

Verslag bijeenkomst Interactief met het bestuur

Wanneer: 11 september 2019
Waar: Café de Gezelligheid te Zwolle
Aanwezig: 27 deelnemers, waarvan 6 bestuur en organisatie

Doel bijeenkomst

Met elkaar in discussie gaan/het gesprek aangaan over belangrijke ontwikkelingen, kansen en bedreigingen binnen de spoedzorg.

Inleiding door Thera de Haan

SEH-artsen zijn volgens haar goed te vinden op social media, wel nog weinig via facebook. Het valt op dat veel SEH-artsen over zichzelf zeggen dat 'Wij er bij spoed als eerste bij zijn'. Vanuit klinisch perspectief bekeken wel, maar er zijn ook zorgverleners buiten de fysieke SEH die veel eerder ter plekke zijn (denk aan ambulance verpleegkundigen, EHBO-ers en omstanders). Claimen wij niet teveel door het woord 'overall' te gebruiken in onze visie?

Wat vinden patiënten en collega specialisten van ons?

Patiënten geven ons een 7,1 (bron: [onderzoek Zorgkaart Nederland 2017](#)). Dit is voldoende, maar niet goed. Ongeveer 4% krijgt een verkeerde diagnose als deze van de SEH af komt. Dit is laag, zeker als je vergelijkt met andere landen. Patiënten geven aan dat er vooral over hun gesproken wordt en minder met. Dit ervaren ze als vervelend en ook dat ze vier keer hun verhaal moeten doen.

Collega specialisten vinden het daarentegen fijn dat er één aanspreekpunt is en dat er al veel werk gecoördineerd en uitgezet is.

Conclusie van Thera is dat een reflectie naar onszelf kan helpen met onze verdere profilering. Missie van de NVSHA: prachtige termen, maar wat bedoelen we met deze termen? Met name de term 'overall' is vrij dubieus. Digitalisering gaat dit veranderen. Er moet iets met de open deuren aan de voorkant, maar ook naar de achterkant. We zijn niet alleen. Hebben we over 30 jaar nog wel fysieke SEH's?

Agendapunten vanuit bestuur

- Minimale criteria eisen SEH
- Kwaliteit
- Technologie

Bewust niet op de agenda geplaatst is het traject met de NVA (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie). Op dit moment zijn er weinig ontwikkelingen m.b.t. dit onderwerp. Zodra dit verandert wordt het onderwerp weer terug op de agenda geplaatst.

Inbreng leden

- Rol/samenwerking SEH-arts en acute internist binnen de academie
- Wat is de ideale organisatie voor de SEH-opleiding binnen Nederland. Op dit moment zijn er 28 opleidingsziekenhuizen. Moeten we niet terug naar 8?
- Kwaliteit
 - Groeien naar een volwaardig specialisme
 - 5-jarige opleiding
 - Uniforme kwaliteit
 - Beleid t.a.v. duurzame inzetbaarheid
 - Personeel (BIG 2 discussie)
 - Crowding op spoedeisende hulp
- Concentratie van acute zorg in Nederland (politieke bewegingen en visie van de vereniging)

Onderwerp: concentratie van acute zorg in Nederland

Toelichting Van der Velden: De Minister gaat een houtskoolschets maken van hoe de spoedeisende zorg eruit moet zien (de gehele ketenzorg). Deze schets wordt gemaakt met input van verschillende partijen.

We zitten daarbij zeker aan tafel. Vandaag was o.a. een overleg over de financiering van de acute zorg. Aan tafel zaten de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), STZ (Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen), SAZ (Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen) en de NVSHA. De FMS (Federatie Medisch Specialisten) zitten nu niet bij dit overleg.

In totaal zijn er nu 87 SEH's waarvan 83 24/7 open. Moet de situatie blijven zoals die nu is? Gaat de spoedzorg meer naar de thuissituatie? → Het plan lijkt nu de kant op te gaan van meerdere vormen van spoedzorg per regio.

Reacties van de aanwezige leden:

- Verwarrend
- Lastig om juiste patiënt op de juiste plek te krijgen (reactie: oplossing kan liggen in goede zorgcoördinatie)
- Het kan helpen als patiënten bij het juiste loket terecht komen. Achter het loket kan dan vervolgens goede netwerkzorg worden geregeld. Kanttekening: dit vraagt om een hele goede uitvraag methodiek van de zorgcoördinatie. Behandellocatie moet ook vooraf duidelijk zijn.
- Zitten de patiënten hier wel op te wachten? Zij hebben toch vaak een voorkeursziekenhuis. Bijvoorbeeld in Goes. Hier willen ze niet naar Erasmus.
- Het kan een efficiency slag betekenen, maar vanuit patiënt geredeneerd is dit niet altijd comfortabel.
- Patiënten perspectief mist bij het overleg met VWS.
- Patiënt wil in eerste instantie eenduidigheid.
- Om welke patiënten gaat het? Regionaal grote verschillen in o.a. aanlopers. Wat wordt de winst nu, welke patiënten gaan we nog zien straks?
- Klinkt als kans voor de vereniging om onderling ervaringen te delen. Beeld nu is dat er in elke regio wel iets gebeurt, maar weinig wordt opgeschaald. Zorgcoördinatie en zorgdifferentiatie is wel een richting waar we naar toe gaan. De ene regio pakt het ene op en de andere regio het andere. Zolang we dit maar weten van elkaar, meer uitwisselen hierover als vereniging.

Onderwerp: kwaliteit

Wat heb je nodig om een goede spoedeisende hulp neer te zetten?

Reacties van de leden:

- Verpleegkundigen (goede SEH-verpleegkundigen). Vraag: Heb je alleen SEH-verpleegkundigen nodig? Er is ook ervaring met algemeen verpleegkundigen, IC-verpleegkundigen, BMH'ers (bachelor medische hulpverleners), PA's. De SEH kan niet draaien met alleen algemeen verpleegkundigen. Dan mist er taakzelfstandigheid, herkenning en signalering. Kanttekening wanneer er met een combinatie van SEH-verpleegkundigen en anderen wordt gewerkt, dan zien de SEH-verpleegkundigen alleen nog de gecompliceerde casussen en wordt de belasting voor hen zwaarder. Zie je ook bij huisartsen en ondersteunende PA's.
- Het zou fijn zijn om te werken in een organisatie waar aandacht is voor acute zorg. Marge is nodig, deuren staan altijd open. Een Raad van Bestuur moet zich dit goed realiseren. Missen we nog teveel. En hierom zoeken we steeds naar suboptimale oplossingen. Belangrijk is de combinatie van de juiste mensen met de juiste competenties. En niet net voldoende om je rooster rond te krijgen, maar met een marge. Er zijn goede voorbeelden, maar in veel ziekenhuizen is er onvoldoende aandacht voor dit probleem, prikkel ontbreekt. Bij ambulance is er

wel meer marge. Om dit ook bij de SEH te realiseren zijn er veel extra resources nodig.

- **Vraag aan de vereniging:** meer ankerpunten (minimale vereisten) leveren. Deze worden volgens de aanwezigen niet altijd geaccepteerd door de RvB, omdat ze door de eigen vereniging zijn opgesteld. Maar de NVIC (Nederlandse Vereniging van Intensive Care) heeft dit wel gedaan voor haar leden. Onze workforce zou dit eigenlijk moeten bieden, maar kennelijk is deze niet hard genoeg. Intensivisten krijgen veel voor elkaar, maar je hebt onderzoek nodig om te onderbouwen en dit hebben de zij wel. Er is een spanningsveld bij kleine vakgroepen: extra druk kan hier juist een tegengesteld effect hebben.
Is er behoefte aan kwaliteitscriteria? De vereniging geeft aan dat er een mogelijkheid is om die op te stellen. Aanwezigen zijn voor. Maar hoe zorgen we dat er straks wordt gehandeld en toegezien op onze kwaliteitscriteria? Van der Velden: Het idee is om samen met zorgverzekeraars en Patiëntenfederatie een consensus document op te stellen. Er wordt een werkgroep geformeerd waar leden voor gevraagd worden.
- **Vraag aan de vereniging:** Kwaliteitskader en workforce leveren ook problemen op. Druk om met te weinig artsen 24/7 de spoedeisende hulp te draaien. Dit wordt ervaren als een valkuil en er is behoefte aan extra begeleiding bij dit vraagstuk. Mogelijk waarschuwen van ziekenhuizen die nu met dit vraagstuk te maken hebben. Als je eenmaal 24/7 open bent dan kun je moeilijk terug.
- Staat of valt 24/7 niet ook met het patiëntenaanbod? Is er niet meer concentratie nodig? Nu te weinig aanbod in de nacht. Denk in gedachte van 'The greater good for all'. Wat is het beste voor ons allen?
- Moet je een nachtdienst niet zwaarder waarderen dan een dagdienst? Vraagstuk duurzame inzetbaarheid. Probleem CAO is dat deze niet voor SEH-artsen geschreven is. Er zal naar verwachting niet veel geld bijkomen dus vraagstuk is hoe anders alloceren en doelmatiger inzetten?
- Optie: Richtlijn workforce breder trekken dan alleen het medisch specialisme. Kwaliteitskader valt tegen. Er wordt gerefereerd aan hoe de intensivisten het hebben geregeld.
- Er moet verder terug gekeken worden. Welke functies wil je bieden? Welke competenties heb je nodig? En wie gaat wat oppakken? Nog verder terug is de vraag: wat vinden we acceptabel in Nederland?
- Ook het proces vòòr de SEH (bijv. ambulance) en daarna moet hierin worden meegenomen. Kwaliteit is ook afhankelijk van hoe wij patiënten aangeleverd krijgen en hoe ze na SEH weer opgevangen worden. Eén aanwezig lid merkt op dat ruim 80% van de mensen die aangeleverd worden, niet op de SEH thuis horen. In de regio moet je nadenken hoe je die mensen opvangt.
- Concentratievraagstuk. We moeten af van gelijke aanrijdtijden voor iedereen. Politiek erg gevoelig, maar wel een heel belangrijk vraagstuk voor de toekomst.
- Workforce samen opstellen met vereniging van spoedeisende hulp verpleegkundigen (NVSHV) een optie? De NVSHV is niet genoeg georganiseerd en geëquipeerd hiervoor. Wellicht kijken bij kaderhuisartsen spoedzorg? Andere specialismen?
- Achterdeur nodig voor volwaardige SEH: Opnamecapaciteit, diagnostiek, OK, IC, doorstroom, verloskunde, psychiatrie.
- Er heerst angst om patiënten te weigeren aan de poort. Maar waarom? De HAP stuurt zonder moeite patiënten weg: voor hen is dit geen issue. Is weigeren een goede optie of gaat het om een goede doorstroom/efficiëntie? Gaan we 'iedereen' blijven zien, zoals onze visie luidt, of gaan we keuzes maken en doelmatige inzetten? Van belang blijft het voortraject (bij de centrale zorgcoördinatie). Mensen goed doorverwijzen en informeren over 1 loket en niet meerdere. Als dit goed geregeld is, kun je nadenken over meer weigeren.

Onderwerp: Spoedzorg en technologie

E-health is de toekomst. Bijvoorbeeld meekijken bij een HAP (consult) of in de ambulance.

Gebeurt nu echt te weinig en er zijn nog geen harde cijfers bekend dat dit bijvoorbeeld tot minder toestroom SEH leidt.

Niet overal dezelfde ervaringen. Je moet goed toegerust zijn en telefonische triage blijft een moeilijk vak.

Men is het er wel over eens dat dit een kwaliteit is die we kunnen leren. In andere landen is deze ontwikkeling ook gaande.

Onderwerp: Rol van de acute internist

Hoe kunnen we samen uitleggen aan de RvB dat we een acute internist en een SEH-arts nodig hebben? Je ziet meer ziekenhuizen met acute internisten en traumatologen als afdelingshoofd. Hoe krijg je een goede samenwerking? Veel overlap in taken. In de periferie is de samenwerking harmonieus, maar beleid wordt vooral academisch gemaakt. In de emancipatie van het vak lijken de academische SEH-artsen niet veel verder te komen en misschien zelfs stappen terug te doen. Beide partijen lijken open te staan voor samenwerking. Is de samenwerking een bedreiging of niet?

Reacties van de leden:

- De bubbel is periferie versus academie. De overgrote groep ziet duidelijk waar de verschillen zitten.
- Onduidelijk of er echt sprake is van een academiebreed probleem of meer regionaal. Veel aanwezigen herkennen dit probleem namelijk niet.

Onderwerp: Opleidingslandschap

Verschillen door de regio waar je bent opgeleid. Voorbeeld Canada slechts 13 opleidingsziekenhuizen. Nederland heeft er 28. Hoe wordt hier over gedacht? Ander vraagstuk: plan opleidingscurriculum naar 5 jaar.

Reactie bestuur:

- Mogelijkheid in specifiek besluit eisenpakket opstellen waardoor sommige opleidingen niet meer aan de eisen voldoen. Geen van de opleidingen wil dicht. De verandering vraagt van de opleiders uit het Concilium en de PVC om over zichzelf heen te stappen. Lastig punt. Er gaat voor de ziekenhuizen ook veel geld mee gemoeid.

Belangrijkste conclusies en suggesties voor de vereniging:

- Onderlinge (regionale) ervaringen delen m.b.t. concentratie van de spoedzorg
- Ankerpunten voor kwaliteit/kwaliteitsnorm vanuit de vereniging gefaciliteerd
- Extra begeleiding bieden bij vraagstuk 24/7 aan ziekenhuizen die dit nog niet hebben geïmplementeerd
- Concentratievraagstuk verkennen. Moeten we niet meer concentreren om kwaliteit en beschikbaarheid SEH-artsen te kunnen borgen?
- Idee workforce gezamenlijk opstellen met andere partijen (zoals SEH-verpleegkundigen, kader huisartsen spoedzorg)