

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23016>

Please be advised that this information was generated on 2020-11-24 and may be subject to change.

Spoedeisende medische hulpverlening

Versterking van de keten

H.J.J.M. Berden, J. Biert, R.J.R. Eijk,
P.H.J. Giesen, E.J.P. Lamfers en
H.J.M. Smits

**Het Medisch Ondersteunend Team/
CPA Nijmegen als verbindende
schakel in de keten van spoedeisende
medische hulpverlening. Opzet en
eerste ervaringen.**

IN HET BEGIN 1995 verschenen rapport 'De keten rammelt' werden de knelpunten in de onderlinge afstemming van de verschillende hulpverlenende instanties binnen de spoedeisende medische hulpverlening in kaart gebracht.¹ In totaal werden 11 Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's), 17 ambulancediensten, 22 ziekenhuizen en 19 huisartsen bij deze inventarisatie betrokken.

In het rapport worden belangrijke verschillen geconstateerd in de wijze waarop de spoedeisende medische hulpverlening wordt georganiseerd. Bij de betrokken instanties blijkt er weinig of geen aandacht te bestaan voor relaties en afstemming op andere organisaties en hulpverleners. Om een voldoende niveau van kwaliteit te kunnen garanderen zullen de verschillende betrokkenen gezamenlijk een kwaliteitsstelsel moeten opzetten dat de gehele keten van de spoedeisende medische hulpverlening omvat, dat wil zeggen van huis of straat tot aan de ziekenhuisafdeling. Adequate communicatie dient hierbij te worden beschouwd als een van de belangrijkste voorwaarden voor de onderlinge afstemming.

Deze bevindingen en conclusies sluiten goed aan op de in 1991 gegeven adviezen van de gezamenlijke werkgroep van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).² Het rapport 'Advies structuur en financiering ambulancehulpverlening' van deze werkgroep onderstreept het belang van afstemming op en samenwerking tussen de verschillende schakels voor de doeltreffendheid van de spoedeisende medische hulpverlening.

Met dit belang als uitgangspunt presenteren wij een operationeel samenwerkingsmodel, alsmede de eerste ervaringen hiermee.

Onderlinge afstemming

Er is op ten minste twee niveaus behoefte aan het onderling afstemmen van informatie.

Het eerste niveau is dat van de keten van *spoedeisende medische hulpverlening*, waarbij kan worden gedacht aan werkafspraken, protocollen en dergelijke. Aan zo'n systeem kunnen prestatie-eisen voor wat betreft de omgang met informatie worden gesteld: eisen aangaande de effectiviteit, de efficiency, de duurzaamheid (zo langdurig mogelijk bruikbaar), de gebruikersvriendelijkheid en de integreerbaarheid (vermogen tot inpassing).³

Het tweede niveau is dat van de *zorgverlening aan de individuele patiënt*. Dit betreft bijvoorbeeld informatie over vitale functies, zoals pols en tensie. Zodra er meerdere schakels van de keten bij een patiënt betrokken raken is er (behoefte aan) uitwisseling van dergelijke informatie. Dit geldt onder meer voor de uitwisseling tussen de CPA en de ambulance, tussen de ambulance en (de afdeling Spoedeisende Hulp van) het ziekenhuis. Het vitale belang van een goede afstemming van preklinische en klinische hulpverlening op elkaar is bekend. Gevolgd door een adequate klinische opvang, resulteert een dergelijke afstemming in een reductie van te voorkomen mortaliteit.^{4 5}

De praktijk

Wat bleek in de praktijk?

In een recent rapport stelde de Inspectie een verlies aan informatie op het niveau van de patiënt vast; ziekenhuizen geven aan op minder punten informatie te hebben gekregen dan door de CPA's en ambulancediensten was doorgegeven. Op het niveau van het systeem blijkt dat de preklinische medische (para)professionals slechts zelden advies vragen aan deskundigen in het ziekenhuis. Omgekeerd geven specialisten ook zelden ongevraagd advies. Een dergelijke uitwisseling is niet in een structuur vastgelegd of

anderszins geformaliseerd. Overdracht van een patiënt en de daarbij horende informatie noopt blijkbaar niet tot meer.

Het in de praktijk vastgestelde staat haaks op de inmiddels ontstane situatie, die vraagt om een intensiever contact tussen de diverse betrokkenen in de keten van de spoedeisende medische hulpverlening. De ambulancediensten hebben zich in de jaren geleidelijk ontwikkeld van ambulancevervoer naar ambulancehulpverlening.^{6 7} De aanzienlijke uitbreiding van met name het therapeutisch arsenaal waarin dit heeft geresulteerd, maakt afstemming op de huisarts en het ziekenhuis op zijn minst wenselijk.⁸ Het feit dat de positie van de huisarts in de acute hulpverlening onduidelijk is en op verschillende wijze wordt ingevuld maakt deze behoefte nog groter.^{9 10}

Een andere in dit kader relevante ontwikkeling is de voortschrijdende multidisciplinaire samenwerking in de prehospital fase; voorbeelden: het traumateam en de inzet van een helikopter.¹¹

Tot slot stimuleert de toegenomen juridisering van de gezondheidszorg de behoefte aan uitwisseling. Als voorbeelden kunnen de Wet op de beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WK CZ) worden genoemd.

Een regionaal samenwerkingsmodel

In Nijmegen wordt de daar gevestigde CPA bediend door de ambulancediensten van Nijmegen, Grave, Boxmeer en Druten. Patiënten worden voor het merendeel vervoerd naar de beide ziekenhuizen van Nijmegen, te weten het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het Academisch Ziekenhuis Nijmegen St Radboud.

Tot in 1994 bestonden er geen geïnstitutionaliseerde contacten tussen de diverse schakels in de spoedeisende medische hulpverlening. Wel was er sprake van beperkte incidentele uitwisseling van informatie, bijvoorbeeld retrospectief rond bijzondere casuïstiek. In zijn algemeenheid kunnen de verhoudingen destijds worden getypeerd als neutraal.

Naar aanleiding van de bovengenoem-

de behoefte is in de regio Nijmegen begin 1994 het initiatief genomen tot het instellen van een verbeterd samenwerkingsmodel. Op basis van een aantal vooraf geformuleerde uitgangspunten was de opzet als volgt:

- Het model heeft betrekking op alle medische functies en activiteiten in het kader van de spoedeisende medische hulpverlening;
- Het model bevordert het komen tot een geïntegreerd aanbod van spoedeisende medische hulpverlening en heeft in deze hoedanigheid geen eigenstandige operationele (hulpverlenings)taken.
- Het model heeft een adviserende functie en heeft daarbij een autonome en onafhankelijke positie.
- Het model moet, waar mogelijk, aansluiten op regionale ontwikkelingen op dit gebied, bijvoorbeeld het geplande Traumacentrum Oost, daar een dergelijk gespecialiseerd centrum aanzienlijke gevolgen heeft voor de preklinische hulpverlening.¹²
- De CPA coördineert het model en draagt de operationele kosten.
- De betrokken organisaties zijn en blijven zelfstandig verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorgverlening.

De invulling van deze opzet resulteerde in het Medisch Ondersteunend Team Ambulancedienst/CPA Nijmegen (Motan). Het model werd in 1994 naar de praktijk toevertaald en in gebruik genomen, en wel aan de hand van het vaststellen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijk-

heden. Een en ander werd vastgelegd in een beleids- en een bijbehorend jaarplan. Het Motan richtte zich in eerste aanleg op het verbeteren en borgen van de kwaliteit door het (laten):

- bevorderen van multidisciplinaire protocollering;
- verbeteren en behouden van kennis en vaardigheden;
- opzetten van bij- en nascholing;
- leveren dan wel ontsluiten van medisch inhoudelijke deskundigheid;
- bevorderen van adequate informatievoorziening en
- behandelen van casus die multidisciplinaire bespreking behoeven.

Uit deze opsomming zijn twee kerntaken af te leiden.

Op de eerste plaats het gevraagd en ongevraagd leveren van medisch-inhoudelijke deskundigheid. Als tweede taak geldt de netwerkfunctie. Door voldoende binding met diverse schakels in de keten van de spoedeisende medische hulpverlening is het Motan hierbij in staat de uitwisseling van kennis, kunde en andersoortige informatie tot stand te brengen en te onderhouden. In de *figuur* wordt het model nader uitgewerkt.

De vorm waarin het Motan qua bezetting werd uitgewerkt is die van een klein en goed op elkaar ingespeeld team. Er is gekozen voor een invulling met vier direct betrokken medische disciplines, te weten chirurgie/traumatologie, huisartsgeneeskunde, anesthesie/intensive care en car-

diologie, onder leiding van een technisch voorzitter. De leden representeren de vier genoemde disciplines. Zij werken in de regio en werden gekozen op basis van hun specifieke deskundigheid en interesse in de spoedeisende medische hulpverlening.

Het team is ondergebracht bij de CPA en de leden nemen zitting op persoonlijke titel. Vanwege de onafhankelijkheid en slagkracht werd expliciet niet gekozen voor een start met een aantal min of meer officiële representanten van de werkkring of organisatie. Er bestaat dan ook geen formele band met de organisaties waaruit de leden van het team afkomstig zijn. Wel was het de bedoeling dat via deze leden met de organisaties zou worden gecommuniceerd (netwerkfunctie).

Het Motan wordt ondersteund door een verpleegkundige/staffunctionaris, die optreedt als secretaris. Deze verzorgt tevens de liaison met de CPA en ambulancehulpverleners, te weten verpleegkundigen en chauffeurs.

Eerste ervaringen

Inmiddels is het Motan meer dan een jaar in functie en is op basis van het eerste jaarplan voorzichtig een tussenbalans op te maken.

Er is veel tijd gestoken in het vormen van het team. Dit hield verband met de werving en selectie van de leden van het team enerzijds en het onderling op elkaar ingespeeld raken van de leden van team an-

Figuur. Kerntaken van het samenwerkingsmodel regionale spoedeisende medische hulpverlening.

