

DE KETEN RAMMELT

Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening

Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, 1994

Werkgroepsamenstelling:

Mw. Dr. R.R.R. Huijsman-Rubingh, arts
De heer W.J. Spiers, arts (tot 01-10-1994)
Mw. B. Hazelzet-Crans
Mw. drs. C.A.M. Evers
Mw. C.H. Verver

Inhoudsopgave:

	Pagina
Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Opzet en uitvoering van het onderzoek	7
1.1 Doelstelling	7
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen	7
1.3 Methode en werkwijze van onderzoek	7,8
1.4 Procedure	9
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	10,11
Hoofdstuk 3: Bevindingen	12
3.1 Visie	12
3.2 Kwalitatieve en kwantitatieve grenzen	13
3.2.1 Kwalitatieve grenzen	13
3.2.2 Kwantitatieve grenzen	13,14
3.3 De beschikbaarheid van deskundigheid	14
3.3.1 Deskundigheid van de CPA	14
3.3.2 Deskundigheid van het ambulancepersoneel	15
3.3.3 Beschikbaarheid van de benodigde deskundigheid en functies In het ziekenhuis	15,16
3.3.4 Protocollen	17
3.3.5 Bij- en nascholingsbeleid	17
3.4 De organisatie van de hulpverlening	17
3.4.1 Interne taakverdeling	18
3.4.2 De taakverdeling tussen organisaties	18
3.4.3 Structurele contacten	19
3.5 Communicatie	19
3.5.1 Communicatie tussen CPA en ambulancedienst	19
3.5.2 Communicatie tussen CPA en ziekenhuis en ziekenhuis- Ambulancedienst	19
3.5.3 De mondelinge overdracht (ambulance-ziekenhuis)	20
3.5.4 De inhoud van de informatieoverdracht	20
3.5.5 Kwaliteit van informatie	21
3.5.6 Evaluatie van de informatieoverdracht	21
3.5.7 Registratie	22
3.5.8 Feedback over de informatie	22
3.6 Logistieke organisatie van de spoedeisende hulpverlening	23
3.6.1 Een centrale opvang	23
3.6.2 Faciliteiten	23
Hoofdstuk 4: Conclusies en aanbevelingen	24
4.1 Algemeen	24
4.2.1 De visie op de spoedeisende hulpverlening	24
4.2.2 Kwalitatieve en kwantitatieve grenzen	24
4.3 Deskundigheid	25
4.4 Organisatie en taak- en verantwoordelijkheidsverdeling	25
4.5 Logistieke organisatie	26
4.6 Communicatie	27

<u>Literatuur</u>		28
Bijlage 1:	Deelonderzoek naar de rol van huisarts binnen de spoedeisende hulpverlening	29
1.	Inleiding	29
2.	Resultaten van de enquête onder huisartsen	29
3.	Vervolgonderzoek huisartsen	30
	- visie	30
	- de rol van de huisarts	31
	- deskundigheid	31
	- taakverdeling	32
	- communicatie tussen huisartsen en de CPA, de ambulancedienst en ziekenhuis	32
	- discussie en conclusies	33
Bijlage 2:	Begrippen en afkortingen	34

INLEIDING

Zowel binnen de klinische geneeskunde als bij de ambulancehulpverlening is sprake van een voortgaande specialisatie en differentiatie. Er wordt daarom steeds meer verwacht van de hulpverleners. Dit heeft gevolgen voor de opleiding in de spoedeisende hulpverlening, de inrichting en uitrusting van de ambulances en voor de eisen die gesteld worden aan communicatie en registratie.

De voortgaande specialisatie en differentiatie heeft als gevolg dat de hulp aan (poly)-traumaslachtoffers en slachtoffers met problemen van acute interne en cardiologische aard een speciale wijze van opvang, vervoer en afhandeling behoeven.

Onder spoedeisende hulpverlening wordt verstaan: de professionele hulpverlening die wordt geboden aan acute patienten voor zover deze zijn aangemeld via de CA en waarvoor door de CA een ambulance wordt ingezet (met urgentiecode A1) tot en met de overdracht van deze patiënt(en) aan het ziekenhuis. In een dergelijke hulpverlening is de snelle onderkenning van het lijden of letsel (de triage) en vervolgens het terstond op gang brengen van levensreddende hulpverlening van groot belang. In de spoedeisende medische hulpverlening geldt immers dat het eerste uur vaak beslissend is over leven en dood en bepalend is voor de omvang van de restverschijnselen (golden hour). Er valt in dit verband aanzienlijke tijd- en kwaliteitswinst te behalen als de hulpverlening al in gang gezet kan worden op de plaats waar het slachtoffer wordt aangetroffen.

Veelal zal de ambulance-verpleegkundige als eerste de patiënt onder ogen krijgen. Aan deze functie kleven dan ook grote verantwoordelijkheden op het gebied van de triage en eerste opvang.

Een optimale spoedeisende hulpverlening is alleen mogelijk wanneer alle schakels in de hulpverlening op een zodanige wijze zijn afgestemd dat gesproken kan worden van een geïntegreerde spoedeisende hulpverlening. Daarom is een gestructureerde hulpverlening met afspraken tussen de hulpverleners onderling en tussen de CA, de ambulancediensten, de ziekenhuizen en de huisartsen van groot belang.

Een optimale spoedeisende hulpverlening is alleen mogelijk wanneer alle schakels in de hulpverlening op een zodanige wijze zijn afgestemd dat gesproken kan worden van een geïntegreerde spoedeisende hulpverlening. Daarom is een gestructureerde hulpverlening met afspraken tussen de hulpverleners onderling en tussen de CA, de ambulancediensten, de ziekenhuizen en de huisartsen van groot belang.

De kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening kan vanuit verschillende invalshoeken bekeken worden. Dit blijkt uit de diverse onderzoeken op het terrein van de (spoedeisende) ambulanceverlening, de opvang van traumaslachtoffers en dergelijke.

In het proefschrift van Draaisma (1989) is bijvoorbeeld uitvoerig aandacht besteed aan de wijze waarop er verandering in de opvang van traumaslachtoffers zou moeten komen. Teijink (1992) geeft met name aan hoe de kwaliteit van de ambulanceverlening verbeterd zou kunnen worden door protocollering. Ook de Geneeskundige Inspectie (1992) heeft aandacht besteed aan de wijze waarop ambulancediensten omgaan met kwaliteit. Een van de conclusies c.q. aanbevelingen in dit onderzoek was dat het nuttig zou zijn dat ambulancediensten meer structurele samenwerkingsafspraken zouden maken met huisartsen en ziekenhuizen in hun verzorgingsgebied.

De kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening is, zoals hierboven ook al werd aangegeven, niet alleen afhankelijk van de (interne) kwaliteit van ieder onderdeel (hulpverlener dan wel hulpverlenende instantie) maar ook van de onderlinge afstemming tussen de verschillende onderdelen. Juist het onderbreken van samenwerkingsafspraken tussen de schakels kan de kwaliteit van de (keten van) spoedeisende hulpverlening aantasten. Ook hier gaat namelijk de stelregel op dat de keten zo sterk is als de zwakste schakel.

Dit "afstemmings-aspect" is in de onderzoeken tot nu toe veelal onderbelicht gebleven. Voor de Geneeskundige Inspectie vormde de vraag over de (mate van) afstemming en samenwerking binnen het geheel van de spoedeisende hulpverlening de aanleiding tot dit onderzoek. De nadruk ligt dus met name op de afstemming tussen de verschillende onderdelen en niet zozeer op de (interne)kwaliteit per onderdeel. De interne kwaliteit is alleen op die aspecten bekeken waar dit van invloed is op de afstemming.

De genoemde onderdelen c.q. schakels binnen de keten van spoedeisende hulpverlening zijn de CPA's, de ambulancediensten, de (afdelingen spoedeisende hulpverlening in de) ziekenhuizen en in een aantal gevallen ook de huisartsen. Omdat de spoedeisende hulpverlening formeel tot het takenpakket van de huisarts hoort, zou het vanzelfsprekend zijn om een representatieve vertegenwoordiging van de huisartsen voor dit onderzoek te selecteren. Door het grote aantal huisartsen dat in Nederland werkzaam is, zou dit een (onevenredig) groot aandeel van ons onderzoek gaan vormen. Vanwege de beperkte mankracht en het feit dat een groot aantal huisartsen in de praktijk geen of een zeer kleine rol is gaan spelen binnen de spoedeisende hulpverlening, werd besloten om de huisartsen slechts zijdelings in het onderzoek te betrekken. Dat wil zeggen dat slechts een klein aantal huisartsen (die daadwerkelijk spoedeisende hulp verlenen in de praktijk) in het onderzoek opgenomen zijn. Zodoende zou het toch mogelijk zijn om tenminste een idee te krijgen van eventuele afstemmingsproblemen met huisartsen. Omdat dit deel van het onderzoek vanwege het aantal slechts als illustratieve aanvulling beschouwd wordt, is het in een bijlage (bijlage 1) geplaatst.

De interne afstemming in het ziekenhuis, in de zin van de verdere afhandeling van de spoedeisende hulpverlening binnen het ziekenhuis, is in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De complexiteit hiervan zou een op zichzelf staand onderzoek rechtvaardigen.

Het voorliggende rapport bevat derhalve de resultaten van het onderzoek naar de afstemming tussen de CPA's, de ambulancediensten en de ziekenhuizen. In het eerste hoofdstuk worden de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 2 wordt vervolgens een theoretisch kader geschetst. Hoofdstuk 3 omvat de bevindingen. Deze zijn beschreven aan de hand van de indeling uit het theoretisch kader. Tenslotte volgen in hoofdstuk 4 de conclusies en aanbevelingen. In bijlage 1 staan de bevindingen en conclusies van het onderzoek onder huisartsen beschreven.

HOOFDSTUK 1: OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

1.1 Doelstelling

Het doel van het onderzoek was het inventariseren en analyseren van de knelpunten in de afstemming van de spoedeisende hulpverlening. Het ging daarbij om de volgende onderdelen:

- de schakel van centralist naar ambulancehulpverleners; van centralist naar de hulpverleners in het ziekenhuis
- de schakel van ambulancehulpverleners naar hulpverleners (op de afdeling spoedeisende hulp) in het ziekenhuis

Hoewel de huisarts soms eveneens een schakel vormt, is deze (schakel) in een afzonderlijke bijlage geplaatst. Het traject van verdere afhandeling binnen het ziekenhuis is geen onderdeel van het onderzoek.

De Inspectie wil met het onderzoek inzicht verschaffen in de wijze waarop de afstemming binnen de spoedeisende hulp verloopt en aanbevelingen geven om eventuele problemen te verhelpen.

1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

In hoeverre is de spoedeisende hulpverlening tussen CA, ambulancehulpverleners (en/of de huisarts) en de (afdeling) spoedeisende hulpverlening in het ziekenhuis op elkaar afgestemd?

Onderzoeksvragen:

1. Vindt er binnen de spoedeisende hulpverlening afstemming plaats tussen de verschillende schakels?
2. Wordt er voldaan aan de voorwaarden die voor deze afstemming noodzakelijk zijn?

N.B. De afstemming van de huisarts binnen dit geheel is in een afzonderlijke bijlage geplaatst

1.3. Methode en werkwijze van onderzoek

Het onderzoek gaat over de afstemming tussen de schakels in de keten van spoedeisende hulp. Daarom zijn zowel CPA's, ambulancediensten, ziekenhuizen en (zijdelings) huisartsen betrokken. ¹ Deze vormen tezamen de keten van spoedeisende hulp in een bepaalde regio.

Iedere instantie/beroepsbeoefenaar heeft daarin haar eigen taak. In de uitoefening van die taak zijn zij in grote mate van elkaar afhankelijk. De CA coördineert het ambulancevervoer in de regio.

Iedere CA heeft een aantal bij die CA "aangesloten" ambulancediensten die, voor de spoedeisende hulpverlening, op aanvraag van de CA werken.

In de regio van een CA bevinden zich een of meerdere ziekenhuizen. De ambulancediensten brengen de patiënten naar het meest geschikte ziekenhuis. De geschiktheid is in dit verband afhankelijk van de snelheid waarmee de ambulancediensten de patiënt in het ziekenhuis kunnen brengen, en van de mogelijkheden die het ziekenhuis aan die patiënt te bieden heeft.

Om inzicht te krijgen in de afstemming van de spoedeisende hulpverlening werden bij elkaar horende eenheden, opererend in dezelfde regio, geselecteerd. Zodoende kon een beter overzicht verkregen worden van de afstemming en eventuele knelpunten.

Omdat de CPA verantwoordelijk is voor de coördinatie van de spoedeisende hulpverlening in een bepaalde regio, werd besloten om de CPA's als eerste te selecteren. Per inspectieregio werd een lijst opgesteld van de CPA's in die regio, waarna op a-selectie wijze een CPA werd geselecteerd.

Na selectie van deze CPA's konden de ziekenhuizen in de betreffende regio's worden geselecteerd. Per CPA werd vervolgens een lijst opgesteld van ziekenhuizen in die regio. Deze werd naar omvang (aantal bedden) geordend omdat er uitgegaan werd van de vooronderstelling dat de omvang van het ziekenhuis van invloed kan zijn op de organisatie c.q. rol die dat ziekenhuis speelt in de spoedeisende hulpverlening. Daarom werd eerst geïnventariseerd hoeveel academische, grote (>600 bedden), middelgrote (300-600 bedden) en kleine ziekenhuizen (<300 bedden) er in Nederland zijn, om zo een evenredig aantal van deze categorieën in de steekproef te betrekken.

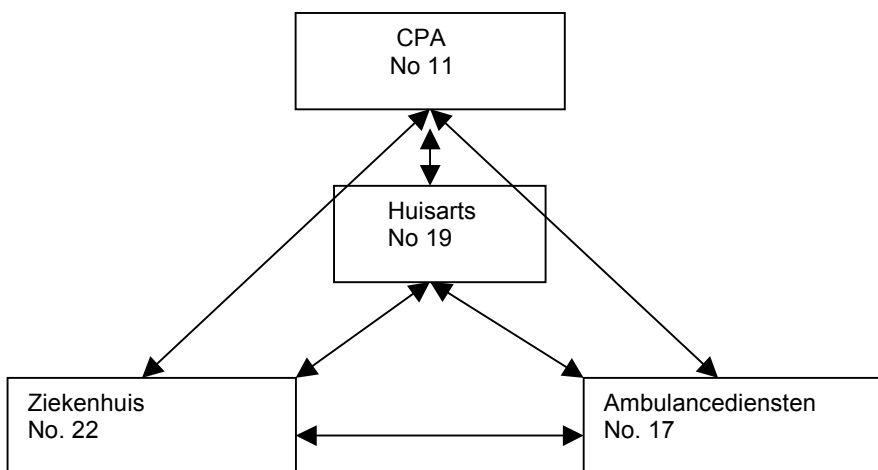
Dit leverde de volgende percentages op: van het totale aantal algemene en academische ziekenhuizen (128) zijn er 6% academisch, 26% grote, 41% middelgrote en 27% kleine ziekenhuizen. In een zuivere steekproef zou dit betekenen dat 1 academisch ziekenhuis, 5 grote, 8 middelgrote en 6 kleine ziekenhuizen in het onderzoek betrokken dienden te worden. In werkelijkheid werden het: 1 academisch ziekenhuis, 6 grote, 8 middelgrote en 7 kleine ziekenhuizen.

Na de selectie van de ziekenhuizen werden de ambulancediensten geselecteerd. Deze zijn gekozen aan de hand van de vestigingsplaatsen van de ziekenhuizen (als twee ziekenhuizen in dezelfde stad/plaats liggen, werd volstaan met één ambulancedienst)

De steekproef omvatte in principe per inspectieregio één CPA, twee ziekenhuizen, één of twee ambulancediensten en twee huisartsen. Alleen in Zuid-Holland werden (vanwege de grootte) 2 CPA-regio's geselecteerd (en dus ook extra ziekenhuizen, ambulancediensten en huisartsen).

In totaal werden er 11 CPA's, 17 ambulancediensten en 22 ziekenhuizen bij het onderzoek betrokken. In onderstaand schema is dit weergegeven.

¹ De inschakeling van een helikopter is buiten het onderzoek gehouden omdat dit niet in het reguliere spoedvervoer past. Het wordt namelijk vrijwel uitsluitend toegepast in Zeeuws-Vlaanderen en op de eilanden.



Per CPA werden één of twee ambulancediensten geselecteerd en twee ziekenhuizen

1.4 Procedure

De uitvoering van het onderzoek vond plaats in de periode maart t/m augustus 1993.

Op basis van inspectiebezoeken werden gesprekken gevoerd aan de hand van semi- gestructureerde vragenlijsten. Alle Regionale Inspecties waren bij de uitvoering van het onderzoek betrokken. Bij de CPA's werd gesproken met het hoofd van de CPA en een centralist. Bij de Ambulancediensten werd gesproken met het hoofd van de ambulancedienst, een verpleegkundige en (eventueel) een chauffeur.

De ziekenhuizen werden vertegenwoordigd door het hoofd van de afdeling spoedeisende hulp, een vertegenwoordiger van de medisch specialisten en een vertegenwoordiger van de verpleegkundige discipline, beiden belast met de spoedeisende hulpverlening.

Voor het onderzoek daadwerkelijk begon, werd in een pilot-onderzoek de vragenlijst op bruikbaarheid getoetst. Hiervoor werden twee CPA's en twee ambulancediensten bezocht waarbij tevens in de betreffende regio's een bezoek werd gebracht aan een afdeling spoedeisende hulpverlening van een ziekenhuis. Op grond van deze pilot werd inzichtelijk hoe lang de gesprekken zouden duren, wat de aard, de inhoud en de hoeveelheid van de verzamelde gegevens zou zijn en of de vragen voldoende aansloten bij het kennisniveau en de belevingswereld van de gesprekspartner.

De vragenlijst werd op basis van de bezoeken op sommige punten bijgesteld. Ten behoeve van de eenduidigheid en de betrouwbaarheid van het onderzoek ging zo vaak als mogelijk was een vertegenwoordiger van de werkgroep mee met deze bezoeken. Per bezoek werd een verslag opgesteld van de bevindingen. Dit verslag was zowel bestemd voor de bezochte organisatie als voor de Geneeskundige Inspectie (voor het totaalrapport). Nadat alle verslagen verzameld waren, werden de gegevens verwerkt en geanalyseerd en werd het eindrapport opgesteld.

HOOFDSTUK 2: THEORETISCH KADER

De keten van de spoedeisende hulpverlening bestaat uit een viertal delen die nauw op elkaar moeten zijn afgestemd:

- de huisarts (indien aanwezig)
- de centrale post ambulancevervoer (CPA)
- de ambulancedienst
- (de eerste hulp van) het ziekenhuis

De huisarts heeft tot taak de noodzakelijke eerste hulp te verlenen aan de patiënt. Bij de spoedeisende hulpverlening komt dit er op neer dat hij de patiënten in een zo stabiel mogelijke conditie brengt, in afwachting van de komst van de ambulance. Wanneer de ambulance aankomt, zal hij de patiënt overdragen aan de ambulancebemanning en daarbij alle relevante informatie verstrekken die nodig is om de patiënt zo adequaat mogelijk verder te vervoeren naar het ziekenhuis. Indien nodig dient hij bereid te zijn met de ambulance mee te gaan om de medische zorg in de ambulance voort te zetten.

De Centrale Post Ambulancevervoer is de organisatie die belast is met de coördinatie van het ambulancevervoer binnen een bepaald gebied (memorie van Antwoord (M.v.A.) 2, blz. 12, Wet Ambulancevervoer (WAV). Het accent van de centrale post dient met name te liggen op een doeltreffende organisatie en coördinatie (M.v.A. blz. 7) Bij elke aanvraag om ambulancevervoer beslist degene die is belast met de leiding van de centrale post of ambulancevervoer noodzakelijk is en door wie en op welke wijze het zal worden verricht (art. 7 WAV).

Uit deze omschrijving kan worden opgemaakt dat er een kwalitatieve beoordeling van de vraag naar ambulancevervoer dient plaats te vinden. In artikel 6 WAV wordt hiervoor aangegeven dat degene die met de leiding van de centrale post is belast, indien hij zelf geen geneeskundige is, in de vervulling van zijn taak moet worden bijgestaan door een geneeskundige.

In de toelichting van dit artikel staat nog dat de feitelijke gang van zaken voor een belangrijk deel aan het personeel van de post kan worden toevertrouwd. Maar de leider van de centrale post moet wel snel bereikbaar zijn om de hulpverlening zo nodig persoonlijk te kunnen coördineren, "daarbij steunend op zijn inzicht met betrekking tot de ernst der ongevallen en de daardoor vereiste wijze van hulpverlening".

Voorts zal de centrale post een inzicht moeten hebben in de opnamemogelijkheden van de ziekenhuizen in het gebied, "opdat die patiënten welke spoedeisende hulp behoeven ook onverwijld opgenomen zullen kunnen worden" (M.v.A. 2, blz. 6)

Over de taak van de Centrale Post Ambulancevervoer zijn dus in de WAV uitspraken te vinden die de centrale post als een centrum aanwijzen, dat er voor moet zorgdragen dat een optimale hulpverlening tot stand kan komen. De WAV zegt echter weinig over de kwaliteit die hiervoor nodig is. Over de kwaliteit van de centralist, die in de praktijk de optimale hulpverlening moet coördineren, laat de WAV zich niet uit. Wel is er inmiddels, mede naar aanleiding van adviezen van de inspectie en van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) een functieprofiel van de verpleegkundig centralist opgesteld door SOSA (de Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van het Ambulancevervoer), waarover consensus is bereikt in het veld (SOSA/CITO, 1992).

Over de medische deskundigheid bestaan wel wettelijke voorschriften; in de WAV art. 6 is bepaald dat degene die belast is met de leiding van een CPA, indien hij zelf geen geneeskundige is, in de vervulling van zijn taak moet worden bijgestaan door een geneeskundige. Dit impliceert overigens niet dat er constant een medicus op de dienst aanwezig moet zijn. In de toelichting van artikel 6 wordt aangegeven dat de CPA dag en nacht geopend moet zijn, met een verantwoord (zonder nadere bepaling) aantal personeelsleden gedurende de tijd dat het aanbod van vervoer geringer blijkt te zijn.

Aan de ambulancedienst zijn vooral in het Inventarisbesluit en in het Eisenbesluit, ex artikel 3 van de WAV nadere regels opgenomen met betrekking tot de inrichting en de bemanning van de ambulanceauto's. Bovendien zijn er op grond van dit artikel nadere eisen gesteld aan de paraatheid van de ambulanceauto's en aan het begeleidend personeel.

Voor de organisatie en uitvoering van het ambulancevervoer stellen Provinciale Staten nog regels in de vorm van een spreidingsplan voor de provincie of voor het gebied van een centrale post (artikel 4 WAV). Op basis van deze regelingen wordt in een adequate ambulancehulpverlening voorzien, waarbij binnen 15 minuten na melding bij een centrale post een goed uitgeruste ambulance aanwezig kan zijn. Vooral met de recente herziening van de besluiten ex artikel 3 WAV is er een betere waarborg gecreëerd voor een adequate ambulancehulpverlening die ook een kwalitatief verantwoorde hulpverlening betekent.

Conform het Besluit Erkenning van ziekenhuizen dient het ziekenhuis er voor zorg te dragen dat de opvang van patiënten, die zich voor spoedeisende medische hulp tot het ziekenhuis wenden, op een zodanige wijze is geregeld dat deze hulp op een doeltreffende en veilige wijze kan worden geregeld (NRV 1990). Om hieraan uitvoering te geven, zullen zowel intern als extern (met naburige ziekenhuizen) afspraken moeten worden gemaakt over de opvang van spoedpatiënten en over de hulpverlening voordat de patiënt in het ziekenhuis aankomt, zodat voorbereidende maatregelen in het ziekenhuis getroffen kunnen worden.

Hoewel elk van de onderdelen van de keten in feite mogelijkheden heeft de eigen rol in de spoedeisende hulpverlening op een verantwoorde wijze vorm te geven, zal de spoedeisende hulpverlening slechts op een kwalitatief verantwoord niveau kunnen plaatsvinden als de spoedeisende hulpverlening als totaalproces aan een aantal voorwaarden voldoet.

Dit betekent dat de ziekenhuizen de kwalitatieve en kwantitatieve grenzen met betrekking tot de spoedeisende hulpverlening dienen op te stellen. De CPA's, ambulancediensten en huisartsen moeten hiervan op de hoogte zijn. Bovendien zullen de verschillende onderdelen van de hulpverlening goed op elkaar afgestemd moeten worden.

Hierbij zijn de volgende elementen van belang:

- De hulpverlening moet voldoen aan de deskundigheidseisen. Deskundigheid is niet alleen vereist voor de directe hulpverlening zelf, maar ook met het oog op een effectieve overdracht
- Er moet een goede afbakening van taken en verantwoordelijkheden zijn, zowel binnen de eigen interne organisatie als met externe hulpverleners/organisaties
- De onderlinge communicatie moet goed gestructureerd verlopen en er moeten korte communicatielijnen bestaan
- Tenslotte moet er sprake zijn van een goede logistieke organisatie

Een andere belangrijke voorwaarde voor een kwalitatief verantwoorde spoedeisende hulpverlening is dat de organisatie toegankelijk moet zijn. Toegankelijkheid heeft betrekking op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van hulpverleners/organisaties. Ook hier is dit zowel in het belang van de eigen organisatie en de (omstanders van de) patiënt, als voor de andere schakels in de keten.²

2 Voor dit onderzoek, gericht op de onderlinge afstemming, is alleen gekeken naar toegankelijkheid in de zin van de beschikbaarheid van deskundigheid

HOOFDSTUK 3: BEVINDINGEN

De bevindingen van het onderzoek worden beschreven aan de hand van de voorwaarden uit het theoretisch kader.

3.1 Visie

Het is van belang na te gaan of er door de verschillende organisaties en hulpverleners een visie op de spoedeisende hulpverlening wordt gehanteerd omdat dit o.a. aangeeft dat er over de organisatie van de spoedeisende hulp is nagedacht. De kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening is, zoals in het theoretisch kader al geschetst is, afhankelijk van een aantal voorwaarden. Uitgaande van de vooronderstelling dat alle betrokken instanties of beroepsbeoefenaren kwaliteit nastreven, zouden deze aspecten ook terug te vinden moeten zijn in de visie. De voorwaarden moeten met andere woorden een afgeleide zijn van hetgeen men in de visie aangeeft na te (willen) streven. Iedere organisatie die bij de spoedeisende hulpverlening is betrokken, dient haar visie te expliciteren en de organisatie van hulpverlening hierop af te stemmen.

Indien een ziekenhuis bijvoorbeeld niet de intentie heeft om alle patiënten die zich aandienen voor spoedeisende hulp, ongeacht aard en ernst van het letsel, op te vangen, dan zullen er kwalitatieve grenzen gesteld moeten worden, waarvan de CPA en ambulancediensten op de hoogte zijn. Indien er daarentegen bewust geen grenzen zijn, dan zal men dit in de praktijk waar moeten kunnen maken en voldoen aan de daaraan gekoppelde voorwaarden van de beschikbaarheid van deskundigheden. Ook voor de CPA en de ambulancediensten zal de organisatie van het werk afgestemd moeten zijn op wat men conform de visie nastreeft. Ook hier zal de praktische vertaling van de voorwaarden steeds getoetst moeten worden aan de hand van de visie die men heeft op spoedeisende hulpverlening.

Tenslotte is het met het oog op de afstemming van belang dat hulpverleners uit de keten van spoedeisende hulpverlening op de hoogte zijn van elkaars visie en dat in de verschillende regio's consensus bestaat over de uitwerking daarvan in de dagelijkse praktijk.

Alle CPA's bleken een visie op de spoedeisende hulpverlening te hebben. Van de ambulancediensten zeiden bijna alle (één uitgezonderd) dat ze een visie op de spoedeisende hulpverlening hebben. Twintig ziekenhuizen gaven aan een visie te hebben op de spoedeisende hulpverlening. Twee ziekenhuizen hadden dit niet.

De inhoud van de visie van zowel de CPA's als de ambulancediensten was over het algemeen uitsluitend in zeer algemene bewoordingen omschreven. Het kwam meestal neer op het streven naar een zo snel en vloeiend mogelijk verlopende hulpverlening. Hierbij werd een aantal keren vermeld dat een kwalitatief goede bemanning op de ambulance daarin een essentiële rol vervult. De ziekenhuizen hadden een iets verder uitgewerkte versie, hoewel deze nog steeds vrij algemeen was. Vrijwel allemaal (18) gaven ze in de visie aan dat zij alle patiënten die zich aandienen voor spoedeisende hulp tenminste willen stabiliseren. Door een aantal ziekenhuizen (met name de grotere) werd daarbij expliciet aangegeven dat zij dit gedurende 7x 24 uur willen doen. Eén ziekenhuis gaf aan dat bewust gekozen is om geen grenzen te stellen aan de spoedeisende hulpverlening. Een ander ziekenhuis koos juist voor het nauw omschrijven van de grenzen die aan de hand van de traumascoringen worden aangegeven.

Twee CPA's stelden dat visie en werkelijkheid niet altijd met elkaar in overeenstemming zijn. Eén CPA vond met name dat de beoogde kwaliteit van informatie in sommige gevallen moeilijk te realiseren is, omdat de CPA soms zeer weinig tot geen informatie van de aanvragers van hulp ontvangt. Eén van de ambulancediensten vond dat de visie en de werkelijkheid niet helemaal met elkaar overeenstemden, omdat ze niet altijd de gewenste deskundigheid op de ambulance konden garanderen.

Vijf ziekenhuizen waren van mening dat de visie niet altijd waargemaakt kan worden. De redenen hiervan zaten met name in het niet realiseren van de continue bereikbaarheid/beschikbaarheid van de benodigde deskundigen.

3.2 Kwalitatieve en kwantitatieve grenzen van het ziekenhuis

Zoals in de vorige paragraaf al werd aangegeven, is het belangrijk dat de visie wordt geëxpliciteerd door aan te geven wat de kwalitatieve en kwantitatieve grenzen van de spoedeisende hulpverlening zijn. Deze kunnen vervolgens verder uitgewerkt worden in de beschikbaarheid van de benodigde functies en faciliteiten en in de maximale hoeveelheid op te nemen spoedpatiënten. Tegelijkertijd is het noodzakelijk dat de CPA's en ambulancediensten van deze grenzen op de hoogte zijn om de patiënt zodoende naar het meest geschikte ziekenhuis te kunnen (laten) vervoeren.

3.2.1 Kwalitatieve grenzen

De ziekenhuizen dienen hun inhoudelijke (kwalitatieve) grenzen voor de spoedeisende hulpverlening duidelijk aan te geven. Dat wil zeggen in concrete bewoordingen aangeven welke categorieën patiënten in het ziekenhuis geholpen kunnen worden en welke niet. Zodoende kunnen de CPA's de ambulances steeds naar het meest geëigende ziekenhuis verwijzen. Dit bevordert zowel de kwaliteit van hulpverlening als de snelheid ervan.

Vijftien ziekenhuizen gaven aan inhoudelijke grenzen te hanteren. In 7 van de 15 ziekenhuizen had men de grenzen ook schriftelijk vastgelegd; de andere 8 ziekenhuizen hadden dit niet. 7 ziekenhuizen gaven aan geen grenzen te hanteren; 2 hiervan gaven aan dat dit naar hun mening ook niet nodig is, omdat elke patiënt die voor spoedeisende hulp in het ziekenhuis wordt gepresenteerd, tenminste gestabiliseerd wordt.

Een gevolg van het niet aangeven van inhoudelijke grenzen werd in één regio duidelijk. Beide ziekenhuizen gaven aan dat het nog wel eens voorkomt dat patiënten worden gebracht die beter in een ander ziekenhuis geholpen hadden kunnen worden en omgekeerd. Twee ambulancediensten (uit verschillende regio's) gaven aan dat ze wel eens patiënten op de spoedeisende opvang van een ziekenhuis gebracht hadden terwijl de kwalitatieve mogelijkheid om de patiënt goed op te vangen niet aanwezig was/is.

Het meeste CPA's (één uitgezonderd) gaven aan globaal op de hoogte te zijn van de inhoudelijke grenzen ondanks het feit dat deze bij een groot aantal ziekenhuizen niet schriftelijk waren vastgelegd. In één regio waar de ziekenhuizen deze grenzen ook niet vastgelegd hadden gaven de CPA's en ambulancediensten dit ook aan.

Daarbij gaf de ambulancedienst aan dat dit niet zo erg is omdat alle patiënten, ongeacht het letsel c.q. de hulp die ze nodig hebben, altijd in het ziekenhuis gestabiliseerd worden.

Er zijn twee CPA's die de inhoudelijke grenzen van de ziekenhuizen in protocollen hebben opgenomen. De overige negen CPA's kenden de inhoudelijke grenzen, zonder dat deze schriftelijk zijn vastgelegd.

Eén van de CPA's gaf als nevencommentaar dat de kleine perifere ziekenhuizen nogal eens pretenties hebben die ze niet kunnen waar maken, ofwel dat deze grenzen niet helemaal realistisch waren.

De invulling van de kwalitatieve grenzen kan worden geconcretiseerd door de categorieën patiënten aan te geven aan wie het ziekenhuis wel of niet de benodigde hulpverlening kan bieden. De categorieën patiënten die niet de benodigde hulp konden krijgen, waren, volgens iets meer dan de helft van de ziekenhuizen, patiënten met ernstig neurologisch letsel, patiënten met ernstig oogletsel en patiënten met ernstige brandwonden. Hiervoor zijn opvangmogelijkheden buiten het ziekenhuis gezocht.

3.2.2 Kwantitatieve grenzen

Kwantitatieve grenzen verwijzen naar de maximale hoeveelheid patiënten die met spoed kunnen worden behandeld. De CPA's moeten steeds de actuele informatie uit de ziekenhuizen krijgen om te voorkomen dat patiënten wegens overcapaciteit te lang op de vereiste hulp moeten wachten en eventueel alsnog naar een ander ziekenhuis gebracht moeten worden.

Bij vrijwel alle CPA's (op één na) zijn de kwantitatieve opnamemogelijkheden voor de spoedeisende patiënten bekend.

Twee CPA's gaven echter aan dat zij niet altijd tijdig op de hoogte worden gesteld over tijdelijke capaciteitsproblemen in ziekenhuizen. Daarnaast gaf één CPA aan dat ziekenhuizen capaciteitsproblemen wel meldden, maar dat het niet doorgegeven werd als deze waren opgelost. Omgekeerd gaf één ziekenhuis aan dat de informatiestroom vanuit de CPA niet altijd helemaal goed verliep daar bijvoorbeeld een doorgegeven IC-opnamestop niet doorgegeven werd aan de ambulance. Dit werd door de ambulancedienst uit betreffende regio bevestigd.

Zes ziekenhuizen gaven aan nooit capaciteitsproblemen te hebben; twaalf ziekenhuizen hadden sporadisch wel eens capaciteitsproblemen, maar stelden de CPA hiervan altijd op de hoogte. Twee ziekenhuizen hadden incidenteel een ontoereikende hoeveelheid IC-bedden.

In het algemeen werd meegedeeld dat patiënten die met spoed zijn vervoerd en al in het ziekenhuis zijn gearriveerd, nooit worden geweigerd of doorverwezen. Hierbij werden geen uitzonderingen gemaakt; dus zelfs als er capaciteitsproblemen waren, werd de patiënt altijd eerst gestabiliseerd.

3.3 De beschikbaarheid van deskundigheid

De hulpverleners binnen de spoedeisende hulp verplichten zich niet alleen om de hulpverlening zo snel mogelijk te leveren, maar (vanzelfsprekend) ook om de patiënten op een adequate mogelijke wijze, hulp te bieden. De voorwaarden voor een snelle en adequate hulpverlening zijn de beschikbaarheid van deskundige hulpverleners en de beschikbaarheid van methoden en middelen die voor de hulpverlening nodig zijn. Met andere woorden, alle hulpverleners in het traject van spoedeisende hulpverlening dienen op hun terrein deskundig te zijn (en bovendien kennis te hebben van de deskundigheid van de andere hulpverleners). De deskundigheidseisen zijn in het theoretisch kader besproken.

Vervolgens zullen er regelingen of afspraken moeten zijn over de beschikbaarheid in personele en facilitaire zin van ondersteunende diensten. Tevens wordt de deskundigheid bevorderd door de aanwezigheid en gebruik van protocollen en bij- en nascholing.

3.3.1 Deskundigheid van de CPA

Bij de CPA zijn er uitsluitend wettelijke eisen voor de medische deskundigheid. Voor de verpleegkundige deskundigheid is er wel een beroepsprofiel waarover consensus in het veld bestaat. In de toelichting van artikel 6 wordt aangegeven dat de CPA dag en nacht geopend moet zijn met een verantwoord aantal (zonder nadere bepaling) personeelsleden gedurende de tijd dat het aanbod van vervoer geringer blijkt te zijn.

Bij drie CPA's hadden vrijwel alle centralisten een verpleegkundige achtergrond. Bij de overige CPA's varieert het aantal centralisten met een verpleegkundige achtergrond. In onderstaande tabel is dit weergegeven

Tabel 1: aantal verpleegkundigen/aantal centralisten

Totaal aantal centralisten	Aantal verpleegkundigen	Aantal niet verpleegkundigen
14	3	11
15	12	3
13	3	10
8	?	?
17	17	0
10	5	5
12	2	10
6	?	?
30 (3) *	3	0
34,5 (5) *	?	?
14	1	13

* geïntegreerde CPA ambulancedienst; eerstgenoemde is het totaal aantal werknemers in de hele organisatie. Daarnaast het aantal centralisten.

Een aantal ambulancediensten en ziekenhuizen merkte (zonder dat hiernaar gevraagd was) op dat de deskundigheid van de centralisten nog wel eens te wensen overliet.

Bij alle CPA's was er een continue bereikbaarheid van een medisch leider of medische adviseur; bij één CPA beschikte men bovendien over een geneeskundig adviseur gedurende een dagdeel per week.

3.3.2. Deskundigheid van het ambulancepersoneel

Volgens de recente herziening van de besluiten ex artikel 3 WAV moet de ambulancebegeleider een verpleegkundige zijn, die volgend op de opleiding tot verpleegkundige een specifieke scholing (SOSA) tot ambulanceverpleegkundige heeft gevolgd.

Hetzelfde wetsartikel doet ook uitspraken over de opleiding tot ambulancechauffeur, waardoor het oude diploma EHBO moet worden aangevuld met een specifieke (SOSA) chauffeursopleiding gericht op de ambulancehulpverlening.

Alle ambulancediensten hadden verpleegkundigen in dienst; bovendien hadden de meeste (vijf uitzonderingen) ook verpleegkundigen in dienst die voortgezette opleidingen en/of de SOSA-opleiding hadden gevolgd.

Bij de meeste diensten was het beleid erop gericht dat ook alle chauffeurs een SOSA-opleiding gaan volgen. Bij een groot aantal diensten hadden de chauffeurs ook al een SOSA-opleiding gevolgd.

3.3.3 De beschikbaarheid van de benodigde deskundigheid en functies in het ziekenhuis.

Op de deskundigheid van de medewerkers in het ziekenhuis wordt in het onderzoek niet uitgebreid ingegaan. Door het verschil in grootte en functie verschilt de inzet van deskundigheden per ziekenhuis. Het verschil kan eveneens gebaseerd zijn op een verschil van beleid over de inzet van mankracht en middelen.

In 19 ziekenhuizen werd de spoedeisende hulp door een multidisciplinair team uitgevoerd. Bij de overige drie ziekenhuizen was dit niet het geval.

Alhoewel de samenstelling van de teams per ziekenhuis varieerde, waren er een aantal disciplines die vaak deel uitmaken van dit team. In onderstaande tabel is een overzicht te zien.

Tabel 2: disciplines die deel uitmaken van het multidisciplinaire team voor de spoedeisende hulpverlening

Anesthesie	16
Chirurgie	15
Röntgen	13
Laboratorium/analisten	9
Cardiologie	11
Interne	10
Arts-assistenten	15
Verpleegkundigen	18

N=19; in drie ziekenhuizen zijn er geen multidisciplinaire teams

Vrijwel alle ziekenhuizen hadden tevens een reanimatieteam voor de eigen kliniek. Ook de samenstelling van de reanimatieteams vertoonde een grote mate van overeenkomst. Zo maakte een cardioloog veelal deel uit van dit reanimatieteam, evenals een anaesthesioloog en de internist. De verpleegkundige spoedeisende hulp maakte vrijwel altijd deel uit van dit team.

De beschikbaarheid van het multidisciplinaire team voor de spoedeisende hulp tijdens kantooruren werd bij alle ziekenhuizen goed genoemd. Bij 2 van de 22 ziekenhuizen kon men niet garanderen dat de anaesthesioloog (tijdens kantooruren) altijd beschikbaar was. Bij alle andere ziekenhuizen wel. Buiten kantooruren waren de leden van de teams niet altijd (8 ziekenhuizen) direct beschikbaar maar waren ze wel altijd oproepbaar.

Volgens vijf CPA's waren de benodigde specialisten niet altijd direct beschikbaar; twee ziekenhuizen in twee verschillende regio's bevestigden dit. De ziekenhuizen hebben allemaal een oproepsysteem voor het oproepen van specialisten en overige leden van het multidisciplinaire team buiten kantooruren. Wie hiervoor verantwoordelijk was, verschilde per ziekenhuis.

In vrijwel alle ziekenhuizen waren er richtlijnen met betrekking tot de beschikbaarheid van de specialisten en overige medewerkers. Slechts één ziekenhuis had deze speciale richtlijnen niet. In 14 ziekenhuizen waren er specifieke richtlijnen voor de maximale tijd tussen de oproep en de daadwerkelijke inzetbaarheid. De invulling van deze richtlijn verschilde zowel per ziekenhuis als per specialisme. In vijf ziekenhuizen waren er richtlijnen over het in huis slapen van specialisten.

Bij een melding van een spoedgeval werd in zes ziekenhuizen het hele team gelijktijdig opgeroepen; in de andere ziekenhuizen roept vaak in eerste instantie de verpleegkundige één van de specialisten op, die vervolgens bepaalt wie verder ingeschakeld moet worden. In één ziekenhuis werd vermeld dat de assistent (ag(n)io) als eerste beoordeelt of het noodzakelijk is de specialist(en) op te roepen. Dit wordt vaak gedaan ondanks dat men weet wat de risico's van vertraging van de deskundige hulp zijn. De reden van deze afwijkende procedure was (volgens het ziekenhuis) dat de centralisten van de CPA nogal eens onnodig specialisten hadden opgeroepen.

Bij twee ziekenhuizen werd aangegeven dat er bij het alarmeren van de specialisten tijdens kantooruren ook wel eens problemen zijn: de specialist(en) zouden namelijk niet altijd weten dat het om een spoedgeval gaat en hij of zij zou dus eerst zijn/haar werk afmaken. In sommige ziekenhuizen heeft men voor de leden van trauma- en/of crash-teams specifieke piepers waarbij altijd duidelijk is dat het om een spoedgeval gaat. Vier ziekenhuizen gaven aan dat de methode van het oproepsysteem inefficiënt was en in de praktijk wel eens tot vertragingen leidde.

³ Verpleegkundigen maken vrijwel altijd deel uit van het spoedeisend hulpverleningsteam. In een team kunnen meerdere combinaties tegelijkertijd voorkomen. Wat de medische discipline betreft, gaat een voorkeur uit naar anaesthesiologen, chirurgen/traumatologen en arts-assistenten.

3.3.4 Protocollen

Het gebruik van protocollen verhoogt de effectiviteit en efficiency, omdat voor iedereen duidelijk is, wie wat, en op welke wijze moet doen. Ook voor de spoedeisende hulpverlening worden protocollen gebruikt.

Bij alle CPA's werden (inhoudelijke en procedurele) protocollen gebruikt; drie CPA's gebruikten geen inhoudelijke protocollen; één CPA vermeldde geen procedurele protocollen te gebruiken. Alle ambulancediensten, op één na, zeggen met protocollen te werken. Bij twee diensten zijn ze nog in ontwikkeling. Het gebruik van protocollen door ambulancehulpverleners is niet alleen ten behoeve van de deskundigheid maar is ook relevant in het kader van juridisch verantwoord (medisch) handelen van verpleegkundigen (NRV, 1990).

Zeven ziekenhuizen hadden protocollen voor de triage van patiënten. Voor de triage van meerdere ernstige slachtoffers die tegelijkertijd worden binnengebracht, waren er in de helft van de ziekenhuizen protocollen.

De meeste ziekenhuizen hadden inhoudelijke protocollen voor de spoedeisende hulpverlening; vijf ziekenhuizen gebruikten geen inhoudelijke protocollen. Protocollen voor de overdracht naar andere ziekenhuizen ontbraken in veel (13) ziekenhuizen; zeven ziekenhuizen zeiden hier wel protocollen voor te hebben opgesteld (van twee is dit onbekend).

3.3.5 Bij- en nascholingsbeleid

De ontwikkelingen in de spoedeisende hulpverlening gaan enorm snel, zowel wat de handelingen, hulpmiddelen en medicatie betreft. Voor de diverse discipline werkzaam in de instanties die een schakel vormen in de keten van spoedeisende hulpverlening impliceert dit een noodzaak tot continue bij- en nascholing om de werkzaamheden doelmatig en doeltreffend uit te voeren

In de helft van de ziekenhuizen (elf) was er een beleid voor de bij- en nascholing op het terrein van de spoedeisende hulpverlening; negen ziekenhuizen hadden dit niet. Bij zes CPA's was er wel een beleid voor de interne bijscholing; drie hiervan hadden bovendien een beleid voor de bijscholing van de participerende diensten. De helft van de diensten die een beleid voor de bijscholing hadden, beschikten ook over een budget hiervoor. Bij vijf CPA's was er geen bij- en nascholingsbeleid. Alle ambulancediensten (op één dienst na) hadden een scholingsbeleid. Bij de meeste diensten (vijftien) waren er lokale bijscholingsmogelijkheden (twee keer niet vermeld). Bij de helft van de diensten met een beleid beschikte men eveneens over een bijscholingsbudget

In achttien ziekenhuizen was er voor de leden van de teams voor de spoedeisende hulp wel de mogelijkheid om zich bij te scholen (qua praktische mogelijkheden en budget).

3.4 De organisatie van hulpverlening

Spoedeisende hulpverlening is een vorm van hulpverlening waarbij veelal meerdere disciplines (en organisaties) zijn betrokken die op een snelle en doeltreffende wijze met elkaar moeten samenwerken. Het op de hoogte zijn van elkaars taken en verantwoordelijkheden is een belangrijke voorwaarde daarbij. Dit geldt zowel binnen de eigen organisatie als tussen de verschillende organisaties/hulpverleners (CPA, ziekenhuis, ambulancedienst en huisarts). De CPA speelt een centrale rol in de coördinatie van het geheel en/of de afstemming tussen de verschillende onderdelen.

Onduidelijkheden over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling kunnen vanwege de vereiste snelheid in de spoedeisende hulpverlening problemen veroorzaken.

3.4.1. Interne taakverdeling

Taak- en functieomschrijvingen waren er bij negen CPA's wel; bij twee niet. Bij alle ambulancediensten waren de medewerkers binnen de eigen dienst goed op de hoogte van elkaars kennis en vaardigheden, elkaars taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Elf diensten hadden dit schriftelijk vastgelegd. Dertien ambulancediensten hadden taak- en functieomschrijvingen voor de medewerkers opgesteld; drie hadden dit niet (bij één dienst ontbreken hierover de gegevens).

De medewerkers belast met spoedeisende hulpverlening waren in vrijwel alle ziekenhuizen op de hoogte van elkaars kennis en vaardigheden (in 21 ziekenhuizen), van elkaars taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (20 ziekenhuizen). In drie ziekenhuizen was dit ook schriftelijk vastgelegd.

In vijftien ziekenhuizen had men een coördinator voor de spoedeisende hulpverlening; in zeven ziekenhuizen was dit niet het geval. In de meeste ziekenhuizen werd dit ingevuld door de chirurgische maatschap; in twee ziekenhuizen werd aangegeven dat een verpleegkundige zorgdraagt voor de coördinatie. Twee keer werd aangegeven dat er per specialisme een coördinator zou zijn, waarbij je je kunt afvragen in hoeverre hier nog sprake is van een overall coördinatie voor de afdeling spoedeisende hulp.

3.4.2 De taakverdeling tussen organisaties

De CPA heeft, zoals al eerder naar voren kwam, een belangrijke taak op het terrein van de coördinatie van de spoedeisende hulpverlening. De coördinerende rol van de CPA kan gericht zijn op de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de hulpverlening en in het bijzonder op de deskundigheid van de hulpverleners van de bemanning op de ambulance. De CPA dient zorg te hebben voor de afstemming van deskundigheden van medewerkers uit de schakel in de hulpverleningsketen, waarin inherent is het bewaken van een juiste taakafbakening, de kwaliteitsverbetering.

In de praktijk bleek de taakopvatting van de concrete invulling ervan dan ook te verschillen. Twee CPA's speelden met name een rol in de deskundigheidsbevordering; vier CPA's zowel in de afstemming van de spoedeisende hulpverlening als in de deskundigheidsverbetering (waarbij één de ontwikkeling van protocollen met name als een instrument ter verbetering van de afstemming zag). Twee CPA's hadden een coördinerende rol zonder specifieke aandachtspunten. Drie CPA's tenslotte zagen voor zichzelf geen rol in de kwaliteitsverbetering weggelegd; één keer omdat dit primair een taak van de medisch adviseurs van de ambulancediensten zou zijn en twee CPA's gaven aan dat dit kwam wegens een tekort aan financiële middelen.

De taakafbakening tussen de verschillende organisaties, in het bijzonder tussen de ambulancediensten en ziekenhuizen, is volgens zeventien ziekenhuizen duidelijk; volgens acht ambulancediensten is deze afbakening niet duidelijk; één ambulancedienst gaf aan dat dit per ziekenhuis verschilt. De acht ambulancediensten die aangaven dat dit niet duidelijk was opereerden overigens in zes verschillende CPA-regio's. In twee van deze regio's gaf ook één van de ziekenhuizen aan dat de taakafbakening niet helemaal duidelijk was.

De taakafbakening tussen ziekenhuis en ambulancedienst is bij drie ziekenhuizen schriftelijk vastgelegd; van de ambulancediensten was er één dienst die aangaf dat er een schriftelijk vastgelegde taakafbakening was.

De vraag wanneer de formele overdracht is, was volgens zestien diensten onduidelijk; veel diensten gaven aan dat de formele overdracht en de inhoudelijke overdracht naar hun idee zou samenvallen. Toch werd bij een aantal vervolgens aangegeven dat de inhoudelijke overdracht plaatsvindt op het moment dat er iemand (zelden specifiek aangegeven of dit een arts dan wel verpleegkundige was) aanwezig was aan wie overgedragen kon worden. Bij de formele overdracht werd vaker aangegeven dat dit het moment was dat de patiënt in het ziekenhuis aankwam, dan wel van de brancard op het ziekenhuisbed werd gelegd. Voor de ambulancehulpverleners bleek het bovendien niet altijd duidelijk te zijn wie de eerst aanspreekbare persoon is.

Zeventien ziekenhuizen gaven aan dat de taak-verantwoordelijkheidsoverdracht niet schriftelijk is vastgelegd. Drie ziekenhuizen gaven aan dat de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling wel schriftelijk is vastgelegd.

In meer algemene zin werd de taakafbakening volgens vijf ziekenhuizen nooit geëvalueerd en in zeven ziekenhuizen werd dit wel eens geëvalueerd, maar was dit niet gestructureerd. In negen ziekenhuizen werd er structureel geëvalueerd.

3.4.3 Structurele contacten

De kwaliteit van hulpverlening is naast een goede organisatie ook afhankelijk van een continue evaluatie van het proces. Dit vraagt vertrouwen en respect bij alle betrokkenen in de hulpverleningsketen. Voorwaarde hiervoor is een regelmatig (structureel) contact. Dit is tevens zinvol om organisatorische zaken en problemen tijdig en op een structurele wijze op te kunnen lossen. De CPA zou hierin een centrale rol moeten vervullen.

In vijf regio's waren er structurele contacten tussen de (leiding van de) CPA en (de leiding van) de ziekenhuizen. In vijf regio's werd er aansluitend op ad hoc basis overlegd. In één regio vond er geen overleg plaats. Bij tien ambulancediensten was er gestructureerd overleg tussen de ziekenhuizen en de ambulancedienst, volgens zeven ambulancediensten niet.

3.5 Communicatie

Daar de kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening als geheel afhankelijk is van verschillende hulpverleners en organisaties, is een goede onderlinge communicatie en samenwerking van essentieel belang. Dit vereist niet alleen adequate communicatiemiddelen maar ook afspraken, procedures en protocollen met betrekking tot de (werkwijze van de) hulpverlening.

3.5.1 Communicatie tussen de CPA en ambulancedienst

Essentieel in de communicatie tussen de CPA en ambulancedienst is een juiste overdracht van informatie. Voor de CPA naar ambulancedienst omvat dit de lokatie en letsel van de patiënt en vervolgens informatie over ziekenhuismogelijkheden in de regio. De ambulancedienst dient aan de CPA de informatie door te geven betreffende bevindingen, verrichte handelingen en wensen aangaande ziekenhuisbestemming.

Alle CPA's zien voor zichzelf een rol weggelegd in de informatieoverdracht. Volgens negen CPA's is dit zowel in inhoudelijke als organisatorische zin; twee CPA's geven aan dat dit wel in organisatorische zin, maar niet inhoudelijke zin het geval is.

In tien van de elf CPA-regio's blijkt het ambulancepersoneel uiteindelijk te beslissen naar welk ziekenhuis de patiënt gebracht zal worden.⁴

3.5.2. Communicatie tussen CPA en ziekenhuis en tussen ziekenhuis-ambulancedienst

De CPA heeft door middel van de, al dan niet directe, telefonische verbinding, de mogelijkheid om het ziekenhuis te informeren over de komst van de patiënt en de vereiste disciplines voor ontvangst, nadat van de ambulance de wens hiertoe is geuit. Door de mobilfoon-telefoonmogelijkheid kan de CPA tevens ook trait d'union zijn in de consultatie van specialisten door de ambulancebemanning.

Bij twee CPA's was er geen directe telefonische verbinding tussen de CPA en de ziekenhuizen, maar kon men slechts gebruik maken van een gewone telefonische verbinding. Bij één van deze twee werd aangegeven dat er overdag wel een directe verbinding mogelijk was, maar dat deze buiten kantooruren altijd via de portier/receptie tot stand moest komen.

Er waren overigens drie ziekenhuizen (twee uit andere regio's dan die van bovengenoemde CPA-regio's) die aangaven dat er geen directe uitwisseling mogelijk is.

De contacten tussen de ambulancediensten en het ziekenhuis verlopen altijd via de CPA.

"Rechtstreekse" verbindingen via de mobilfoon zijn eventueel wel mogelijk, maar worden in de praktijk nogal omslachtig gevonden en om die reden weinig gebruikt.

⁴ alle ambulancediensten gaven aan dat de patiënt (indien deze tenminste aanspreekbaar is) inspraak had in de keuze van het ziekenhuis maar dat het ambulancepersoneel uiteindelijk de beslissing nam.

Volgens vijf CPA's zou er direct contact (mobilofoon-telefoon combinatie) mogelijk zijn tussen de bij hen aangesloten ambulancediensten en de ziekenhuizen. Zes CPA's stellen dat dit niet mogelijk is.

Of het ambulancepersoneel het ziekenhuis inlicht over de toestand van de patiënt tijdens de rit, werd in drie regio's door één van de diensten (in één regio beide diensten) bevestigd. Dit zou sporadisch voorkomen en alleen als er zich tijdens de rit drastische wijzigingen voordoen. In één regio zeiden de ziekenhuizen dat dit niet gebeurt maar gebeurde dit volgens de ambulancediensten wel. In andere regio's kwam dit niet voor.

Tijdens een aantal gesprekken kwam de wens van een direct contact tussen de ambulance en ziekenhuis naar voren. Op die manier zou er door het ziekenhuis beter en sneller geanticipeerd kunnen worden op de komst van een patiënt.

3.5.3. De mondelinge overdracht (ambulanceziekenhuis)

De ontwikkelingen in de ambulancehulpverlening waarbij er geen sprake meer is van "inpakken en wegwezen" impliceert dat de ambulancebemanning de patiënt stabiliseert alvorens te vervoeren, tijdens het vervoer bewaakt en zondig ingrijpt. Het is in het belang van de patiënt dat ervaringen omtrent bevindingen en verrichte handelingen, alsmede de reactie hierop van de patiënt aan het ziekenhuis worden overgedragen. Dit kan mondeling en schriftelijk geschieden. In het geval van een schriftelijke overdracht is het overhandigen van een doorslag van het registratienummer een mogelijkheid, een specifiek op de overdracht gericht formulier. Beide formulieren kunnen een essentieel onderdeel gaan vormen van de (poli)klinische status.

Alle ambulancediensten gaven aan zowel mondeling als schriftelijke informatie over de patiënt over te dragen. De schriftelijke gegevens van de ambulancehulpverleners werden volgens vijftien ziekenhuizen geïntegreerd in het medische dossier; bij vijf ziekenhuizen maakten de gegevens geen onderdeel uit van het medische dossier. Twee ziekenhuizen konden niet duidelijk aangeven wat men met deze gegevens doet.

Bij tien ambulancediensten waren de ambulanceverpleegkundigen van mening dat de mondelinge overdracht niet geheel naar wens verliep. Zo werd er bijvoorbeeld vermeld dat er soms weinig belangstellend werd gereageerd op hetgeen de verpleegkundigen aan informatie wilden doorgeven. Vaak voelde men zich niet serieus genomen. Ook werd in dit verband aangegeven dat niet altijd duidelijk is aan wie overgedragen moet worden of wie de eerst aanspreekbare is (dit is met name in grotere ziekenhuizen het geval) en tenslotte werd ook aangegeven dat men soms even moest wachten voordat er een specialist gearriveerd was aan wie men kon overdragen. Bijna alle ziekenhuizen gaven aan de mondelinge overdracht van groter belang te achten dan de schriftelijke informatie (registratie).

3.5.4. De inhoud van de informatieoverdracht

Het belang van het ziekenhuis bij de schriftelijke en mondelinge overdracht door de ambulancebemanning staat of valt met de informatiebehoefte van het ziekenhuis aan de inhoud van de berichtgeving. Afstemmingsafspraken vertaald in een protocol kunnen hieraan bijdragen.

De voorwaarden voor de inhoud van de informatieoverdracht zijn volgens vijf CPA's vastgelegd in protocollen; in twee van deze CPA-regio's bevestigden de ziekenhuizen het bestaan van protocollen en in drie regio's zegt één van of beide ziekenhuizen dat de informatieoverdracht niet geprotocolleerd is. In de overige regio's zijn er zowel volgens de CPA als de andere betrokken organisaties/hulpverleners geen protocollen.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven wat de CPA's en ambulancediensten aan informatie doorgeven, en wat de ziekenhuizen op hun beurt aan informatie ontvangen.

Tabel 2: onderwerpen van informatieoverdracht

Informatieoverdracht naar onderwerp en instantie	CPA geeft info N=11	Ambulancedienst geeft info N=17	Ziekenhuis krijgt info N=22
Stabiel zijn van de patient	11	17	21
Soort patiënt	10	17	21
Snelheid (hoe snel de patiënt er zal zijn)	10	7	20
Plaats ongeval	5	8	16
Aard letsel	10	17	21
Oorzaak letsel	9	12	12
Verzoek om specifieke beschikbaarheid	9	16	17
Instructies (over wat er gedaan moet worden)	6	9	11

Naast bovenstaande informatie gaven tien CPA's en veertien ambulancediensten aan informatie te verstrekken aan het ziekenhuis over parameters die de toestand van de patiënt aanduiden. Tevens gaven negen CPA's en zestien ambulancediensten aan informatie te geven over hetgeen het ambulancepersoneel aan hulpverlening in gang heeft gezet.

Negen ambulancediensten gaven aan dat over het algemeen geen advies gevraagd werd aan deskundigen in het ziekenhuis. Zeven diensten gaven aan dat dit wel eens voorkomt. Eén dienst gaf daarnaast aan dat dit weliswaar voorkomt, maar heel zelden.

Drie ziekenhuizen gaven aan ook wel eens ongevraagd advies te geven. Evenveel ambulancediensten krijgen wel eens ongevraagd advies (dit zijn overigens allemaal diensten die niet in dezelfde regio als betreffende ziekenhuizen werkzaam zijn).

3.5.5 Kwaliteit van informatie

Alle betrokken schakels in de ambulancehulpverleningsketen zijn gebaat bij een juiste, kwalitatief goede informatieoverdracht op grond waarvan handelingen kunnen worden voorbereid dan wel verricht, teneinde de patiënt in optimale conditie te brengen.

Veertien ziekenhuizen constateerden wel eens discrepanties tussen het werkelijke beeld en het vooraf beschreven beeld. Als oorzaken hiervoor werden genoemd; een onjuiste informatieoverdracht door de CPA (door zeven ziekenhuizen genoemd); een verkeerde inschatting door de centralisten en mogelijk ook in een latere fase door een verkeerde inschatting door de ambulanceverpleegkundigen (door zes ziekenhuizen aangedragen). Tevens werd door de ziekenhuizen aangegeven dat er vaker van over- dan onderschatting van het ziektebeeld sprake was.

Vaak kwam uit de gesprekken met de ziekenhuizen en ook de ambulancediensten naar voren dat de informatie bij voorkeur zo beperkt mogelijk werd gehouden.

3.5.6 Evaluatie van de informatieoverdracht

Om wensen rond de informatieoverdracht aan alle betrokken instanties duidelijk te maken, dan wel op grond van bevindingen wijzigingen aan te brengen, is evaluatie noodzakelijk. Deze evaluatie kan binnen ieder der betrokken instanties separaat geschieden, maar krijgt een grotere impact als deze gezamenlijk geschiedt.

Het proces van informatieoverdracht tussen de CPA en het ziekenhuis werd volgens vijftien ziekenhuizen, zij het veelal op ad hoc basis, geëvalueerd. Drie van de ziekenhuizen (en één CPA in één van deze regio's) gaven aan dat er structureel geëvalueerd werd; het proces van informatieoverdracht zou veelal aan de orde komen tijdens de reguliere contacten tussen leidinggevenden van de ziekenhuizen en CPA's.

3.5.7 Registratie

Ten behoeve van de registratie die in het kader van artikel 19 WAV dienen te worden verzameld, is door het ambulanceveld een registratieformulier ontwikkeld, waarvan ook gegevens over medische bevindingen en verrichte handelingen deel uitmaken.

Alle CPA's, alle ambulancediensten en op één na, alle ziekenhuizen kenden het door de ambulancediensten gebruikte registratieformulier (ook wel ritformulier genoemd). Alle ambulancediensten gaven aan het te gebruiken. Zes ziekenhuizen gaven aan dit formulier niet te gebruiken. Ook waren er een aantal ziekenhuizen die het formulier niet te zien kregen. De ambulanceverpleegkundigen gaven de gegevens weliswaar door, maar deden dit dan mondeling. In één ziekenhuis meende men zelfs dat het bijhouden van registratie zelfs gevaarlijk zou zijn daar dit gebruikt zou kunnen worden om achteraf bepaalde handelingen als onjuist te bestempelen; dit zou volgens het ziekenhuis kunnen leiden tot defensief gedrag. Naast het ritformulier werd de traumakaart door vrijwel geen enkele ambulancedienst gebruikt.

Door een aantal ziekenhuizen werden knelpunten aangegeven over de inhoud van de geregistreerde gegevens. Volgens een aantal ziekenhuizen werd het aansluitend gebruikt om op snelle wijze de personalia van de patiënt te hebben. Volgens één van de ziekenhuizen zou de registratie weinig zinvolle gegevens verschaffen.

Alle CPA's leggen hun gegevens zowel schriftelijk vast, als op de band. De bewaartermijnen van de banden varieerde van een maand (vier weken) tot ruim een jaar. Een maand werd het meest (zeven CPA's) als termijn aangegeven.

3.5.8 Feedback over de informatie

Met de informatieoverdracht van ambulancedienst en CPA aan het ziekenhuis kan een groter effect worden bereikt als een systematische feedback wordt ingebouwd. De ambulancebemanning is geïnteresseerd in de terugkoppeling en kan zonodig "spelenderwijs" de aanpak verbeteren.

Twee CPA's kregen incidenteel wel eens feedback vanuit de ziekenhuizen, de resterende CPA's kregen geen enkele vorm van terugkoppeling over de informatieoverdracht.

Van de ambulancediensten waren er negen die aangaven wel eens feedback te krijgen; vaak was dit feedback waar de ambulancedienst zelf om gevraagd had. De ziekenhuizen gaven veelal ook zelf aan dat feedback vaak alleen op aanvraag van de ambulancedienst werd gegeven.

Tien ambulancediensten gaven aan wel eens feedback te krijgen op de mondelinge overdracht.

Geen enkel ziekenhuis zou structurele feedback geven aan de ambulancediensten over de (geregistreerde) informatie; dertien ziekenhuizen gaven af en toe feedback op ad hoc basis. De registratie werd door vrijwel geen van de CPA's, ziekenhuizen, ambulancediensten in algemene zin geëvalueerd. Van elk van de organisaties waren er weliswaar uitzonderingen, maar kwamen deze niet uit overeenkomstige regio's.

3.6. De logistieke organisatie van de spoedeisende hulpverlening in het ziekenhuis

Juist omdat er bij de spoedeisende hulpverlening niet alleen meerdere deelprocessen maar ook meerdere organisaties zijn betrokken, is een goede logistieke organisatie van belang. Ofschoon logistiek nauw samenhangt met een goede taakverdeling en goede afspraken over organisatie en afstemming, kan de samenwerking en afstemming ook door andere aspecten vergemakkelijkt worden. Daarbij kan men bijvoorbeeld denken aan een gunstige locatie zowel ten opzichte van de externe en interne organisatie, als ook het gebruik van bepaalde apparatuur van diagnostiek en behandeling en ook voor communicatie. Het gaat erom dat het diagnose- en behandelingsproces van de patiënt efficiënt en doelgericht gaat verlopen. De logistieke organisatie is in dit onderzoek slechts in beknopte vorm aan de orde geweest en beperkt tot enkele aspecten ervan in het ziekenhuis.

3.6.1 Een centrale opvang voor de spoedeisende hulp

Als eerste aspect van logistieke organisatie kan de aanwezigheid van een centrale opvang voor de spoedeisende hulp genoemd worden. Een centrale opvang ten behoeve van de spoedeisende hulp binnen het ziekenhuis bevordert de eenheid in organisatie en de duidelijkheid voor alle betrokkenen. Twintig van de 22 ziekenhuizen beschikten over een dergelijke centrale opvang. Echter niet alle categorieën patiënten met een spoedeisende indicatie worden eerst op deze afdeling gezien alvorens in het ziekenhuis te worden opgenomen. De opvangmogelijkheden waren gevarieerd; in alle ziekenhuizen worden de spoedeisende traumatologische patiënten op de centrale opvang gepresenteerd. Eén ziekenhuis maakte daarnaast geen uitzondering voor andere categorieën spoedeisende patiënten. Bijna alle ziekenhuizen (één uitgezonderd) maakte uitzonderingen voor de volgende categorieën patiënten: zwangeren met een spoedeisende indicatie, neonaten en kinderen. Ook bleken twaalf ziekenhuizen uitzonderingen te maken voor patiënten met acute cardiologische problemen; zij zouden direct naar de Coronary Care Unit (CCU) worden gebracht. Het uitsluiten van bepaalde categorieën patiënten en het elders in het ziekenhuis opvangen van patiënten was volgens betrokkenen soms zowel effectiever als efficiënter.

3.6.2 Faciliteiten

Voor de continuïteit van de spoedeisende hulpverlening in het ziekenhuis is het tevens van belang dat faciliteiten op het gebied van diagnostiek (röntgenafdeling, laboratorium), bewaking (specialistische afdelingen zoals bijvoorbeeld de intensive care e.d.) en behandeling (operatiekamer) beschikbaar zijn.

De operatiekamer is in alle ziekenhuizen (één uitgezonderd) in principe continue beschikbaar. In vijftien ziekenhuizen werd de operatiekamer bij de vooraanmelding direct vrijgemaakt en beschikbaar gesteld; in zeven ziekenhuizen werd dit niet per definitie al bij de vooraanmelding gedaan. De röntgenafdeling en het laboratorium werden eveneens vaak direct na aanvraag ingeschakeld (beide in zestien ziekenhuizen). In die ziekenhuizen waar men beschikte over een CT-scan werd deze na aanvraag direct aangezet; vier ziekenhuizen gaven aan dit niet per definitie direct te doen. Tenslotte werd in veertien ziekenhuizen aangegeven dat ook de bloedtransfusiedienst direct werd ingeschakeld. In twee ziekenhuizen bleken er soms problemen te zijn met het tijdig kunnen verstrekken van bloed dat buiten het ziekenhuis verkregen zou moeten worden. De benodigde bloedtransfusiedienst zou niet goed bereikbaar zijn en bovendien werd eveneens opgemerkt dat bloed niet altijd direct voorhanden was en soms lang op zich liet wachten.

Tijdens de bezoeken werd vaak aangegeven dat zonodig direct de CT, de bloedtransfusiedienst etc. werd ingeschakeld. De term "zonodig" impliceert dat dit gebeurt na triage van de patiënt en dat hier ofwel geen informatie werd verstrekt via de CPA (bijvoorbeeld) ofwel dat men niet zonder meer afgaat op de informatie die ze verkregen hadden van anderen voordat de patiënt in het ziekenhuis arriveerde.

HOOFDSTUK 4: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

4.1 Algemeen

In de verschillende regio's zijn er discrepanties tussen de betrokken hulpverleners en organisaties in de wijze waarop de spoedeisende hulpverlening wordt uitgevoerd en georganiseerd. Ofschoon de hulpverlening redelijk goed lijkt te functioneren en de hulpverleners in de praktijk zelf weinig klachten hebben over de uitvoering, zijn er toch knelpunten aan te geven. Als algemeen knelpunt kan genoemd worden het ontbreken van een goed functionerend kwaliteitssysteem voor zowel de afzonderlijke schakels in de keten als voor de keten als geheel. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat de uitvoering en coördinatie van de spoedeisende hulpverlening teveel gebaseerd is op routine en informele afstemming.

De spoedeisende hulpverlening is inhoudelijk en logistiek te complex om zonder formeel vastgelegde kwaliteitssystemen voldoende kwaliteitsgarantie te bieden.

Om de kwaliteit te kunnen garanderen zullen de verschillende instanties en beroepsbeoefenaren daarom gezamenlijk een kwaliteitssysteem moeten opzetten die de gehele keten van spoedeisende hulpverlening omvat. Terwille van de eenduidigheid zullen alle betrokkenen in de eerste plaats hetzelfde dienen te verstaan onder "spoedeisende hulpverlening". Dit zou het uitgangspunt moeten zijn voor het opstellen van de visie op de spoedeisende hulpverlening in een bepaalde regio.

Op basis hiervan kan een eenduidig beleid en werkwijze tot stand komen. Het ligt voor de hand de CPA hierin een voortrekkersrol te laten vervullen.

4.2.1 De visie op spoedeisende hulpverlening en het opstellen van grenzen

Het is opvallend dat in de divergerende eisen van de betrokken instanties op spoedeisende hulp weinig of geen aandacht was voor onderlinge relaties en afstemming met andere betrokken organisaties en/of hulpverleners. Tevens kwam hieruit naar voren dat de organisaties nogal intern gericht zijn.

Dit is opmerkelijk omdat juist binnen de spoedeisende hulpverlening de kwaliteit van de hulpverlening in grote mate afhankelijk is van de aard en de mate van samenwerking. Daarnaast valt uit de visies van de ziekenhuizen af te leiden dat zij veelal geen keuzes hebben gemaakt in het aanbod van spoedeisende hulpverlening, passend bij de mogelijkheden van het ziekenhuis.

De bij de spoedeisende hulpverlening betrokken beroepsbeoefenaren en organisaties zullen meer omgevingsgericht moeten gaan denken en werken. Dit zou in de visie tot uitdrukking moeten komen en vervolgens de basis moeten vormen voor het geheel aan gemaakte afspraken binnen die regio.

De ziekenhuizen dienen in hun visie expliciet aan te geven welke de kwalitatieve grenzen zijn.

Voor alle CPA's en ambulancediensten zou dan duidelijk zijn welk ziekenhuis de beste optie is voor de betreffende patiënt.

4.2.2 Kwalitatieve en kwantitatieve grenzen

Daar waar de ziekenhuizen aangaven een visie te hebben kwam de naleving ervan niet altijd met de praktijk overeen. Zo werd duidelijk dat veel ziekenhuizen in de praktijk wel degelijk grenzen stelden aan de opname van patiënten. Ondanks het feit dat grenzen veelal niet schriftelijk vastlegden, bleken de CPA's over het algemeen (op grond van ervaring) wel op de hoogte te zijn van de kwalitatieve en kwantitatieve mogelijkheden van het ziekenhuis. Het "gericht" verwijzen naar ziekenhuizen is dus niet gebaseerd op vastgelegde afspraken, maar is gestoeld op ervaring en routine. Dit geeft, met name bij calamiteiten, onvoldoende garantie voor een onderbouwd advies over welk ziekenhuis het meest geschikt is.

De inspectie vindt het van groot belang dat de CPA te allen tijde verantwoordelijk is voor de coördinatie van de spoedeisende hulp. De CPA's en de ambulancediensten zullen daarom op de hoogte moeten zijn van de kwalitatieve grenzen die ziekenhuizen aan de zorgverlening stellen. Het kunnen waarborgen van kwaliteit betekent tevens dat men weet waar de beperkingen liggen.

Omdat met name de aantallen op te nemen patiënten per moment kunnen verschillen, zal de CPA steeds actief informatie moeten verkrijgen over de kwantitatieve mogelijkheden om zodoende de ambulancediensten steeds van actuele informatie te voorzien.

4.3. Deskundigheid

Bij de CPA's bleek een grote variatie in deskundigheid. Dit valt wellicht te verklaren uit het feit dat de functie van de centralist en de daarmee verband houdende deskundigheidseisen niet formeel beschreven zijn. De deskundigheid van de centralisten werd volgens een aantal ziekenhuizen en ambulancediensten dan ook niet als optimaal bestempeld. Het is voor centralisten zonder medische scholing erg moeilijk zich een beeld te vormen van de situatie en de informatie zonder vertekening door te geven.

De inspectie staat nog steeds op het eerder ingenomen standpunt dat een verpleegkundige 7x 24 uur op de CPA aanwezig moet zijn omdat inhoudelijke kennis noodzakelijk is om een goed beeld te krijgen van de situatie teneinde aan de ambulancediensten en ziekenhuizen de juiste adviezen te kunnen geven. Dit is voor een voorwaarde voor een goede organisatie en coördinatie van de hulpverlening.

Het is verheugend te kunnen constateren dat er, vooruitlopend op recent aangepaste wetgeving met betrekking tot deskundigheidseisen voor de ambulancehulpverleners, bij vrijwel alle ambulancediensten (uitsluitend) verpleegkundigen werden ingezet. Ofschoon de ziekenhuizen zelf over het algemeen van mening waren dat de beschikbaarheid van de hulpverlening goed georganiseerd kon worden, bleek dit volgens informatie uit een aantal CPA's niet overal optimaal (gedurende 24 uur per dag) het geval te zijn.

De inspectie is van mening dat de ziekenhuizen die opvang willen bieden in de zin van spoedeisende hulpverlening en dit ook hebben vastgelegd, zich daarmee verplichten om aan de voorwaarden hiervoor te voldoen. Het gaat daarbij om de (24 uren) beschikbaarheid van de deskundigheid en de logistieke voorzieningen om de continuïteit van zorgverlening in het ziekenhuis te kunnen garanderen.

Hoewel de meeste betrokken organisaties aangaven dat er met protocollen werd gewerkt, bestaat de indruk dat dit veelal beperkt blijft tot de eigen interne organisatie. Omdat structurele contacten in de helft van de regio's ontbreken, kan getwijfeld worden aan de afstemming. Ofschoon er in de meeste organisaties wel werd aangegeven dat er mogelijkheden waren voor het volgen van bijscholing, was er in de helft van de ziekenhuizen en de helft van de CPA's geen beleid voor de bijscholing aanwezig.

Het verdient aanbeveling regionale protocollen (voor de spoedeisende hulp) in te voeren die geënt zijn op de bestaande landelijke protocollen. Vanwege de noodzaak tot nauwe samenwerking tussen de bij de spoedeisende hulpverlening betrokken instanties, verdient het aanbeveling om de bij- en nascholing gezamenlijk op te zetten bovendien onderlinge scholing te bevorderen. Evalueren van individuele casus kan hieraan een goede bijdrage leveren.

4.4. Organisatie en taak- en verantwoordelijkheidsverdeling

Hoewel de betrokkenen aangaven dat de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met de medewerkers van de andere organisaties duidelijk is, was dit toch niet overal het geval. Zo werd vaak aangegeven dat de inhoudelijke en formele overdracht van taken- en verantwoordelijkheden samenvallen, terwijl dit bij doorvragen anders bleek te zijn. Hierdoor bestaat in sommige gevallen een soort "schijnruïtelijkheid". In werkelijkheid is dit dus nog een grijs gebied. Ook bleek de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling vrijwel nergens schriftelijk vastgelegd te zijn. Er kunnen op deze manier problemen ontstaan als de ambulancedienst bijvoorbeeld een nieuwe oproep krijgt terwijl op de afdeling spoedeisende hulp de overdracht nog niet naar behoren is gerealiseerd. Bovendien bleek het voor de ambulanceverpleegkundige niet altijd duidelijk te zijn wie in het ziekenhuis als eerst aanspreekbare persoon gezien moet worden.

Ofschoon ieder ziekenhuis een eigen invulling kan geven aan de organisatie van de spoedeisende hulpverlening, zal een meer gestructureerde wijze van organisatie het belang van zowel de eigen medewerkers als die van ambulancediensten beter kunnen dienen. Dit kan zowel de effectiviteit als de efficiency ten goede komen. De meest essentiële zaken, zoals de triage, de inschakeling van deskundigen en van apparatuur, de taakverdeling en de verantwoordelijkheidsverdeling zullen zowel binnen het ziekenhuis als voor de ambulancehulpverleners en centralisten duidelijk moeten zijn. Een goede interne taak- en verantwoordelijkheidsverdeling en het aanwijzen van een (vaste) coördinator die verantwoordelijk is voor het algehele verloop van de spoedeisende hulp in het ziekenhuis, is essentieel.

De overdracht van ambulance naar ziekenhuis zal gericht moeten zijn op degene die de triage doet omdat dan een snelle en adequate overdracht van informatie over de patiënt kan plaatsvinden. Ook de verantwoordelijkheid voor het inschakelen van de benodigde specialisten dan wel van de ondersteunende diensten kan zo beter verlopen. Omdat de meeste ziekenhuizen niet per definitie, maar pas na triage ondersteunende diensten inschakelen, is het van belang dat dit proces zo vroeg mogelijk in de hulpverlening in het ziekenhuis plaatsvindt.

Tenslotte kunnen ook protocollen van dienst zijn bij het verdelen van de taken. Het hulpverleningsproces dient zowel inhoudelijk als organisatorisch te worden vastgelegd in protocollen.

4.5 Logistieke organisatie

Een goede logistieke organisatie is noodzakelijk voor de continuïteit en voor een efficiënte werkwijze en afstemming. Het is belangrijk dat de logistieke organisatie goed functioneert en dat er daarom duidelijke afspraken gemaakt worden over de plaats van opvang, het maken van uitzonderingen hierop, de inschakeling van hulpverleners binnen en buiten de eigen afdeling, en de inschakeling van apparatuur en ondersteunende diensten. Tenslotte verdient het aanbeveling om het oproepsysteem op efficiency te bezien.

4.6 Communicatie

Ofschoon slechts een klein aantal ambulancediensten aangaf dat een directe lijn tussen ambulance en ziekenhuis mogelijk is, bleek dit in de praktijk dermate omslachtig te zijn dat er vrijwel nooit gebruik van werd gemaakt. Eventuele informatie van de ambulance naar het ziekenhuis en vice versa verliep dus altijd via de CPA (vanwege de complexiteit van het leggen van een mobilofoon/ telefoonverbinding). Dit betekent een extra schakel in de informatieketen en dus tijdverlies. Bovendien geeft dit een verhoogd risico op vervorming en verstoring van de informatie.

Een adequate communicatie is één van de belangrijkste voorwaarden voor de afstemming tussen de verschillende schakels in het proces van de spoedeisende hulpverlening. Omdat iedere patiënt een eigen specifieke aanpak vereist, zal er altijd communicatie noodzakelijk zijn. Communicatielijnen moeten kort zijn om vervorming van informatie tegen te gaan.

Met een directe lijn is consultatie gemakkelijker en kan het ziekenhuis sneller en beter geanticipeerd worden op de komst van een patiënt zowel bij het inschakelen van hulpverleners als de logistieke voorbereiding. Ook zou vanuit het ziekenhuis eventueel advies gegeven kunnen worden aan de verpleegkundigen op de auto. Vereist is wel dat de ambulance de CPA inlicht over hetgeen in de directe communicatie met het ziekenhuis is afgesproken. Ofschoon mobiele telefoons hiervoor een goede oplossing zouden bieden, kan dit mogelijk tot storingen leiden in de elektronisch gestuurde apparatuur in het ziekenhuis.

In afwachting van het onderzoek van TNO over de risico's van de toepassing van mobiele communicatiesystemen, zal hierover nader advies worden uitgebracht.

Ook tussen de CPA en de afdeling spoedeisende hulp zou men moeten beschikken over een directe verbinding zonder risico's van stroomuitval en dergelijke. Een extra tussenschakel (in de zin van de receptie of portier) is ongewenst en kost teveel tijd.

Met betrekking tot de inhoud van de informatieoverdracht viel op dat de ziekenhuizen aangaven op minder punten informatie te krijgen dan de ambulancediensten en CPA's aangaven door te geven. Ook is het opvallend dat dit per regio kan verschillen. Het wel of niet doorgeven van bepaalde informatie hangt kennelijk af van hetgeen de CPA en de ambulancedienst belangrijk vinden. Omdat een geprotocolleerde informatieoverdracht vaak ontbreekt, is het ook niet zo verwonderlijk dat de inhoud van de informatie niet eenduidig is. Het verschil in de omvang en de inhoud van informatie geeft aan dat er sprake is van informatieverlies dan wel informatievertekening.

Heldere afspraken over wat men doorgeeft en het beperken van de hoeveelheid informatie tot het essentiële, kunnen bijdragen tot een zo gering mogelijk informatieverlies en zo weinig mogelijk vertekende informatie. Per regio zal dit in een gezamenlijk protocol moeten worden vastgelegd.

De ambulanceverpleegkundigen en andere hulpverleners vragen zelden advies aan de deskundigen in het ziekenhuis. Omgekeerd geven specialisten zelden ongevraagd advies.

Er zou in het belang van de patiënt een klimaat moeten zijn waarin men elkaar gevraagd en ongevraagd adviseert. Een gezamenlijke en tegelijkertijd onderlinge bijscholing, kan hieraan tevens bijdragen.

Het registratieformulier van de spoedeisende hulp lijkt een doel op zichzelf te zijn. Het gebruik bleek tussen regio's te verschillen. Ook werd er wisselend geoordeeld over de waarde ervan. Wel kwam steeds naar voren dat er in het kader van de spoedeisende hulpverlening veel waarde wordt gehecht aan een goede mondelinge overdracht. In een aantal gevallen kwam naar voren dat de verpleegkundigen van de ambulancediensten het gevoel hadden dat er bij de overdracht niet altijd goed naar hen werd geluisterd. Het personeel van de Eerste Hulp concentreerde zich direct op de patiënt en was daardoor vaak niet meer geïnteresseerd in wat de ambulancebemanning aan informatie wilde overdragen.

Aanbevolen wordt om de registratie van de spoedeisende hulp zodanig te laten plaatsvinden dat iedereen hier wat aan heeft.

De mondelinge overdracht moet direct bij aankomst kunnen plaatsvinden en gericht zijn op de specialist die de triage verricht, daar juist hij/zij degene is die zo snel mogelijk een goed inzicht moet krijgen en moet bepalen wat er vervolgens moet gebeuren. Ofschoon men in de ziekenhuizen wel het belang van een goede informatieoverdracht aangaf, lijkt het (met name gezien de opmerkingen van de ambulancebegeleiders over gemeende desinteresse van hulpverleners in het ziekenhuis) zinvol om dit nog eens te evalueren.

Ofschoon er binnen enkele regio's wel verschillende vormen van onderling overleg waren, is dit nergens op een zodanig gestructureerde wijze geregeld dat alle betrokkenen uit de keten van spoedeisende hulpverlening daarbij betrokken zijn. Dit is echter wel van belang daar afspraken tussen twee partijen ook de andere betrokkenen in de keten aangaan.

LITERATUUR

- Draaisma, J.M.T.; 1987 "Evaluation of traumacare- with emphasis on hospital traumacare"
Proefschrift Nijmegen
- Man de, F.H.; 1992 "Gezien de spoedeisendheid van het geval beoordeling van kwaliteit en effectiviteit van spoedeisende medische hulpverlening"
- Modellen, methoden en uitvoering - Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen
- Teijink, J.A.W. 1992; "Evaluatie van preklinische Spoedeisende hulpverlening in Nederland, in het bijzonder de ambulancehulpverlening. Academisch proefschrift Amsterdam.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1990 "Advies Kwaliteit van de ambulancehulpverlening." Publikatienummer 32/91
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991 "Advies structuur en financiering ambulanceverlening." Publikatienummer 32/91
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1991 "Advies inzake traumazorg". Rapport nr. 318
- Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993 23 128.nr1. "Traumazorg"
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Geneeskundige Inspectie. 1987. "Advies over enkele aspecten van de uitvoering van de Wet Ambulancevervoer"
- Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid. 1992 "Aandacht voor kwaliteit bij ambulancediensten
- Landelijke Huisartsen Vereniging. 1987. Vademecum (3, pag.67)
- CFO-werkgroep Functieprofiel Ambulance-verpleegkundige "Functieprofiel ambulance-verpleegkundige" Den Haag 1992
- SOSA/CITO, 1992 "Functieprofiel CPA-verpleegkundige"
- Wet Ambulancevervoer, Staatsblad 369, 23 april 1971

Bijlage 1: Deel-onderzoek naar de rol van de huisarts binnen de spoedeisende hulpverlening

1. Inleiding

In het circuit van de spoedeisende hulpverlening zijn verschillende hulpverleners en hulpverlenende organisaties betrokken. Hoewel iedere hulpverlener of organisatie daarin zijn/haar eigen taken heeft, verschilt de praktische invulling van die taken per regio. Deze verschillen hangen onder andere samen met de hoeveelheid en grootte van de ziekenhuizen in die regio, de bevolkingsdichtheid en/of de afstand naar het ziekenhuis en het aantal ambulancediensten. De rol die de huisarts speelt in de spoedeisende hulpverlening is mede afhankelijk van deze zogenaamde "regio-kenmerken". In de ene regio zal de huisarts nog een actieve rol vervullen; in de andere regio is deze rol beperkt of zelfs afwezig.

Omdat de spoedeisende hulpverlening wel onderdeel uitmaakt van het takenpakket van de huisarts, en de huisarts in sommige plaatsen ook daadwerkelijk een rol hierbij heeft, is overwogen om de huisarts deel te laten uitmaken van het onderzoek.

Er waren echter ook een aantal argumenten om dit niet te doen, namelijk:

- er zijn geen gegevens over het aantal huisartsen dat daadwerkelijk betrokken is bij de spoedeisende hulpverlening; om hier meer zicht op te krijgen zou een grootschalig onderzoek onder huisartsen moeten plaatsvinden. Dit was voor de Inspectie uit praktische overwegingen niet mogelijk
- de invulling van de rol verschilt; hierover ontbraken ook concrete gegevens

Op grond van bovenstaande overwegingen en om praktische redenen is uiteindelijk gekozen voor een kleinschalig aanvullend onderzoek. Dit omvatte ten eerste een enquête onder 110 huisartsen. De huisartsen werden net als de ziekenhuizen en ambulancediensten geselecteerd vanuit de desbetreffende CPA-regio. Vervolgens werd op basis van deze enquête 19 huisartsen geselecteerd die daadwerkelijk een rol spelen binnen de spoedeisende hulpverlening; aan hen werden bezoeken gebracht en gesprekken gevoerd aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Dit onderdeel was qua opzet en inhoud vergelijkbaar met de overige gehanteerde vragenlijsten.

Omdat het aantal huisartsen, dat bij dit aanvullend onderzoek werd betrokken, niet representatief is voor de huisartsenpopulatie als geheel, zijn de bevindingen hier in de bijlage geplaatst om te voorkomen dat deze gegeneraliseerd zouden worden.

2. Resultaten van de enquête onder huisartsen

De enquête werd verzonden aan 10 huisartsen per CPA-regio. Omdat er 11 CPA-regio's zijn, betekende dit dat 110 enquêtes werden verstuurd. Er was een respons van 72% (80 terugontvangen). Van de 80 huisartsen hadden 45 een solopraktijk, 27 huisartsen hebben een groepspraktijk; 3 werkten in een gezondheidscentrum en 3 hadden een andere organisatievorm.

De grootte van het patiëntenbestand varieerde van 700 tot 5000 met een gemiddelde van 2451. Het gebied van de waarneemregeling omvatte tussen 3000 en 20.000 patiënten. Het grootste deel (74%) van de artsen werkte fulltime, 20% parttime en van de rest is dit onbekend.

De praktijkomgeving werd bij 28 huisartsen (35%) als stedelijk gekarakteriseerd; bij 32 huisartsen (40%) als platteland en 20 huisartsen (25%) als gemengd (zowel stad als platteland)

Eén huisarts was geen enkele maal betrokken bij de spoedeisende hulpverlening; 14 huisartsen maakten 1-5 keer per jaar een spoedgeval mee; 16 huisartsen 5-10 keer per jaar en 49 huisartsen tussen de 10-20 keer per jaar.

De taak die de huisarts heeft in de keten van spoedeisende hulpverlening houdt volgens 19 huisartsen voornamelijk in ervoor zorg te dragen dat de patiënt zo snel mogelijk de vereiste hulp kan worden geboden. Volgens 11 huisartsen omvat deze taak voornamelijk het daadwerkelijk verlenen van eerste hulp en volgens 36 huisartsen is het een combinatie van bovenstaande. Zes huisartsen gaven aan dat dit zowel hulp bieden was als eventueel meerijden op de ambulance en 3 huisartsen tenslotte gaven aan dat alle genoemde taken voorkwamen. De huisarts wordt vrijwel uitsluitend betrokken indien de familie of omstander van de patiënt de huisarts inschakelen. Twee keer werd aangegeven dat de huisarts ook via de CPA op de hoogte wordt gesteld van eventuele spoedgevallen (dus ook na alarmering via 06-11).

De rol die de huisarts volgens henzelf zou moeten spelen geeft een gevarieerd beeld. De meeste huisartsen waren het erover eens dat de huisartsen een rol moeten blijven spelen bij de spoedeisende hulpverlening. Met name de huisartsen van het platteland vinden dat deze rol essentieel blijft. Bij een aantal huisartsen (zowel van platteland als van gemengde gebieden) werd aangegeven dat de huisarts ook een taak heeft in het voorkomen van onnodig spoedvervoer c.q. spoedopname. Verder vinden de meeste huisartsen (van alle gebieden) dat zij een taak hebben waarbij ze de patiënt zonodig stabiliseren en ervoor zorgdragen dat de patiënt zo snel mogelijk verder geholpen wordt.

Een aantal huisartsen maakte opmerkingen over knelpunten in de spoedeisende hulpverlening die buiten de vraagstelling vielen. Er waren bijvoorbeeld enkele huisartsen die aangaven het vervelend te vinden niet op de hoogte te zijn van spoedgevallen (doordat deze via het 06-11-systeem waren opgeroepen). De huisartsen zijn van mening dat zij beter op de hoogte zijn van de achtergrond van de patiënt en daardoor beter kunnen reageren. Daarentegen waren er ook huisartsen die aangaven dat zij, door de wisselende (waarneem) diensten niet meer op de hoogte zijn van het patientenbestand.

Met name in de dorpen in (platteland)gebieden kwam vaak naar voren dat de huisarts een spilfunctie vervult omdat hij vaak rechtstreeks gebeld wordt. Er zijn een aantal huisartsen die aangegeven hebben dat zij wel bij cardiologische zaken betrokken worden maar niet bij traumagevallen. Enkele huisartsen zijn van mening dat zij een rol kunnen spelen in het voorkomen van onnodig spoedvervoer en spoedopnamen.

3. Vervolgonderzoek huisartsen

Op basis van de gegevens uit de enquête werden 2 huisartsen per regio geselecteerd met het verzoek mee te werken aan dit onderzoek. In totaal verleenden 19 huisartsen hieraan hun medewerking. Aan hen werd een bezoek gebracht waar eveneens aan de hand van een vragenlijst gegevens werden verzameld.

Voordat de gesprekken met de huisartsen gevoerd werden, werd de vragenlijst getoetst op bruikbaarheid, aard, inhoud en hoeveelheid van gegevens en werd bekeken hoe lang het gesprek duurde, en of de vragen voldoende zouden aansluiten bij de belevingswereld van de huisarts.

Visie

Uit de visie die een huisarts heeft op spoedeisende hulpverlening kan duidelijk worden of de huisarts een rol moet spelen binnen de spoedeisende hulpverlening en hoe dit ingevuld zou moeten worden in de praktijk.

Alle huisartsen gaven aan een visie op de spoedeisende hulp te hebben. Zij gaven aan dat de rol van de huisarts binnen de spoedeisende hulpverlening van groot belang is en dat dit ook in de toekomst zo moet blijven. Daarbij worden verschillende aanvullende opmerkingen gemaakt zoals het feit dat bij (met name) patiënten met cardiologische problemen de huisarts beter in staat is om te beoordelen wat er aan de hand zou zijn en wat er moet gebeuren. Ook is de huisarts veel beter op de hoogte van de achtergrond van de patiënt en kan de huisarts hierdoor onnodig spoedvervoer c.q. spoedopnames voorkomen.

Volgens vier huisartsen waren visie en dagelijkse praktijk niet met elkaar in overeenstemming; dit zou met name een gevolg zijn van de invoering van het 06-11 nummer waardoor de bijdrage van de huisarts in de spoedeisende hulpverlening beperkt is of wordt.

De huisarts werd dan vaak niet of te laat ingeschakeld. Dit is met name wanneer de CPA geen specifieke afspraken over de inschakeling van de huisarts gemaakt heeft.

De rol van de huisarts

Over de rol van de huisarts binnen de spoedeisende hulp wordt al enkele jaren gediscussieerd. Er doen zich nogal eens knelpunten voor wat betreft de scholing, de bereikbaarheid en samenwerking met de CPA en ambulancediensten. Een ander belangrijk punt is de vaardigheid in geavanceerde geneeskundige handelingen. Daar waar de huisarts een rol heeft in de spoedeisende hulpverlening, zal deze de deskundigheid op het specifieke gebied van de spoedeisende hulpverlening moeten hebben en behouden. Nascholing, inclusief praktische stages is dan, zeker gezien de relatief lage frequentie van spoedgevallen waar de huisarts mee te maken heeft, van groot belang.

De daadwerkelijke invulling van de rol van de huisarts was zeer divers; dit is onder andere afhankelijk van het tijdstip waarop de huisarts ingeschakeld werd. Soms werd de huisarts als eerste ingeschakeld; soms werd de huisarts via de CPA ingelicht, soms omdat (familie en/of omstanders van) de patiënt naast alarmering via het 06-11 nummer de huisarts ook inschakelden.

Indien de huisarts de eerst aanwezige was, werd er door hem/haar zonedig gestabiliseerd. Als de huisarts later werd ingeschakeld, was zijn/haar rol meer begeleidend.

De huisartsen bleken aan verschillende beroepsbeoefenaren en instanties informatie over te dragen. Ook hieruit blijkt dat de rol van de huisarts binnen het geheel van de spoedeisende hulpverlening te verschillen.

Op de vraag aan de huisartsen of patiënten direct worden doorverwezen naar de afdeling spoedeisende hulp dan wel naar andere afdelingen, werd door bijna de helft van de huisartsen (9) aangegeven dat de patiënt altijd naar de afdeling spoedeisende hulp verwezen werd; 8 huisartsen gaven aan de patiënt veelal naar de dienstdoende specialist (op het betreffende terrein) te verwijzen en 2 huisartsen gaven aan dat dit per patiënt kan verschillen.

Deskundigheid

Twaalf huisartsen gaven aan wel en zes huisartsen gaven aan niet over specifieke deskundigheid op het terrein van de spoedeisende hulpverlening te beschikken. De deskundigheid was volgens zeven huisartsen verkregen tijdens de opleiding. Negen huisartsen hadden deskundigheid verkregen door ervaring en drie door bijscholingscursussen.

Over het onderhoud van deskundigheid konden de meeste huisartsen geen concrete opheldering geven; drie huisartsen gaven aan dat dit door bij- en nascholing werd onderhouden; zes huisartsen door de praktijkvoering zelf.

De meeste huisartsen gebruikten geen inhoudelijke protocollen. Vier huisartsen gaven aan protocollen te hanteren voor de spoedeisende hulpverlening.

Acht huisartsen gaven aan een crashkoffer te hebben; elf hadden dit niet. Vijf huisartsen hadden een intubatieset; veertien hadden dit niet. Elf huisartsen hadden benodigdheden voor het inbrengen van een infuus; acht huisartsen hadden dit niet. Geen van de huisartsen beschikten of defibrillatie-apparatuur.

Negen huisartsen gaven aan op de hoogte te zijn van het materiaalgebruik en de werkwijze op de afdeling spoedeisende hulp van de ziekenhuizen in de regio. Zeven huisartsen waren hiervan niet op de hoogte en van drie huisartsen is dit onduidelijk.

Taakverdeling

Taakafbakening tussen ambulancediensten en huisartsen is er volgens de meeste diensten niet (vier ambulancediensten geven aan dat er wel een taakafbakening is). Net als bij de ambulancediensten gaven de huisartsen over het algemeen aan dat er geen onderlinge taakafbakening is (vijf huisartsen wel). In drie regio's werd door zowel één (van de) ambulancedienst(en) als één (van de) huisarts(en) aangegeven dat er een taakafbakening is, maar in geen enkele regio werd dit door allen aangegeven. Een groot deel van de huisartsen (veertien) zei op de hoogte te zijn van de kennis en vaardigheden van het ambulancepersoneel; de helft van de huisartsen gaf aan op de hoogte te zijn van onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling. De andere huisartsen zeiden hiervan niet op de hoogte te zijn. Met betrekking tot de taakverdeling tussen ziekenhuis en huisarts waren er zeven ziekenhuizen die stelden dat hierover voor het ziekenhuis zelf wel (precieze) duidelijkheid bestaat. Volgens tien ambulancediensten waren er met de huisartsen wel afspraken gemaakt over meerijsen met de patiënt in de ambulance. Daarbij werd overigens aangegeven dat dit zelden gebeurt.

Communicatie tussen huisartsen en de CPA, ambulancedienst en ziekenhuis

Dertien huisartsen zeiden de informatie over de patiënt over te dragen aan de andere betrokken hulpverleners. Vijf huisartsen gaven aan informatie uitsluitend aan de CPA door te geven en één huisarts deed dit uitsluitend aansluitend aan de ambulancehulpverleners. Negen huisartsen gaven de informatie aan de ambulancehulpverleners alleen mondeling door; acht huisartsen deden dit zowel mondeling als schriftelijk. De informatieoverdracht naar het ziekenhuis ging volgens vijf huisartsen uitsluitend schriftelijk, volgens negen huisartsen zowel mondeling als schriftelijk en drie huisartsen gaven aan dit uitsluitend mondeling door te geven. Indien er schriftelijk werd overgedragen, ging dit vrijwel altijd (van twee niet bekend) via het ambulancepersoneel.

De helft van de huisartsen (alle uit verschillende regio's) gaf aan wel eens advies te vragen aan de specialisten in het ziekenhuis; de overige huisartsen gaven aan dit vrijwel nooit te doen. Vier huisartsen gaven aan wel eens ongevraagd adviezen te krijgen van een specialist; één huisarts kwam uit een regio waarin het betreffende ziekenhuis bevestigde ongevraagd informatie te geven.

Volgens alle CPA's werden spoedgevallen wel eens door huisartsen aangekondigd. Volgens iets meer dan de helft (zes) was dit soms het geval, volgens vijf huisartsen was dit regelmatig het geval. De ziekenhuizen bevestigden dit en gaven over het algemeen zelfs aan dat dit vaak het geval is.

Iets meer dan de helft van de in het onderzoek betrokken huisartsen (tien) gaven aan wel eens punten met betrekking tot de spoedeisende hulp in te brengen bij de Regionale Huisartsen Vereniging. Op de vraag aan de CPA of deze afspraken heeft gemaakt met de Regionale Huisartsen Vereniging, gaven zeven CPA's een ontkennend antwoord, vier gaven aan dat dit wel te hebben. Volgens zeven huisartsen waren er geen afspraken, volgens zes huisartsen wel. Ook waren er een aantal huisartsen die hierop geen antwoord konden geven.

Structurele contacten tussen CPA en huisarts waren er in geen enkele regio. In zes regio's waren er volgens de CPA wel ad hoc contacten met de District Huisartsen Vereniging of de Regionale Huisartsen Vereniging. Volgens de zes huisartsen waarbij dit wel het geval was, waren er drie afkomstig uit overeenkomstige regio's (waar de CPA dit ook aangaf). Ook tussen ziekenhuizen en huisartsenverenigingen waren er op het terrein van de spoedeisende hulpverlening geen specifieke contacten; sporadisch kwam het onderwerp aan de orde bij de algemene vormen van overleg.

In één regio hadden de ambulancediensten structurele contacten met de huisartsen (verenigingen). Vier ambulancediensten (uit verschillende regio's) hadden geen contacten met de huisartsenvereniging. In de overige regio's werd aangegeven dat er ad hoc contacten zijn. In geen van deze regio's was er sprake van een structureel contact tussen ambulancedienst en huisartsenvereniging.

Overleg tussen huisartsen en medewerkers in het ziekenhuis vond volgens twaalf huisartsen niet plaats; volgens zeven huisartsen alleen op ad hoc basis. Overleg tussen RHV en de directie van de ziekenhuizen zou volgens vijf huisartsen niet plaatsvinden; volgens tien huisartsen alleen op ad hoc basis en vier huisartsen weten dit niet.

Tussen de huisartsen en ambulancediensten was volgens de helft van de huisartsen ad hoc overleg; volgens acht huisartsen was er geen overleg. Eén huisarts gaf aan dat de informatieoverdracht geprotocolleerd is.

Door een aantal huisartsen werd opgemerkt dat de informatiestroom sinds de invoering van het 06-11 alarmnummer niet altijd even goed verloopt; zo kregen huisartsen nogal eens berichten te laat door, waardoor zij te laat bij de patiënt arriveren. De huisartsen beschouwen dit als zeer frustrerend.

Discussie en conclusies

Het is gezien de wettelijke deskundigheidsvereisten op de ambulance waarschijnlijk dat de huisartsen een steeds kleinere rol gaan vervullen. De precieze invulling van de taak van de huisarts op het terrein van de spoedeisende hulpverlening is niet aan te geven op grond van dit onderzoek. Om meer zicht te krijgen op de inzet van huisartsen bij de spoedeisende hulpverlening zal aan het huisartsenpeilstationstraject verzocht worden om gedurende enige jaren dit onderwerp in de peiling te betrekken.

Het verschil in taakopvatting lijkt samen te hangen met de lokale omstandigheden zoals de mate van verstedelijking, de hoeveelheid en grootte van de ambulancediensten in een bepaald gebied (samen bepalend voor de tijd die de ambulancediensten nodig hebben om bij de patiënt te arriveren) en de hoeveelheid c.q. spreiding van ziekenhuizen. Het is waarschijnlijk dat de huisarts in gebieden waar weinig en relatief kleine ambulancediensten aanwezig zijn, nog een daadwerkelijke taak heeft in de spoedeisende hulpverlening.

Omdat de huisarts dan ook één van de schakels binnen de spoedeisende hulpverlening vormt, zal de huisarts ook als zodanig in het gezamenlijk opgezette kwaliteitssysteem voor de spoedeisende hulpverlening moeten passen. Daar taakin-vulling per plaats en regio verschilt, zal dit ook per regio bekeken moeten worden.

Net als voor de CPA's, ambulancediensten, en ziekenhuizen geldt voor de huisartsen dat zij zullen moeten voldoen aan de eisen die gesteld worden aan een kwalitatief volwaardige en snelle hulpverlening. Om de benodigde vaardigheid te behouden, zal de huisarts zijn deskundigheid en praktische vaardigheid op peil moeten houden. Een geregelde uitoefening hiervan in de praktijk leidt tot het behoud van vaardigheid. Huisartsen die slechts zeer zelden een rol spelen bij de spoedeisende hulpverlening dienen hier dus op een andere wijze voor zorg te dragen.

Uit dit onderzoek bleek bovendien dat weinig tot geen aandacht werd besteed aan bij- en nascholing op dit gebied.

Ook zullen er meer dan nu het geval is, afspraken gemaakt moeten worden tussen huisartsen en ambulancediensten over de onderlinge taakverdeling en over verantwoordelijkheidsverdeling evenals tussen de huisartsen en ziekenhuizen.

Bijlage 2: Begrippen en afkortingen

1. Spoeedeisende hulpverlening: is de professionele hulpverlening die wordt geboden aan acute patiënten voor zover deze zijn aangemeld via de CPA en waarvoor door de CPA een ambulance wordt ingezet (met urgentiecode A1) tot en met de overdracht van deze patiënt(en) aan het ziekenhuis.
2. Triage: het rangschikken van gewonden naar aard en ernst van de verwondingen en het aan de hand daarvan bepalen van behandelings- en afvoerurgentie.
3. Protocollen: het geheel van geschreven regels met betrekking tot de hulpverlening waarvan iedere betrokkene op de hoogte is en waarover algehele consensus bestaat.
4. Traumakaart: registratieformulier om na een trauma de wisselende ernst van de toestand van de patiënt weer te geven.
5. Indeling van ziekenhuizen op basis van grootte:
 1. academisch
 2. groot ziekenhuis; niet academisch ziekenhuis met meer dan 600 bedden
 3. middelgroot ziekenhuis; niet academisch met een beddenaantal tussen 300-600
 4. klein ziekenhuis; ziekenhuis met minder dan 300 bedden
6. Bereikbaarheid: de mogelijkheid om een melding van een ongeval of acuut ziektegeval na ontvangst bij de CPA onmiddellijk aan de betreffende spoedeisende medische hulpverleners ter kennis te stellen.

Beschikbaarheid: het vermogen om bij binnenkomst van de melding onmiddellijk de benodigde hulpverleners van de spoedeisende hulpverlening in te kunnen zetten
7. LOTT: Landelijke Organisatie Traumateams: De door de minister van WVC samen met vertegenwoordigers van verschillende verenigingen van medische beroepsbeoefenaren en enkele andere instanties opgerichte stichting Landelijke Organisatie Traumateams, met als doel medisch-specialistische bijstand te bieden op het rampterrein.

LOTT-team/traumateam; een traumateam bestaat uit een chirurg, een anaesthesioloog en twee specialistische verpleegkundigen. De taak van een traumateam is tweeledig:

 - chirurgische en anaesthesiologische hulpverlening op het rampterrein
 - uitbreiding van de medische behandelcapaciteit van ziekenhuizen in de directe omgeving
8. Golden hour: Omdat de spoedeisende hulpverlening in het eerste uur (na het ontstaan van de Acute situatie) vaak bepalend is voor leven en dood en voor de omvang van restverschijnselen, wordt dit golden hour genoemd.
9. Crashteam: een crashteam werkt in feite op dezelfde wijze als een traumateam, maar deze wordt uitsluitend ingezet in het ziekenhuis zelf.
10. CPA: Centrale Post Ambulancevervoer is het ingevolge de Wet Ambulancevervoer ingestelde centrale meldings- en coördinatiecentrum voor het ambulancevervoer in een bepaald gebied
11. WAV: Wet AmbulanceVervoer
12. LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging
13. NRV: Nationale Raad voor de Volksgezondheid
14. IC: Intensive Care (afdeling)
15. SOSA: Stichting Opleidingen en Scholing ten hoeve van het Ambulancevervoer

