

Het verstrekken van analgosedatie en farmacologisch coma op de spoedgevallendienst en binnen de dringende geneeskundige hulpverlening [DGH].

Urgentiegeneeskunde is in België sinds meer dan 10 jaar een basisspecialiteit. Dag en nacht staat de urgentiearts klaar in de frontlinie om elke patiënt met een onvoorziene plotse zorgvraag en -nood op te vangen, te behandelen en te oriënteren in ons gezondheidszorgsysteem. Om dit te kunnen doen omvat hun opleiding – bij aanvang maar ook doorheen de verdere professionele loopbaan- een doorgedreven training in alle aspecten van de reanimatie en urgente zorg voor kinderen en volwassenen, en meer specifiek ook in luchtwegmanagement, analgosedatie en farmacologisch coma, en dit zowel in de pre-hospitaal- als de spoedomgeving [European core curriculum for emergency medicine 2.0, UEMS – EUSEM. 2019; url: <https://eusem.org/education/curriculum/european-curriculum-of-emergency-medicine>].

Urgentiegeneeskunde heeft de voorbije jaren meer dan zijn strepen verdiend, niet alleen als ingangspoort en noodzakelijke filter voor de ziekenhuisgeneeskunde, maar ook als partner voor de eerstelijnsgeneeskunde. De voorbije twee COVID jaren hebben de cruciale rol van urgentieartsen nog meer in de verf gezet. Samenwerking en uitwisseling van expertise tussen disciplines hebben hierbij altijd centraal gestaan en in vele spoedgevallendiensten gebeurt dit ook probleemloos zowel voor wat betreft de acute patiëntenzorg als voor de doorgedreven opleiding van alle betrokken actoren.

Urgente analgosedatie en farmacologisch coma maken inherent deel uit van de kerncompetenties van een urgentiearts. Deze procedures gebeuren 24/7, zijn niet-planbaar en hebben karakteristiek een tijd- of toestandkritisch karakter waarbij het niet uitvoeren of uitstellen van de handeling de mortaliteit en morbiditeit verhoogt of een situatie van ernstig discomfort van de patiënt bestendigt. De uitgebreide wetenschappelijke evidentie dat dit veilig en kwalitatief kan gebeuren door urgentieartsen is niet contesteerbaar ([Green SM, et al. Ann Emerg Med. 2019](#)). Meer nog, gezien de specifieke context van de urgentiegeneeskunde waarbij de patiënt vaak onstabiel, per definitie niet nuchter, mogelijk geagiteerd etc. is, is de urgentiearts bij uitstek competent om deze urgente aktes uit te voeren.

Toen de kwaliteitswet begin dit jaar in voege trad, merkten we als beroepsgroep op dat de bovenstaande realiteit niet gecapteerd was en dat dit er de facto kon voor zorgen dat urgentieartsen in een wettelijk vacuüm dienden te werken. Dit kon een vergetelheid zijn of was het toch ingefluisterd door een andere beroepsvereniging, gedreven door misplaatst corporatisme en geldbejag? De brief van BSAR en BESARPP die we -tot onze ontstentenis (en die van meerdere collega anesthesisten) - mochten ontvangen (14/9) doet ons het laatste vermoeden... Schaamteloos en sloganesk wordt de kwaliteitswet en de zogenaamde patiëntveiligheid misbruikt met enkel de eigen portemonnee voor ogen. Men schuwt hierbij de unilaterale

oorlogsretoriek niet en doet herhaaldelijk de waarheid geweld aan. Zal men inderdaad een collega strafrechtelijk vervolgen wanneer die een patiënt niet in pijn laat afzien, wachtend op de extramurale wachtdienst anesthesie die 30 minuten op zich laat wachten? Is een arts die analgosedatie kan toedienen bij een kritiek instabiele patiënt plots niet meer in staat om dit te doen in stabiele gecontroleerde omstandigheden (tenzij wanneer de lokale anesthesist op dat moment ' bezig' is). Verwacht men werkelijk dat een anesthesist van thuiswacht midden in de nacht naar de spoedgevallendienst terugkeert om gedurende enkele minuten een korte roes te geven voor de reductie van een schouderluxatie of is dit iets dat vanaf nu terug zonder analgosedatie moet gebeuren ("even op de tanden bijten...")? Het 'Safety First' model dat binnen de anesthesie (BVAR-BSAR) zelf haar oorsprong vond laat alvast niet toe dat procedures simultaan en ongesuperviseerd kunnen verlopen dus concreet betekent dit een extra te financieren wachtsysteem...

Werken op een spoedgevallendienst is niet eenvoudig, een dergelijke rechtsonzekerheid en ongebreideld paternalisme maakt dat werk onmogelijk en het voornaamste slachtoffer hiervan zal de patiënt zijn. Bovendien is dit terug naar af wat betreft de transitie richting patient-centered care, en een revival van de prestatiegeneskunde. De spoedgevallendienst wordt terug afhankelijk van de goodwill van andere disciplines om al of niet tijdig bepaalde prestaties op die spoedgevallen te komen uitvoeren. De realiteit leert dat dit recht evenredig zal staan met de opbrengst van de prestatie, het moment van de dag... Het te verwachten gevolg: een nog grotere burn-out bij spoedgevallenartsen en -verpleegkundigen, een nog grotere crowding op de spoedgevallendienst en vooral het niet tijdig en suboptimaal verlenen van de nodige hulp in nood.

Geachte minister Vandenbroucke, via dit schrijven vragen we U dan ook een dringende aanpassing van de kwaliteitswet te doen om deze bestaande vergetelheid te corrigeren en de urgentiearts te erkennen in zijn competentie voor wat betreft analgosedatie en farmacologisch coma, handelingen die hij of zij de voorbije 10 jaar in België al dagelijks stelde en die ook internationaal tot de taak van de urgentiearts behoren. Het is duidelijk dat de best geplaatste persoon om urgente analgosedatie en farmacologisch coma te voorzien in de complexe context van de ongeplande zorg op de spoedgevallendienst en binnen de dringende geneeskundige hulpverlening de urgentiearts is. Continue opleiding en peer review is hierbij zonder enige twijfel cruciaal maar primair de verantwoordelijkheid van de diensthoofden urgentiegeneskunde, de universitaire diensten, de stagemeesters, de opleidingscommissies en de bestaande academies, die deze verantwoordelijkheid huidig al ten volle opnemen. Zoals binnen de kwaliteitswet voorzien dient elke arts hiervoor -zonder discussie- ook zelf in te staan via het bijhouden

van een portfolio, het volgen van herhaalde opleiding en het enkel uitvoeren van handelingen waarvoor hij of zij de nodige competenties heeft verworven.

We zijn steeds bereid dit verder mondeling voor U te duiden en desgewenst deel te nemen aan constructief overleg.

Voor de Belgian College of Emergency Physicians (BECEP),

Prof. Dr. Pascal Vanelderden, voorzitter - pascal.vanelderden@gmail.com

Voor de Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine (BESEDIM),

Prof. dr. Alexandre Ghuysen, voorzitter - a.ghuysen@chuliege.be

Voor de universitaire stagemeesters,

Prof. Dr. Ives Hubloue, diensthoofd spoedgevallendienst UZ Brussel - Ives.Hubloue@vub.be

Voor de Urgentieartsen in opleiding,

Dr Michiel Stiers, liaison Vlaamse Assistenten Urgentiegeneeskunde VLUG - michiel.stiers@kuleuven.be

Contactpersonen:

Prof. Dr. Patrick Van de Voorde, vice-voorzitter / secretaris BESEDIM

Patrick.vandevoorde@uzgent.be - 0488420841

Prof. Dr. Pascal Vanelderden