geleerd hebben? Zorg dat je aan tafel komt, zelfs als toehoorder, en blijf daar zitten: Je kunt als vanzelf participeren in het proces. Bluf soms. Herhaal jezelf steeds in andere woorden, laat je niet verleiden tot het aanvoeren van steeds andere argumenten.*

*Hoogtepunt van aan tafel zitten: tijdens een plenaire vergadering hebben verschillende bestuursleden van de NVSHA waaronder ikzelf vanuit al onze hoedanigheden (heelkunde, interne geneeskunde) een vlammend betoog kunnen houden over het nut en de waarde van de spoedeisende hulp artsen. De NVSHA was daar als toehoorder uitgenodigd. Het leidde uiteindelijk mede tot de oprichting van een Commissie Spoedeisende Geneeskunde van de Orde, die een groot wegbereider is geweest voor erkenning van de opleiding.*

*Tot slot nog een greep uit wat in onze bestuurstijd is bereikt in willekeurige volgorde met het gevaar iets noemenswaardigs over het hoofd te zien. Professionele financiële administratie, Position Paper, Competentiegericht Curriculum, wetenschapscommissie, richtlijnen, portefeuille internationalisering, nieuwsbrief voor leden, betrouwbare website, leidraad voor spoedeisende geneeskunde, symposiumcommissie die overging in congrescommissie, (volwaardiger) lid van EUSEM, IFEM.*

*Waar we naar toe werkten werd werkelijkheid na onze bestuurstijd. Op 13 oktober 2008 was de erkenning van de opleiding tot spoedeisende hulp arts als profielregistratie officieel. We bestaan nu wettelijk, en kunnen serieus werk gaan maken van de spoedeisende geneeskunde in Nederland.*

*Mijn dank aan alle (bestuurs)leden van de NVSHA die zich hiervoor hebben ingezet. Met name aan alle collega's uit onze bestuursperiode: Daan Biesbroeck, Pieternel van Exter, Joanne Gerkes, Mark Frederikse, Maaïke Maas, Suzanne Peeters, Maaïke Anker, Bas Bens, Klaartje Caminada, Harm van de Pas, Jeroen Zewald, Chris Prescott, Pieter van Driel, Laura Kater, Jan ter Maaten, Dik Meeuwis en Steven Hoorntje. Wat bereikten we veel samen!*

*Geen bestuursleden maar van onschatbare waarde waren Roger Hessels, Gael Smits en Annechien Alkemade.*

## De ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

*En jij Wendy, bedankt: het was een genoeg groter dan ik kan beschrijven om met je te mogen werken en groeien.*

*Liefs,  
Mariska*



*Beste Mariska,*

*Had jij het ook? De herinneringen die opkwamen nadat de vraag kwam om een stukje over de eerste bestuursjaren te schrijven. Ik zie ons in 2002 nog op de trap van het GGD-gebouw in 's-Hertogenbosch zitten. Nadat we beiden eerst algemeen bestuurslid waren geweest, kwam de positie van voorzitter vrij. Allebei op "sollicitatiegesprek". Terwijl het zittende bestuur overleg had over de juiste kandidaat, hadden wij reeds onze eerste "strategie" uitgedacht. Jij zou voorzitter worden en ik vice-voorzitter. Daarna gold nog de goedkeuring van de leden.*

*En dan de overdracht ook zo professioneel, alle stukken in een Albert Heijn plastic zak. We zijn van ver gekomen, maar de weg was mooi.*

*Zo was er ook dat moment dat we de visie van de NVSHA op papier wilden zetten. Bij gebrek aan vergaderruimte, maar een wegrestaurant rond Utrecht opgezocht. Centraal voor beiden. En daar zaten we dan, fly-overs op de muur geplakt, laptop draaiende en genoeg thee en koffie.*

*En maar beleefd knikken naar iedereen die het nieuwe behang van het restaurant, maar merkwaardig vond.*

*En toen was daar het congres in Sitges, Spanje. The 2nd European Emergency Medicine Conference in 2003. Ik weet het aantal niet precies, maar volgens mij waren we daar met ongeveer 75 Nederlanders. Sommigen in hotels, sommigen op campings, maar we waren er allemaal. En er zijn veel internationale contacten gelegd. Het enthousiasme vanuit Europa en de VS was groot om ons te helpen. Daar liepen we met ons "president" en "vice-president" badge op. En maar lobbyen, nou ja, jij dan. Hoeveel visitekaartjes had je aan het einde: meer dan 55? Een van jouw sterke kwaliteiten als voorzitter, lobbyen, contacten leggen. Ze zijn erg nuttig gebleken, en nog steeds.*

*Een van de dingen die me het meest is bijgebleven was die bijzondere algemene leden vergadering waarop we de nieuwe richting van de NVSHA wilden bespreken en ter stemming wilden brengen. De statuten zouden aangepast moeten worden, de NVSHA zou toegankelijker moeten worden voor medisch specialisten. Volwaardig lid, met stemrecht. Op die avond werd mij in een klap duidelijk hoe diep de wil zat van iedereen om de SEH-arts een volwaardig specialist te maken. Met niet te verstaan krachttermen werden wij door de leden weer huiswaarts gestuurd. Wat we wel niet dachten, de "vijand" stemrecht geven. Zo zou het nooit wat worden.*

*Al die gekheid heeft wel uitstekende resultaten opgeleverd. Samen met opleiders vanuit de STZ-ziekenhuizen kwam de beslissing om de SOSG op te richten. De zogenaamde founding fathers. En na aandringen vanuit de NVSHA, moest het bestuur daar uiteraard ook in betrokken worden. De "dames" mochten ook wel aanschuiven bij het overleg. En die vergaderingen werden buitengewoon productief. Het waren ook hilarische overlegmomenten, hoog stropdas gehalte. Veel tijd doorgebracht in de 'wandelingen'. Zo was er ook overleg op landelijk niveau met de overheid, de Orde en internationaal met the European Society of Emergency Medicine in Praag.*

*En toen werd het 27 april 2004: de ondertekening van de nieuwe statuten. We zijn persoonlijke gesprekken met leden aangegaan, hebben voortdurend uitgelegd waarom wij dachten dat die verandering er moest komen. Dat de SOSG een partner was en geen luis in de pels. Met resultaat.*

*We hadden destijds een enthousiast bestuur om ons heen en volgens mij is dat in de loop van de jaren zeker niet minder geworden. Eén voor één werden er commissies opgericht om het vak spoedeisende geneeskunde te professionaliseren. Een commissie opleiding en onderwijs, commissie informatievoorziening, richtlijnencommissie en genoeg leden die deel uit wilden maken van deze commissies.*

*Kortom een hoop mijlpalen in die eerste jaren: professionalisering van de NVSHA, verschillende commissies, het concilium, landelijke onderwijsdagen, internationale contacten. De oprichting van de SOSG, het overleg met de Orde van Medisch Specialisten. De eerste versie van een curriculum.*

*Mariska, het zijn zomaar een paar herinneringen die bij me opkomen. Jij zult er vast ook nog wel een paar hebben.*

## De ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

*Het waren drukke, leerzame, maar vooral leuke jaren. We hebben samen gevloekt, gezweet, gebeld, gereisd, gesproken, gezwegen maar vooral veel gelachen. De resultaten voor de NVSHA zijn reeds genoemd, maar die voor mij persoonlijk nog niet. Ik heb mijn bestuursjaren inmiddels een tijdje achter me liggen, maar onze vriendschap is door de jaren heen verder gegroeid. Bedankt, ik had me geen betere voorzitter en compagnon kunnen wensen.*

*Ja, eerlijk gezegd ben ik best wel trots op onze resultaten.*

*Tot gauw,*

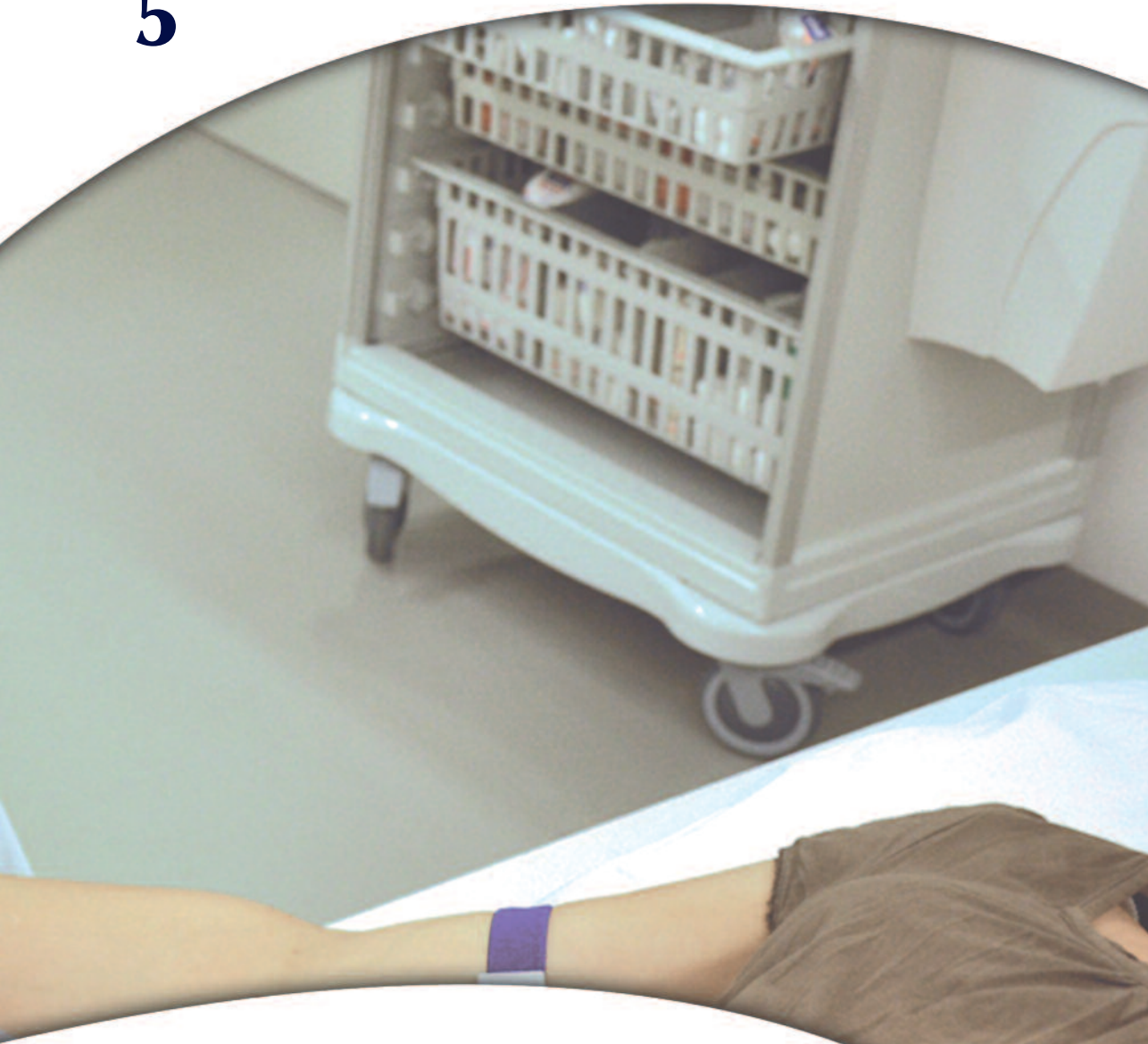
*Wendy*







**5**



**De voorvechters**



## **STZ: KWALITEIT WINT DE STRIJD**

*Jan Jongerius*

Het maakte het allemaal een stuk eenvoudiger, althans zo leek het met de Kwaliteitswet Zorginstellingen uit 1996.

De zorgaanbieder moet, kort samengevat, doeltreffende, doelmatige en vraaggerichte zorg aanbieden met inzet van kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel en materieel. En over dat alles moet de zorgaanbieder verantwoording afleggen.

Dat klinkt allemaal nogal logisch. Als patiënt verwacht je niet anders.

Bovendien wordt, wellicht ten overvloede, om de discussie op dit punt nu eens voorgoed te sluiten, bepaald dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is!

Hoewel deze wet dus een open deur leek, legde hij wel de vinger op een gevoelig plekje. Kijk maar eens naar de afdelingen spoedeisende hulp in menig ziekenhuis.

In de meeste ziekenhuizen trof men een team aan van veelal goed opgeleide verpleegkundigen die geleid werden door een manager. Deze had soms overigens meer verstand van geld dan van zorg. Dit team deed zijn professionele best om samen met de vaak jonge dokters, die aan het begin van een glansrijke medische carrière stonden, de zich aandienende patiëntenzorg zo goed mogelijk te verzorgen. Veel kennis en ervaring had een aantal van die artsen veelal nog niet. Een plaats op de SEH werd nogal eens een prima startplaats gevonden om je loopbaan te beginnen en snel een boel ervaring op te doen.

De verantwoordelijke specialist kwam bij voorkeur alleen op de SEH als er iets ernstigs aan de hand was en meestal uitsluitend op het (soms dringende) verzoek van de jonge dokter.

Het kon dus voorkomen dat de beginnende arts inschattingsfouten maakte en dat de kwaliteit van de zorg bij het uitladen van de ambulance en het overdragen aan de SEH er op achteruit ging in plaats van dat er op een te verwachten hoger zorgniveau werd overgeschakeld.

Misschien was het dus toch niet zo'n open deur dat de wet iets riep over de vereiste kwaliteit van de zorgverlening.

Dat de wet zich tevens uitliet over doelmatigheid was ook al een open deur die echter vaak slechts op een kier stond. Als de jonge dokter er in alle oprechtheid niet goed uitkwam en, al dan niet na overleg met zijn "baas", moest vaststellen dat het "niet op zijn terrein lag" werd een andere assistent van een ander specialisme erbij gehaald en begon alles weer van voor af aan. Zo

kon een verblijf op de spoedeisende hulp dus wel eens uren duren en ook wel eens consequenties hebben voor de patiënt.

En voor dat alles was de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk, terwijl die veelal het gevoel had aan deze ondoelmatigheid en aan deze suboptimale kwaliteitsinzet weinig te kunnen veranderen.

Samen met het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) te Amsterdam en het Catharina-ziekenhuis te Eindhoven nam het St. Elisabeth Ziekenhuis (EZ) in Tilburg het initiatief om daar iets aan te veranderen.

In het EZ was de aansturing van de organisatie in 1998 zodanig veranderd dat een specialist als medisch manager tezamen met een zorggroepmanager verantwoordelijk is voor wat er in een zorgeenheid gebeurt: zowel inhoudelijk als financieel en logistiek en organisatorisch. Ook op de SEH. De meesten van die medisch managers namen die taak en hun verantwoordelijkheid bijzonder serieus.

Dr Dik Meeuwis, toenmalig medisch manager van de SEH in het EZ kwam regelmatig met mij overleggen hoe de professionaliteit van de artsen op de SEH vergroot zou kunnen worden.

In een opleidingsziekenhuis als het EZ kijk je bij gebrek aan een goede referentie in Nederland al gauw naar het buitenland. Meeuwis vond dat er net als bijvoorbeeld in Canada of Australië een opleiding voor "Emergency Medicine" zou moeten zijn en van emergency medicine zou je ook in Nederland een specialisme moeten maken. Maar hoe pak je zo iets aan? Alleen lukt dat nooit en dus moet je zo'n gedachte met meerderen onderschrijven en daar collectief werk van maken.

We wisten dat men in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) begonnen was met speciaal opgeleide ziekenhuisartsen en dat er in het OLVG plannen waren om een emergency doctor uit het buitenland te laten komen om artsen op de SEH te trainen en te begeleiden. Maar tot dusver ontbrak een collectieve aanpak tussen de verschillende ziekenhuizen.....

"Dik, jouw ideeën zijn zo logisch en als we ze realiseren gaat de kwaliteit van de zorg op de SEH er gegarandeerd op vooruit, dus we gaan met dit plan in Tilburg gewoon beginnen. Maak maar een plan en bereken een formatie en maak een begroting en stem met hulp van de opleider Heelkunde af hoe een gedegen opleidingsprogramma er uit zou kunnen zien. Zorg dat het opleidingsprogramma een beetje geënt is op, en bestand is tegen de eisen van het Centraal College (CCMS) en de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en dan gaan wij in het EZ gewoon beginnen."

Ik hoor het mij nog zeggen..... “En laten we het vanaf het begin breed aanpakken. We betrekken de Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ) die er ook mee bezig zijn zoals het OLVG en het Catharina-ziekenhuis erbij en we maken er, zolang er geen MSRC-erkenning is, een “STZ-opleiding” van met een eigen STZ-registratie”.

Achteraf lijkt het of het maken van vernieuwend beleid niet zo moeilijk is als er maar een visie achter zit die gedragen wordt door bestuurder én zorgprofessional.

Als bestuurder zag ik de problemen best wel op mij af komen. Gezondheidszorg in Nederland is nogal eens “money driven”, vooral als het om iets nieuws gaat: is dat wel een verbetering? Wie gaat dat betalen? En onder wiens verantwoordelijkheid gaat die nieuwe soort niet erkende dokter werken? En wat blijft er voor mij en mijn eigen assistenten over? En waar komt zijn honorarium vandaan en waar blijft het mijne? Allemaal heel terechte vragen die beantwoording vragen. Problemen genoeg dus. Maar als bestuurder zit je in de oude situatie met nog grotere problemen want je was immers verantwoordelijk ook voor de tot dan toe geleverde kwaliteit van zorg en die was nu eenmaal niet altijd goed genoeg voor een schoonheidsprijs.

Lastig was in elk geval dat niet iedereen overtuigd leek van de noodzaak van deze nieuwe specialisatie en de MSRC al helemaal niet: “er mogen wel specialismen verdwijnen maar geen nieuwe bijkomen”.

Toch zijn we begonnen. Antwoorden zouden wel komen als het enthousiasme in andere ziekenhuizen zou gaan toenemen en het draagvlak ook buiten de initiatiefnemers zou gaan groeien. Uiteindelijk zal niemand om die gewenste kwaliteitsverbetering heen kunnen.

Onze lokale zorgverzekeraars CZ en VGZ steunden de plannen omdat ze het een goed verhaal vonden waarbij een evidente kwaliteitsslag zou kunnen worden gemaakt.

Met de startende STZ-ziekenhuizen werd een curriculum opgezet met steun van het STZ-bureau door Emmy Koekenbier en de toenmalige directeur Huib van Dis, later opgevolgd door Norbert Groenewegen.

Er werd contact met het AZG gevonden om tot afstemming te komen en vooral om te zorgen dat de nieuw opgeleide SEH-artsen een identiek profiel en een uniforme professionele inbedding zouden krijgen.

Er werd besloten dat er een stichting zou worden opgericht waarin inhoud en vorm van de nieuwe opleiding zou worden ondergebracht en waarin het

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

register van de gediplomeerde SEH-artsen zou worden ondergebracht: de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde.

Deze stichting werd paritair bestuurd door bestuurders en specialisten uit de vier participerende ziekenhuizen.

Er werd samenwerking aangegaan met de inmiddels opgerichte Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) en een lobby richting ministerie, inspectie en beroepsorganisaties werd ingezet.

Het werd een olievlek.

Ziekenhuisdirecties wilden informatie en de overige STZ-ziekenhuizen en al heel snel juist ook de wat kleinere niet-opleidingsziekenhuizen begonnen het belang van deze opleiding tot die nieuwe professional op de SEH in te zien.

Zoals de initiatiefnemers in het begin al voorspelden kon uiteindelijk geen ziekenhuis om deze kwaliteitsslag heen. Dat blijkt nog steeds uit het aantal advertenties waarin om gekwalificeerde SEH-artsen wordt gevraagd.

Dat blijkt ten slotte uit de profielerkenning als "Spoedeisende hulparts KNMG" die inmiddels verkregen is.

Hiermee is er geen noodzaak meer voor het voortbestaan van de SOSG.

Er zijn weinig stichtingen in de gezondheidszorg die zó snel hun doel weten te realiseren en daarna worden opgeheven.....



Jan Jongerius

## **OPRICHTING EN DOELSTELLINGEN VAN DE SOSG**

*Maarten Simons*

### **Aanloop naar SOSG**

Hoewel de officiële oprichting van de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG) op 24 maart 2004 plaats vond, is waarschijnlijk het idee van een stichting geboren in 2002. Een overleg in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis tussen de STZ-opleiders en het UMCG leidde tot een informele samenwerking van opleiders en bestuurders en de afspraak dat krachten rond de twee opleidingen (UMCG en STZ) gebundeld zouden moeten worden.

De plannen voor een opleiding waren in de jaren 1995-2000 op drie verschillende locaties bedacht en gestart.

In Amsterdam was de nood voor innovaties op de SEH hoog. Jaarlijks bezochten meer dan 40.000 patiënten de SEH en in de visie van met name Jan Luitse (toen voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie) en de zittende poortartsen (o.a. Gos de Vries) moest een opleiding tot SEH-arts zorgen voor verhoging van de kwaliteit van zorg. Zoals bekend was de SEH een door de verpleging ondersteunde “resident run show”. Jan Luitse was op afstand verantwoordelijk, hetgeen tot onvoldoende grip op de afdeling leidde. Het OLVG zocht en vond steun voor de plannen bij een aantal STZ-ziekenhuizen die eveneens met de gedachte speelden een opleiding te starten. In STZ-verband gingen het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, het Atrium Heerlen, het Jeroen Bosch in Den Bosch, het Westeinde in Den Haag en het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven samen met het OLVG streven naar een start van de opleiding in 1999. In 1998 was een eerste overleg van de Interstafraad van de STZ en in 1999 werd een akkoord bereikt. Er werd een STZ-werkgroep ingesteld en een curriculumcommissie geformeerd.

In dezelfde periode waren in Groningen het UMCG en het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, eerst afzonderlijk en later in samenwerking met elkaar, eveneens met plannen voor een opleiding gestart. In het UMCG ging het om een opleiding t.b.v. andere ziekenhuizen en het Wilhelmina wilde met name haar eigen artsen in anderhalf jaar trainen. Zie de hoofdstukken over deze ontwikkelingen elders in dit boekje.

Na informele contacten tussen opleiders (“wij moeten een gezamenlijk curriculum maken”) en de bestuurders (“is dit niet een goede kans om de STZ te profileren”) over een landelijke samenwerking tussen de pioniers, is in mijn ogen de sessie op de Hei in 2003 het moment geweest waarop STZ en Groningen zijn gaan bouwen aan wat geleid heeft tot de profielerkenning en een schitterend curriculum.



## Notulen STZ Curriculum Commissie SEH-arts-opleiding d.d. 20 juni 2000

### Aanwezig:

Daan Biesbroek (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis), Marion Blonk (Catharina Ziekenhuis), Huib van Dis – voorzitter (STZ), Jolanda Elshove (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis), Wilbert Hoedemaekers (Elisabeth Ziekenhuis), Paul Hustinx (Atrium Medisch Centrum), Dik Meeuwis (Elisabeth Ziekenhuis), Victor de Ridder (Medisch Centrum Haaglanden), Maarten Simons (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis), Alex van der Veen (Catharina Ziekenhuis), Gos de Vries (Bosch MediCentrum)

### 1. Opening

De voorzitter heet de aanwezigen welkom in de tuin van de locatie Prinsengracht.

### 2. Voordracht Jolanda Elshove/Gos de Vries m.b.t. div. aspecten van de opleiding

#### 3. Opleiding Buitenland uitbreiden

##### • Buitenlandse stages

In sommige landen is "emergency medicine" een apart vakgebied. Voor de eerste groep SEH-artsen zou daarom een stage in het buitenland gewenst zijn.

In de USA kan dit eigenlijk alleen maar als men het Amerikaanse artsexamen heeft afgelegd en een "licence to practice" heeft. Een uitzondering hierop in de USA is Boston (Harvard) bijvoorbeeld 6 tot 12 maanden. Stages in de USA worden niet betaald.

Een ander alternatief is in Engeland. Daar kan men werkzaam zijn (betaald) als Senior House Officer. Er is echter weinig begeleiding.

Nog een ander alternatief is de "emergency medicine" in Nieuw Zeeland en Australië. Dit zou een betaalde stage zijn van 6 tot 12 maanden. Deze stage zou als onderdeel kunnen gelden van de Nederlandse opleidingen. Gos de Vries zorgt ervoor dat dit schriftelijk wordt bevestigd.

Daarnaast bestaat binnen Europa de mogelijkheid van een stage in Leuven. In België bestaat een urgentie-artsen-opleiding.

Maarten Simons doet verslag van zijn bezoek aan de USA in het Mount Sinai Hospital (New York).

#### 4. Curriculum

Het OLVG-curriculum is eerste uitgangspunt. Het belang wordt onderstreept dat het curriculum eenvormig is over de STZ-ziekenhuizen. Naar binnen toe kunnen er nuanceverschillen zijn; naar buiten toe moet worden opgetreden als eenheid. Dit maakt ook certificering en accreditering mogelijk.

Het Curriculum moet gezien worden als een zich continu ontwikkelend programma op basis van voortschrijdend inzicht. De eerste drie jaar moet beschouwd worden als een pioniersfase.

Er is overeenstemming dat er sprake moet zijn van eenvormigheid in curriculum naar extern toe.

##### • Stages

Twee derde van de opleiding zal plaatsvinden buiten de SEH.

Sommige disciplines zijn bij de eerste versie van het curriculum "om politieke redenen" voor een week opgenomen. Korte stages moeten geen korte co-schappen worden. Stage oogheelkunde bijvoorbeeld zou zich kunnen beperken tot een korte introductie en het leren van enkele vaardigheden zoals het leren werken met de spleetlamp. Daarna zouden echter vooral acute aandoeningen gezien moeten worden. Het is wellicht zinvol om een gemeenschappelijke stage van de kleine vakken KNO, oogheelkunde, kaakchirurgie te maken. In deze periode kan dan het acute dienstsein van deze specialismen worden gedragen. Naast het dragen van dit dienstsein zouden de werkzaamheden op de SEH moeten worden verricht.

##### • Examens

In de SEH-arts-opleiding zal er sprake moeten zijn van een afsluitend examen c.q. deexamens. Wellicht kan men meedoen aan examens in het buitenland.

##### • Verrichtingenlijst en -beoordeling

Dik Meeuwis is van mening dat er geen sprake moet zijn van een verrichtingenlijst maar van een diagnoselijst.

##### • Landelijk onderwijs

Voorgesteld wordt om landelijk cursorisch onderwijs te verzorgen. Bijvoorbeeld een cursusblok van 3 dagen per half jaar.

##### • Nieuwe opleidingen

Victor de Ridder meldt dat de SEH-arts-opleiding thans wederom in discussie is in het Medisch Centrum Haaglanden. Door de internisten wordt het curriculum conform het OLVG curriculum geblokkeerd. De visie van de internisten komt er vooral op neer dat de SEH-artsen de eerstelijns zelfverwijzers moeten screenen c.q. schiften van de patiënten die "terecht" op de SEH komen. Hoewel dit lokale internisten standpunt verdere discussie vergt zal contact opgenomen moeten worden met Boesten (MCH) om op bestuurlijk niveau de zaak aan te kaarten.

De Raad van Bestuur van het Atrium Medisch Centrum in Heerlen heeft een kaderbrief vastgesteld zodat volgend jaar begonnen wordt met de SEH-arts-opleiding. Een en ander is ook opgenomen in het Medisch beleidsplan en is besproken met de geneeskundige inspectie in Limburg.





In Medisch Spectrum Twente Enschede is kortgeleden een nieuwe eerste hulp geopend. Ook daar is de SEH-arts-opleiding onderwerp van gesprek. In het MST blijken met name de neurologen hier het meeste tegen gekant.

#### 5. Verantwoordelijkheden SEH arts

Het is van belang dat er per ziekenhuis een eindverantwoordelijke voor het ziekenhuis wordt aangegeven. In het OLVG is het zo geregeld dat de centrale opleidingscommissie eindverantwoordelijk is, en dat Maarten Simons als traumatoloog aangewezen is als eerst verantwoordelijke voor de SEH-arts-opleiding. De lokale curriculumcommissie wordt door hem voorgezeten en wordt verder gevormd door een kinderarts, een internist, een cardioloog en de onderwijscoördinator. In het kader van de opleiding moeten BIG-richtlijnen tot hun recht komen. Dat betekent dat je gaandeweg in de opleiding meer vaardigheden hebt geleerd, bekwaam bent en dus deze zaken ook zelfstandig mag uitvoeren.

#### 6. Protocollen/Standaarden

Meeuwis stelt voor om niet te spreken over protocollen maar over standaarden, richtlijnen en procedures. Over deze standaarden etc. moet afstemming worden bereikt tussen de verschillende ziekenhuizen. Op dit ogenblik zijn de protocollen Wondverzorging en Enkeelfracturen beschikbaar.

#### 7. Strategie Erkenning als Specialisme

##### • Standpunt Nederlandse Vereniging van Internisten

Maarten Simons doet verslag van het bezoek van Valentijn, internist, voorzitter van de Nederlandse Internistenvereniging. Na het bezoek aan het OLVG en overleg met Jos Frissen, opleider interne geneeskunde in het OLVG, bleek Valentijn "gerustgesteld".

Mevrouw Blonk schrijft een brief naar de NIV voor 1 september.

##### • Bestuur van de vereniging SEH-artsen

Er is inmiddels een vereniging van SEH-artsen. Gos de Vries, voorzitter, Daan Biesbroek, secretaris, Jolanda Elshove, lid, en Pietermel van Exler, lid.

Voorgesteld wordt dit bestuur als denktank te laten functioneren om ideeën aan te reiken voor de curriculumcommissie. Hoe meer ontwikkeling des te beter. Op deze wijze is ook gegarandeerd dat de mensen die thans het vak uitoefenen invloed hebben op de inhoud van het Curriculum. Er komt een website van de SEH-artsenvereniging.

##### • SRC accreditatie

Het is niet te verwachten dat de SRC de opleiding SEH-arts zal erkennen. De opleiding intensivist die thans tien jaar bestaat komt daarvoor bijvoorbeeld ook niet in aanmerking.

Op het ministerie VWS schijnen plannen klaar te liggen voor de SEH-arts-opleiding in samenwerking met binnenlandse zaken in verband met de GHOR. De brandweer schijnt hier gangmaker in te zijn. De voorbereidingen van dit initiatief van BZK en VWS wordt gedaan door PLATO, een onderwijsinstituut in Leiden. Dik Meeuwis zal hierover informatie opsturen.

De suggestie wordt neergelegd dat er van STZ-zijde een korte brochure wordt gemaakt over de SEH-arts-opleiding die ook kan worden toegezonden aan extern geïnteresseerden en potentiële kandidaten voor de opleiding.

##### Medisch Contact

Besloten wordt voor het najaar een artikel aan te bieden voor het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en voor Medisch Contact waarin de opleiding uiteen wordt gezet. Dit zou snel gestart moeten worden binnen een maand het eerste concept. Gos en Maarten nemen het voortouw. Wellicht is het van belang om een soort serie te maken.

##### • Inspectie

Destijds is de heer Plokker, hoofdinspecteur van de gezondheidszorg, op bezoek geweest bij het OLVG. Hij is een groot voorstander van de SEH-arts-opleiding en heeft zijn bereidheid uitgesproken om deze opleiding te faciliteren op het niveau van de inspectie en het ministerie VWS.

Het lijkt verstandig om de heer Plokker op de hoogte te houden van de vorderingen en een gesprek met hem aan te gaan over de vervolgstap.

##### • Website

Geopperd wordt dat de protocollen van de SEH-artsopleiding beschikbaar komen op een STZ website. Hiertoe zullen als eerste stap de @-adressen per ziekenhuis worden uitgewisseld.

#### 8. Wetenschappelijk onderzoek

Het doen van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van SEH is van belang voor de onderbouwing en de naam bekendheid van deze nieuwe discipline. In het OLVG zijn de eerste stappen gedaan ten aanzien van basaal onderzoek dat zich vooral richt op elementaire registratie van de frequentie van voorkomen van verschillende diagnoses. Het zou aantrekkelijk zijn om dit type onderzoek multicenter te doen met de ziekenhuizen die participeren in de SEH-arts-opleiding.

Tilburg EZ schijnt een database beschikbaar te hebben voor de SEH. Er komt een algemeen database systeem beschikbaar via de firma Lifeline.

#### 9. Rondvraag/Sluiting

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

### De Hei

Op 12 februari 2003 kwamen de opleiders van de vier ziekenhuizen die met de opleiding tot SEH-arts in 2000 gestart waren op de hei bijeen. Het doel van deze bijeenkomst was gezamenlijk te werken aan een curriculum voor de SEH-artsen-opleiding. De groep bestond uit de opleiders van de drie STZ-ziekenhuizen (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg en Catharina-ziekenhuis Eindhoven) die in 2000 gestart waren met de opleiding tot "SEH-arts" en de opleider van het eerste academische ziekenhuis (Academisch Ziekenhuis Groningen) dat eveneens in 2000 startte met de opleiding tot "spoedarts". De STZ was sponsor van de bijeenkomst en bereid om Huib van Dis (destijds directeur STZ) en Emmy Koekenbier (bureau STZ) ter ondersteuning de twee dagen te laten organiseren. Mariska Zwartsenburg was SEH-arts in opleiding in het OLVG en voorzitter van de NVSHA. Wendy Thijssen was in opleiding tot SEH-arts in het Catharina-ziekenhuis en namens het NVSHA-bestuur aanwezig met de portefeuille curriculumzaken.



Heidagen Hoevelaken februari 2003. v.l.n.r.: Dik Meeuwis, Wendy Thijssen, Jan Zijlstra, Emmy Koekenbier, Alex van der Veen, Maarten Simons, Huib van Dis en Mariska Zwartsenburg.

Deze groep was al een aantal avondvergaderingen bijeen geweest en tot de conclusie gekomen dat er dringend behoefte was aan wat meer tijd om eens te brainstormen over de toekomst van de opleiding. Daarnaast was het doel van de twee dagen op de hei vooral om een goede start te maken met de ontwikkeling van een uniform landelijk curriculum. Er was inmiddels een aantal andere STZ-ziekenhuizen (Leyenburg Den Haag, Westeinde Den Haag, Jeroen Bosch en het Atrium Heerlen) met de opleiding gestart en wij wilden voorkomen dat er in Nederland verschillende typen opleiding zouden ontstaan.

Een aantal van de agendapunten licht ik hier toe.

### **SEH-arts of Spoedarts?**

Hoewel het niet veel tijd in beslag nam was er consensus dat het ongewenst is dat er regionale titels zouden bestaan voor een en dezelfde professional. Uiteindelijk kwamen wij overeen dat de titel SEH-arts een goede beschrijving was van de professional die wij aan het opleiden waren. Het was natuurlijk de vraag of het zou lukken. Zo heet de “SEH” in Groningen “Spoed” en kon Jan Zijlstra ons nog vele voorbeelden noemen waarom er niets boven Groningen ging.

### **Diagnoselijst of Eindtermen?**

In 1999 was Gos de Vries (toen poortarts in het OLVG) naar de VS geweest om een curriculum te ontwikkelen voor de pilot opleiding die in het OLVG zou starten. Het eerste document bestond uit een diagnoselijst per vakgebied en daarbij beschreven in codes tot welk niveau beheersing verwacht werd. De codes waren B = behandelt zelfstandig, BC = zelfstandig en zo nodig consult en code C betekende altijd consult. Daarbij was aangegeven welke stages er waren en hoe lang deze moesten duren. Ik meen mij te herinneren dat Jan het best op de hoogte was van de ontwikkeling van competentiegericht opleiden en een pleidooi hield voor een curriculum waarin beschreven werd welke eindtermen bereikt moesten worden en vervolgens vrij te laten of dit in stages aangeleerd moest worden. De duur van deze eventuele stages moest al helemaal vrij gelaten worden. Lange discussies kan ik mij herinneren! Het verplicht stellen van stages leek een goede manier om specialismen bij de opleiding te betrekken en het draagvlak te verbreden. Wij hadden op de Hei vele voorbeelden van curricula uit het buitenland en er was veel voorbereiding gedaan maar ik heb nu in 2009 de indruk dat er weinig tot niets van die documenten over gebleven is. Besloten is een curriculumcommissie te benoemen die een modern competentiegericht curriculum zou ontwikkelen. Hoe het verder ging met het curriculum leest u in een ander hoofdstuk.

### **Medisch Specialisme?**

De opleidingen waren gestart als een driejarige opleiding hetgeen het bouwen aan een medisch specialisme in de weg stond. Lange discussies leidden tot de conclusie dat het in 2003 lanceren van een nieuwe medisch-specialistische opleiding een kansloze zaak was. Er moest gezocht worden naar een compromis waarbij er in onze ogen een opening naar een specialisme aanwezig moest blijven. Er waren aan de bestuurlijke kant sterke voorstanders van implementatie van nieuwe professionals en door middel van taakherschikking modernisering van de gezondheidszorg. Dit was ook de opdracht van de minister aan de stuurgroep MOBG. Kort gezegd een professional tussen de huisarts en medisch specialist die specifieke taken zou uitvoeren op de SEH. Aan de kant van de medisch specialisten en SEH-aio's was er twijfel of dit de beste weg was. In het buitenland was het een specialisme en inmiddels was er ook Europees een erkend specialisme Spoedeisende Geneeskunde aanstaande. Allen waren het er wel over eens dat je niet zomaar een medisch specialisme uit de grond stampt. Eerst een fundament en daarna bouwen was het motto.

### **Organisatiestructuur?**

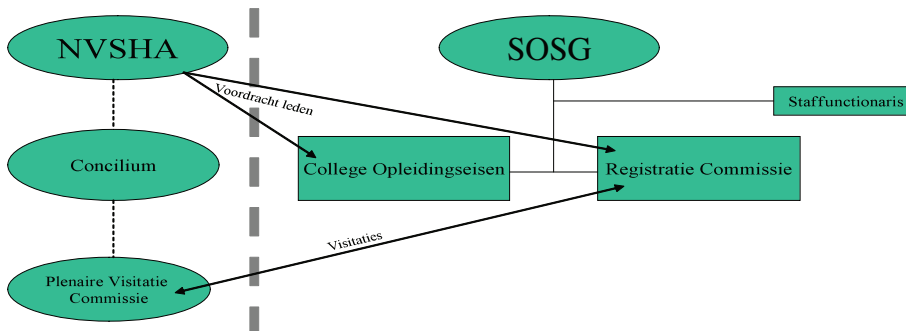
Veel tijd ging naar de vraag: Hoe verder? Er was geen verzoek of opdracht tot de ontwikkeling van de opleiding. Niemand was echt eigenaar hoewel wij ons dat wel voelden. Er was geen subsidie. VWS wist van niets. Het Inspectierapport "Spoedeisende hulpverlening: haastige spoed niet overal goed" was nog niet gepubliceerd.

In dit braakliggende gebied konden wij vrijuit plannen maken. Wij waren het eens over een aantal zaken. Er moest een organisatiestructuur komen die zou leiden tot een uniforme opleiding in Nederland. Zoveel mogelijk moest gewerkt worden conform landelijk bestaande structuren teneinde kwaliteit te borgen en ook de kans op erkenning zo groot mogelijk te maken. Kortom criteria ontwikkelen en visiteren. Er moest breed draagvlak gecreëerd worden. Dus niet alleen STZ maar zoveel mogelijk participatie in zoveel mogelijk regio's. De opleiders waren het erover eens dat dit alleen kon slagen als bestuurders direct betrokken werden bij deze ontwikkeling. Niet op afstand maar gezamenlijk in een commissie en dan maar één op één met de opleiders. Huib van Dis speelde een belangrijke rol in de begeleiding van dit proces. Wij konden de start maken met ondersteuning van het STZ-bureau (Emmy Koekenbier en Huib van Dis, later opgevolgd door Norbert Groenewegen). De eerste afspraak was een bijeenkomst van de opleiders met een vertegenwoordiger van de directies van betrokken ziekenhuizen.

### Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde

Op 4 april 2003 kwamen Jan Jongerius (raad van bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis), Frans Jaspers (raad van bestuur AZG), Rob Schipper (raad van bestuur Catharina-ziekenhuis) en Douwe Hemrika (raad van bestuur OLVG) met de opleiders bijeen voor een eerste vergadering. In de tweede vergadering werd een structuurnota aangenomen, die zou leiden tot de oprichting van een onafhankelijke stichting om de opleiding te regelen, en de kwaliteit van de opleiding te bevorderen en in stand te houden. De stichting zou bestaan uit een algemeen bestuur (AB) en een participantenraad. Een dagelijks bestuur bestaande uit twee specialist-opleiders en twee bestuursleden (Simons, Meeuwis, Jaspers en Jongerius later Schipper) zou zo veel mogelijk werk uit handen nemen van de overige leden. Emmy Koekenbier was de onmisbare spil. Het land werd opgedeeld in 10 regio's. Uit iedere regio zou een ziekenhuis gevraagd worden in het AB plaats te nemen als zogenaamd "aangesloten ziekenhuis". De overige ziekenhuizen werden "deelnemend ziekenhuis" en lid van de participantenraad. Er werd een jaarlijkse financiële bijdrage ingesteld (€10.000 per instelling) en statuten werden ontwikkeld. Bij alle activiteiten zouden leden van het NVSHA-bestuur toehoorder zijn en worden betrokken bij alle plannen en beslissingen. Er werd een organisatiestructuur ontwikkeld die sterk leek op de bekende landelijke structuur van de KNMG met als doel naadloos over te kunnen gaan indien het project succesvol zou blijken.

## Organisatieschema



Binnen de SOSG werden de eerste functies verdeeld onder een kleine actieve groep opleiders-specialisten. Aangezien het landelijke model leidend was moesten wij leden vragen voor een registratiecommissie, Concilium, Visitatiecommissie en surrogaat CCMS oftewel College Opleidingseisen. Alle

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

commissies werden inhoudelijk ondersteund door SEH-aio's (er waren immers nog geen SEH-artsen). Ook hier betrof het een kleine groep actieve leden van de NVSHA.

De SOSG had tot doel:

1. het inrichten van de opleiding spoedeisende geneeskunde;
2. bevordering en erkenning van deze opleiding;
3. bevordering en inbedding van de opleiding spoedeisende geneeskunde in de bestaande landelijke organisatiestructuren van medische (vervolg) opleidingen, en voorts al hetgeen met een en ander rechtstreeks of zijdelings verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn, alles in de ruimste zin van het woord.

Een van de eerste projecten was de ontwikkeling en publicatie van een positionpaper. Hierin stond als volgt verwoord wat het profiel in de ogen van de SOSG moest zijn.

### *Profiel van de SEH-arts*

In de visie van de SOSG wordt de SEH-arts gekenmerkt als een arts die

- is opgeleid om primair intramuraal (aan het ziekenhuis geboden) werkzaam te zijn in de acute patiëntenzorg;
- een generalist is die alle facetten van de spoedeisende geneeskunde tot een bepaald niveau beheerst;
- veel routinewerk overneemt van poortspecialisten die bij de acute zorg zijn/worden betrokken, waardoor dezen zich nog beter kunnen concentreren op die zaken die hun specialistische expertise vereist;
- bij de "poort" van het ziekenhuis meerwaarde en continuïteit biedt;
- een constante factor vormt binnen de organisatie van het ziekenhuis;
- over algemene vaardigheden (op het terrein van ziekenhuisorganisatie, management, transmurale ontwikkelingen, onderwijs en onderzoek) beschikt, die hem of haar tot een breed inzetbare arts maken, primair als zelfstandig behandelaar binnen het domein van de acute zorg in een ziekenhuis, en die in potentie geschikt is om door te groeien in een coördinerende of management functie binnen de spoedopvang of daarbuiten.



Position paper

De SEH-arts is bij uitstek de medische professional die de eerste zorg aan de bij de SEH-afdeling binnen gekomen acute patiënt kan bieden. Hij is opgeleid tot een bepaald specialistisch niveau, en hij zal, waar nodig, ook de vereiste zorg die specialistische kennis vergt, kortdurend doch adequaat kunnen verlenen. Vervolgens kan hij de zorg overdragen aan collega's van de in aanmerking komende specialismen. De SEH-arts dient een generalist te zijn die zich thuis voelt in de behandeling van patiënten met multipele (acute) co-morbiditeit en getraind is in "multi tasking".

De SEH-arts zal, gezien zijn opleiding, ook in staat zijn op eerste lijns niveau patiënten adequaat en efficiënt te behandelen. Door de grote hoeveelheid (ongedifferentieerde) zelfverwijzers in veel grote ziekenhuizen, worden deze ziekenhuizen frequent geconfronteerd met eerste lijns problematiek. De SEH-arts, wiens positie ligt tussen die van huisarts en van medisch specialist, kan in deze gevallen zorgen voor de triage, door- en terugverwijzing, en coördinatie en regie van het tweede lijns zorgtraject.

De SOSG heeft in de zes jaar van haar bestaan, te zamen met de NVSHA, uiteindelijk aan het roer gestaan van de volgende activiteiten:

- 27 deelnemende/aangesloten opleidingsinstellingen en 5 stage-instellingen die twee á drie maal per jaar vergaderden. In de tabel 1 ziet u hoe de uitbreiding in de tijd tot stand kwam.
- Ontwikkeling National Opleidingsplan
- Positionpaper en bekendheid geven aan het project door vele voordrachten te houden tijdens congressen en op uitnodiging van vele ziekenhuizen
- Ondersteuning Concilium Spoedeisende Geneeskunde en Plenaire Visitatiecommissie
- Registratiecommissie
- Tot stand koming van het opleidingscurriculum
- Twee landelijke symposia
- Belangenbehartiging jegens VWS, MOBG, CBOG, Capaciteitsorgaan, de Orde van Medisch Specialisten, het CCMS, enz.
- Onder toezicht van de SOSG werden 44 visitaties uitgevoerd. Er werden 220 aios geregistreerd. Tot 1 januari 2009 kregen 101 SEH-artsen een certificaat van de SOSG. Op grond van individuele aanvraag werden 9 SEH-artsen zonder formele opleiding retrograad erkend en werden 8 SEH-artsen erkend op voorwaarde van een beoordelingsstage in een erkende opleidingsinstelling. Enkel van deze laatste groep moeten hun beoordelingsstage nog afronden.
- Profielerkenning door het CCMS.

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

Organisatie	type instelling	regio	definitieve toelating tot de SOSG	erkenning <sup>1</sup> opleiding tot
UMC Groningen	aangesloten	Groningen	29-03-2004	30-01-2010
Catharina-ziekenhuis	aangesloten	Brabant Oost	29-03-2004	30-01-2010
St. Elisabeth Ziekenhuis	aangesloten	Brabant Midden/west	29-03-2004	30-01-2010
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	aangesloten	Amsterdam	29-03-2004	30-01-2010
HagaZiekenhuis	aangesloten	Leiden	20-09-2005	25-05-2010
St. Antonius Ziekenhuis	aangesloten	Utrecht	20-09-2005	29-06-2010
Medisch Centrum Haaglanden	deelnemend	Leiden	20-09-2005	29-05-2010
Atrium Medisch Centrum Parkstad	aangesloten	Maastricht	20-09-2005	02-03-2010
Máxima Medisch Centrum	deelnemend	Brabant Oost	20-09-2005	26-04-2010
TweeSteden Ziekenhuis	deelnemend	Brabant Midden/west	18-04-2006	30-01-2010
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	deelnemend	Nijmegen	09-05-2006	23-03-2009
Alysis Zorggroep / Rijnstate	deelnemend	Nijmegen	09-05-2006	30-03-2010
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	stage-instelling	Groningen	01-01-2007	30-01-2010
Rode Kruis Ziekenhuis	deelnemend	Amsterdam	05-03-2007	14-03-2011
Erasmus MC	aangesloten	Rotterdam	18-09-2007	01-10-2009
VieCuri Medisch Centrum voor N. Limburg	deelnemend	Maastricht	28-11-2007	25-10-2009
Jeroen Bosch Ziekenhuis	deelnemend	Brabant Midden/west	28-11-2007	25-10-2011
UMC St. Radboud	deelnemend	Nijmegen	08-10-2008	15-03-2010
Academisch Medisch Centrum	deelnemend	Amsterdam	08-10-2008	23-05-2010
St. Jansdal Ziekenhuis	stage-instelling	Groningen	08-10-2008	04-04-2010
Medisch Centrum Alkmaar	deelnemend	Amsterdam	08-10-2008	20-06-2010
Isala Klinieken	deelnemend	Groningen	08-10-2008	04-04-2010
MCLeeuwarden	deelnemend	Groningen	08-10-2008	01-04-2010
Ziekenhuis Nij Smellinghe	stage-instelling	Groningen	08-10-2008	01-04-2010
Antonius Ziekenhuis	stage-instelling	Groningen	08-10-2008	01-04-2010
Albert Schweitzer Ziekenhuis	deelnemend	Rotterdam	08-10-2008	01-01-2010
Reinier de Graaf Gasthuis	deelnemend	Rotterdam	08-10-2008	20-06-2010
UMC Utrecht	deelnemend	Utrecht	08-10-2008	13-06-2010
Diakonessenhuis Utrecht	stage-instelling	Utrecht	10-11-2008	13-06-2010
Sint Franciscus Gasthuis	deelnemend	Rotterdam	17-12-2008	19-11-2011
LUMC	deelnemend	Leiden	17-12-2008	31-10-2010
VU Medisch Centrum	deelnemend	Amsterdam	17-12-2008	07-11-2010

<sup>1</sup> De MSRC heeft de termijn van erkenning van die instellingen waarvan de erkenning in 2009 verliep, verlengd tot het moment waarop een nieuwe visitatie kan plaats vinden.

**Tabel 1.** In de SOSG participerende instellingen



### **Inbedding in landelijke structuren**

Veel tijd en werk zat in commissies van de Orde van Medisch Specialisten die de overgang naar de KNMG-structuren moesten begeleiden.

#### **Werkgroep WOK**

De Orde van Medisch Specialisten had in 2007 aan haar Raad voor Wetenschap, Onderwijs en Kwaliteit gevraagd met alle poortspecialismen te komen tot een voorstel voor inrichting van de spoedeisende geneeskunde in landelijke structuren. Het waren veelal pittige vergaderingen met grote tegenstellingen in het enthousiasme van de verschillende poortspecialisten. De opdracht was echter duidelijk: De opleiding is er en gaat nooit meer weg. Samenwerken dus.

#### **Werkgroep CCMS**

Na de Raad WOK was het CCMS aan de beurt. In een commissie van SOSG, NVSHA, CCMS en MSRC werd in de loop van 2008 in een aantal vergaderingen gebouwd aan de profielerkenning, de overdracht naar de MSRC en het specifiek besluit. Zeer kritisch werd het curriculum van commentaar voorzien tot het uiteindelijk een van de eerste competentiegerichte curricula in Nederland werd dat goedgekeurd werd door het CCMS.

#### **Capaciteitsorgaan**

In samenwerking met de SOSG/NVSHA ontwikkelde het Capaciteitsorgaan in 2008 een voorstel voor instroom van de komende 10 jaar.

#### **College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg/ Opleidingsfonds**

Het verdelen van de instroomplaatsen aios 2009 had nogal wat voeten in de aarde. Het op een lijn krijgen van alle opleiders voor een redelijke en billijke verdeling van de opleidingsplaatsen was een mooie uitdaging. Het lukte uiteindelijk door een intensief overleg gedurende het Congres van de NVSHA in Egmond aan Zee. Hier bleek hoe groot de belangen geworden waren.

Van een klein clubje van 4 ziekenhuizen in 2000 zaten nu 24 ziekenhuizen aan tafel!

#### **Tot Slot**

Na het verkrijgen van de erkenning in oktober 2008 stond het jaar 2009 in het teken van de overdracht naar de MSRC. Veel werk zat in het ontwikkelen van regelgeving en formulieren, het overdragen van een compleet en accuraat

# 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

databestand, het afronden van lopende erkenningen, afronden van registraties van bijzondere gevallen en het begeleiden van het CBOG bij de instroomverdeling van 2010. Dat laatste was geen simpele klus gezien de grote belangen van individuele ziekenhuizen. Groot ongenoegen bleef bestaan omtrent de schoning van ziekenhuizen die met de opleiding gestart waren die terecht als onrechtvaardig betiteld werd door alle betrokken partijen behalve VWS. Er is een landelijke disbalans in de verdeling van opleidingsplaatsen per OOR en de verdeling van de instroom van 2011 kan dan ook gezien worden als een "uitdaging". Er zullen in 2010 vele (her)visitaties plaatsvinden. Het bestuur van de SOSG dankt de MSRC voor de prettige samenwerking bij de overdracht van taken en wenst haar veel succes bij de vele uitdagingen die zullen volgen. Het is van zeer groot belang dat Emmy Koekenbier behouden kon blijven voor de professionele ondersteuning van de NVSHA.

## Spoedeisende Geneeskunde in Nederland

Stads begre James 90 waard de arts (poortarts, agts, agts) op de Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling beschouwd als de laatste schakel (the missing link) in de keten van zorg voor de acute patiënten.

Ten Nederlandse ziekenhuizen, waarvan 7 zijn aangesloten bij de SEH Samenwerkende Specifieke Opleidingsinstellingen (SSOI) en een academisch ziekenhuis, zijn sinds 1999 gericht met een opleiding voor SEH-artsen en staan letterlijk te roepen om de kwaliteit van de behandeling van de acute patiënt te verbeteren. Teneinde voldoende verpersoonlijkte werkers op te leiden in verpleeghuizen en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artzen (NVSHA) het initiatief genomen om plan te ontwikkelen en te komen tot een landelijke structuur van de Opleiding van SEH-artsen. Deze vier ziekenhuizen (het Clara Ziekenhuis, Vrije Universiteit Amsterdam), het St. Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg), het Catharina ziekenhuis (Eindhoven) en het Academisch Ziekenhuis Groningen hebben samen op 28 maart 2004 de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG) opgericht.

Naam:  Voornam:  MVW

Instituut/Organisatie:  Functie:

Correspondentie adres:

Postcode:  Woonplaats:

E-mail:

Wat betekent "ontbrekende schakel" bij het opzetten Spoedeisende Geneeskunde in Nederland dat op 9 juni 2004 in de Reaktor te Ede zal plaatsvinden.

Datum:  Handtekening:

(\*): afbreken waar niet van toepassing is.

### PROGRAMMA

13.00 uur **Opening door de spreker(s)**

13.15 uur **Actie jong**  
 Drs. G.M. Landman, voorzitter Rijkswaard en de Volkgesondheid en Prof. Dr. J. C. J. M. van't Hof-Grootenboer

13.30 uur **Hiermee Spoedeisende Geneeskunde**  
 Dr. M. P. J. C. J. M. van't Hof-Grootenboer, voorzitter OOR-artsen (Osteo-Lieve Vrouw) Groningen

13.45 uur **Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artzen**  
 NVSHA arts

13.50 uur **Wie SEH-artsen op te leiden?**  
 Dr. J. C. J. M. van't Hof-Grootenboer, voorzitter OOR-artsen (Osteo-Lieve Vrouw) Groningen

13.55 uur **Opleiding Spoedeisende Geneeskunde**  
 Dr. J. C. J. M. van't Hof-Grootenboer, voorzitter OOR-artsen

14.00 uur **Nederlandse Spoedeisende Geneeskunde in Reaktor**  
 Dr. J. C. J. M. van't Hof-Grootenboer, voorzitter OOR-artsen

14.15 uur **10 jaar SOSG**

14.30 uur **Dinorisch en vragen**

De Dinorisch wordt afgeleverd met een kopie en een exemplaar in de Reaktor (Ede) van de SOSG (Ede) van de NVSHA.

### ANTWOORDKAART

'the missing link' tijd voor innovatie

Aankondiging van Symposium "The Missing Link"



Woensdag 19 september 2007  
 13:30 - 18:30 uur

## Symposium SEH arts; een vak apart




**NVSHA**  
 Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artzen

Aankondiging van Symposium "SEH-arts; een vak apart"



samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen

**Programma heidagen  
SEH-arts-opleiding  
12 en 13 februari 2003**

**Plaats:** **Bilderberghotel De Klepperman**

Oosterdopsstraat 11  
3871 AA Hoevelaken

**Tijdsplanning:** woensdag 12 februari: 10.00 uur t/m avond  
donderdag 13 februari: 09.00 uur – uiterlijk 17.00 uur

**AGENDA:**

**1. Curriculum / eindtermen**

- 1.1. The model of the clinical practice EM
- 1.2. ACEP
- 1.3. Curriculum Groningen
- 1.4. Curriculum STZ
- 1.5. Notitie NVSHA
- 1.6. Proefschrift Jolande Elshove (M. Simons neemt exemplaar mee)
- 1.7. European guidelines

**2. Cursorisch onderwijs**

**3. Organisatiestructuur**

- 3.1 Rechtsvorm / statuten
- 3.2 Samenstelling bestuur
- 3.3 Taak en samenstelling Opleiderscommissie
- 3.4 Taak en samenstelling Curriculumcommissie
- 3.5 Taak en samenstelling GRCSG (gezamenlijke registratiecommissie spoedeisende geneeskunde)

**3. Visitatie / accreditatie**

- 4.1 Visitatie-normen
- 4.2 Accreditatie / NIAZ

**4. Examenregeling**

**5. Compensatieregeling**

**6. Communicatietraject**

- 7.1 Voorlichting concilia/wetenschappelijke verenigingen
- 7.2 Informatie voor deelnemende ziekenhuizen

\*\*\*\*\*

### DE WEG NAAR EEN NIEUW BEROEP MET ALS METAFOOR: “DE DUIT EN DE FLUIT”

*Rob Schipper*

Deze op zichzelf misschien platte metafoor geeft wel kernachtig de belangrijkste hordes weer die moesten worden genomen om te komen tot erkenning van het nieuwe beroep SEH-arts en een bijbehorende landelijke, uniforme opleiding.

De oprichting, na een gedegen aanloopfase, van de SOSG in 2004 is in zoverre uniek te noemen dat hierin de krachten werden gebundeld van zowel bestuurders van opleidingsinstellingen, als medisch specialisten/opleiders.

Tevens was de NVSHA vanaf het begin nauw betrokken bij de ontwikkelingen tot het realiseren van de doelstellingen waarmee ook de spoedeisende hulpartsen in opleiding als adviseur bij de bestuursvergaderingen aanwezig konden zijn en in de belangrijke twee ingestelde organen waren vertegenwoordigd. Dat waren het College Opleidingseisen, adviesorgaan op het gebied van de te stellen opleidingseisen en erkenningsvoorwaarden voor opleidingsinrichtingen en opleiders, en de Registratiecommissie, met de taak de instelling van een opleidingsregister en een register van door de Stichting erkende spoedeisende hulpartsen.

Het doel was kort en krachtig: het inrichten en bevorderen van een landelijk uniforme en erkende opleiding Spoedeisende Geneeskunde. Gestreefd werd naar een geleidelijke inbedding in de bestaande landelijke structuren van medische (vervolg)opleidingen.

Landelijke spreiding werd nagestreefd middels regionaal georganiseerde netwerken van opleidingsinstellingen, gereguleerd via de toelatingseisen.

Het initiatief werd passend geacht in het kader van een aantal ontwikkelingen.

Allereerst in hetgeen in het rapport van de IGZ eind 2003, “Haastige spoed, niet overal goed”, werd geconcludeerd, nl. dat de ketengewijze spoedeisende hulpverlening door verschillende individuele zorgverleners en instanties tekort schiet, hoewel daarin de nadruk werd gelegd op het ontbreken van betrokkenheid van de eerste lijns geneeskunde bij de ontwikkeling van een ketenvisie.

Daarnaast de constatering bij professionals en bestuurders van de ziekenhuizen dat in termen van continuïteit, acute intramurale zorgverlening zowel kwantitatief als kwalitatief in toenemende mate niet meer was in te vullen. Met het vorengaande en de aanbevelingen van het rapport “De arts van straks”,

werd ook vanuit het Ministerie van VWS beleid ingezet, vastgelegd in beleidsdocumenten, van nieuwe beroepen in de zorg, taakherschikking, o.a. nieuwe vormen van spoedeisende hulpverlening.

De SOSG sloot daarop aan door te kiezen voor een projectmatige aanpak, om binnen afzienbare termijn te komen tot een zo compleet mogelijke, uniforme structuur van opleidingseisen, eindtermen van de opleiding, visitatie-structuur, registers van erkende spoedeisende geneeskundigen en spoedeisende geneeskundigen in opleiding, aanvraag- en beoordelingsprocedures voor toetreding tot de SOSG.

Logischerwijs werd bij VWS in mei 2004, naar analogie van vergelijkbare ontwikkeltrajecten, zoals de opleiding tot physician-assistant en modernisering specialistenopleidingen, voor de opleidingsontwikkeling en het neerzetten van een landelijke kwaliteitsorganisatie, een eenmalige projectsubsidie gevraagd. Dit werd essentieel geacht om met externe gespecialiseerde ondersteuning in relatief korte tijd een adequate opleiding te realiseren. De kosten van de instandhouding van de SOSG werden voorlopig voor rekening van de vier founding fathers, als dragers van het project, genomen.

Het antwoord van VWS was dat het voortouw voor vernieuwing van de opleidings- en beroepenstructuur in de zorg was neergelegd bij de partijen in de zorg, verenigd in de door VWS ingestelde Stuurgroep MOBG. Deze werd door VWS gevraagd zowel inhoudelijk als t.a.v. de subsidieaanvraag het verzoek zo spoedig mogelijk ter hand te nemen. Gelet op de door VWS beoogde implementatie van de aanbevelingen van het rapport "De arts van straks", werd door VWS het belang beklemtoond van een zo snel mogelijke tot stand koming van een landelijke uniforme opleiding tot SEH-arts, waarbij gehecht werd aan duidelijkheid over de inbedding van de opleiding in bestaande landelijke organisatiestructuren van medische vervolg- en ziekenhuisopleidingen. Verzocht werd daarom de uitvoering van het project op te nemen in het werkplan en begroting van de stuurgroep 2004/2005.

Eind november 2004 werd de SOSG uitgenodigd toelichting op de aanvraag te geven aan een door de stuurgroep ingestelde werkgroep die moest adviseren over het medisch opleidingscontinuüm en de structuur van medische vervolgopleidingen, inclusief o.a. de positionering van de opleiding tot SEH-arts. Daarbij werd tevens gevraagd om te komen tot een advies betreffende het ingediende projectvoorstel.

In april 2005 komt de stuurgroep als reactie met het voorstel aan de SOSG om deel te nemen aan een traject om te komen tot de ontwikkeling van een

competentieprofiel van de SEH-arts met daarop aansluitend een opleidingscurriculum passend binnen de modernisering van medische vervolgoopleidingen.

Helaas moest geconstateerd worden dat, hoewel dit voorstel aansloot op hetgeen in het beleid en projectvoorstel van de SOSG was neergelegd, inhoudelijk geen eenduidige beoordeling van het subsidieverzoek plaats heeft gevonden, laat staan besluitvorming, dan wel advisering aan VWS daaromtrent.

Inmiddels werd wel besloten door de SOSG aan de verdere ontwikkeling van de opleiding door te werken alsmede aan de discussie met alle betrokken partijen over de vraag hoe het voorgestelde traject in te richten, deel te nemen.

Alvorens op het vervolg in te gaan, moet vermeld worden dat in de daaropvolgende jaren door de Stichting alle kosten van de activiteiten waarop de projectsubsidieaanvraag zich richtte, zijn gedragen, reden waarom in augustus 2007 een aanvullend subsidieverzoek is gedaan aan VWS. Daarop is zonder inhoudelijke motivatie en alleen op procedurele gronden negatief beschikt, reden voor de SOSG een bezwaarschrift in te dienen bij de daartoe bestemde commissie van VWS. Deze oordeelde na hoor en wederhoor het bezwaar gegrond wegens onvoldoende kenbare besluitvorming en onduidelijke rolverdeling tussen VWS en Stuurgroep. Desondanks werd de eerdere afwijzing op het subsidieverzoek gehandhaafd, hetgeen voor de SOSG aanleiding was beroep in te stellen bij de sector bestuursrecht van de rechtbank. Uitspraak in deze is nog niet gedaan.

Het leert wel dat dergelijke ontwikkeltrajecten zeer moeizaam en frustrerend verlopen als het om financiële ondersteuning gaat, en zowel in termen van beginsel van motivering, zorgvuldigheid, en gelijkheid, als vooral rolverdeling en communicatie eenduidigheid ver is te zoeken. Terwijl inhoudelijk door alle partijen het belang werd onderschreven.

Zoals gezegd ging de SOSG, zich rekenschap gevende van alle reacties, onverdroten voort en kon aansluiten met veel inhoud aan het in september 2005 door de Stuurgroep MOBG gedane voorstel aan de Orde van Medisch Specialisten en het Nederlands Huisartsen Genootschap, om in gezamenlijkheid een werkgroep in te stellen die nog in datzelfde jaar tot formulering van een passend competentieprofiel en opleidingscurriculum voor SEH-artsen komt. Dit in nauwe samenspraak met de SOSG/NVSHA en met onderwijskundige ondersteuning van de Begeleidingsgroep Beschrijving Opleidingsplannen Vervolgopleidingen (BBOV).

Dit in afschrift aan het CCMS. De domeindiscussie kreeg onmiddellijk en openlijk gestalte gezien het verzoek van het CCMS als toehoorder bij de

werkgroep-vergaderingen aanwezig te mogen zijn en de vraag om toelichting over de veronderstelde visie van de stuurgroep dat de opleiding tot SEH-arts zo spoedig mogelijk door het CCMS als nieuw specialisme erkend moet gaan worden.

In een directe reactie nuanceert de Stuurgroep de opleiding te zien als een nieuw medisch beroep in het kader van de echelonnering in de medische beroepskolom. De nieuwe medische beroepen waaronder die van SEH-arts dienen te liggen op het niveau tussen basisarts en medisch specialist. Aan het verzoek behoort te zijn wordt voldaan.

De ergste kou lijkt uit de lucht, het traject gaat van start met alle betrokkenen. Van betekenis is hetgeen in het position paper van SOSG/NVSHA is gesteld dat de SEH-arts intramuraal werkt. In de loop van 2006 vinden in werkgroepverband en bilateraal met talrijke wetenschappelijke verenigingen, maar ook binnen de SOSG/NVSHA, discussies plaats over de afbakening van de werkzaamheden van de SEH-arts t.o.v. die van de poortspecialismen, en de daarvan afgeleide eindtermen van de opleiding. Ook op het punt van mogelijk verlies van opleidingsmomenten in de acute zorg bij diverse poortspecialismen is er koudwatervrees. De te bereiken eindtermen, inclusief het feit dat het een eigen wetenschapsdomein rechtvaardigt en metertijd SEH-artsen ook hun eigen opleiding dienen te verzorgen, leiden tot discussie over de termijn van de opleidingsduur. In dit politieke, inhoudelijk lastige traject wordt uiteindelijk tot op detailniveau van profiel, eindtermen en curricula overeenstemming bereikt met als absolute voorwaarde dat het een opleiding wordt van maximaal drie jaar.

Vanuit de werkgroep is in de zomer 2006 aan het CCMS het verzoek gedaan een regeling te treffen om een bekwaamheid te erkennen waartoe de opleiding tot SEH-arts zou moeten behoren. De bevoegdheid tot wijziging van de daartoe strekkende regeling lag echter bij de Algemene Vergadering van de KNMG. Inmiddels had VWS in september 2006 te kennen gegeven de opleiding tot SEH-arts op te nemen in de zgn. 2e tranche zorgopleidingen onder voorwaarde dat er voor het einde van dat jaar zicht was op erkenning van de opleiding door het CCMS.

Uit het 2006 bericht de voorzitter KNMG aan VWS dat het federatiebestuur en de drie colleges het principebesluit tot erkenning van profielregistraties binnen de Regeling Specialisten Geneeskunst mogelijk maken. Formeel besluit wordt aangegeven te worden genomen in de algemene ledenvergadering mei 2007. De NVSHA werd vervolgens uitgenodigd een aanvraag tot erkenning daartoe aan het CCMS te doen. In juli 2007 bericht het CCMS het ministerie zich positief over de borging van de opleiding door het CCMS uit te spreken en dat de precieze vorm in het restant van het jaar zou worden uitgewerkt.

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

Daaropvolgend bevestigt VWS de opname van de opleiding tot SEH-arts in de subsidieregeling 2e tranche zorgopleidingen per 1 januari 2008, met dien verstande dat de definitieve erkenning in de loop van 2008 een feit wordt en de overgang naar het opleidingsfonds, evenals bij de overige zorgopleidingen, budgettair neutraal verloopt. Door de sector die de opleiding tot dat moment ook bekostigde, moesten de middelen zelf worden opgebracht. Deze instellingsspecifieke schoning werd uiteraard, gezien het al eerder geschetste ontwikkeltraject, onaanvaardbaar geacht door de instellingen/leden van de SOSG. Ook hier werd een juridische procedure gestart.

Alles bij elkaar veel gedoe over financiën (lees: de duit), maar na het uitvoerige traject waarbij de positionele domeindiscussie (lees: de fluit) was afgerond volgde 13 oktober 2008 het formele besluit houdende opleidings- en erkenningseisen voor het profiel Spoedeisende Geneeskunde door het CCMS.

Vier en een half jaar na de oprichting van de SOSG zijn haar doelen bereikt. Niet zonder slag of stoot, de discussies werden gedomineerd door de “duit en de fluit”, en veel politiek gemanooeuvreer van velen heeft uiteindelijk resultaat gehad. De formule van directe betrokkenheid en verantwoordelijkheid van zowel bestuurders als professionals heeft gewerkt en zou navolging verdienen als het gaat om inrichting en borging van zorgopleidingen. Ook bij goede, en gezien de maatschappelijke en kwalitatief inhoudelijke ontwikkelingen, noodzakelijke ontwikkelinitiatieven zou meer financiële armslag moeten worden gegeven, zeker als gewenste doorbreking van historisch bepaalde domeinen wordt beoogd.

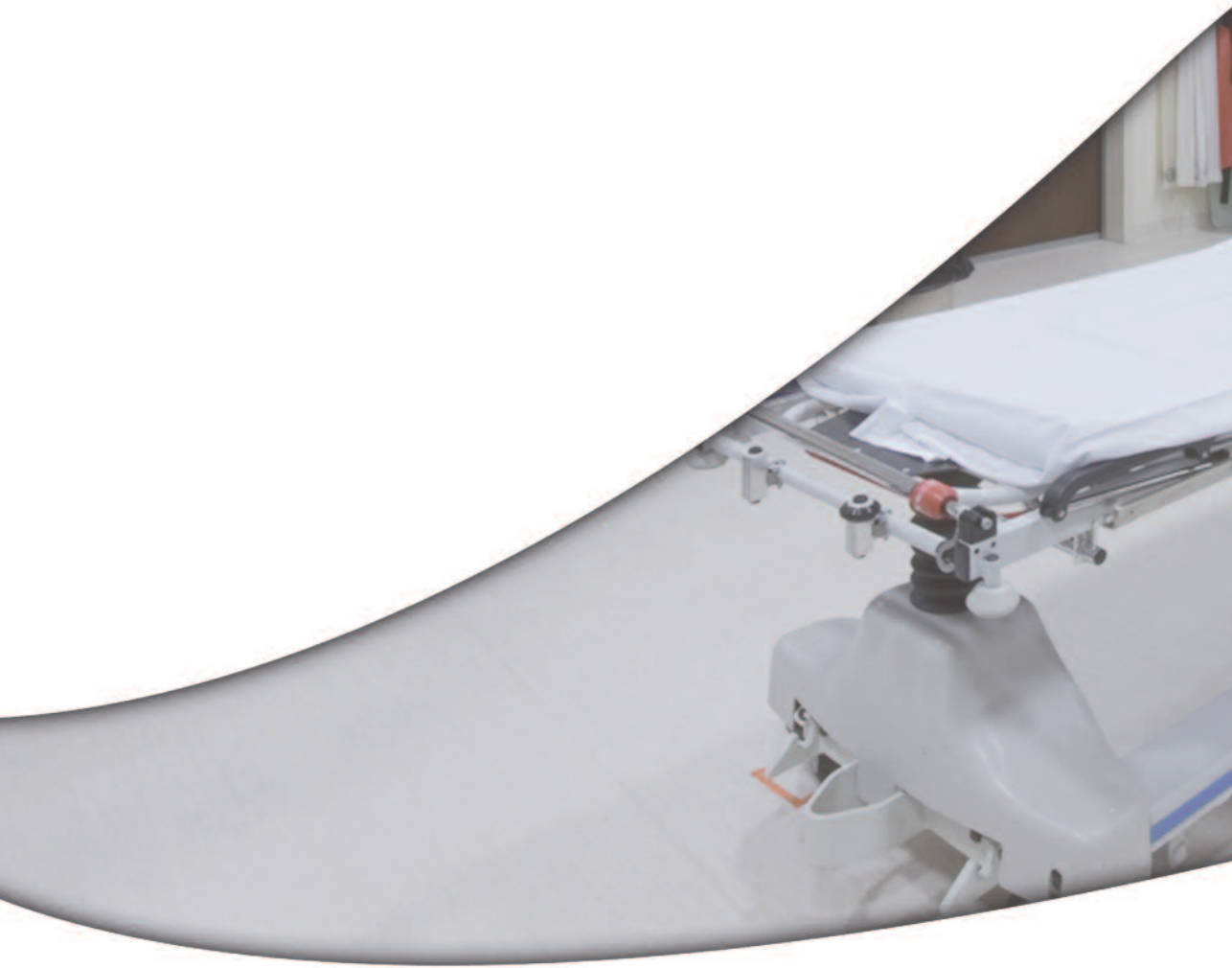


Rob Schipper

De SOSG kan trots op zichzelf zijn, het veld heeft het gedaan, het stokje wordt nu overgedragen aan de NVSHA. Gezien de zeer positieve bijdrage daarvan in dit ontwikkel- en erkenningstraject kan dat met een gerust hart tegemoet worden gezien, mits zij zich van meet af aan verzekert van adequate professionele en bestuurlijke ondersteuning.







6



**Professionalisering**



## CONCILIUM SPOEDEISENDE GENEESKUNDE

*Alexander van der Veen*

De eerste schreden op het pad van de Spoedeisende Geneeskunde waren al enkele jaren voor de oprichting van het Concilium Spoedeisende Geneeskunde gezet. Binnen de SOSG, de bestuurlijke tak, werd al enige tijd gesproken over visitaties van opleidingen die in 2000 waren begonnen met het opleiden van SEH-artsen. Dat deze visitaties niet onder verantwoordelijkheid van de SOSG konden vallen werd snel duidelijk.

Nadat in juni 2004 het Werkplan voor een Nationaal Opleidingsplan Spoedeisende Geneeskunde was verschenen, werd duidelijk dat de toetsing van deze opleidingen niet anders georganiseerd kon worden dan bij andere wetenschappelijke verenigingen het geval was. Daarnaast leverde de Werkgroep Opleidingseisen Spoedeisende Geneeskunde ook in juni 2004 het Concept Opleidingseisen Spoedeisende Geneeskunde af. Dit document zou op haalbaarheid getoetst moeten worden aan de hand van (proef)visitaties van de ‘founding fathers’: het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam, het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven en het Academisch Ziekenhuis Groningen. Dit betekende dat er een concilium moest worden opgericht om vorm te geven aan uitvoering en controle van deze visitaties.

In oktober 2004 werden de leden van de Lokale Opleidingscommissies van de ziekenhuizen aangeschreven door de door de SOSG benoemde voorzitter: Alexander van der Veen, opleider in Eindhoven. In eerste instantie werd gesproken van het “Concilium Urgentium”, welke zou vallen onder de NVSHA. Naast de voorzitter was ook de vice-voorzitter, Gerrit Slooter, opleider in Veldhoven, benoemd. In genoemde brief werden de leden van de LOC’s gevraagd om een actieve bijdrage aan het Concilium Urgentium. (Overigens had een oproep in de Nieuwsbrief van september 2004 geen enkele reactie opgeleverd).

Inmiddels was wel begonnen met de visitaties. De gang moest er natuurlijk wel in blijven, maar de aanmeldingen voor het Concilium kwamen niet zo gemakkelijk. Statuten van de NVSHA werden geraadpleegd (zowel opleiders als plaatsvervangend opleiders kunnen lid zijn) en met de steun van Emmy Koekenbier werden alle opleidingen nog eens aangeschreven. Ook de NVSHA zelf werd gevraagd zich wat actiever op te stellen, m.n. in het aandragen van (kandidaat)leden.

In februari 2005 waren er drie leden bij gekomen: Tom Geers, internist in het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein, G. Noordergraaf, anesthesioloog in

**NVSHA**



**CONCILIUM URGENTIUM**

Aan de leden van de Lokale Opleidingscommissies  
Spoedeisende Geneeskunde

Utrecht, 29 oktober 2004  
Kenmerk: SOSG/04.065/concilium  
Onderwerp: vacatures concilium urgentium

Geachte collega,

Het zal u ongetwijfeld bekend zijn dat ook de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de opleiding spoedeisende geneeskunde in hoog tempo voort gaan. In het kader van de professionalisering van de opleiding hebben wij gemeend zo veel mogelijk de landelijke structuur van medisch specialistische opleidingen te moeten volgen. Dit heeft geleid tot de wens en noodzaak spoedig het CONCILIUM URGENTIUM te activeren.

Het Concilium Urgentium ressorteert onder de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen. Op dit moment heeft het Concilium nog maar 2 leden, te weten dr. G.D. Slooter – chirurg in Máxima Medisch Centrum, en ondergetekende, chirurg in het Catharina-ziekenhuis. Het Concilium heeft dus nog veel vacatures! Graag zouden wij zien dat het Concilium op korte termijn wordt uitgebreid. Om deze reden benaderen wij u, als leden van de lokale opleidingscommissies in de ziekenhuizen die de opleiding spoedeisende geneeskunde al enige tijd verzorgen. Wij hopen te mogen rekenen op uw bereidheid om een actieve bijdrage te leveren aan het Concilium Urgentium en de verdere ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde. Wij streven naar een zo groot mogelijke verscheidenheid van specialismen in het Concilium. Voor verdere informatie over het Concilium verwijzen wij naar de bijlage.

Bij deze nodigen wij u uit uw belangstelling voor deelname aan het Concilium Urgentium aan mij kenbaar te maken. Mocht u eerst nog meer informatie willen hebben, dan hoor ik dat graag van u. U kunt mij bereiken via tel. 040-2397155 (secretariaat heekunde) of via email ([alexander.vd.veen@catharina-ziekenhuis.nl](mailto:alexander.vd.veen@catharina-ziekenhuis.nl)) danwel via het secretariaat van het Concilium (Bureau SOSG, tel. 030-2739428, email: [infoSOSG@stz-ziekenhuizen.nl](mailto:infoSOSG@stz-ziekenhuizen.nl)).

Wij hopen op veel enthousiaste reacties!

Met vriendelijke groet,

Dr. A.H. van der Veen,  
Voorzitter Concilium Urgentium.

Bijlage.

**Concilium Urgentium**  
Postadres: Bureau SOSG / Postbus 9696 / 3506 GR Utrecht  
Tel. 030 – 273 9428 / email: [infoSOSG@stz-ziekenhuizen.nl](mailto:infoSOSG@stz-ziekenhuizen.nl)

het St. Elisabeth Ziekenhuis en H. Thijssen, cardioloog in het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven. Daarnaast hadden nog enkele chirurgen gereageerd, doch er bestond een duidelijke wens om het Concilium te laten dragen door een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van de bestaande specialismen.

Vereiste om lid te mogen zijn van het Concilium was natuurlijk wel dat het lidmaatschap van de NVSHA werd onderschreven.

Uiteindelijk werd op 4 oktober 2005 de eerste vergadering van het Concilium gehouden. In deze vergadering werd na een korte introductieronde (er waren 12 deelnemers) een verhandeling gegeven over de werkwijze van het concilium urgentium. De ontwikkelingen van SOSG, m.n. daar waar het de ontwikkeling van het opleidingscurriculum betrof (een project tezamen met het Wenckebach Instituut in Groningen), en de tot dan toe uitgevoerde visitaties werden besproken. Daarnaast werd de werkwijze van de NVSHA m.b.t. visiteren besproken en werd melding gemaakt van een visitatietraining door het CBO.

De tweede vergadering werd op 6 april 2006 gehouden. Pieter van Driel was hier te gast om het recent verschenen rapport “Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulparts” toe te lichten. Jan ter Maaten, internist en opleider van de SEH-artsen in Groningen, tezamen met de Projectgroep, was hier mede grondlegger van. Het curriculum was vnl. bedoeld als kader voor een competentiegerichte opleiding. Dit competentiegericht opleiden, wat door de SOSG/NVSHA als eerste werd ontwikkeld, is heden ten dage de standaard in opleidingsland. Het door Van Driel gepresenteerde curriculum leverde genoeg stof op voor langdurige en soms felle discussies, hoewel de gemeenschappelijke noemer toch overwegend positief was. In deze tweede vergadering, die overigens zeer goed bezocht werd, werd onder meer gezocht naar standpuntbepalingen t.a.v. externe stages en vrijstellingen. Deze standpunten zouden niet eerder dan 2008/2009 worden afgerond!

De naamgeving van het Concilium Urgentium, waar niet iedereen blij mee was, werd veranderd in Consilium Spoedeisende Geneeskunde, later weer aangepast tot de huidige gebezigde term: Concilium Spoedeisende Geneeskunde.

Nadat in november 2006 de eerste visitatietraining was gehouden, waartoe al in een veel eerder stadium een werkdocument “Criteria ter beoordeling van de opleiding Spoedeisende Geneeskunde” was gemaakt, werd op de derde vergadering van het Concilium in januari 2007 een lijst gepresenteerd met aandachtspunten n.a.v. deze visitatietraining. We konden toen nog niet bevroeden dat de MSRC deze visitatietraining niet zou accepteren en dat iedereen die bovengenoemde training had gevolgd nog eens

een nieuwe, weliswaar verkorte, training bij de MSRC zou moeten volgen!

In februari 2007 werd een start gemaakt met het Dagelijks Bestuur van het Concilium, bestaande uit Alexander van der Veen, voorzitter (opleider Catharina-ziekenhuis Eindhoven), Gerrit Slooter, vice-voorzitter (opleider Maxima Medisch Centrum Veldhoven), Ineke Schouten, secretaris (internist, co-opleider OLVG Amsterdam) en een vertegenwoordiger van de NVSHA, welke statutair ook lid zou zijn van de registratiecommissie. In Egmond aan Zee, bij het eerste SEG congres van de NVSHA, werd in juni 2007 een eerste bijeenkomst gehouden van dit DB, welk een aantal malen per jaar bijeen komt, maar ook veelvuldig e-mail- en telefonisch contact heeft.

De samenstelling van het Concilium werd besproken en aangepast c.q. uitgebreid met de secretaris van het NVSHA bestuur en 2 toeoorders namens de assistentenvereniging. Tevens werd er van gedachten gewisseld over erkenningscriteria van opleidingsinstellingen. Het is duidelijk dat de grenzen tussen Registratiecommissie en het Concilium nog niet goed waren afgebakend! Ten slotte kwamen het curriculum in opzet en het cursorisch onderwijs uitgebreid aan bod. In elk geval was duidelijk dat het DB van het Concilium slagvaardig kon optreden.

In het najaar van 2007 werden nog een aantal bijeenkomsten georganiseerd. Per brief werd door het Bestuur van de NVSHA verzocht het Concilium in te richten volgens statuten: tenminste 8 gecertificeerde opleiders SEG, 2 gecertificeerde SEH-artsen niet-opleiders, de vertegenwoordiger van de Vereniging in de Registratiecommissie, de secretaris van het Bestuur en twee leden van de Vereniging van SEH-artsen in opleiding. Verder werd overlegd over erkenningscriteria van opleidingen, maar ook van stage-instellingen.

In september werd de 4e vergadering van het Concilium gehouden. Er werd uitgebreid stilgestaan bij de samenstelling van het Concilium, het visitatiereglement, de erkenningscriteria en de tot dan toe gedane visitaties. Ten slotte was het Concilium van mening dat t.a.v. onderbreking van de opleiding de reglementen van de CCMS/MSRC gevolgd moesten worden.

Op 2 november werd een tweede visitatietraining georganiseerd.

2008 werd het jaar van vele discussies over formele erkenning van de opleiding tot SEH-arts door het CCMS. In dat jaar kwam ook de profielregistratie van de opleiding door het CCMS tot stand. Hiertoe werd in het Concilium het Specifiek Besluit SEG besproken en uitgebreid toegelicht door Harm van de Pas. Het Kaderbesluit van het CCMS werd als leidend gezien. Het Concilium was Van de Pas zeer dankbaar voor zijn enorme inspanningen.

In 2008 en begin 2009 werden nog een tweetal vergaderingen belegd waarin de overgang naar CCMS en MSRC, alsmede de instroom van nieuwe opleidingsassistenten centraal stond.



In 10 jaar is er veel veranderd! Van een stel enthousiaste niet Spoedeisende Hulp Artsen tot een profielregistratie en opname in het CCMS. Nadat ook de visitaties en het schema daartoe door de MSRC werden overgenomen, wordt de opleiding steeds belangrijker in Nederland. De voorzitter van het Concilium Spoedeisende Geneeskunde dankt een ieder voor de belangeloze tijd die is geïnvesteerd in de groei van dit specialisme.

## **REGISTRATIECOMMISSIE**

*Maarten Simons*

De Registratiecommissie van de SOSG heeft het door het grote succes van de opleiding druk gehad. Veel dossiers. Ik wil graag in de eerste alinea van dit stukje al kwijt dat het werk van deze commissie op weergaloze wijze ondersteund is door Emmy Koekenbier. De kille cijfers spreken voor zich; er zijn 27 ziekenhuizen gevisiteerd en erkend, 44 (her)visitaties uitgevoerd, 220 aios geregistreerd, 113 SEH-artsen gecertificeerd en talloze uitzonderingsgevallen beoordeeld en voorzien van een antwoord. In de praktijk kwam het erop neer dat ook alle visitaties en (her)visitaties door de Registratiecommissie georganiseerd werden en door een kleine groep visitatoren uitgevoerd.

Het werk was lastig door het, vooral in de eerste jaren, ontbreken van een reglement en een vastgesteld curriculum. Eerlijk gezegd maakten wij de regels gaandeweg na een overleg van steeds dezelfde 4 á 5 mensen. De door deze groep voorgestelde criteria werden altijd besproken en vastgesteld in het Concilium, maar daar bleken maar al te vaak weer dezelfde mensen weer aan tafel te zitten. Wij werden niet gesteund maar ook niet gehinderd door een kaderbesluit en specifiek besluit. Er werd een Nationaal Opleidingsplan Spoedeisende Hulp arts ontwikkeld en als leidraad gebruikt.

De SOSG bestond in de aanloopfase uit de opleiders/bestuurders van 4 ziekenhuizen die de taken van de SOSG, een Registratiecommissie en het College Opleidingseisen moesten vervullen. Daarnaast was er het Concilium Spoedeisende Geneeskunde en de Plenaire Visitatiecommissie van de NVSHA, die aanvankelijk ook met dezelfde bestuurders/opleiders moesten worden gevormd. Uit pragmatische overwegingen zaten alle opleiders in alle commissies. Voorzitter en secretaris van de verschillende commissies trokken de kar en bij iedere vergadering zaten wij met steeds dezelfde mensen aan tafel. Bizar maar noodzaak. De Registratiecommissie bestond uit bestuurders, opleiders, SEH-aios en later SEH-artsen.

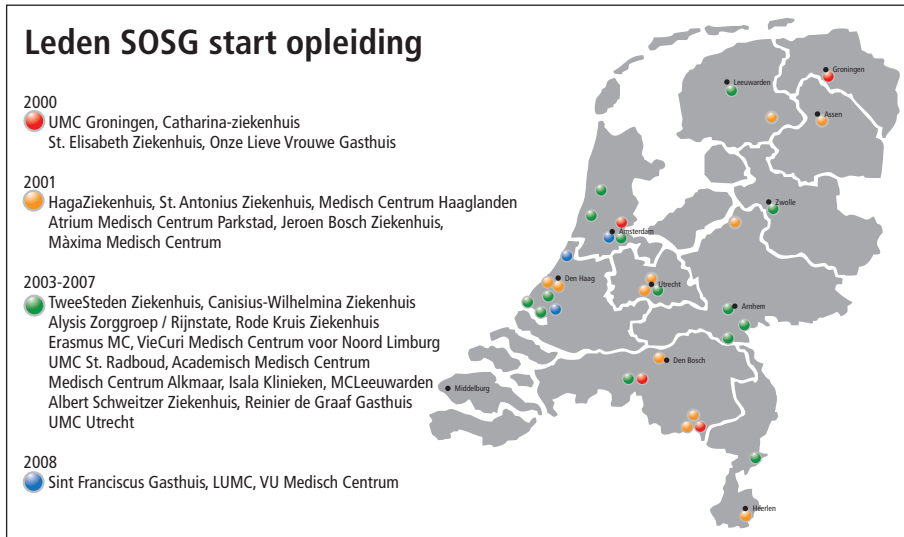
Vooraf de aanvragen voor uitzonderingen kostten veel tijd. Zo wilden wij het goede werk van de opleidingen in Assen en Harderwijk niet opzij schuiven met een simpele brief dat de opleiding niet erkend zou worden. Er was een aantal artsen in Nederland al vele jaren op SEH-afdelingen hetzelfde werk aan het doen dat verwacht werd van de "SOSG SEH-arts". Iedere individuele aanvraag werd binnen de Registratiecommissie besproken, en van iedere aanvraag werd een dossier aangelegd. Maar ook vragen als: Telt een stage op Aruba mee? De tropenarts opleiding? De opleiding tot militair arts? En ga zo maar door. Gaandeweg werden regels verder ontwikkeld en werd het makkelijker om daarnaar te verwijzen.

In de eerste richtlijn moest een ziekenhuis met opleiding voldoen aan de volgende voorwaarden: steun van de opleiding door Raad van Bestuur en de Medische Staf, SEH met minstens 20.000 patiënten per jaar, aanwezigheid van een leerplan en onderwijsprogramma, en van de grote poortspecialismen moesten er minstens drie zijn met een erkende opleiding. De visie was dat er een opleidingscultuur moest zijn in het aanvragende ziekenhuis en de aanwezigheid van een bepaald aantal opleidingen leek de beste maatstaf. Wij lieten opleidingen starten na een schriftelijke pre-visitatie en kwamen pas een aantal maanden (veelal een jaar) later visiteren. Dat laatste was om te kunnen beoordelen hoe de opleidingen in de praktijk werkten. De eerste visitatie vond plaats in het St. Elisabeth Ziekenhuis in juni 2004, en de laatste in het VUMC in november 2008. Emmy Koekenbier maakte altijd een uitgebreid verslag. Bij de latere visitaties werd steeds kritischer gekeken naar de inhoud en uitvoering van het leerplan.

De Registratiecommissie had als belangrijke opdracht te toetsen of de regels gevolgd waren en in redelijkheid en billijkheid te beoordelen of er consequent geoordeeld was rechtdoende aan de prille fase waarin sommige opleidingen zich bevonden en wat men mocht verwachten van een opleiding die nog op zoek was naar erkenning. Niet eenvoudig concludeer ik achteraf. Er waren nogal wat telefoontjes nodig om uitleg te geven aan opleiders met terechte vragen. Tevens werd het internet wel eens overbelast met email-verkeer omtrent knelpunten. Wij kwamen er altijd uit.

Bij alle activiteiten van de Registratiecommissie en alle visitaties werden SEH-aios en SEH-artsen betrokken. Zo konden zij gaandeweg leren en zich als beroepsgroep ontwikkelen.

In 2008 ontstond een nauwe samenwerking met de MSRC en 2009 bestond uit een overgangsjaar waarin alle SOSG-gegevens overgedragen werden aan de MSRC. In 2009 heeft de commissie zich nog bezig gehouden met hervisitatie en afronding van dossiers.



Kaart van Nederland met alle opleidingen

## VISITATIES

### *Emmy Koekenbier*

Vanaf juni 2004 tot eind 2008 hebben 44 visitaties van opleidingen plaats gevonden. Uiteindelijk hebben deze visitaties geleid tot de erkenning van 27 opleidingsinstellingen en 5 stage-instellingen. Een groot aantal opleidingen is al 2 keer gevisiteerd. De visitaties werden georganiseerd vanuit de Commissie Opleidingseisen c.q. het Concilium Spoedeisende Geneeskunde.

De visitaties zijn telkens verzorgd door ad hoc visitatiecommissies van wisselende samenstelling. In principe vormden 2 opleiders/medisch specialisten, een SEH-arts en een SEH-aios de samenstelling van de ad hoc commissies. In de meeste gevallen is het – soms met de grootste moeite en met (te) vaak dezelfde visitatoren – daadwerkelijk gelukt de ad hoc commissies op deze wijze samen te stellen. Bij enkele visitaties moest worden volstaan met een commissie bestaande uit 3 visitatoren.

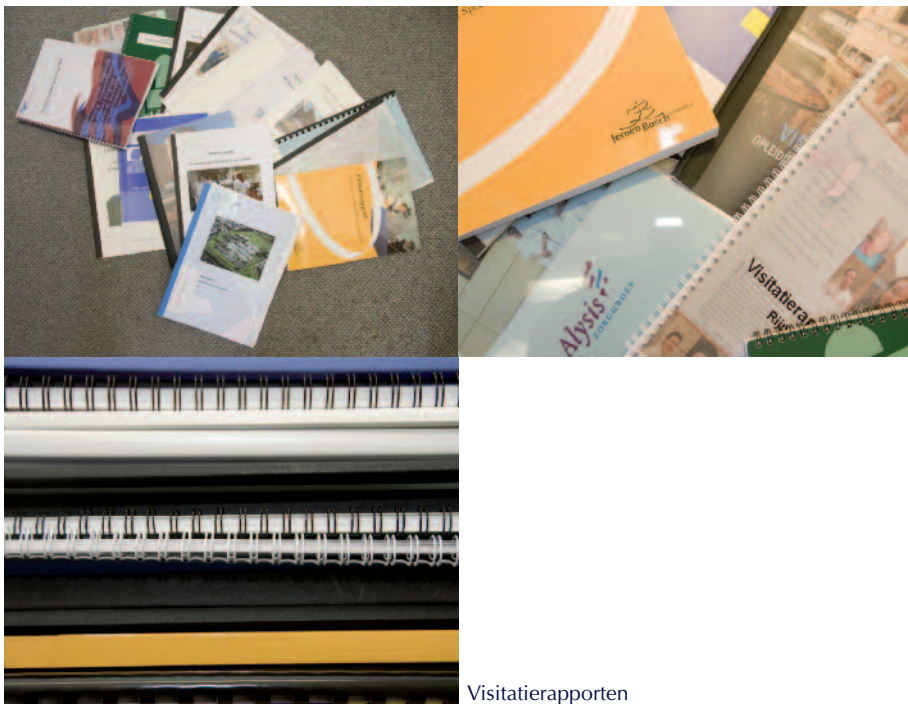
In eerste instantie werd er gevisiteerd naar eigen inzicht van de visitatoren. Al snel bleek dat enige structuur in het visiteren wenselijk was, en is besloten – in overleg met het Concilium Spoedeisende Geneeskunde – het CBO in te schakelen voor het organiseren van een visitatietraining, specifiek voor de opleiding spoedeisende geneeskunde. Aan deze training, die uiteindelijk 4 keer

heeft plaats gevonden, hebben in de loop der tijd 38 visitatoren (medisch specialisten, SEH-artsen en SEH-aios) deelgenomen. Ikzelf was belast met de secretariële en organisatorische ondersteuning van de ad hoc visitatiecommissies. Na de visitaties werd een verslag opgesteld van de visitatie, incl. een overzicht van de sterke punten en de verbeterpunten. Na vaststelling van het verslag binnen de commissie, werd het verslag voor commentaar doorgestuurd naar de gevisiteerde instelling. Daarna vond aan de hand van het verslag bespreking plaats binnen het Concilium Spoedeisende Geneeskunde, dan wel het Dagelijks Bestuur van het Concilium voor zover er geen sprake was van zgn. probleemvisitaties. De leden van de ad hoc visitatiecommissie werden daarbij in de gelegenheid gesteld de bevindingen van de commissie mondeling toe te lichten. In de meeste gevallen leidden de visitaties tot erkenning van de opleiding voor 1, 2 of 3 jaar. In vrijwel alle gevallen – zeker naar mate de opleiding verder tot ontwikkeling was gekomen en de opleidingseisen werden aangescherpt – werden verbeterpunten gekoppeld aan de erkenning. Een enkele keer is in gezamenlijk overleg tussen de ad hoc visitatiecommissie, het DB Concilium en de Registratiecommissie besloten een erkenningsaanvraag aan te houden, en in 2 gevallen is besloten een aanvraag niet te honoreren. De duur van de erkenningen werd in principe bepaald door de kwaliteit van de gevisiteerde opleiding. In enkele situaties heeft de commissie echter moeten besluiten om de Registratiecommissie te adviseren een opleiding voor de duur van slechts 1 jaar te erkennen omdat de opleiding ten tijde van de visitatie nog in een (te) pril begin verkeerde. De commissie kon daardoor onvoldoende beeld krijgen van de opleiding in de praktijk. Dit verschijnsel heeft uiteindelijk ook geleid tot het beleid om opleidingen pas te visiteren nadat zij minimaal 1 jaar operationeel waren.

M.n. in 2008 hebben de visitaties onder grote tijdsdruk plaats gevonden. Naar mate de opleiding verder tot ontwikkeling kwam, en uiteindelijk ook kon worden opgenomen in het Opleidingsfonds, ontving de SOSG een veelvoud van erkenningsaanvragen. Met de nodige creativiteit en flexibiliteit hebben in 2008 visitaties plaats gevonden die op enigerlei wijze afweken van het tot dan gevolgde stramien van de visitaties. Op deze wijze heeft de Visitatiecommissie – zonder de kwaliteitsaspecten uit het oog te verliezen – ook de erkenningsverzoeken kunnen honoreren van die instellingen waarvoor de opleidingserkenning van de SOSG voorwaarde was om in 2009 voor subsidie uit het Opleidingsfonds in aanmerking te kunnen komen.

De visitaties hebben een duidelijke kwaliteitswinst met zich meegebracht. Regelmatig konden dankzij de visitaties zaken voor elkaar gekregen worden. De visitaties zijn over het algemeen als leerzaam ervaren, zowel door de gevisitteerde opleiders, als door de visitatoren die zelf ook konden leren van de collega-instellingen.

Vanaf begin 2009 vinden de visitaties plaats onder auspiciën van de MSRC en CCMS. Dat brengt met zich mee dat de visitatiemodel van de MSRC, gebaseerd op het specifiek besluit spoedeisende geneeskunde en het kaderbesluit van het CCMS, geïmplementeerd dient te worden. In 2009 zullen geen visitaties plaats vinden, en wordt het nieuwe visitatiemodel voorbereid. De MSRC heeft als aanvullende eis voor de visitatoren een verkorte visitatietraining om de visitatoren bekend te maken met de werkwijze van de MSRC, verplicht gesteld. Uitsluitend de visitatoren die zowel de basistraining van het CBO als de aanvullende training van de MSRC gevolgd hebben mogen zitting nemen in de Plenaire Visitatiecommissie van de NVSHA.



Visitatierapporten

### INTERNATIONALE CONTACTEN

#### *Klaartje Caminada*

Spoedeisende geneeskunde bestaat in veel landen al langere tijd. De Verenigde Staten (erkenning van het specialisme spoedeisende geneeskunde in 1979), Australië (erkenning in 1993) en het Verenigd Koninkrijk hebben alle drie het vak spoedeisende geneeskunde succesvol op de kaart gezet in de afgelopen decennia. En daar heeft de NVSHA veel van geleerd. Het is ook een goede stimulans om de succesverhalen van andere landen te horen.

Waar de nadruk binnen de internationale contacten aanvankelijk op kennisoverdracht en advies lag, is de NVSHA inmiddels een volwaardige gesprekspartner binnen de internationale organisaties geworden en is er een nauwe samenwerking ontstaan op het gebied van een internationaal curriculum en richtlijnen.

#### **International Federation for Emergency Medicine (IFEM)**

Het doel van de IFEM is 'to promote at an international level, interchange understanding and co-operation among practicing emergency medicine'. De NVSHA is als nationale organisatie sinds 2008 'full member' van IFEM; voor die tijd was onze vereniging affiliate member. Het aardige van de IFEM is dat alle leden één stem hebben. Ter illustratie: Nederland (de NVSHA) en de Verenigde Staten (ACEP in dit geval) hebben dus ieder één stem. Terwijl de ACEP met bijna 20.000 leden vele malen groter is dan de NVSHA.

*Harm van de Pas, voorzitter NVSHA (nieuwsbrief NVSHA dec 2008):*

*'Eind oktober was ik in de Verenigde Staten om de NVSHA te vertegenwoordigen bij de beleidsdag en bestuursvergadering van IFEM. Het bericht van onze erkenning werd met luid gejuich en applaus ontvangen, en jullie mogen weten dat ik zat te stralen van trots. Trots om alles wat we samen in Nederland hebben bereikt tot nu toe. Het gaat goed met de internationale ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde, en Nederland doet echt al heel aardig mee in het geheel! Een mooi voorbeeld hiervan is dat ons curriculum niet alleen duidelijk is te herkennen in de Europese versie, maar ook aan de andere kant van de oceaan wordt met belangstelling naar de ontwikkelingen gekeken in ons kikkerlandje. Zo zijn de Canadezen (jawel, de uitvinders van het CanMED-model van basiscompetenties die elke medisch specialist moet beheersen), zeer belangstellend naar de invulling die de SOSG/NVSHA geeft aan dit systeem.'*

### **European Society for Emergency Medicine (EuSEM)**

Op Europees niveau hebben de SEH-artsen zich verenigd in de EuSEM. Oorspronkelijk kon een SEH-arts uitsluitend op persoonlijke titel lid worden. Het individuele lidmaatschap is nog steeds mogelijk, maar daarnaast bestaat er tegenwoordig een lidmaatschap per land. Voorwaarde voor dit lidmaatschap is een landelijke vereniging met als doelstelling het promoten en ontwikkelen van het specialisme spoedeisende geneeskunde. De NVSHA voldoet aan deze eisen, en is dan ook lid geworden van deze European Federation of National Societies. Dit houdt trouwens in dat alle leden van de NVSHA automatisch National Society Affiliate Member van EuSEM zijn.

### **Congressen**

Veel kennis en inspiratie is opgedaan op congressen in het buitenland. De meest bekende zijn het ECEM (European Congress on Emergency Medicine), het MEMC (Mediterranean Emergency Medicine Congress), ICEM (International Conference on Emergency Medicine) en ACEP Scientific Assembly (American College of Emergency Physicians). De afgelopen jaren heeft Nederland een behoorlijk aantal sprekers tijdens deze congressen afgevaardigd. Het was dan ook ontzettend leuk om in 2007 de rollen te kunnen omdraaien: de NVSHA kon buitenlandse sprekers uitnodigen op haar eerste congres in Nederland. En onze buitenlandse gasten waren danig onder de indruk van wat de NVSHA had neergezet.

### **Werkervaringen**

Steeds meer Nederlandse SEH-artsen gaan voor bepaalde tijd naar het buitenland om hun horizon te verbreden. Er zijn zelfs een paar SEH-artsen die hun gehele opleiding in het buitenland volgen. Met name Australië, maar ook het Verenigd Koninkrijk heeft veel Nederlandse dokters zien komen. En deze SEH-artsen keren met bergen ervaring terug, en nemen ervaringen en ideeën van elders mee om die hier te implementeren.



Dr. John Rupke, een van de oprichters van onze Amerikaanse zustervereniging ACEP, met links Klaartje Caminada en rechts Harm van de Pas, beiden bestuurslid NVSHA tijdens het ACEP Scientific Assembly in Seattle in 2007.

### CURRICULUM-ONTWIKKELING

*Pieter van Driel en Jan ter Maaten*

Een van de pijlers voor het bestaansrecht van een vakgebied of specialisme is het hebben van een eigen domein. Binnen dit domein worden arts-assistenten opgeleid om uiteindelijk werkzaam te kunnen zijn als professionele beroeps-beoefenaren binnen dat vakgebied. Om arts-assistenten goed op te kunnen leiden moeten daarom eindtermen gedefinieerd worden in een opleidingsplan of curriculum.

Vanaf het begin van de ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde in Nederland waren de pioniers van de bovenstaande doordrongen. Al in de beginjaren 2000 werden eindtermen op papier gezet om richting te geven aan de verschillende opleidingen in het land. In die periode werd dankbaar gebruik gemaakt van bestaande curricula uit bijvoorbeeld Amerika en Australië. De toen opgestelde curricula waren eigenlijk het best te vergelijken met lijsten met eindtermen voornamelijk betreffende het medisch inhoudelijk domein.

Rond 2005 kwam het besef dat we een meer gedegen curriculum moesten ontwikkelen om een goede opleiding vorm te geven en om daarmee bij te dragen aan het pad naar erkenning.

Eind 2005 werd binnen de Commissie Onderwijs en Opleiding (O&O) een werkgroep geformeerd die tot taak had het curriculum te schrijven. De voltallige commissie O&O diende daarbij als klankbordgroep. Het Wenckebach Instituut in Groningen werd gevraagd mee te werken om (medisch) onderwijskundige input te geven aan het curriculum. Onderwijskundige Pauline Bakker werd aan de projectgroep toegevoegd, op de achtergrond ondersteund door het Wenckebach Instituut.

Op dat moment had de stuurgroep Modernisering Opleidingen Beroepen in de Gezondheidszorg (MOBG) de opdracht gekregen om, zoals de naam al zegt, de medische beroepen te moderniseren. Hierbij werd onder andere gedacht aan het introduceren bij alle medische wetenschappelijke verenigingen van de CanMeds. Deze CanMeds beschrijven de zeven kerncompetenties zoals die rond 2000 werden ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons in Canada. Enigszins aangepast aan de Nederlandse praktijk werden deze kerncompetenties overgenomen en werden alle wetenschappelijke verenigingen verplicht om hun opleidingsplannen te herschrijven met daarin geïntegreerd al deze zeven competenties.

Niet gehinderd door een lang verleden van opleiden kon de NVSHA met het vizier op de toekomst en slagvaardig een volledig competentiegericht curriculum neerschrijven.



De MOBG had als geraamte een opleidingshuisje ontwikkeld, waar wij dankbaar gebruik van maakten bij de enorme klus die geklaard moest worden.

Begin 2006 werd begonnen met schrijven. Tijdens een zogenaamde “heisessie” in Zwolle werd met de voltallige O&O commissie onder leiding van Tiny Vinke van het Wenckebach Instituut onder andere gewerkt aan de formulering van de zeven competenties met daarin beschreven deelcompetenties. Wat het werken lastig maakte was het feit dat we wisten dat wat we beschreven op een weegschaaltje gewogen zou gaan worden door de Orde en de Wetenschappelijke Verenigingen. Dit maakte het neerschrijven van de competenties, beheersingniveaus en medisch inhoudelijke eindtermen een precair proces. Toch probeerden we in die eerste fase vrijuit te schrijven vanuit het ideaal wat we allemaal duidelijk voor ogen hadden: een volwaardig specialisme Spoedeisende Geneeskunde met een eigen curriculum dat garant staat voor competente dokters met voldoende bagage om de patiënt op de SEH-afdeling hoogwaardige (medische) zorg te kunnen geven.

Met hulp van het Wenckebach Instituut lukte het ons om als eerste wetenschappelijke vereniging in Nederland een onderwijskundig gezien zeer modern competentiegericht curriculum neer te schrijven. Met name voor wat betreft het competentiegericht opleiden was (en is) ons curriculum toonaangevend in Nederland en inmiddels ook internationaal.

Als medische eindtermen gebruikten we het “Core Curriculum on Emergency Medicine” dat in 2002 opgesteld werd door onze Europese moederorganisatie, de European Society for Emergency Medicine (EUSEM). Deze medische eindtermen rangschikten we volgens de voor ons vak zo kenmerkende ABCDE-methodiek. Al schrijvend kwamen we erachter dat wat aangeleerd moest worden zo veelomvattend was dat dit eigenlijk alleen mogelijk was in een 5 jaar durende opleiding.

Onder enorme tijdsdruk schreven we het curriculum binnen 3 maanden! Deze tijdsdruk was aanwezig omdat binnen 3 maanden na de start van het schrijven het curriculum de werkgroep SEH-arts van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) van start zou gaan om met dit document als uitgangspunt te kijken of de spoedeisende geneeskunde erkend zou kunnen worden.

Toen het curriculum op een haar na klaar was ontstonden er heftige discussies toen besloten moest worden of de door ons nodig geachte 5 jaar opleidingsduur terug gebracht moest worden naar 3 jaar. Dit bleek een absolute eis van het medisch veld om er überhaupt over te willen nadenken de spoedeisende geneeskunde te gaan erkennen. Moesten we nu vanwege dit

politieke feit ons ideaal van volwaardig specialisme (in onze ogen alleen mogelijk met een 5 jaar opleidingsduur) laten varen? Een moeilijk besluit. Vanaf de bestuurstafel kwam het verlossende woord dat we op dit moment eigenlijk geen keus hadden en dat we een 3 jarig curriculum moesten schrijven. In heel korte tijd schreven we het curriculum terug van een 5 jaar opleidingsplan naar een 3 jaar opleidingsplan. Dit stuk belandde in de werkgroep SEH-arts van de KNMG. We schrijven nu april 2006.

Tot het voorjaar 2007 zou het curriculum onderwerp van discussie zijn op de vergaderafels van vele gremia, waarvoor wij u naar het desbetreffende hoofdstuk elders in dit boek verwijzen. Uiteindelijk werd het curriculum door de werkgroep SEH-arts van de OMS en NHG geaccordeerd in de eerste helft van 2007.

Het curriculum werd vervolgens gedrukt en werd aan de leden gepresenteerd tijdens een door de SOSG georganiseerd symposium in de Reehorst te Ede op 19 september 2007 ter gelegenheid van dit nieuwe curriculum en ter lancering van de position paper. De titel van dit symposium was: "SEH-arts; een vak apart".

Ondertussen werden voorzichtige pogingen ondernomen om het curriculum geïmplementeerd te krijgen in in ieder geval 4 daarvoor aangewezen pilot-ziekenhuizen: OLVG, St. Elisabeth, UMCG en Catharina. Een opleiderssymposium werd georganiseerd op 15 januari 2008 om alle opleiders van Nederland te informeren over de veranderingen voor wat betreft met name het onderwijskundig deel van het curriculum.

Eind 2007 werd duidelijk dat het curriculum herschreven moest worden. De werkgroep modernisering medische vervolgopleidingen van het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) had het door ons in 2006 geschreven curriculum langs de inmiddels ontwikkelde meetlat voor competentiegerichte curricula gelegd. Hieruit bleek dat er een aantal zaken aangepast moesten worden:

- Structuur opleidingshuisje moet duidelijker naar voren komen
- Profiel scherper neerschrijven
- Competentie Professionaliteit verder uitwerken
- In thema's alle competenties opnemen
- Thema's koppelen aan stages en lijnleren
- Toetsing koppelen aan leerdoelen

Deze verbeteringen dienden aangebracht te worden teneinde de opleiding *Meetbaar, Toetsbaar en Visiteerbaar* te maken voor de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Aangezien men voornemens was om de spoedeisende geneeskunde te gaan erkennen als een profiel was de vraag aan ons om dit eigenlijk binnen 2-3 weken “even” te doen. Grote paniek binnen het bestuur was het gevolg. Hoe krijgen we dit nu weer voor elkaar? Het antwoord van het bestuur was dat we het curriculum binnen alle redelijkheid zo snel mogelijk zouden herschrijven. Gelukkig kon met ondersteuning van een medewerker van het CCMS en de projectgroep implementatie curriculum Spoedeisende Geneeskunde (SEG) dit in 2 maanden voor elkaar gekregen worden.

Het resulteerde in een nog meer op de praktijk toegeschreven curriculum. Duidelijk afgebakende modules/thema's werden gekoppeld aan de (deel) competenties. Eisen betreffende onderwijs, wetenschap en toetsing werden gedefinieerd, waardoor de opleiding in het hele land een stuk uniformer kan worden.

Dit nieuwe curriculum dat de naam *Curriculum opleiding tot SEH-arts, versie 2008* meekreeg diende als een van de pijlers voor het specifiek besluit voor de spoedeisende geneeskunde.

Nu, zomer 2009, zijn al onze opleidingsziekenhuizen volop bezig het curriculum te implementeren. Dit gaat met vallen en opstaan, maar nog steeds een stuk sneller dan dat bij de meeste wetenschappelijke verenigingen het geval is. Het streven is om als eerste wetenschappelijke vereniging in Nederland een volledig competentiegericht E-portfolio landelijk uitgerold te hebben.

We zijn inmiddels erkend als profiel spoedeisend geneeskunde. Ons curriculum, versie 2008 geldt als onze “wet” waarnaar opgeleid dient te worden. We spelen als (bijna) volwaardige speler mee in de grote mensen wereld. Van vele kanten wordt er met bewondering naar ons curriculum gekeken en over gesproken. Daar mogen we trots op zijn!



Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp Arts (versie 2008)

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---



De overhandiging van het opleidingscurriculum aan de voorzitter van het CBOG op 19 september 2007. V.l.n.r.: prof. dr. E.A. van der Veen (voorzitter CBOG), Maarten Simons, Rob Schipper, Dik Meeuwis, Harm van de Pas, Frans Jaspers, Pieter van Driel



Jan ter Maaten



Pieter van Driel

## ONDERWIJSDAGEN EN LANDELIJKE VOORTGANGSTOETS

*Annechien Alkemade*

### Onderwijsdagen

De NVSHA-onderwijsdagen bestonden aanvankelijk uit multidisciplinair klinisch onderwijs voor alle SEH-artsen in opleiding. Er waren 12 onderwerpen gedefinieerd die zo veel mogelijk klachtgericht behandeld werden (zie de tabel). De dagen werden steeds door een ander ziekenhuis georganiseerd, en

NVSHA onderwijsdagen anno 2001	Nationale NVSHA onderwijsdagen anno 2008
<ul style="list-style-type: none"><li>• Buikklachten</li><li>• Metabole stoornissen</li><li>• Prehospitaal en rampen</li><li>• Bewegingsapparaat</li><li>• Thoracale klachten</li><li>• Huid en weke delen</li><li>• Bewustzijnsstoornissen</li><li>• Toxicologie</li><li>• Pijnbestrijding</li><li>• Acute geneeskunde (IC)</li><li>• Hoofd-hals</li><li>• Kindergeneeskunde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Juridische kaders/forensische geneeskunde</li><li>• Exposure/environment/HAZMAT/rampen</li><li>• SEH-management</li></ul>

bestonden meestal 's ochtends uit voordrachten door lokale specialisten en na de lunch werkgroepen met een meer interactief programma. Met name de borrel aan het eind van de dag kon ik altijd erg waarderen, helaas moesten we daarna weer de auto in en moest er dus één de BOB zijn. Er was blijkbaar niet alleen behoefte aan gezamenlijk onderwijs maar ook aan onderling contact en uitwisseling van ervaringen (en frustraties) van de werkvloer. Dit maakte dat de onderwijsdagen goed bezocht werden, ondanks de afstanden en de soms matig SEH-georiënteerde voordrachten.

Naarmate het aantal SEH-artsen in opleiding groeide werd het moeilijker om een goede accommodatie in de ziekenhuizen en begeleiders voor de werkgroepen te vinden. Door een aantal SEH-opleidingen werd multidisciplinair klinisch onderwijs al langere tijd ook op loco-regionaal niveau georganiseerd. Met de introductie van het nieuwe curriculum waren ook de landelijke onderwijsdagen aan revisie toe. De Commissie O&O was van mening dat op

lokaal niveau de benodigde kennis en vaardigheden aanwezig waren voor het meeste medisch-technische onderwijs, en dat dit eigenlijk vanzelfsprekend onder verantwoordelijkheid van de opleider zou moeten vallen. Voor een drietal onderwerpen was de specifieke kennis niet in alle klinieken aanwezig, waardoor externe sprekers aangetrokken zouden moeten worden. Besloten werd om deze onderwerpen op nationaal niveau aan te bieden onder de noemer 'nationale NVSHA onderwijsdagen'. De organisatie van deze dagen bleef bij de Commissie O&O.

### **Regionale organisatie onderwijsdagen**

Het initiatief van de opleidingen om onderwijsregio's te vormen voor het multidisciplinair klinisch onderwijs werd geformaliseerd, met het uiteindelijke doel om te komen tot OOR-regio's zoals die ook voor andere specialistische opleidingen gelden. Elke opleidingskliniek werd verplicht zich aan te sluiten bij een onderwijsregio, die minimaal 3 regionale onderwijsdagen per jaar moet verzorgen. De organisatie rouleert tussen de aangesloten opleidingen en de onderwerpen worden gekozen aan de hand van de thema's van het curriculum. Deze opzet biedt de opleider de mogelijkheid om ook iets te doen met de competenties communicatie en samenwerking, kennis en wetenschap en organisatie.

### **Toetsing**

Een volgende stap in de professionalisering van de opleiding was de ontwikkeling van toetsing. Al sinds jaar en dag stond dit onderwerp op de agenda van de Commissie O&O. In het verleden is wel eens overleg geweest met het Australische College for Emergency Medicine over import van het 'fellowship' examen, maar dit bleek logistiek en financieel niet haalbaar. Met het nieuwe curriculum waren de competenties van de SEH-arts vastgesteld, waardoor toetsing op de eindtermen mogelijk werd. In het curriculum zijn verschillende vormen van toetsing voor de diverse competenties beschreven. De voortgangstoets Spoedeisende Geneeskunde richt zich slechts op de competentie medisch handelen. De keuze voor een voortgangstoets past goed binnen het curriculum en het nieuwe opleiden, waarbij persoonlijke reflectie belangrijk is. Voor een goede, objectieve, betrouwbare en valide toets is het belangrijk dat er voldoende goede vragen zijn die alle thema's van het curriculum bestrijken. Deze vragen zullen met zorg ontwikkeld moeten worden. De Commissie O&O was van plan om concept-vragen door de regio's te laten aanleveren, op basis van de onderwerpen van het regionaal onderwijs. Deze vragen zouden (zo nodig) verder ontwikkeld kunnen worden, en daaruit

zou binnen relatief korte tijd een Nederlandse vragenbank kunnen ontstaan. Op dit moment heeft het beroep op de onderwijsregio's helaas nog weinig succes gehad. Tot aan het bestaan van een Nederlandse vragenbank zullen we nog gebruik moeten maken van buitenlandse vragenbanken.

Wat betreft de toets zelf was mijn verwachting dat er veel commentaar zou komen op de moeilijkheidsgraad van de vragen. Uiteindelijk bleek dat de klachten die we binnen kregen voor het grootste deel over de locatie(s) van de toets gingen, die volgens velen nagenoeg onbereikbaar waren. Eén dag voor de toets bleek nog dat de antwoordformulieren slechts vier keuzemogelijkheden



Annechien Alkemade

hadden, maar de vragen vijf. Na wat last minute aanpassingen is de toetsdag toch een succes geworden, en heeft toch blijkbaar iedereen Groningen en Leiden op tijd kunnen vinden. Het was spannend om de uitslagen binnen te krijgen, gelukkig bleek er (enig) onderscheidend vermogen tussen de jaargroepen te zijn. De uitslagen zijn zowel naar de deelnemers als naar de opleiders gegaan.

## **FELLOWSHIP**

*Terrence Mulligan*

### **Introduction & Background**

Early in 2007, I was invited by the NVSHA to speak at the 1st North Sea Dutch EM Conference for June 2007, and there I lectured on the topic of "Administration and Management in Emergency Medicine", given the critical, overwhelming and growing need for emergency physicians and other emergency medicine resources in the Netherlands, academically, clinically, professionally and administratively. Currently, the training program for Spoedeisende Hulp artsen as recognized by the SOSG and the NL Board of Medical Specialists is only three years in length. This short training program length does not allow for full instruction in advanced, essential elements of clinical, academic, administrative, managerial and specialized areas of emergency medicine. During the presentation at the 1st NVSHA conference, I mentioned that I was in the process at ErasmusMC of formulating a 1-2 year post-residency

“Fellowship” training program in administration and management in EM. Immediately after the lecture was over, I was pleased to notice that 20-30 individual SEH-artsen and aios came up to me to ask for more information on this Fellowship training program and how they could take part in it. From this initial outpouring of interest, I began to dedicate my time to designing a shorter Fellowship training program to meet the needs of this large group of Dutch emergency physicians.

Given the many documented and shared experiences in international emergency medicine development, many have witnessed first-hand the difficulties and complexities of health care, health system development, and ensuring the provision of high quality, affordable care. The growing community of international emergency medicine development specialists have learned that national and international medical development require expertise in many areas outside the field of medicine, and that any successful development of health care delivery systems, be it in emergency medicine or in other areas, requires extensive collaboration between the sometimes disconnected fields of clinical & academic medicine, administration & management, health economics, health law, health policy and public health. To these ends, we developed the Administration & Management Fellowship in EM, and the Stichting Fellowship NVSHA.

### **Administration & Management Fellowships in Emergency Medicine**

To answer this need to provide a linkage and coordination between these seemingly disparate and often isolated arenas, in 2007 as director of the Spoedeisende Hulp / Emergency Department and the EM residency program at Erasmus Medical Center in Rotterdam, the Netherlands, I designed and proposed the formation of an Administration & Management Fellowship in Emergency Medicine for the NVSHA. The Fellowship consisted of 20-25 teaching days spread out over four months, and included conferences, didactic lectures and academic teaching, reading and writing assignments, and the completion of individual Projects for each Fellow. Beginning in its first 4-month cycle in Fall 2008 with 10 Dutch Emergency Physicians as Fellows, the following areas were covered in conference, lecture, readings and other academic assignments:

- Administrative Principles in EM
- Management Principles in EM
- Academic and Teaching Principles in EM
- Patient Safety & Quality in Emergency Medicine
- Research in EM
- Development of the Specialty of EM

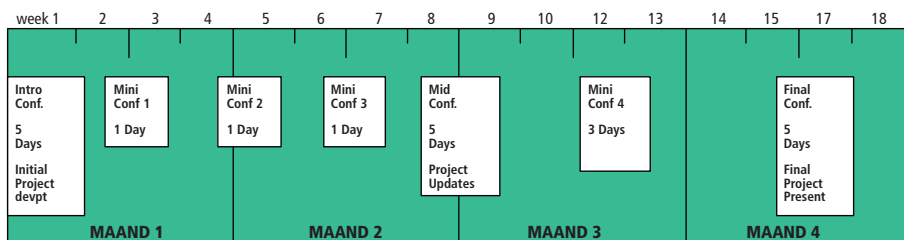


- Emergency Department Operations
- Critical care pathways and clinical protocols in EM
- Prehospital care / Ambulance services
- Disaster preparedness and disaster management
- Health Economics and Health Policy in EM Development
- Legislative topics in EM
- Special Topics in EM: Global Burden of Disease, Acute Care as a Human Right
- Ziekenhuismanagement
- Evidence-Based Medicine in EM
- Gezondsheidrecht in EM
- Medical Ethics

The hallmark of the Fellowship is the *Fellowship Project*. Faculty and Fellows conferred and focused on the identification, formulation, development and completion of the project, each individually catered to the needs of individual Fellows, their sponsoring institutions, and the needs of local and national Dutch SEH development. These projects were carefully designed, chosen, structured and implemented by the Faculty hand-in-hand with the Fellow and his/her sponsoring institution, and Fellowship graduates returned to their institutions with identifiable, measurable projects in Administration and Management in Emergency Medicine that could be implemented into their present departments, hospitals, and work environments.

## Fellowship Overview

### Administration and Management Fellowships in Emergency Medicine



- Admin & Mgt Fellowships are 4 months in length
- Initial 5 day conference with initial project development
- 4 Mini-conferences, approximately every 2 weeks, 1 day each, with ongoing project development
- Mid-Fellowship conference, 5 days, with extensive project updates
- Final Conference, 5 days, with final project presentation
- Local, national and international faculty involvement in all conferences
- Local, national and international faculty mentorship of all projects
- Consultation in-person, by tele-conference, video-conference and by telemedicine links where available
- Projects are catered to needs of individual Fellows and their sponsoring institutions

#### Administration & Management Fellowships in Emergency Medicine Fellowship Graduates

##### Class of 2008

D.A.M. Bussmann-Willems, FNVSHA  
 E.R.J.T. de Deckere, FNVSHA  
 C.K. Deelstra, FNVSHA  
 A.P.G. van Driel, FNVSHA  
 J.L. Gerkes-van der Meer, FNVSHA  
 H. van de Pas, FNVSHA  
 J. Saanen, FNVSHA  
 M.F. Verhagen, FNVSHA  
 J.J.A. Zewald, FNVSHA

##### Class of 2009

C. Blase, FNVSHA  
 M.P. Gorzeman, FNVSHA  
 R.A.P.A. Hessels, FNVSHA  
 E. Jansen, FNVSHA  
 P. Kaleske, FNVSHA  
 M. Maas, FNVSHA  
 P.P.M. Rood, FNVSHA  
 E.M. Vandewalle, FNVSHA  
 M.A. Witten, FNVSHA  
 Dan B. Petersen [Denmark, grad. 2010]

The Fall 2008 Fellowship class was extremely successful and prompted the 2<sup>nd</sup> Fellowship class in Spring 2009, which included 8 Dutch SEH-artsen and one Danish EM resident. A 3<sup>rd</sup> Fellowship class is currently being planned for Spring 2009, with hopes of further Administration and Management Fellowships to be developed for the future.

### **Stichting Fellowship NVSHA**

Given the success of the Administration & Management Fellowships, we have proposed the formation of the Stichting Fellowship NVSHA that will function as a multi-disciplinary repository of expertise in the many academic, clinical and professional areas necessary for full and dedicated health care development, both domestically and internationally.

In addition to providing superlative clinical care, advanced academic training, comprehensive research agendas and high-quality performance, the Stichting Fellowship NVSHA will focus on many aspects of emergency health care and emergency medicine development at local, state, national and international levels, and will offer consultation, expertise, academic and educational support and exchange of professional and human resources in order to further domestic and international health care and health systems development. The Stichting Fellowship NVSHA will be an institute dedicated to promoting and providing advanced training in emergency medicine for Dutch emergency physicians and emergency medical professionals in the Netherlands. It will accomplish the advancement and promotion of emergency medicine by the following three-pronged approach:

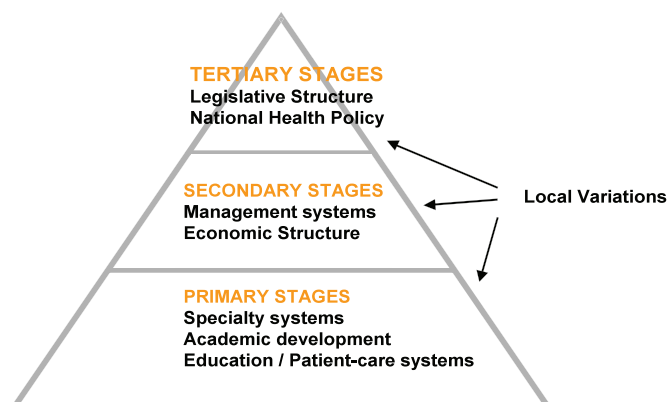
1. Education and Academic Resources
2. Fellowships in Emergency Medicine
3. Research in Emergency Medicine

This Stichting will be an institute dedicated to promoting and providing advanced training in emergency medicine for Dutch emergency physicians and emergency medical professionals in the Netherlands. The Stichting Fellowship NVSHA will involve faculty from Dutch medical schools and emergency departments, many other academic institutions in the Netherlands along with local and national experts in emergency medicine from the NVSHA, and from international Universities and Departments of Emergency Medicine. The Stichting will focus on the production of individually-catered Fellowship Programs, which will be specific, problem-oriented teaching programs that Fellows can complete in order to achieve advanced education, practice and understanding of all aspect and stages of emergency medicine practice and development. Each Fellowship focuses on Fellowship Projects, real-world, problem-oriented projects that are individually formulated between Fellows and faculty, and that Fellows bring back to their sponsoring institutions for immediate action and implementation. The focus is on a “train-the-trainer”

model, where Fellows will obtain both mastery levels of the course content, as well as specific instruction on how to conduct identical courses at their institutions. On-going consultation by NVSHA and national and international faculty will be available on-site, on-line and via telephone / teleconference, and through advanced video telemedicine linkages before, during and after all forms of training. The Fellowships offered by the Stichting can be considered separately or in combination with other programs, will serve to increase the quality of emergency care of our patients, and will advance the development of emergency medicine currently available in the Netherlands and abroad.

To execute these strategies, we rely on the following understanding of national and international emergency medicine development patterns:

## EM Development Pyramid



**Figure 1:** Despite local cultural, socioeconomic and political differences, most evolving patient care systems (for example, acute care / emergency medicine) pass through similar developmental stages. Development often follows a commonly shared structure regardless of national or cultural differences. The sequence of development experienced in advanced systems is useful as a template for development in other countries.

Recognizing that PRIMARY DEVELOPMENT is the basis on which all further development draws its strength and justification, the *Stichting Fellowship NVSHA* will focus mostly on this level. However, experience has shown that attention must be paid simultaneously to SECONDARY and TERTIARY development strategies; therefore we will also establish educational, Fellowship and research programs in these areas as well.

Based on the understanding that national and international health care development involves simultaneous and coordinated primary development (academic & clinical medicine, patient care systems), secondary development (administrative, managerial and economic systems), and tertiary development (health legislative, health policy and public health systems and agendas), our *Stichting Fellowship NVSHA* will reach across the vast and superlative resources of emergency medicine professionals in the Netherlands and elsewhere, and will engage and include professionals and experts in multiple academic and professional fields in order to achieve a full, comprehensive and coherent understanding of emergency medicine development, and to provide directed, coordinated, cross-disciplinary programs for local, national and international emergency medicine development.

### **Conclusion**

In response to discussions between faculty at multiple Dutch Universities, medical centers, opleiders of Dutch SEH's, and with NVSHA, SOSG and other national and international establishments regarding the desire to continue the successful development of emergency medical care in the Netherlands, I have been pleased to work with the NVSHA to design and implement the



1<sup>e</sup> lichting fellows vieren de profielerkenning op de vroege ochtend van 14 oktober 2008: v.l.n.r.: Pieter van Driel, Harm van de Pas, Daniëlle Bussman, Ernie de Deckere, Joanne Gerkes, Terrence Mulligan

Administration & Management Fellowship in EM, and to suggest and design the *Stichting Fellowship NVSHA* for this purpose. The full development of our existing Fellowships and of the *Stichting Fellowship NVSHA* into the future will continue serve to increase the quality of emergency care of our patients, and will advance the development of emergency medicine currently available in the Netherlands and abroad.

### WETENSCHAP EN CONGRESONTWIKKELING

#### Commissie Richtlijnen en Wetenschap van 2003 tot heden

*Maaïke Anker*

Als kersverse beroepsvereniging constateerde de NVSHA al snel dat een Commissie Richtlijnen en Wetenschap (CRW) nodig was voor de ontwikkeling van ons vakgebied. Niet gehinderd door enige ervaring, maar vol ideeën en kennis verworven tijdens de Evidence Based Medicine cursus van het Cochrane Centre, nam Suzanne Peeters op verzoek van het bestuur van de NVSHA deze uitdaging met beide handen aan en richtte in februari 2003 de CRW op.

*Aan: Alle SEH-artsen.*

*Amsterdam, 8 oktober 2002*

*Betreft: werving guidelinescommissie.*

*Geachte collega's,*

*De guidelinescommissie gaat van start!*

*Als voorzitter van de guidelinescommissie van de NVSHA wil ik jullie graag uitnodigen actief lid te worden. Voor het ontwikkelen van landelijke guidelines streven we naar een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van ons vakgebied in de commissie. Ik stel voor dat alle (opleidings)ziekenhuizen met SEH-artsen tenminste één lid leveren.*

*Een grote groep is een voordeel, aangezien er veel literatuur gezocht en bestudeerd moet worden teneinde goede guidelines te kunnen opstellen. Het is dan gemakkelijker goed bezochte vergaderingen te plannen en een continue activiteit te waarborgen. Bovendien heeft een grotere groep meer "momentum" in de ontwikkeling van het vak van spoedeisende hulp arts.*

*Het volgen van een Evidence Based Medicine (EBM) cursus wordt aangemoedigd, bijvoorbeeld die van het Dutch Cochrane Centre in het AMC op 13, 14 en 15 januari 2003. De kosten zijn 590,- euro (490,- voor medewerkers van het AMC) en worden niet vergoed via de NVSHA. Inschrijven kan via [www.cochrane.nl](http://www.cochrane.nl).*

*Voorgestelde doelen :*

- Persoonlijke ontwikkeling van EBM in alle leden van de commissie (om onderstaande activiteiten adequaat te kunnen uitvoeren).*
- Inventariseren van bestaande guidelines: zie onder andere: [www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov).*
- Beoordelen van die guidelines op bruikbaarheid op de Nederlandse SEH's*
- Zelf ontwikkelen en prioriteren van guidelines.*

*Een eerste bijeenkomst om hierover te brainstormen (aanvullingen, aanpassingen etc.) en tot concrete doelstellingen met een stappenplan van de commissie te komen, kan ik plannen zo gauw er een minimum van tien leden aangemeld is. Dit met het oog op het "momentum". Het aantal vergaderingen wil ik zoveel mogelijk beperken door de meeste communicatie via de website te laten lopen.*

*Lid worden kan je doen via mijn e-mail: [S.Y.G.Peeters@olvg.nl](mailto:S.Y.G.Peeters@olvg.nl).*

*Hopende op veel aanmeldingen,*

*Met vriendelijke groet,*

*Suzanne Peeters  
SEH-arts i.o. OLVG.*

Na het werven van enthousiaste leden die naar diezelfde EBM cursus werden gestuurd, was de start traag maar gestaag. De eerste vergaderingen vonden plaats in café Kasteel Oudaen in Utrecht. Echter daar rust, ruimte en regelmaat basisvoorwaarden zijn voor richtlijnontwikkeling, verplaatsten we al snel naar stillere vergaderruimtes bij het teaching hospital van het OLVG, zolang het maar niets kostte.

De doelstellingen waren het maken en inventariseren van bestaande EBM-richtlijnen, het stimuleren en ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek en natuurlijk het organiseren van een congres. Allemaal in het kader van onze vakontwikkeling en het verbeteren van de kwaliteit van zorg op de spoedeisende hulpen in Nederland.

### Eerste resultaten

Als eerste product van onze commissie kwam in 2005 de handletselkaart op de markt. Gemaakt in samenwerking met MediRisk met als doel het aantal gemiste handletsels op de SEH te verminderen. Dat deze kaart door het hele land in de jaszak van de dokter zit, getuigen de afleveringen van Ingang Oost en Traumacentrum. Belangrijker nog: het aantal gemiste handletsels is afgenomen. De richtlijn Pijnbestrijding bij Acute Atraumatische Ongedifferentieerde Buikpijn was het tweede project waarbij al EBM vaardigheden in de praktijk werden gebracht. Deze richtlijn is gepubliceerd in 2007 op de NVSHA site.



De Handletselkaart

### Wetenschap op Eerste congres

Op wetenschappelijk gebied gebeurde er aanvankelijk nog weinig. Een platform voor vakontwikkeling waar jonge SEH-artsen hun ervaringen, expertise en kennis kunnen uitwisselen was van groot belang, omdat velen van ons zonder ervaren SEH-arts als rolmodel opgeleid werden. Aangezet door het verzoek van de SOSG gezamenlijk een symposium te organiseren, onderzocht de CRW de mogelijkheden voor een eigen congres.

Een niet onaanzienlijk deel van onze commissie stortte zich onder de bezielende leiding van Jeroen Zewald vol overgave op deze onderneming.

Naast goede sprekers uit eigen land, vonden zij belangrijke buitenlandse sprekers, zoals Mike Burg en Francis Mencl, die beiden als opleider hadden gewerkt in het OLVG, bereid een bijdrage te leveren. Tevens waren Andy Jagoda, Scott Silvers en Steve Huff van de Clinical Policies Committee van de American College of Emergency Physicians (ACEP CPC) en niet te vergeten 'airway guru' Ron Walls enthousiast om naar Egmond aan Zee af te reizen en ons lezingen te geven die we niet snel zullen vergeten.

Onze eigen leden zetten de eerste schreden op wetenschappelijk gebied. De eerste abstracts werden landelijk gepresenteerd, de allereerste CAT-walk ter wereld werd gehouden. Clinical Appraised Topics (CAT's) als vehiculum van Evidence Based Medicine in de praktijk werden op entertainende wijze gepresenteerd door 'Mr. CAT-walk' Michiel Gorzeman. Als juryleden werden enthousiaste richtlijnontwikkelaars binnengehaald van het CBO.

En zo werd in juni 2007 een onvergetelijk First Dutch North Sea Emergency Medicine Congress gehouden.

### Samenwerking buitenland en binnenland

De contacten met het CBO werden levend gehouden en de CRW kreeg een rol – niet zonder weerstand van sommige specialisten – in de ontwikkeling van relevante landelijke multidisciplinaire richtlijnen. Dit heeft geresulteerd in o.a. de richtlijnen PSA, huiselijk geweld en licht traumatisch hoofd/hersenletsel. Ook in de toekomst blijft de CRW betrokken bij de ontwikkeling van CBO-richtlijnen die raakvlakken hebben met de Spoedeisende geneeskunde.

Expertise en mentorschap voor de inhoudelijke ontwikkeling van onze commissie werd gevonden in de ACEP CPC. Via contact met de voorzitter Andy Jagoda, is de CRW uitgegroeid tot een gewaardeerde partner in deze commissie. Dit heeft geleid tot de gezamenlijke ontwikkeling van de Clinical Policy on Syncope in 2007. De samenwerking met deze gerenommeerde groep voor richtlijnontwikkeling specifiek gericht op spoedeisende geneeskunde, heeft tot een duidelijker richtingsgevoel van de commissie geleid.



### **Professionalisering en reorganisatie**

In het kielzog van het bestuur ging ook de CRW professionaliseren: er werd een duidelijke visie geformuleerd met een ambitieus tijdspad, en er was geld om een behoorlijke vergaderlocatie – nu met koffie en broodjes – te regelen.

Na het grote succes van het eerste landelijke congres had de afsplitsing van de congrescommissie plaatsgevonden en moest de CRW nieuwe leden werven. Met vers bloed aan boord maakte de CRW een geslaagde doorstart met een hernieuwde focus op richtlijnen en wetenschap.

### **Het heden en de toekomst**

Er zijn inmiddels 4 subcommissies opgericht.

De Subcommissies zijn:

1. Subcommissie Richtlijnen  
Ontwikkeling richtlijnen binnen CRW in samenwerking met andere instellingen. Beoordelen van richtlijnen die ons vakgebied raken van andere verenigingen.
2. Subcommissie Multidisciplinaire richtlijnen  
Participatie in de ontwikkeling van CBO richtlijnen en andere multidisciplinaire richtlijnen.
3. Subcommissie Kennisoverdracht  
Het ontwikkelen van instrumenten ter bevordering van kennisoverdracht van wetenschappelijke evidence naar de werkvloer binnen de spoedeisende geneeskunde in Nederland.
4. Subcommissie Wetenschap  
Stimuleren en faciliteren van wetenschappelijke activiteiten.

De subcommissie wetenschap zal zich op korte termijn afsplitsen en als zelfstandige commissie de wetenschappelijke ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde naar een hoger plan trekken. Een landelijke website: [segonet.nl](http://segonet.nl) (SpoedeisendeGeneeskundeOnderzoeksNETwerk) fungeert als platform waar alle SEH-artsen die onderzoek doen of willen doen toegang toe hebben.

Daarmee blijft er een aparte Commissie Richtlijnen bestaan, die gericht blijft op de productie van (multidisciplinaire) richtlijnen op SEH-gebied en de vertaling van de beschikbare evidence naar de praktijk.

De toekomstige CR blijft zich onverminderd inzetten voor de vakontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde!

### We moeten een congres hebben!

*Maarten Kok*

Als je een serieus specialisme bent moet je jezelf ook wetenschappelijk op de kaart zetten. Dit doe je door onderzoek te stimuleren, richtlijnen uit te werken, onderwijs gestructureerd aan te bieden, een gedegen curriculum op te zetten en door dit alles samen te laten komen op een congres (*con\*gres het; o -sen grootschalige bijeenkomst van wetenschappers, leden ve politieke partij enz. bron Van Dale*).

De Congrescommissie is voortgekomen uit de Commissie Richtlijnen en Wetenschap. Een deel van de huidige Congrescommissie is medio 2005 begonnen met het idee het eerste congres te organiseren, het eerste landelijke congres voor en door SEH-artsen in Nederland. Eén van de drijfveren is altijd geweest dat we met dit congres naar de buitenwereld, de sceptici, konden laten zien dat we een specialisme zijn waar je serieus rekening mee moet houden, groter dan men denkt, verder dan men denkt en meer gedreven dan welk vak dan ook.

De vastgelegde datum voor het eerste congres werd ineens een serieuze deadline. Een grote onzekere factor was wie en hoeveel mensen er in godsnaam zouden komen. Ergens tussen de 15, waarvan 6 bestuursleden en 6 leden van de Congrescommissie, en de 100, 125 misschien?

Dankzij de onvoorwaardelijk steun van het bestuur van de NVSHA waren we in staat een financieel risico te nemen door het meteen groot en goed op te zetten. Hierbij was het aantrekken van het congresbureau Interactie een belangrijke stap.

De Amerikaanse collega's die we hebben benaderd om te spreken of om een workshop te geven op dit eerste congres reageerden boven verwachting enthousiast en wilden heel graag komen om de ontwikkeling van het vak in Nederland mee te maken en op deze manier hun steentje bij te dragen. Door dit grote aantal sprekers konden we meteen een dubbel programma maken en onze eigen Nederlandse sprekers afwisselen met de Amerikaanse collega's, allen grote namen die aan de wieg van de ontwikkeling van het vak in hun land hebben gestaan en inmiddels zichzelf hebben gespecialiseerd in hun deelspecialisme.

Sneller dan gehoopt en verwacht was in de voorverkoop het maximum aantal deelnemers bereikt. De Toppers zouden jaloers zijn geweest. Blij met dit enorme animo is de First Dutch North Sea Emergency Medicine Conference vanaf het begin een groot succes geweest. Mede dankzij het groeiend aantal

deelnemers, kunnen we elk jaar groter worden en daarmee een uitgebreider en breder programma verzorgen.

Dit jaar is ook weer een doorslaand succes geweest. We hebben de thema's educatie, wetenschap en kwaliteit gekozen en hiermee een vol programma met drie tracks opgezet. Het aantal sprekers van eigen bodem neemt toe, gelukkig blijven ook onze buitenlandse gasten buitengewoon enthousiast en vragen ze ons of we ze dit jaar nog nodig hebben. "Going to the Netherlands is always a joy and pleasure". Onze gasten zijn erg gemotiveerd door onze aanstekelijke, jonge, enigszins nog idealistische groep artsen met passie en ambitie.

Volgende stap: verdere samenwerking met onze internationale collega's van de EUSEM, we zullen jullie blijven verrassen!

Rest mij nog een persoonlijk advies: blijf gepassioneerd, maak jezelf onmisbaar, creëer je eigen "niche" (Amal Mattu, Chicago 2008); iets waarin je kan excelleren binnen het brede vak en vergeet nooit, 10 jaar geleden zag niemand ons staan, behalve de patiënt.

Bij deze nemen de voorzitter Jeroen Zewald en ikzelf afscheid van de Congrescommissie. Na drie jaar met veel plezier en enthousiasme het congres te hebben georganiseerd doen we ook graag weer een stapje terug. Mocht je nog benieuwd zijn naar het verhaal achter de naam van het congres, who knows...



Congressen Egmond 2007, 2008 en 2009

### KWALITEITSCOMMISSIE

*Thijs Verhagen*

De professionalisering van het bestuur van de NVSHA was één van de speerpunten van het Bestuur Van de Pas dat in januari 2007 aantrad. De ontwikkeling van de vereniging zelf ging intussen in rap tempo door. De eerste versie van het curriculum was inmiddels goedgekeurd en daarmee was enige uniformiteit bereikt in het nationale opleiden van SEH-artsen. Tevens werd op landelijk niveau steeds vaker geparticipeerd in multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en waren de voorbereidingen voor het eerste nationale congres in Egmond in de zomer van 2007 in volle gang.

Door al deze ontwikkelingen werd het nodig het bestuur zelf ook verder te professionaliseren, zodat enerzijds de slagkracht niet verloren ging en anderzijds er wel een zekere continuïteit gewaarborgd zou zijn. Tijdens de eerste beleidsdag “nieuwe stijl” die werd gehouden op de dag voorafgaand aan het eerste congres in Egmond, werd besloten een duidelijke portefeuilleverdeling te maken met heldere mandaten en een bestuurlijke secondant voor het geval een bestuurslid zou uitvallen. Tevens werd een aantal secretariële en financieel administratieve taken (die tot dusver allemaal door individuele bestuursleden werden uitgevoerd) uitbesteed aan een extern bureau. Hiermee was de eerder bedoelde continuïteit van de bestuurstaken veilig gesteld en kregen individuele bestuursleden weer meer tijd om te doen waartoe zij op aard waren, namelijk besturen.

Eén van de nieuwe portefeuilles binnen het bestuur was de portefeuille Kwaliteit. In gesprekken voorafgaand aan de beleidsdag was al enkele malen naar voren gebracht dat het tijd werd een kwaliteitscommissie in het leven te roepen en het bestuur achtte het (toekomstige) belang van deze commissie zo groot dat de portefeuillehouder kwaliteit ook q.q. voorzitter van de kwaliteitscommissie zou zijn.

En zo geschiedde. Op 8 juni 2007 tijdens de eerste “ontbijt” ALV van de NVSHA werd bovenstaande portefeuillehouder kwaliteit als algemeen bestuurslid geïnstalleerd. De installatie zelf ging overigens nog bijna mis doordat op het moment dat voorzitter Van de Pas de zaal vroeg of er nog leden tegen wensten te stemmen lid Ten Napel zich iets te enthousiast uitrekte, ongetwijfeld ten gevolge van het strandfeestje van de vorige avond. Daarmee was met één ongelukkige tegenstem de nieuwe portefeuillehouder geïnstalleerd.

De opdracht van het bestuur was duidelijk: “Vorm een goed functionerende kwaliteitscommissie”. De eerste vraag die dan in je opkomt is: Wat is de missie van deze commissie? Het formuleren van die missie bleek eigenlijk zeer eenvoudig.

Daar volgens Boerhaave eenvoud het kenmerk van het ware is, voelde dat wel goed. De kwaliteitscommissie had en heeft ten doel het bevorderen, bewaken en borgen van de kwaliteit van de opleiding tot SEH-arts en het bevorderen, bewaken en borgen van de kwaliteit van het uitoefenen van het vak van SEH-arts.

Na het formuleren van de missie was het zaak een strategie te kiezen waarmee deze missie uitgevoerd zou kunnen gaan worden. Omdat juist het gebrek aan kwaliteit van de geleverde zorg op SEH-afdelingen ooit de aanzet had gegeven tot de oprichting van de NVSHA, was het niet eenvoudig uit te maken waar te beginnen. Er was en is immers nog zo ontzettend veel te verbeteren op het gebied van de spoedeisende zorg in dit land. Twee zaken waren echter van het begin af aan helder. Om kwaliteit te kunnen verbeteren of borgen moet je hem eerst inzichtelijk maken en dus meten. Ten tweede gaat tegelijkertijd de praktijk van alle dag gewoon door en doen we dat graag zo veilig mogelijk (*primam non nocere*). Teneinde beide aspecten tegelijk te kunnen gaan aanpakken ontstond het idee twee projectgroepen te gaan vormen; een projectgroep Kwaliteitsindicatoren en een projectgroep Patiëntveiligheid. Later werd daar nog de projectgroep Accreditatie & Herregistratie aan toegevoegd omdat de Commissie Opleiding en Onderwijs (O&O), die eigenlijk deze taak op zich zou nemen, geen tijd had deze klus er nog bij te doen.

Intussen was het jaar 2007 bijna ten einde en werd het belangrijk na te gaan denken over de definitieve samenstelling van de commissie en daarmee de projectgroepen. Doel was begin 2008 een eerste vergadering te houden en vervolgens elk jaar 2 maal als volledige commissie bij elkaar te komen. Het operationele werk zou dan in de projectgroepen kunnen plaatsvinden zodat het vergaderen tot een minimum beperkt kon blijven en de communicatie vlot kon verlopen.

Het verzamelen van leden die geschikt leken om plaats te nemen in de commissie was waarschijnlijk een van de zaken die het meest heeft bijgedragen aan het succes en de voortvarendheid waarmee de commissie in haar eerste jaar aan het werk ging. Het was daarbij van belang een brede nationale vertegenwoordiging te kiezen uit zowel kleine perifere ziekenhuizen als grotere STZ-klinieken en de academische ziekenhuizen. Dit was daarom zo van belang omdat de verschillende ziekenhuizen soms erg van elkaar verschilden in de ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde en tevens in hun opleidingen en de rol die de SEH-arts op hun SEH-afdelingen en in de rest van het ziekenhuis speelde.

Uiteindelijk begon de commissie op 1 januari 2008 met 12 leden en 2 adviseurs. De adviseurs waren drs. M.M.S. Zwartsenburg (voormalig voorzitter van de NVSHA) en Ir. T.A. van Barneveld (destijds senior beleidsmedewerker bij het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO). Vooral met laatstgenoemde is in de eerste maanden veel overlegd omtrent de te kiezen strategie van de commissie

in zijn geheel en van de projectgroep Kwaliteitsindicatoren in het bijzonder.

Tijdens de eerste vergadering op 17 maart 2008 stond naast de missie van de Kwaliteitscommissie en de stand van zaken nationaal met betrekking tot de hele vereniging met name het vormen van de projectgroepen hoog op de agenda. Alle commissieleden werd verzocht in een projectgroep plaats te nemen en eenieder deed dat enthousiast. Als gevolg van heldere afspraken en mandaten konden de projectgroepen zeer zelfstandig opereren, wat de daadkracht zeer ten goede kwam.

De projectgroep Patiëntveiligheid ging na wat aanloopproblemen voortvarend van start onder leiding van drs. M. Majidpour met het aansluiting zoeken bij het nationale Veiligheidsmanagement Systeem (VMS). Inmiddels zijn leden van de projectgroep lid van een tweetal expertteams van VMS te weten het expertteam pijn en het expertteam high risk medicatie. Het stimuleren van SEH-artsen om deel te nemen in ziekenhuiscommissies die zich bezig houden met patiëntveiligheid zoals de MIP-commissie en de Kwaliteitscommissie, is een andere wezenlijke taak van de projectgroep Patiëntveiligheid.

De projectgroep Accreditatie en Herregistratie heeft het als ietwat vreemde eend in de bijt in minder dan een jaar voor elkaar gekregen dat de NVSHA kan gaan participeren in de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie (GAIA) van de KNMG dat de meeste specialismen gebruiken voor het registreren van accreditatiepunten. Daarmee is een belangrijke impuls gegeven aan het borgen van de kwaliteit van de bij- en nascholing van SEH-artsen. Dit is vrijwel geheel te danken aan de inspanningen van drs. M. Donker, die zich hier ten volle voor heeft ingezet. De projectgroep is inmiddels na dit fraaie resultaat overgegaan naar de Commissie O&O, waar ze haar verdere taken met betrekking tot het opzetten van een degelijk bij- en nascholingsprogramma voor SEH-artsen zal gaan uitvoeren.

De projectgroep Kwaliteitsindicatoren ten slotte zou zich na een periode van inlezen en aanvullende scholing door het CBO vanaf het najaar van 2008 onder leiding van drs. H. Ticheler bezig gaan houden met het ontwerpen van een eerste set van kwaliteitsindicatoren specifiek gericht op de kwaliteit van de spoedeisende zorg zoals die wordt aangeboden op Nederlandse SEH-afdelingen. Hiermee hoopt de Kwaliteitscommissie een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan het inzichtelijk maken van de (soms duidelijk tekort schietende) kwaliteit van zorg teneinde hierdoor verbeteringen te initiëren. Dit zal een continue proces gaan worden, waarmee we ons de komende jaren volop zullen blijven bezighouden. Op het derde nationale congres van de NVSHA in juni 2009 zal er een aparte quality track komen (naast de al bestaande educational track en de science track) waarin onder andere over de

voortgang van dit proces zal worden gesproken. De publicatie van de eerste indicatoren zal naar alle waarschijnlijkheid begin 2010 plaats vinden. De verwachtingen zijn hoog gespannen!



De eerste SEH-artsen in opleiding St. Antonius Ziekenhuis; Thijs Verhagen 2e v.r.

Afsluitend is het duidelijk dat de Kwaliteitscommissie inmiddels een onmisbaar onderdeel is geworden van de NVSHA. Ze zal zich blijven inzetten voor het meest wezenlijke aspect van ons mooie vak: de kwaliteit van zorg voor de spoedeisende patiënt. Daarmee zal niet alleen de patiënt gebaat zijn maar zeker ook de praktiserende SEH-arts en last but not least de emancipatie van het vakgebied Spoedeisende Geneeskunde.

## **BUREAU SOSG**

In 2000 bestond het bureau STZ uit Huib van Dis als Directeur en Emmy Koekenbier als directiesecretaresse. Zij waren gehuisvest in een kamer in het Prinsengracht Ziekenhuis dat onderdeel uitmaakt van het OLVG. Nadat Huib en met name Emmy de eerste jaren het project professioneel ondersteund hebben vanuit de STZ en de SOSG opgericht werd, is Emmy uiteindelijk full time voor de SOSG ingezet. Het bureau STZ verhuisde naar Utrecht, en dat werd ook het kantooradres van de SOSG. Maar Emmy heeft een deel van haar werkzaamheden kunnen uitvoeren in het oude kleine kantoortje aan de Prinsengracht. Dit had het



Emmy Koekenbier  
Kantoor SOSG  
Prinsengracht Amsterdam

grote voordeel dat Maarten Simons (werkzaam in het OLVG) als secretaris van de SOSG wekelijks zonder reistijd overleg kon plegen. Huib van Dis werd opgevolgd door Norbert Groenewegen. Hij gaf raad en daad bij juridische, financiële en personele aangelegenheden. De SOSG is de beide directeuren maar met name Emmy veel dank verschuldigd. Emmy was en is de spil waar alle activiteiten om draaiden. Het is fantastisch dat zij met ondersteuning van de SOSG nog zeker anderhalf jaar door kan gaan met het belangrijke werk dat nog te wachten staat. Haar expertise en kennis van zaken mag niet ontbreken bij de vele klussen die op stapel staan.





7



**Landelijke erkenning**



## **DE LOBBY**

*Mariska Zwartsenburg en Pieter van Driel*

Waar hebben we niet met een vertegenwoordiging van de NVSHA aan tafel gezeten? We gingen langs bij iedereen in het veld waar we welkom waren, en soms waren we pas welkom als we niet meer te licht werden bevonden. Doel: erkenning van de opleiding tot SEH-arts, en daarmee de positie van de SEH-arts. Daartoe vervaardigde de NVSHA met de SOSG een Position Paper: een handige flyer met kort en krachtig de standpunten en redenen. De Position Paper was waar we voor stonden.

Het had nog heel wat voeten in aarde voordat we zelf in het bestuur en de vereniging duidelijk hadden of we een drie- of een vijfjarige opleiding wilden. Drie jaar zou te kort zijn naar Nederlandse standaarden voor de opleiding tot medisch specialist, vijf precies goed. Maar kwalificeerde de spoedeisende geneeskunde zich als medisch specialisme? Een vraag waarop wij als vanzelf volmondig ja antwoordden, maar waarom? In de kern is een medisch specialisme een afgrensbaar vakgebied (check: acute pathologie intramuraal), met een eigen wetenschappelijk terrein (in potentie aanwezig, in het buitenland bestaand), en eigen opleiders (5 jaar na opleiding, gepromoveerd: in potentie aanwezig).

Een greep uit de voors en tegens. Is het politiek en inhoudelijk handig om meteen voor meer jaren te gaan, ook al hebben we de opleiders niet en moet het vak zich in Nederland nog helemaal bewijzen? Kan het vak zich wel bewijzen als de eerste beoefenaars maar drie jaar zijn opgeleid? Worden zij door andere specialisten dan wel serieus genomen? Wat kan je mensen in een vijfjarige opleiding tot SEH-arts op dit moment inhoudelijk bieden? Kunnen ze niet beter na drie jaar aan de slag in de praktijk, uren maken op die afdeling, zich gaan bemoeien met het management, de kwaliteit, de opleiding, dus in die praktijk verder groeien?

De keus viel op drie jaar. Doorslaggevend argument: vijf jaar is nu niet politiek verkoopbaar vanwege onder andere de medisch inhoudelijke wankelende basis. Het politieke veld was hier ook (nog) niet klaar voor. Bovendien na eenmaal drie jaar opgeleid te zijn, staat niets verdere ontwikkeling in de weg. Maar dan moest er wel een driejarig curriculum komen dat de kern van het vak spoedeisende geneeskunde perfect dekte. Aldus geschiedde.

Tijdens een van de bestuursvergaderingen schetsten we op een flap-over het politieke landschap waarin de NVSHA zich bevond. De tegenstanders en voorstanders werden gedefinieerd. Het bleek een omvangrijk netwerk te zijn met groepen spelers als: de wetenschappelijke verenigingen, Centraal College Medisch Specialisten (CCMS/MSRC), Modernisering Opleidingen en Beroepen in de Gezondheidszorg (MOBG), Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Orde van Medisch Specialisten, College van Zorgverzekeraars (CVZ)/ Zorgverzekeraars Nederland (ZN), patiëntenkoepels en nog vele andere organisaties. Waar moesten we onze pijlen op richten? Het medische veld had de hoogste prioriteit. Zorgverzekeraars, VWS en MOBG mochten niet vergeten worden maar leken al op onze hand. We verdeelden de te bewerken (potentiële) partners en in tweetallen gingen de bestuursleden op pad met de Position Paper, op mooi papier en voorzien van een metaforisch logo met poppetjes in een cirkel die elkaars hand vasthouden.



Mariska Zwartsenburg

Zo bezochten wij het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Een discipline waar wij in Nederland min of meer uit zijn voortgekomen: in vrijwel alle ziekenhuizen viel/valt de SEH onder de chirurgie, en daarmee dus ook de poortartsen en nu de SEH-artsen. Wij waren voorbereid op een pittige discussie, en zetten ons schrap aan tafel. Tot onze verademing was het bestuur van de Heelkunde Vereniging enthousiast over de ontwikkeling van het vakgebied, en als eerste beroepsvereniging ook voorstander van de opleiding. Wel hadden zij zo hun zorgen over het verlies aan opleidings-momenten voor hun aios. Onze ervaringen lagen anders: de aanwezigheid van SEH-artsen in opleiding op de SEH zorgde voor meer onderwijs op de SEH, meer feedback, en meer leren voor iedereen, ook de aios chirurgie. Sommige verrichtingen werden samen gedaan, of afwisselend, of door de SEH-artsen aan de aios chirurgie geleerd. Deze vergadering heeft ons een belangrijke stap naar volwassenheid laten maken: het was de eerste keer dat een specialisten-vereniging ons officieel serieus nam.

Ook gingen wij langs bij het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA). Centraal stond de heikele discussie over wie nu eigenlijk de intubaties doet. In de kern lagen de kaarten als volgt. Standpunt van de anesthesie: wij doen de intubaties, het is ons vak en expertisegebied.

Ons standpunt: intubaties zijn het vak en expertisegebied van de anesthesisten en IC-artsen, maar in noodsituaties moet de SEH-arts airwaymanagement inclusief intuberen kunnen uitvoeren, dus moet hij het leren, dus hoort het in het curriculum thuis met het hoogste beheersingsniveau. Spoedeisende geneeskunde vindt immers ook plaats in klinieken waar de SEH-arts de enige arts is in huis tijdens diensten, en de anesthesie heeft immers een aanrijdtijd. Tijdens de vergadering drong het ineens tot ons door wat wijzelf eigenlijk verkondigden: Hoe lang mag die aanrijdtijd eigenlijk zijn, bestuur van de anesthesisten? Hierover bleken de meningen uiteen te lopen: het standpunt van de NVA was dertig minuten. En daarmee boog de discussie in de richting van het zorgen voor een goede opleiding en behoud van opleidingsmomenten voor aios anesthesie. Een zeer constructieve en sterkende bijeenkomst.

Nog een aantal andere wetenschappelijke verenigingen werden bezocht met wisselend succes....

Dan de beleidsmakers. Den Haag. Wat was hun rol nou eigenlijk? Wij hadden daar geen contacten, maar alle grote 'spelers' (lees: gevestigde specialisten, KNMG, Orde, MOBG, COBG etc.) wel. Hoogste tijd om ook bij het ministerie onze neus te laten zien. Dus gingen de auteurs van dit hoofdstuk een dagje mee met een beleidsmedewerker van VWS. We waren onder de indruk van hun expertise. Zelfs gebeurde daar wat wij niet hadden durven dromen. Een beleidsmedewerker was bezig met een DBC puur voor de SEH! Anderen probeerden als een soort katalysator alle bij de acute zorg betrokken partijen aan tafel te krijgen, en duwden daar dan de SEH-arts als aanwinst voor de keten naar voren. Dit bezoek maakte in een klap duidelijk hoezeer VWS zoveel mogelijk aan het veld overlaat. Hun motto: laat daar de inhoudelijke discussies maar worden uitgevochten. Hoewel zich veel bleek af te spelen bij VWS, was het inderdaad glashelder dat de eigenlijke strijd zich toch afspeelde waar wij al waren: in het veld.

Belangrijke hulp kwam van individuele leden uit de SOSG als het ging om het hebben en onderhouden van contacten met de MOBG, het latere COBG en CCMS/MSRC. Door mensen als Dik Meeuwis, Frans Jaspers, Maarten Simons, Rob Schipper en vele anderen werd op meerdere momenten tijdens congressen of in meer officiële bijeenkomsten geëvangeliiseerd voor de goede zaak. En met succes. We zaten aan tafel en er werd naar ons geluisterd! De jonge SEH-arts bestuursleden konden aan de hand van de vaak wat grijzere SOSG-leden mee naar dit soort bijeenkomsten.

De MOBG had als opdracht van de minister gekregen om de zorg te moderniseren. Daar paste het project de SEH-arts prima in. Zij zijn van groot belang gebleken bij de communicatie naar bijvoorbeeld VWS en de medische veldpartijen.

Bijeenkomsten met het CCMS verliepen aanvankelijk wat stroef. Er heerste een vriendelijke sfeer, maar wij liepen een stap te hard. Eerst moest het veld akkoord zijn met een eventuele erkenning, daarna kon pas een aanvraag tot erkenning door het CCMS toegekend worden. We moesten nog even wachten en geduld hebben.

De werkgroep “SEH-Arts” van de Orde ging van start. Deelnemers: Orde van Medisch Specialisten (met daarin alle wetenschappelijke verenigingen vertegenwoordigd), SOSG en NVSHA, en Landelijke Vereniging van Huisartsen (LVH). Het nemen van deze hobbel was een belangrijke. De wetenschappelijke verenigingen hadden in deze werkgroep de kans om via een gemandateerd lid het curriculum opleiding tot SEH-arts te becommentariëren. Die kans hebben ze gegrepen.

De agenda van de huisarts was vasthouden aan triage door huisartsen. De huisartsen hadden geen primaire interesse in de acute patiënten, zeker niet buiten kantooruren. Verder waren de huisartsen niet inhoudelijk bezig met ‘onze zaak’.

De overige wetenschappelijke verenigingen hebben echter bij de eerste versie van het curriculum de vloer met de daarin opgetekende medische eindtermen aangeveegd. Termen als “megalomaan” en “hoogmoedswaanzin” vlogen over tafel. In totaal drie sessies met telkens nieuwe aanpassingen van het curriculum waren nodig om de wetenschappelijke verenigingen over de streep te trekken. Beloofd moest worden dat we zouden samenwerken, onze grenzen zouden kennen en er een aantal stages verplicht gesteld zouden worden. Een grote hobbel bleek genomen te zijn. De uitkomst van deze werkgroep werd door de voorzitter Harrie van Hulsteijn door de raad Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (WOK) van de Orde van Medisch Specialisten geloodst. Een eerste stap op weg naar de profielerkenning. Het veld was akkoord!!

Het bestuur kon nu bij het CCMS een aanvraag voor erkenning indienen. Hoe dat verder gelopen is leest u in een ander hoofdstuk in dit boek.

## **PROFIELERKENNING DOOR CCMS**

*Harm van de Pas*

Enkele jaren na de oprichting van de SOSG gebeurde er iets opmerkelijks binnen de KNMG. Het Federatiebestuur besloot op 30 januari 2007 om een regeling te treffen voor mogelijke erkenning van beroepen en opleidingen die niet zijn erkend als specialisme en daar ook (nog) niet voor in aanmerking komen. In het verlengde hiervan werd aan de 3 Colleges van de KNMG gevraagd om voor de erkenning van deze zogenaamde 'profielen' een toetsingskader te ontwikkelen.

Dit bood een opening voor de NVSHA/SOSG om in gesprek te raken met het CCMS. Op 11 juni 2007 heeft dit college zich positief uitgesproken over de borging van de opleiding tot SEH-arts binnen het CCMS, en dit in een brief aan het Ministerie van VWS verwoord. U zult begrijpen dat de NVSHA zich dat slechts één keer liet zeggen, voordat zij nog diezelfde dag een formele aanvraag tot erkenning (zie pag. 140-141) indiende. Op 21 augustus 2007 liet het Ministerie van VWS aan het CCMS weten verheugd te zijn met deze ontwikkeling, en de opleiding inmiddels te hebben opgenomen in de zogenoemde tweede tranche van het opleidingsfonds.

Vreemd hoe lange tijd zaken stroef lijken te lopen, en hoe het plotseling dan allemaal vanzelf lijkt te gaan. Een korte samenvatting van wat er hierna allemaal gebeurde, volgt. Maar voordat ik dat doe, wil ik eenieder nog wijzen op de symbolische datum waarop zowel de brief van het CCMS aan de Minister als de erkenningsaanvraag door de NVSHA zijn geschreven: de 32e verjaardag van de schrijver van dit stuk.

De KNMG had inmiddels in een Werkgroep SEH-arts samen met de NVSHA een traject gelopen waaruit een herziene versie van het curriculum voor de opleiding tot SEH-arts was voortgekomen. Deze werkgroep zorgde voor het nodige draagvlak binnen de wetenschappelijke verenigingen. Het resultaat hiervan werd verder opgepakt door het CCMS.

Op 13 december 2007 vond de eerste vergadering plaats van de Werkgroep SEH van het CCMS. De taak van deze werkgroep was het voorbereiden van het Specifiek Besluit Spoedeisende Geneeskunde, en de werkgroep bestond uit dr P. Blok (MSRC), dr R.J. Stolker, dr W.J. Willems en mr V.J. Schelfhout-van Deventer (CCMS), dr M.P. Simons (SOSG) en drs H. van de Pas (NVSHA). Later werd hieraan ook nog Prof. dr M.M. Levi toegevoegd. En of dit allemaal alsjeblieft vóór 1 april 2008 af zou kunnen zijn.

Met de grootst mogelijke zorgvuldigheid maar zéker ook met de grootst mogelijke snelheid werd de opdracht van het CCMS ter hand genomen.

De eerste vraag van het CCMS: adviseren over de wijze van erkenning, was betrekkelijk eenvoudig te beantwoorden. De keuze was tussen aanhaken bij een bestaand specialisme in de vorm van een soort 'experiment', of het nieuw te ontwikkelen traject van een profiel. De eerste optie zou een onzekere toekomst betekenen in een regeling die per definitie een einddatum kende. De werkgroep heeft toen gekozen om te werken aan de erkenning van de spoedeisende geneeskunde als eerste profielerkenning in Nederland.

Er is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij reeds bestaande regelgeving in het Kaderbesluit CCMS, om een zo groot mogelijke analogie met andere vakken en alle daarmee samenhangende regelgeving te creëren. Dat is een prestatie van formaat gebleken, die het uiterste heeft gevergd van de werkgroep in het algemeen, maar zeker ook van Maarten Simons: alle regelgeving die grotendeels in mondelinge afspraken lag vastgelegd, moest de revue passeren en zijn weerslag krijgen in het document. Hem is de vereniging grote dank verschuldigd voor zijn onvermoeibare inzet, doorzettingsvermogen maar zeker ook zijn gevoel voor humor en relativiseringsvermogen op tijden dat het mij allemaal wel érg veel werd.

Alsof dat nog niet voldoende was, moest het curriculum herschreven worden. Ons kersverse, competentiegerichte curriculum, waar de verf nog nat van was. De commissie Modernisering van het CCMS heeft ons in een indringend gesprek geadviseerd over hoe het anders en nóg beter zou kunnen (lees: moeten). Waar we nog geen jaar geleden een dikke 10 voor ons curriculum zouden hebben gekregen, was er nu sprake van voortschrijdend inzicht en kon 't nu (net) niet door de beugel. Aangezien de belangrijkste



Harm van de Pas

bepalingen uit het curriculum terug moesten komen in het Specifiek Besluit, werd het curriculum in grofweg één week volledig omgevormd naar de nieuwste eisen. De projectgroep implementatie curriculum (Pieter van Driel, Jan ter Maaten, Ineke Schouten, Maaïke Maas en Annechien Alkemade) heeft hier een welhaast bovenmenselijke inspanning verricht om dit allemaal op tijd voor elkaar te boksen.

De klok tikt door, de tijd dringt, de eindstreep nadert met rasse schreden maar.... met nog enige ruimte over levert de werkgroep SEH dan toch haar eindproduct en advies aan het CCMS, in. Op 13 oktober 2008 leidt dit tot het formele besluit van het



CCMS en wordt het Specifiek Besluit Spoedeisende Geneeskunde vastgesteld. Het zal per 1 januari 2009 in werking treden. Vanaf dat moment 'gaat' het CCMS en dus ook de MSRC over onze opleiding.

Ten tijde van het schrijven van dit stuk is de implementatie van dit besluit in volle gang, en hebben alle betrokkenen een brief ontvangen, gezamenlijk ondertekend door SOSG, NVSHA en MSRC over hun registratie bij de MSRC; en wéér is een mijlpaal bereikt.

DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEYODERBERG DER  
GENEESKUNST IS DE ORGANISATIE VAN EN VOOR ARTSEN IN NEDERLAND

**knmg** Beleid & Advies  
Opleiding & Registratie  
Medisch Contact & Artsennet

Aan het bestuur van de  
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artzen  
p/a St. Elisabeth ZKH, secretariaat SEH/NVSHA  
Postbus 90151  
5000 LC TILBURG

*Centraal College Medische  
Specialismen (CCMS)*

ONDERWERP  
Vaststelling Besluit Spoedeisende geneeskunde

UTRECHT  
11 november 2008

Geacht bestuur,

REFERENTIE  
ccms/VS/08-43716

Met genoegen breng ik u hierbij formeel ter kennis het Besluit Spoedeisende geneeskunde, dat op 13 oktober jl. door het CCMS is vastgesteld en op 1 januari as in werking zal treden.

BIJLAGEN  
1

Het onderhavige besluit is een resultaat van een intensief traject waarbij velen de steun voor erkenning van de spoedeisende geneeskunde in de vorm van een profiel hebben ondersteund en gestimuleerd. Bij de ontwikkeling van het besluit is uw vereniging nauw betrokken geweest en ik dank u voor de plezierige samenwerking.

KNMG  
Mercatorlaan 1200  
Postbus 70065  
3502 LB Utrecht

In één van de volgende nummers van Medisch Contact zal mededeling worden gedaan van de vaststelling van het Besluit Spoedeisende geneeskunde. Eveneens kunt u het Besluit binnenkort aantreffen op onze website [www.knmg.nl/ore](http://www.knmg.nl/ore), rubriek Nieuws.

Ik feliciteer u met het behaalde resultaat en wens u succes bij de verdere ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde.

TELEFOON  
(030) 28 23 281

Met vriendelijke groet,

E-MAIL  
[colleges@fed.knmg.nl](mailto:colleges@fed.knmg.nl)

  
mr. V.J. Schelthout-van Deventer  
secretaris colleges

WEBSITE  
[www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)

# NVSHA

Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen



**Aan:** mw. Mr. Vivienne J. Schelfhout – van Deventer, secretaris colleges  
**Adres:** Postbus 20065  
3502 LB Utrecht  
**Van:** drs. H. van de Pas, voorzitter NVSHA  
**Datum:** Tilburg, 10-7-2007  
**Betreft:** : 070710.1/HvdP

Geachte heer/mevrouw,

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen, NVSHA verzoekt u hierbij het proces in gang te zetten om de opleiding en de functie van SEH-arts voor erkenning in aanmerking te laten komen. Deze erkenning zou plaats kunnen vinden hetzij via profielregistratie hetzij via een door u nader te bepalen experimenteerartikel.

Het tijdsplan voor de aanvraag van opname van deze opleiding in de tweede tranche van het opleidingsfonds heeft ons doen besluiten dit verzoek thans bij u neer te leggen. Wij zouden het daarom bijzonder op prijs stellen zo spoedig mogelijk uw voorlopige reactie op het voorgaande te mogen vernemen.

Overwegingen.

In de Werkgroep SEH van de Orde van Medisch Specialisten en het Nederlands Huisarts Genootschap onder leiding van dr. L.H. van Hulsteijn, is op 4 juli '07 in principe overeenstemming bereikt over de inhoud van het curriculum, een evaluatietraject, en de aanvraag tot erkenning van de opleiding en functie van SEH-arts. De Werkgroep SEH zal het CBOG schriftelijk informeren over het resultaat van voornoemde bespreking, met afschrift aan de OMS en CCMS.

Bovenstaand verzoek wordt volledig ondersteund door de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde, SOSG.

Curriculum.

Als gevolg van de Werkgroep SEH vergadering van 4 juli '07 worden nog aanpassingen gemaakt aan het curriculum. Het vastgestelde curriculum opleiding SEH-arts zullen wij u op korte termijn doen toekomen. Het tijdsplan van de tweede tranche van het opleidingsfonds dwingt ons tot deze volgorde.

Evaluatietraject.

De vergadering van de Werkgroep SEH heeft nadrukkelijk te kennen gegeven de opleiding te willen evalueren.

Vanuit het bestuur van de NVSHA is aangegeven dat er vacatures zijn voor tweedelijns specialisten in het huidige bestuur en het concilium. Het bestuur NVSHA zal uitnodigingen daartoe doen uitgaan naar de wetenschappelijke verenigingen.

Voorts is afgesproken een evaluatietraject in gang te zetten. Een brede commissie bestaande uit vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen en SEH-artsen zal de voortgang evalueren. Een tussentijdse



evaluatie wordt voorzien over anderhalf jaar. Een meer definitief voorstel over dit evaluatietraject zal u in samenwerking met dr. L.H. van Hulsteijn worden aangereikt. Wij zouden graag uw zienswijze vernemen op deze werkwijze.

met vriendelijke groet,

drs. H. van de Pas,  
voorzitter NVSHA

cc:  
Werkgroep SEH (t.a.v. mw. drs. H.M.J. Slot)  
Bestuur SOSG



**8**

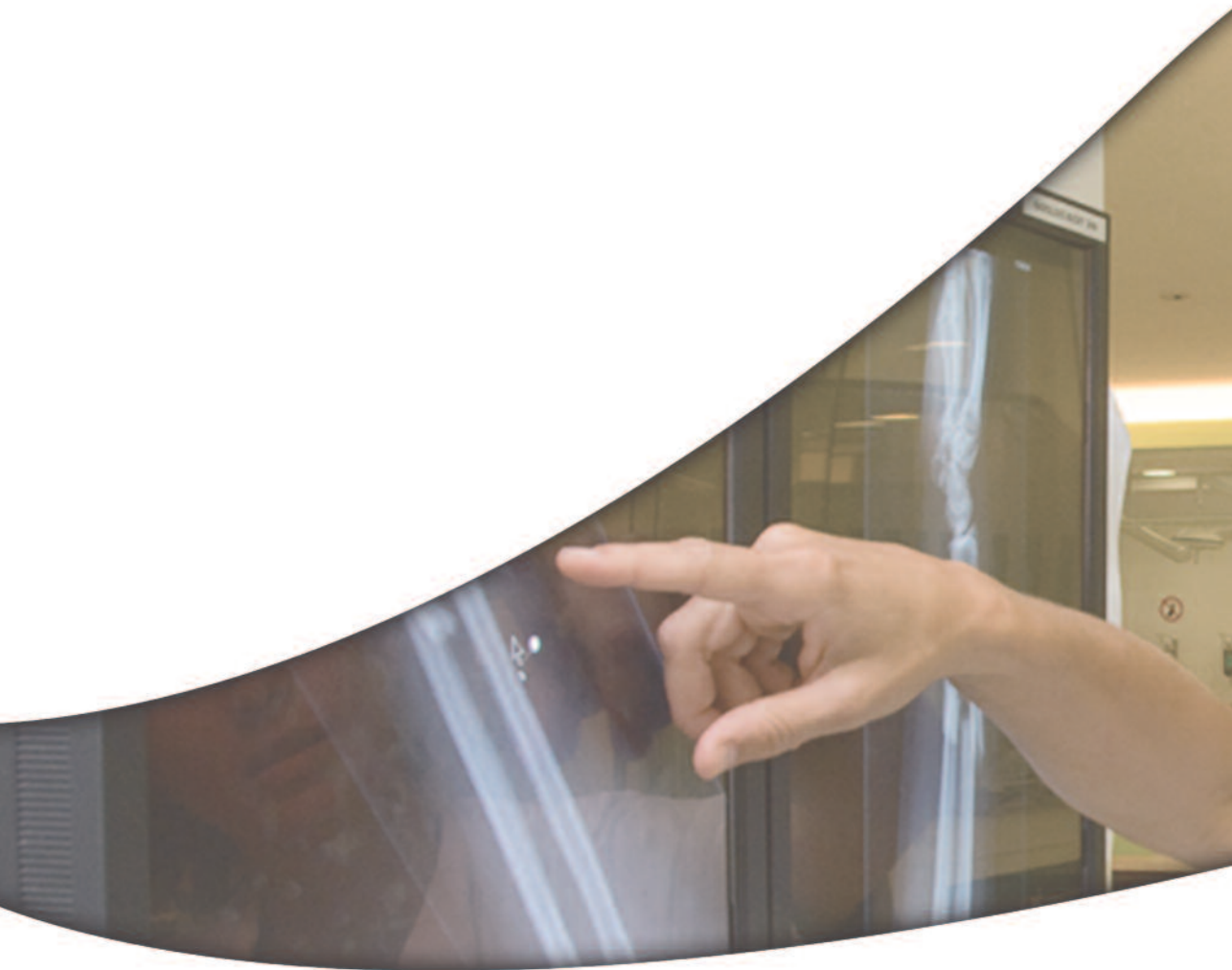


**Tijdbalk**



## TIJDBALK

1994	1994	Rapport Inspectie Volksgezondheid: De keten rammelt
1995		
1996	1996 1996-1999	Pleitbezorging van Jan Luitse in Nederlandse Vereniging Traumatologie voor het ontwikkelen van een SEH-arts opleiding in Nederland Idee-ontwikkeling SEH-arts opleiding in het OLVG, het UMCG en het WZA
1997		
1998		
1999	1999 1999 23-04-1999 27-09-1999	Presentatie van Jan Luitse in bestuursvergadering STZ Opdracht OLVG aan Gos de Vries voor ontwikkeling curriculum Krasnapolski Amsterdam: Congres "Emergency Medicine, who cares?" Oprichting Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
2000	2000 11-04-2000	Start SEH-arts opleiding in OLVG, St. Elisabeth Ziekenhuis, Catharina-ziekenhuis, Jeroen Bosch Ziekenhuis 1 <sup>e</sup> vergadering STZ-curriculumcommissie
2001		
2002	06-11-2002	Overleg STZ-curriculumcommissie met de SEH-arts opleider uit het UMCGroningen; UMC Groningen sluit aan bij het STZ-initiatief
2003	04-04-2003	1 <sup>e</sup> bestuurlijk overleg van Raden van Bestuur en opleiders uit het St. Elisabeth Ziekenhuis, Catharina-ziekenhuis, OLVG en UMC Groningen
2004	29-03-2004 18-06-2004 08-09-2004 01-09-2004	Oprichting Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde Eerste visitatie van de SEH-arts opleiding in het St. Elisabeth Ziekenhuis Symposium: Spoedeisende Geneeskunde in Nederland: the missing link Rapport Inspectie van de Gezondheidszorg: Haastige spoed niet overall goed
2005		
2006	Januari 2006	Position paper SEH-arts
2007	07/08-06-2007 19-09-2007	1 <sup>e</sup> congres NVSHA in Egmond aan Zee Symposium: SEH-arts: een vak apart; uitreiking eerste competentiegericht opleidingscurriculum
2008	05/06-06-2008 01-09-2008 14-10-2008	2 <sup>e</sup> congres NVSHA in Egmond aan Zee Start 1 <sup>e</sup> fellowship Erkenning profiel
2009	04/05-06-2009	3 <sup>e</sup> congres NVSHA in Egmond aan Zee





# 9



## **Samenstelling besturen en commissies**



## **SAMENSTELLING BESTUREN EN COMMISSIES**

De besturen en commissies waaraan in dit boek aandacht is besteed, waren ten tijde van de vervaardiging van het boek als volgt samengesteld.

### **Bestuur NVSHA**

Drs. H. van de Pas: voorzitter  
Drs. E.R.J.T. de Deckere: penningmeester  
Drs. L.B. Kater: secretaris  
Drs. K.M. Borkent  
Drs. D.A.M. Bussmann-Willems  
Drs. D.R.M. Hassell  
Dr. S.J. Hoorntje  
Drs. S.Y.G. Peeters  
Drs. E.M. Vandewalle  
Drs. M.F. Verhagen

### **Dagelijks Bestuur SOSG**

Drs. R.M. Schipper: voorzitter  
Drs. Fr.C.A. Jaspers: vice-voorzitter  
Dr. M.P. Simons: secretaris/penningmeester  
Drs. T. van Egmond

### **Registratiecommissie SOSG**

Dr. M.P. Simons: voorzitter  
Dr. J.D. Meeuwis: secretaris  
Drs. A.J. Alkemade  
Drs. T. van Egmond  
Dr. E.R. Hammacher  
Dr. S.J. Hoorntje  
Dr. J.C. ter Maaten  
Drs. N.E. Mullaart-Jansen  
Drs. W.A.M.H. Thijssen  
Dr. A.H. van der Veen (adviseur)

### **Concilium Spoedeisende Geneeskunde**

Dr. A.H. van der Veen: voorzitter

Dr. G.D. Slooter: vicevoorzitter

Drs. W.E.M. Schouten: secretaris

Drs. E.R.J.T de Deckere

Drs. M.L. Donker (toehoorder)

Vornoemden vormen het dagelijks bestuur van het Concilium. Van het Concilium maken voorts de opleiders en de plv. opleiders spoedeisende geneeskunde, alsmede enkele SEH-artsen deel uit.

### **Commissie Onderwijs & Opleiding**

Drs. D.R.M. Hassell: voorzitter

Drs. S.M. Baas

Drs. A.J. Alkemade

Drs. C.K. Deelstra

Drs. A.P.G. van Driel

Drs. S.M. Folkersma

Drs. N.M. Heijmeskamp

Dr. C. Heringhaus

Drs. M.M. Hoekstra

Drs. J.W.H. Jaspers

Drs. M.I. Kuypers

Dr. J.C. ter Maaten

Drs. T.M.A.J. Reijnen

Drs. W.E.M. Schouten

Drs. C.M. Vernooij

Drs. W.G. Vonkeman

Drs. M.A. Witten

Drs. A.F. Westra

Drs. B.P.W.M. Würth

**Commissie Wetenschap en Richtlijnen**

Drs. S.Y.G. Peeters: voorzitter  
Drs. M. Anker: vicevoorzitter  
Drs. J.L. Gerkes-van der Meer  
Drs. M.P. Gorzeman  
Drs. B. de Groot  
C.M. Houser, emergency physician  
Drs. J.A. Mulder  
Drs. P. Plantinga  
Drs. E.P.J. Reijners  
Drs. M.H. Sandel  
Drs. M.S. Tat  
Drs. R.M. Tuinema  
Drs. S. de Vries  
Drs. R.T.C. Welsing  
Drs. M.A. Witten

**Commissie Kwaliteit**

Drs. M.F. Verhagen: voorzitter  
Drs. M. Anker  
Drs. D.R.C.M. Biesbroeck  
Drs. D.A.M. Bussmann  
Drs. B.L. Dijkstra  
Drs. H.J. Huisman  
C.M. Houser, emergency physician  
Drs. M. Majidpour  
Drs. A.C.M. Schmidt  
Drs. J. Stekelenburg  
Drs. H.D. Ticheler  
Drs. M.E. Vreeburg  
Drs. A.F. Westra

**Congres Commissie**

Drs. K.M. Borkent: voorzitter  
Drs. J.C. Berends  
Drs. N.E. Jansen  
Drs. K.J. Niesten  
Drs. F.M.J. Gresnigt  
vacatures: 2



**10**



**Beknopt CV's van de auteurs**





## **BEKNOPT CV'S VAN DE AUTEURS**

**Drs. A(nnechien). Alkemade**, SEH-arts KNMG, was de eerste SEH-arts in opleiding in het MCHaaglanden in 2002. Ze was vanuit de Commissie O&O betrokken bij de ontwikkeling van het competentiegerichte curriculum, de nationale onderwijsdagen en de voortgangstoets. Vanuit de functie als coördinator van de visitatiepool en het lidmaatschap van de Registratiecommissie van de SOSG, is ze vanaf 2009 (plaatsvervangend) lid van de MSRC. Ze is nu staflid op het Centrum Eerste Hulp van het Leids Universitair Medisch Centrum.

**drs. M(aaike). Anker**, opgeleid in het OLVG, en werkzaam als SEH-arts KNMG in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Bestuurslid NVSHA geweest en betrokken bij verschillende commissies binnen de NVSHA, waaronder vice-voorzitter van de Commissie Richtlijnen en Wetenschap.

**drs. K(laartje).** Caminada is SEH-arts KNMG in het HagaZiekenhuis. Zij maakte jaren deel uit van het bestuur van de NVSHA o.m. als international representative en was adviseur van de SOSG. Zij is momenteel lid van de MSRC.

**drs. A.P(ieter).G. van Driel** is SEH-arts KNMG in het St.Elisabeth ziekenhuis en het TweeSteden ziekenhuis te Tilburg. Van 2004-2009 was hij bestuurslid van de NVSHA met als portefeuille Opleiding en Onderwijs. Hij was tevens bestuursvertegenwoordiger in de Commissie Opleiding en Onderwijs. In die functie heeft hij bijgedragen aan het ontwikkelen van het competentie gericht curriculum opleiding tot SEH-arts. Als NVSHA-vertegenwoordiger heeft hij meegewerkt aan het Europees curriculum voor Emergency Medicine dat door de European Society for Emergency Medicine in 2008 is ontwikkeld.

**drs. Fr(ans).C.A. Jaspers**, internist-np, is lid van de Raad van Bestuur van het UMCG en tevens vanaf de oprichting vice-voorzitter van de SOSG, en verder o.a. voorzitter College Medische Vervolgopleidingen-NFU, lid Stuurgroep MOBG, lid Raad van Advies-CBOG, en lid Centraal College Medische Specialismen.

**dr. J(an).A.C. Jongerius** was lid van de Raad van Bestuur van het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg. Van 1996 tot 2004 was hij voorzitter van de Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ). Als mede-initiatiefnemer was hij vanaf de oprichting tot zijn pensionering eind 2004 voorzitter van de SOSG.

**Drs. M(aarten). Kok**, SEH-arts KNMG in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. Voormalig lid Congrescommissie NVSHA, voorzitter projectgroep PSA. Opleiding SEG opgezet in RKZ, nu onderwijscoördinator SEG in het RKZ.

**Drs. J(Jan).S.K. Luitse** is traumatoloog en opleider SEH-artsen in het AMC en belangrijk initiator van de opleiding SEH-arts in het OLVG. Als voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie was hij mede-auteur van het rapport “de keten rammelt” waarin een pleidooi gehouden wordt voor verhoging van de kwaliteit van zorg op SEH-afdelingen.

**dr. J(an).C. ter Maaten**, internist, is opleider van de SEH-arts opleiding en medisch coördinator van de Centrale Spoedopvang van het UMCG. Hij maakt sinds de oprichting deel uit van het bestuur van de SOSG en is sinds 2004 ook lid van het bestuur van de NVSHA. Hij was o.m. als lid van de projectgroep ‘Ontwikkeling curriculum SEH-arts’ van aanvang af binnen de SOSG/NVSHA actief betrokken bij de ontwikkeling van de opleiding.

**dr. J.D(ik). Meeuwis**, chirurg-traumatoloog, opleider SEH-arts St. Elisabeth ziekenhuis Tilburg 2000-2007. Bestuurslid geweest van de NVSHA en de SOSG en op vele manieren de ontwikkeling van de Spoedeisende Geneeskunde in Nederland ondersteund. Momenteel werkzaam in het Haga ziekenhuis in Den Haag.

**Terrence Mulligan**, emergency physician, opleider SEH-arts opleiding Erasmus Universiteit, Rotterdam 2006-9, Assistant Professor and Faculty University of Maryland Department of Emergency Medicine, organisator van de eerste 2 edities van het Fellowship.

**mr. J(arl).G. Pieter** is senior-stafmedewerker van de Postgraduate School of Medicine van het Wenckebach Instituut van het UMCG en was als secretaris van het project ziekenhuisarts m.n. betrokken bij de organisatie en ontwikkeling van de SEH-arts opleiding in het UMCG.

**drs. R(ob).M. Schipper**, longarts-np, tot voor kort lid Raad van Bestuur Catharina-ziekenhuis Eindhoven, vanaf 2003 lid en later voorzitter van het bestuur van de SOSG; lid specialistenkamer Capaciteitsorgaan.

**dr. M(aarten).P. Simons**, chirurg-traumatoloog, opleider SEH-arts opleiding en Medisch Manager van de SEH OLVG. Hij is secretaris van de SOSG, voorzitter van de Registratiecommissie Spoedeisende Geneeskunde, lid van het Concilium en Spoedeisende Geneeskunde betrokken geweest als adviseur en/of lid van vele commissies in het kader van de ontwikkeling van de SEH-arts opleiding in Nederland.

**drs. W(eny).A.M.H. Thijssen**, SEH-arts KNMG, als zodanig sinds 2005 werkzaam in het Catharina-ziekenhuis. Tevens 3 jaar bestuurslid NVSHA, waarvan 2 jaar vice-voorzitter en lid van commissie Opleiding en Onderwijs waarvan jaren als voorzitter. Tevens betrokken bij de oprichting van de SOSG en ontwikkeling curriculum SEH-arts, alsmede lid van o.a de Registratiecommissie. en de visitatiepool.

**dr. A(lexander).H. van der Veen**, chirurg-traumatoloog, opleider SEH-arts opleiding, lid Managementteam SEH Catharina-ziekenhuis Ziekenhuis Eindhoven. Hij is voorzitter van het Concilium Spoedeisende Geneeskunde, lid van de Registratiecommissie en betrokken geweest als adviseur en/of lid van vele commissies in het kader van de ontwikkeling van de SEH-arts opleiding in Nederland.

**drs. M. (Thijs) F. Verhagen**, SEH-arts KNMG, (opleiding in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, daarna werkzaam in het OLVG in Amsterdam), voormalig lid Registratiecommissie SOSG, lid Concilium NVSHA en sinds 2007 lid bestuur NVSHA portefeuille kwaliteit en in die hoedanigheid voorzitter van de Kwaliteitscommissie van de NVSHA. Tevens voorzitter ad interim van de Stichting Fellowship NVSHA.

**drs. G(os) M.J. de Vries**, Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) bij de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU). Betrokken bij de ontwikkeling van het eerste driejarig curriculum en opleidingsplan voor SEH-artsen in het OLVG in Amsterdam. Oprichter van het STZ-overleg (voorloper van de SOSG). Oprichter en eerste voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen.

**prof.dr. J(an).G. Zijlstra**, internist, was de eerste opleider van de SEH-arts opleiding in het UMCG (van 1999 tot 1 januari 2004) en één van de initiators bij de totstandkoming van de SOSG. Hij is nu hoogleraar Intensive Care in het UMCG.

## 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland

---

**Drs. M(ariska).M.S. Zwartsenburg**, SEH-arts KNMG in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam. Zij was van 2002 t/m 2007 voorzitter van de NVSHA, lid van diverse commissies in het kader van de ontwikkeling SEH-arts opleiding in Nederland.





**11**



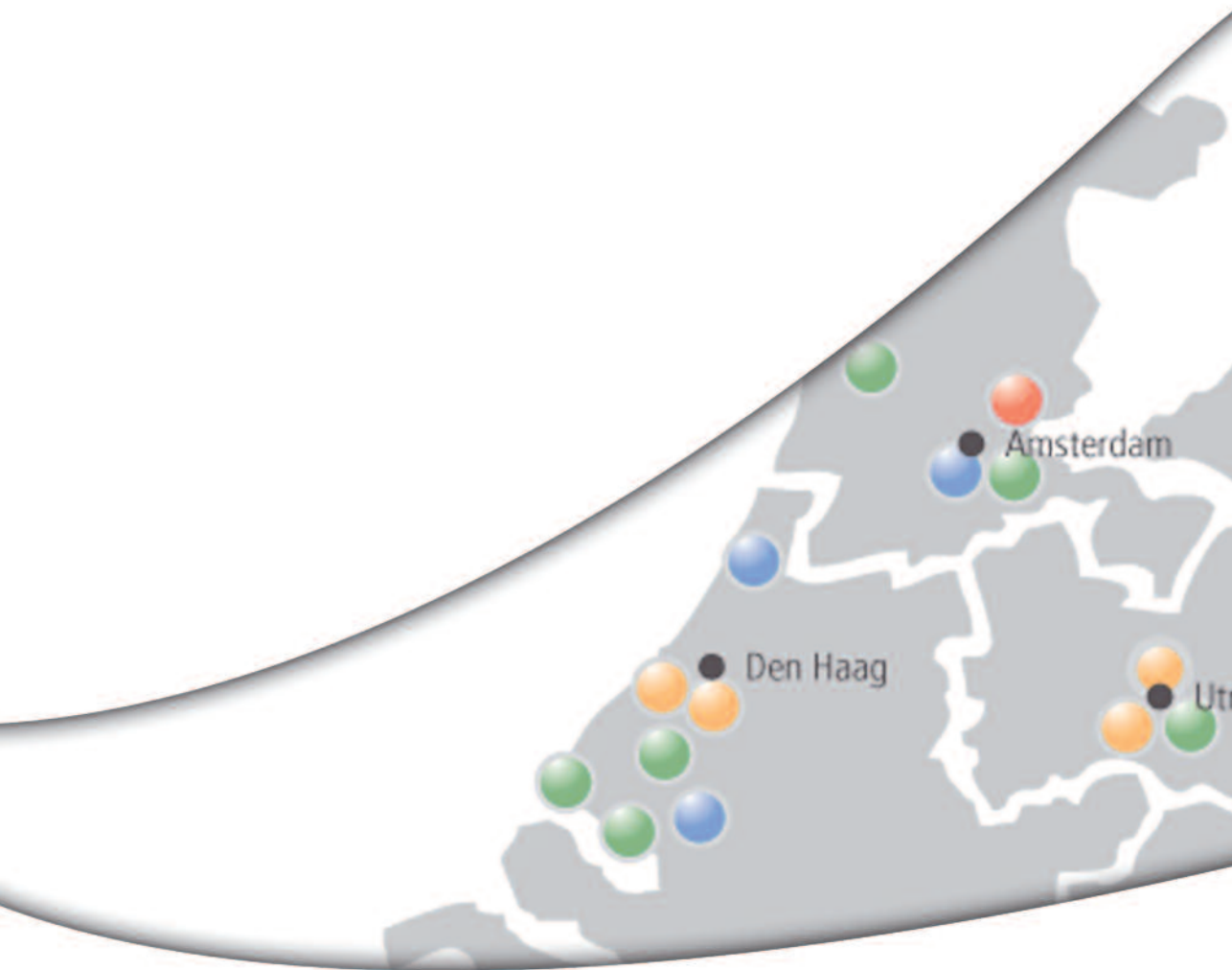
**Lijst van gebruikte afkortingen**



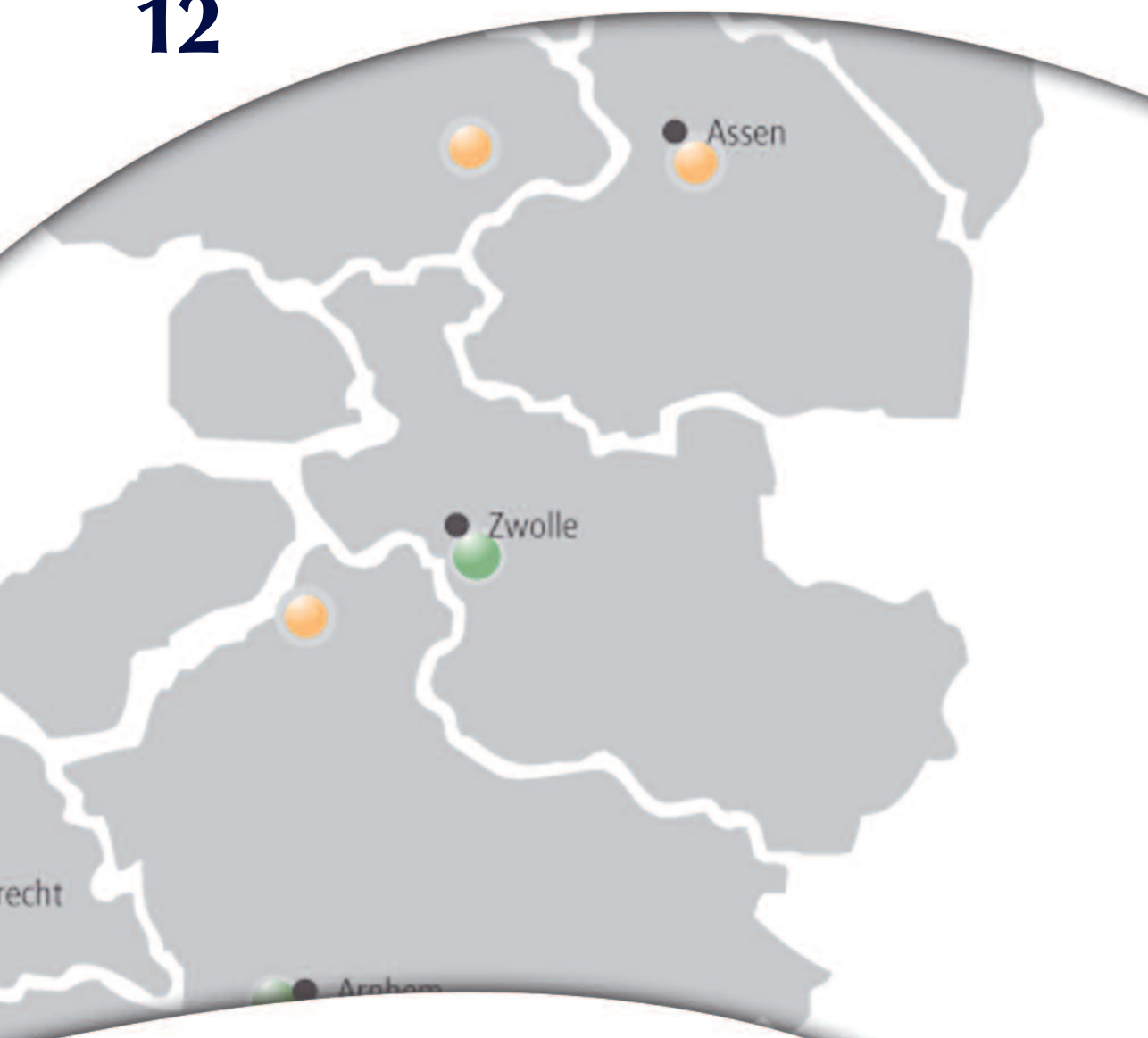


**LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN:**

ACEP	American College of Emergency Physicians
ACLS	Advanced Trauma Life Support
AGIO	Assistent geneeskunde in opleiding
AGNIO	Assistent geneeskunde niet in opleiding
AIOS	Assistent geneeskunde in opleiding tot specialist
ALV	Algemene leden vergadering
ANIOS	Assistent geneeskunde niet in opleiding tot specialist
APLS	Advanced Pediatric Life Support
ATLS	Advanced Trauma Life Support
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CCMS	Centraal College Medische Specialismen
CPA	Centrale Post Ambulance
Eusem	European Society for Emergency Medicine
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HAIOS	Huisarts in opleiding
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MOBG	Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVSHV	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
NVT	Nederlandse Vereniging voor Traumatologie
O&O	Commissie Onderwijs en Opleiding
OMS	Orde van Medisch Specialisten
OOR	Opleiding- en Onderwijsregio
SOSG	Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde
STZ	Vereniging Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	Raad van Wetenschap, Onderwijs en Kwaliteit van de OMS



12



Colofon



## COLOFON

### Redactiecommissie:

Pieter van Driel  
Maarten Simons  
Emmy Koekenbier

Voor de samenstelling van dit boekje zijn de auteurs uitgenodigd hun ervaringen rond de spoedeisende geneeskunde van de afgelopen 10 jaar te beschrijven. Voor de inhoud hiervan draagt de redactie geen verantwoordelijkheid.

### Fotografie:

Antoinette Borchert  
John Derwall, D&L graphics  
Sascha van Holt, Audiovisuele Dienst OLVG  
Joep Maeijer, Audiovisuele Dienst OLVG  
Orbis Medisch Centrum SEH  
Gert Osinga  
Mathijs van der Vinne  
Voorts is gebruik gemaakt van foto's uit diverse privé collecties

### Design en Layout:

Eric Lemmens, D&L graphics  
[www.dlgraphics.nl](http://www.dlgraphics.nl)

### Drukkerij:

Schrijen-Lippertz

### ISBN-nummer:

978-90-812334-3-9

### NVSHA:

Postbus 8003, 3503 RA Utrecht  
[www.nvsha.nl](http://www.nvsha.nl)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder de voorafgaande toestemming van de NVSHA en/of de SOSG.





