



Eensgezindheid ontbreekt over invulling spoedeisende kindergeneeskunde

Aparte kinder-SEH lijkt nog ver weg

Anouk Eikendal,
arts en freelance journalist

beeld: Corbis

Een kind dat op de SEH belandt, krijgt soms een kinderarts te zien, en soms alleen een SEH-arts. Het beleid verschilt nogal per ziekenhuis, en de meningen lopen uiteen. Ook over de introductie van een spoedeisende kinderarts bestaat geen consensus.



De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde staat op het standpunt dat de vakgroep kindergeneeskunde eindverantwoordelijk is voor de organisatie en inrichting van de opvang en behandeling van kinderen op de SEH. Dit standpunt is in februari van dit jaar overgenomen door de Gezondheidsraad in het rapport 'De basis moet goed!, kwaliteit bij een basis spoedeisende hulp binnen een regionaal netwerk'. Maar de praktijk lijkt zich hier niet veel van aan te trekken.

Consensus ontbreekt, zo blijkt in elk geval in de Randstad, waar grote verschillen bestaan in de wegen die kinderen doorlopen als zij zich presenteren op een SEH. Die verschillen uiten zich overigens niet bij door de huisarts verwezen patiëntjes, maar bij zelfverwijzers, oftewel aanlopers. In een aantal ziekenhuizen wordt deze populatie primair beoordeeld door een kinderarts, in andere ziekenhuizen is de SEH-arts de eerste in de lijn van zorg. Die kan vervolgens een kinderarts in consult vragen of zelf besluiten het kind naar huis te sturen. Een aantal kinderen verlaat dus de SEH zonder consult door een kinderarts.

Specifieke kenmerken

'Dat vind ik niet goed', zegt professor Henriëtte Moll, kinderarts en tevens hoofd van de Algemene Pediatrie van het Sophia Kinderziekenhuis /Erasmus Medisch Centrum. Zij is van mening dat alle kinderen, of ze nu verwezen zijn of niet, gezien moeten worden door een kinderarts. 'Verwijsstatus is een onjuiste indicator om te bepalen hoe ernstig ziek een kind is. Elk kind, verwezen of niet, moet op dezelfde

Minstens een kwart van de zelfverwezen kinderen is echt ziek

manier bekeken worden.' In het Sophia Kinderziekenhuis is dat ook het beleid. Ziekenhuizen waar om logistieke redenen zelfverwezen kinderen geen consult bij een kinderarts krijgen, zijn Moll een doorn in het oog. Zij is al vijftien jaar betrokken bij wetenschappelijk onderzoek gericht op de spoedeisende zorg voor kinderen. Begin 2012 publiceerde het gerenommeerde *Pediatrics* een onderzoek onder leiding van Moll waaruit bleek dat in het Sophia Ziekenhuis en het Juliana Kinderziekenhuis in Den Haag minstens een kwart van de zelfverwezen kinderen echt ziek is. Moll: 'Ziekte bij kinderen heeft specifieke kenmerken. Zowel het beloop als het klinisch beeld kan specifiek zijn en variëren per leeftijdscategorie. Bovendien vereisen onder andere het starten van een behandelstrategie, het adviseren van ouders over alarmsignalen en het initiëren van follow-up specifieke kennis en ervaring. Expertise op kindergeneeskundig gebied is daarom cruciaal.' Moll vindt het bovendien nogal mager dat tijdens de opleiding tot SEH-arts maar tien weken zijn gereserveerd voor een stage kindergeneeskunde. Dat levert

volgens haar onvoldoende ervaring op om binnen het gehele kindergeneeskundige spectrum het zieke kind te beoordelen en op te vangen.

Triage

In het Academisch Medisch Centrum (AMC) wordt een andere koers gevaren dan in Rotterdam. Verwezen kinderen worden, wanneer zij zich presenteren op de SEH, primair gezien door een kinderarts, evenals chronisch zieke kinderen of als er een vermoeden van kindermishandeling bestaat. Ook bij kinderen jonger dan 1 jaar vindt altijd overleg met een kinderarts plaats. Zelfverwezen kinderen zien, na de gebruikelijke triage, eerst een SEH-arts die vervolgens ofwel de kinderarts in consult vraagt, ofwel de kinderen naar huis stuurt. Kinderarts en chef de policlinique Chris de Kruiff, is tevreden over het beleid in haar ziekenhuis. 'Onze ervaring is dat de eerste opvang van zelfverwezen kinderen in goede handen is bij een SEH-

arts. Juist die is getraind in de triage en opvang van acuut zieke patiënten.'

De Kruiff spreekt van een goede samenwerking met duidelijke werkafspraken waarbij SEH-artsen de kinderarts laagdrempelig

in consult vragen. 'Uit onderzoek blijkt dat verwezen patiënten over het algemeen zieker zijn dan zelfverwezen patiënten. Hoewel een recente studie in het AMC laat zien dat ook zelfverwezen kinderen soms ernstig ziek zijn. We zullen daarom goed naar deze groep gaan kijken, maar blijven van mening dat de SEH-arts adequaat zieke patiënten uit de zelfverwezen groep kan identificeren en verwijzen naar de kinderarts.' Volgens De Kruiff speelt vooral triage een belangrijke rol bij de opvang van het acuut zieke kind. 'Onze SEH is geoutilleerd met het Manchester Triage Systeem, een internationaal, gevalideerd instrument waarmee een adequate inschatting te maken is van de ernst van ziek zijn van een patiënt.' Ze is overigens, als supervisor, enthousiast over de stage kindergeneeskunde voor de SEH-arts in opleiding. 'Mij valt op dat deze artsen in de Advanced Pediatric Life Support-cursus die zij verplicht volgen, de opvang van ernstig zieke kinderen zeer goed beheersen.'

Geen domeinstrijd

Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) kent grotendeels hetzelfde beleid als het AMC. Ook daar is de SEH-arts de eerste die het zelfverwe-

zen kind ziet. Maar de werkafspraken tussen kinderartsen en SEH-artsen zijn anders geformuleerd dan in het AMC. Bij zelfverwezen kinderen onder de 1 jaar, bij wie een vermoeden bestaat van kindermishandeling en die een of meer afwijkende vitale functies hebben of het afgelopen jaar bij een kinderarts zijn geweest, wordt direct de kinderarts in consult gevraagd. Bovendien werkt het OLVG met een ander triagesysteem, namelijk de Emergency Severity Index, dat (urgente) situaties onderkent, waar het Manchester Triage Systeem uitgaat van klachten en symptomen.

Paolo Valerio, kinderarts in het OLVG, is nauw betrokken bij de spoedopvang voor kinderen. Hij vertelt: 'Het OLVG is een stadsziekenhuis, dus het gehalte aan aanlopers is hoog, maar vanwege het ontbreken van een huisartsenpost binnen het ziekenhuis mogen wij geen kinderen wegsturen. De afdeling kindergeneeskunde heeft niet de capaciteit om alle kinderen die zich presenteren op de SEH zelf te zien.' Daarom zijn er in nauw overleg onderlinge werkafspraken gemaakt. Tijdens kantooruren loopt er standaard een kinderarts rond op de SEH die zo nodig over de schouder van de SEH-arts kan meekijken. 'Daardoor is de drempel om een kinderarts in consult te vragen laag.' Ook Valerio ziet in de spoedeisende kindergeneeskunde een veelbelovend specialisme. 'De expertise van een SEH-arts is nu niet voldoende om de gehele breedte en complexiteit van het kindergeneeskundige vak te overzien, maar dat is logisch voor een jong specialisme.'

Landelijke blauwdruk

Menno Gaakeer, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en tevens SEH-arts in het Universitair Medisch Centrum Utrecht stelt dat iedere individuele patiënt gebaat is bij 'een adequate inrichting van de SEH, die dus afhangt van een goede samenwerking tussen SEH-arts en kinderarts: er moet geen domeinstrijd zijn.' Volgens Gaakeer zijn de praktijken in Amsterdam en ook in Utrecht het bewijs dat een gemixte setting een goede kwaliteit van zorg kan bieden. Gaakeer denkt overigens dat een SEH van een academisch centrum altijd zal verschillen van die van een perifere kliniek; net als het al dan niet aanwezig zijn van een HAP. 'Een landelijke blauwdruk is niet mogelijk, dus bij de inrichting van elke SEH moet rekening worden gehouden met de specifieke setting ter plaatse.'

Valerio heeft grootse plannen. Hij wil in Nederland een deel van het systeem zoals dat in de

'Een landelijke blauwdruk van een SEH is niet mogelijk'



Een speciale kinderunit op de SEH kan voorkomen dat kinderen in aanraking komen met zieke volwassenen.

beeld: VII Network

Verenigde Staten en Canada bestaat, invoeren. Daar is het spoedeisende onderdeel van de kindergeneeskunde een op zichzelf staand specialisme, 'Pediatric Emergency Medicine'. Valerio: 'Dat is een specialisme waarbij alles gericht is op het kind dat acute zorg nodig heeft. Het is generalistisch, kent tevens een breed scala aan psychosociale aspecten en er zijn allerhande aanvullende middelen aanwezig die specifiek voor deze patiëntenpopulatie ontwikkeld zijn. Bovendien is 24 uur per dag, 7 dagen per week een kinderarts aanwezig, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt.'

Waar Valerio naartoe wil is dat na de opleiding tot kinderarts of SEH-arts een specialisatie tot 'spoedeisende kinderarts' of tot 'kindergeneeskundig SEH-arts' mogelijk is. Daarbij pleit hij voor de oprichting van een aantal kinder-SEH's waar naast consulten ook dagbehandelingen mogelijk zijn. Valerio: 'Een opname is belastend voor kinderen en de rest van het gezin. Een aanzienlijk deel daarvan kan voorkómen worden door een goed gestroomlijnd SEH-profiel te creëren.' Valerio denkt dat dit systeem haalbaar is, mits op beleidsmatig niveau het besluit tot schaalvergroting in de dichter bevolkte gebieden in ons land doorgang vindt. Daarbij mag overigens de poortfunctie van de eerste lijn niet worden vergeten, benadrukt hij. De Kruiff ziet wel wat in het idee van Valerio: 'Een kruisbestuiving tussen de spoedeisende geneeskunde en kindergeneeskunde is zeker mogelijk, mits het centrum dat de spoedop-

vang verzorgt groot genoeg is. Ook zij ziet een belangrijke rol weggelegd voor de eerste lijn waarbij er een gedelegeerde verantwoordelijkheid en nauwe samenwerking tussen eerste en tweede lijn bestaat met respect voor elkaars expertise. 'Van huisartsen mogen we verwachten dat zij in staat zijn om te kunnen inschatten of een patiënt verwezen dient te worden. Het is van groot belang dat huisartsen goed opgeleid worden in de beoordeling van zieke kinderen.' De Kruiff blijft hameren op het belang van goede triage om efficiëntie en kwaliteit van zorg te waarborgen. Zij pleit voor één triagesysteem waarbij integratie plaatsvindt van meerdere indicatoren die de ernst van het ziek zijn adequaat kunnen voorspellen, zodat deze patiëntjes 'snel geïdentificeerd en geholpen worden'. In de toekomst wil De Kruiff net als Valerio een aparte kinder-SEH inrichten die volledig is toegerust voor kinderen; dat wil zeggen met verpleegkundig personeel en met zowel SEH-artsen als kinderartsen die nauw samenwerken en daarbij kiezen voor het werken met kinderen en dus veel ervaring opdoen met deze specifieke populatie.

Utopie

'Helaas een utopie', betitelt Moll het idee om Pediatric Emergency Medicine in te voeren in Nederland. 'In landen als Australië, Canada en het Verenigd Koninkrijk is zo'n systeem mogelijk, mede door het ontbreken van een huisartsenpost en de grote afstanden die men moet overbruggen om bij hulpverleners te komen. In heel Nederland is misschien ruimte voor drie SEH's met meer dan 40.000 kinderen, maar ook in dunbevolkte gebieden willen we toch graag goede spoedzorg leveren. Nederland is dus simpelweg te klein.'

In 2014 zullen in het Erasmus de algemene SEH en de kinder-SEH samengaan in de nieuwbouw. Maar het beleid blijft zoals het is. Alle kinderen, verwezen of niet, zullen gezien worden door een kinderarts. Bovendien zal op deze nieuwe SEH een speciale kinderunit komen om ouders en kinderen zo min mogelijk in aanraking te brengen met zieke volwassenen. Moll blijft zich daarnaast bezighouden met wetenschappelijk onderzoek om het Manchester Triage Systeem nog verder te verfijnen en te verbeteren. De stem van de ouders is volgens haar heel belangrijk bij de inschatting van de ernst van ziekte bij een kind. 'De opvatting van de bezorgde ouder is daarbij essentieel, luister dus naar hen. Hierbij mag nooit verschil worden gemaakt tussen verwezen en zelfverwezen kinderen.' 



Artikelen over de kinder-SEH vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl