

# AmbulanceZorg

Nederland

NR. 03

juni 2002

In dit nummer onder meer:

Gewoon beginnen	2
Ketens in de ambulancezorg	2
Samenwerking ambulancezorg en huisartsen	4
Samenwerking traumazorg en ambulancediensten	6

## SPECIALSYMPOSIUM

### Impressie van het symposium *Ambulancezorg, schakel in de keten*

In het schitterende Steigenberger Kurhaus Hotel in Scheveningen vond op 7 juni 2002 het symposium van AmbulanceZorg Nederland plaats. De ruim 150 genodigden worden op de eerste etage van het in 1885 door Henkenhaf en Ebert gebouwde monumentale pand, hartelijk ontvangen. Onder het genot van een kopje koffie en cake worden bekenden begroet en nieuwe contacten gelegd. Om halfelf is het tijd om de Jan Toorop zaal in te gaan waar het symposium Ambulancezorg, schakel in de keten, gaat beginnen. Astrid Joosten die samen met Victor Deconinck dagvoorzitter is, heet als eerste eenieder welkom.

Vijftwintig jaar geleden was ambulancezorg niet meer dan het inladen en vervoeren van patiënten. Tegenwoordig staat ambulancezorg voor gespecialiseerd personeel dat medische handelingen verricht. Denkt u maar aan Pim Fortuyn, toen kon ook iedereen



op tv zien dat ze allemaal druk bezig waren. Op deze wijze illustreert Joosten beeldend dat binnen de ambulancezorg een verschuiving heeft plaatsgevonden van puur vervoer naar echte zorg. Ambulancezorg heeft zich daarmee ook duidelijker binnen de zorgketen geplaatst. Over die zorgketen gaat het vandaag, zegt Joosten. Wie doet wat, wat zijn de grenzen en waarom. Het ketendenken is nog jong, het begint in ieders hoofd wel vorm te krijgen, maar het moet nog bezinken en beklijven. ■

# opening

## Gewoon beginnen

Tijdens het denken over het doel en de opzet van dit symposium was één van de belangrijkste vragen: wat dient u als bezoeker van het symposium minimaal mee naar huis te nemen? Naast een aangename en leerzame dag zou het ons heel wat waard zijn, dat als u vanmiddag het Kurhaus verlaat, u kunt zeggen: goh, ik kan gewoon beginnen met ketenzorg, het is niet hemelomspannend. Ik kan klein beginnen, het werkt!



mr. P. Swenker

Mevrouw mr. P. Swenker, voorzitter van AmbulanceZorg Nederland, opent met te memoreren dat dit al weer het derde symposium is. De eerste twee symposia stonden in het teken van de interne ontwikkelingen binnen de ambulancezorg. Onderwerpen als budgettering, RAV-vorming, verantwoorde ambulancezorg en de besturingssystematiek zijn toen aan de orde geweest. Vandaag kijken we echter naar buiten, zegt Swenker. Het symposium Ambulancezorg, schakel in de keten, staat in het kader van de externe oriëntatie. De zorgketen loopt grofweg van de huisarts tot en met de revalidatie. Voor dit symposium is daarbinnen gekozen voor twee ketenpartners waarmee de ambulancezorg nauwe relaties onderhoudt, te weten de huisartsen en de traumazorg.

Over de opzet van de dag vertelt Swenker dat aan de hand van twee workshops, één over de samenwerking tussen ambulancezorg en traumazorg en één over de samenwerking met huisartsen, wordt ingegaan op verworven inzichten, successen en valkuilen. Dit wordt gedaan aan de hand van negen praktijkcasussen die door leden van AmbulanceZorg Nederland zijn ingebracht. Onder leiding van Astrid Joosten en Victor Deconinck wordt bekeken wat de belangrijkste aanleidingen, doelen, hobbels, successen en resultaten kunnen zijn binnen verschillende vormen van ketensamenwerking. Met als einddoel helder te krijgen wat nou eigenlijk precies de kritische succesfactoren zijn.

Swenker wenst eenieder veel inspiratie toe en vooral ook een hernieuwd enthousiasme. Dat u na vandaag over ketenzorg denkt: dat kan ik ook! Genoeg gepraat, tijd om in actie te komen. ■

# presentatie

## Ketens in de ambulancezorg

Het leuke van ketens is dat het een operationele vorm van samenwerken is. Hierdoor is goed zichtbaar te maken wie wat doet. Ketens zijn dan ook bij uitstek geschikt om het aan de basis beter te organiseren, zodat iedereen weet wie waarvoor verantwoordelijk is.

Het doel waar men zich bij het werken in een keten op richt, is een bruikbaar eindresultaat. Het repeterende karakter van wat binnen ketens plaatsvindt, maakt het mogelijk de klant of de patiënt een steeds beter eindresultaat te bieden. Goede communicatie tussen de verschillende schakels en een structurele vorm van informatie-uitwisseling is daarbij van groot belang. Maar ook het management en financiële prikkels spelen

een rol. Het verschil tussen het bedrijfsleven en de zorgsector is daarbij minder groot dan men misschien denkt.

Zondagavond 2 juni om 22.35 uur wordt in een uitzending van Kruispunt op Nederland 1 het relaas gedaan van de Afdeling Spoedeisende Hulp van het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag. Een arts leurt ettelijke kwartieren met een spoedgeval langs andere ziekenhuizen. Met dit actuele voorbeeld begint drs. T.P.J. Konijn, zelfstandig adviseur, zijn presentatie over ketensamenwerking. Hij benadrukt voor een praktische insteek te kiezen. Want ketenzorg is een hulpmiddel, meer moet je er ook niet van maken, vindt hij.

### Wat is een keten?

Ketens zijn afgestemde deelprocessen, zo stelt Konijn. Ambulancezorg, ziekenhuis, revalidatie; verschillende autonome instellingen leveren een stukje van de zorg. Voor de patiënt is het echter één reeks van instellingen die gezamenlijk zo goed mogelijk moet presteren. Dat is

drs T.J.P. Konijn





waar de keten zich op moet richten: een bruikbaar eindresultaat.

Als we een keten zoals bijvoorbeeld de voedselketen bestuderen, dan wordt het voordeel van wat een keten kan bieden snel zichtbaar. Tien, twintig jaar geleden liep de organisatie van de voedselketen van de producent via de veiling naar de supermarkt en van daaruit naar de consument. Als je tegenwoordig naar een bedrijf als Albert Heijn kijkt, dan zie je iets heel anders. Albert Heijn maakt rechtstreeks afspraken met bijvoorbeeld een producent van sinaasappels in Spanje. Daarna kijken ze wie ze in de keten nodig hebben om de sinaasappels hier in de supermarkt te krijgen. De schakels worden door Albert Heijn allemaal op hun meerwaarde beoordeeld. Het kan gebeuren dat sommige schakels daardoor uit



lancezorg uit het op een houten karretje zonder rubberbandjes laden van een patiënt door iemand zonder EHBO-diploma, dus uit vervoer, waarbij het zo was dat hoe dicht er je bij het ziekenhuis

## Golden Hour

Meneer Konijn, vraagt Astrid Joosten na afloop van de presentatie, u stelt dat Albert Heijn de productie kan beïnvloeden, maar als we dat vergelijken met deze branche, kunnen wij ook het product veranderen? Jawel, antwoordt Konijn. Neem bijvoorbeeld het *golden hour*, geen van de ketenpartners kan dat alleen bereiken. Je moet dan dus wel afspreken hoe je het samen wel voor elkaar kunt krijgen.

kwam hoe beter de zorg werd. Tegenwoordig staat ambulancezorg voor een hooggekwalificeerde dienstverlening.

Kijken we naar de partners van de ambulancezorg, dan zien we dat van oudsher

men gewend is om naar politie en brandweer te kijken. Maar ook huisartsen, traumazorg en andere zorgverleners zijn uw partners en ook die keten moet en kan verbeteren, zo stelt Konijn vast.

Een van de stappen hiertoe is het vaststellen van het ketendoel oftewel wat heb ik nodig van de andere partijen in de keten en welke afspraken maken we daarover. Er zijn namelijk verschillende doelgroepen en niet iedereen hoeft binnen de keten dezelfde schakels aan te doen. We hoeven tenslotte niet allemaal via de huisarts naar de apotheker en uiteindelijk allemaal naar hetzelfde ziekenhuis. Het is niet *one size fits all*, maar gekeken moet worden hoe je bepaalde doelgroepen het beste kan helpen en dat vergt samenwerking.

Konijn besluit zijn presentatie door naar voren te brengen dat veel ketenorganisaties op de werkvloer

## We moeten van het domeindenken af, af van het idee dat *one size fits all*

de keten vallen of dat je ketenvorming met nieuwe actoren krijgt.

Binnen de voedselketen is ook sprake geweest van ketenomkering. Dat wil zeggen dat vroeger vanuit de producent en de productie werd geredeneerd, terwijl nu de wensen van de klant centraal staan. De markt is daarmee vraaggestuurd geworden. Wil de klant liever broccoli met korte stronken, dan krijgt de klant dat. Voordelen van deze manier van ketensamenwerking zijn onder andere dat er een vaste aanvoer is, er een gespecificeerde kwaliteit wordt geleverd, er vertrouwen tussen de schakels ontstaat, soms minder schakels nodig zijn, de herkomst van informatie bekend is en er gestuurd kan worden op het voortraject. Voordelen, zo stelt Konijn, die ook voor de zorgketen kunnen gelden.

### Ketens in de ambulancezorg

Konijn spitst zijn verhaal meer toe op de gezondheidszorg door aan te geven dat we meer van domeinen naar ketens moeten en van vervoer- naar zorg-denken.

We moeten er vanaf dat autonome instellingen hun eigen domein krampachtig overeind blijven houden. Ketenvorming, daar moeten we heen. Het achter elkaar plaatsen van de schakels in het proces zoals de patiënt dat doorloopt. Je kunt aan alle schakels, van omstandershulp, via alarmering tot en met revalidatie, kwaliteitscriteria hangen. Zo maak je de toegevoegde waarde van elke schakel in de keten zichtbaar. Het gesprek zal dan ook verschuiven van domeinen naar hoe kunnen we de beste zorg bieden aan de patiënt.

Voor wat betreft van vervoer- naar zorg-denken begint Konijn met een schets uit vroeger jaren. Bestond ambu-

## Ketenzorg is een hulpmiddel, meer moet je er ook niet van maken

beginnen. Wil je echter de stap zetten naar echte ketenafspraken dan moeten er naast de basisafspraken ook op managementniveau ketenarrangementen gemaakt worden. Bovendien moet er een financiële basis zijn en moeten schotten neergehaald worden. Als je namelijk afgerekend wordt op die schotten en niet op de keten, gaat het niet goed.

✓ Over het ontwikkelen van transparante en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken kunt u meer lezen in het boek van de heer Konijn en mevrouw Van der Aa: *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling*. ISBN 90 5189 913 0, Uitgeverij LEMMA BV, 030 - 254 56 52. ■

# workshop

## Samenwerking tussen ambulancezorg en huisartsen



Astrid Joosten

### PROJECTENOVERZICHT

Huisartsen worden toegerust met automatische externe defibrillatoren  
De heer L. Roos, GGD Zuid-Holland Zuid, 078 - 632 18 50

De heer D.J. Kruijthoff, huisarts  
ZHZ, 0184 - 69 14 53

Samenwerking huisartsenpost en RAV m.b.t. vervoer, protocol, reanimatie, scholing

De heer dr. C.L.G. Rutten, RAV IJssel-Vecht BV, 038 - 468 45 06

Doktertelefonistes zijn fysiek bij de meldkamer ambulance ondergebracht  
De heer J. Hatenoer, RAV Drenthe, 0592 - 31 20 00

De heer R.C.F. Hartmans, Centrale Huisartsenpost Drenthe, 0592 - 39 19 00

Vervoer van huisartsen door ambulancechauffeurs

De heer T. Bakker, RAV Zorg op Weg, 0492 - 58 48 08

Twee huisartsenposten hebben een te groot gebied

De heer M. Hillemans, Ambulancedienst Engelen Midden-Limburg, 0475 - 37 02 08

De heer P.A.A. van de Ven, Centrale Huisartsenpost Midden-Limburg, 0475 - 58 13 45

Uit nood geboren, dat is vaak toch nog wel de belangrijkste reden waarom samenwerkingsverbanden tussen ambulancezorg en huisartsen ontstaan. Het enorme tekort aan huisartsen brengt huisartsen en ambulancediensten ertoe om steeds vaker bij elkaar aan te kloppen. De meeste samenwerkingsverbanden ontstaan ook vanuit eigen initiatief, vanaf de werkvloer en niet door oplegging van bovenaf. Zo kan de één de beste zorg aan zijn patiënten blijven garanderen en de ander zijn dienstverlening uitbreiden en daarmee zijn kwetsbaarheid verminderen. Maar hoe ervaart men de samenwerking en wat vindt de patiënt ervan, tegen welke problemen loopt men aan, wat zijn de kritische succesfactoren en wie betaalt er eigenlijk?

Bij u was toch de brug kapot, vraagt Astrid Joosten aan de heer Kruijthoff, huisarts in Zuid-Holland Zuid. Dat klopt, omdat de ambulancedienst daardoor niet meer binnen 15 minuten ter plaatste kon zijn, is samenwerking gezocht. Om met de woorden van Konijn te spreken, is toen in de keten gekeken wie welke meerwaarde levert. In dit geval was die meerwaarde dus, wie heeft de defibrillatoren. Door veranderende omgevingsfactoren, te weten de brug, moesten de ketens anders gaan samenwerken om de patiënt de beste zorg te kunnen blijven garanderen. De oplossing lag in het voorzien van vier huisartsen van externe defibrillatoren, zodat ze direct actie kunnen ondernemen. De ambulance komt daarna.

principe van first responder, voor elkaar ingevallen bij drukte. De voordelen zijn legio, vertelt de heer Hillemans, hoofdverpleegkundige ambulancedienst Engelen en voorzitter huisartsenpost Midden-Limburg. De keten sluit veel beter op elkaar aan en de kwetsbaarheid van de eigen organisatie is verminderd. Het project is goed verlopen door de open cultuur en het gezamenlijk optrekken tijdens de opstartfase.

De huisartsen willen niet anders meer, zegt Van de Ven, huisarts in Midden-Limburg. Aanvankelijk was men niet altijd overtuigd van elkaars kunnen en kende men elkaars terrein ook slecht. Nu wordt de samenwerking door beide partijen als heel positief ervaren. Uit een enquête onder huisartsen blijkt dat 90% tevreden is over de samenwerking met andere huisartsen, 92% is tevreden over de samenwerking met de assistenten en 98% is tevreden over de samenwerking met de ambulancechauffeurs. Wat nog wel zou mogen verbeteren is het op landelijk niveau beter verankeren van de afspraken op het gebied van de arbeidsvoorwaarden, aldus Hillemans.

In het project van de heren Hatenoer, manager bedrijfsvoering RAV/AZG, en Hartmans, directeur Centrale Huisartsendienst Drenthe, gaat het zelfs nog een stapje verder. Was de aanleiding ook hier het tekort

>>

Omdat dit goed is bevallen, hebben de huisartsen, de ambulancedienst en de gemeente besloten het zo te houden.

### Nieuwe vormen van samenwerken

Ook bij andere projecten is sprake van een veranderende wijze van werken als gevolg van veranderde omstandigheden. Het tekort aan huisartsen leidde er in Midden-Limburg toe dat er twee huisartsenposten werden opgericht en er samenwerking met de ambulancedienst werd gezocht om huisartsen te rijden en medisch te ondersteunen. Bovendien wordt hier nu, door het





aan huisartsen in de regio en daarmee het gevaar van ontoereikende dekking in spoedeisende medische hulp tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. De oplossing is gevonden in een callcentre voor de huisartsendienst in de centrale meldkamer van de provincie Drenthe met een directe link tussen de dokterstelefonistes en de CPA's. Beide partijen ervaren de samenwerking als een schoolvoorbeeld van ketenzorg. Het lijkt wel een droom, zegt Joosten. Nou, zeggen beide heren, het is meer dat we een nachtmerrie onder controle proberen te houden.

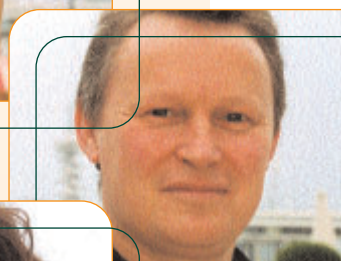
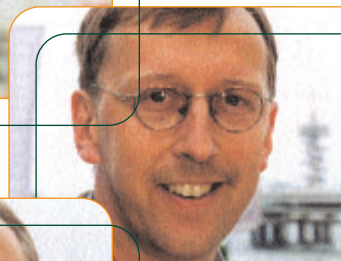


## Met ketenzorg moet je gewoon beginnen

### Wie betaalt?

Een vraag waar je in Nederland nooit lang op hoeft te wachten is: wat kost dat? Is het duurder dan vroeger, vraagt Joosten aan de heer C.L.G. Rutten, medisch adviseur RAV IJssel-Vecht. Het is wel kostbaar. Omdat onze chauffeurs huisartsen zijn gaan rijden met andere auto's dan ambulances, zijn er speciale auto's ingericht. Het niveau van de dienstverlening is echter wel omhoog gegaan. We hebben nieuwe chauffeurs opgeleid om de huisartsen te rijden omdat een aantal ambulancechauffeurs het als een degradatie zag. Deze huisartschauffeurs zijn zo opgeleid dat ze de huisarts goed kunnen ondersteunen. We zijn onmisbaar voor elkaar. De aansluiting op het moment dat de ambulancezorg wordt ingeroepen is naadloos.

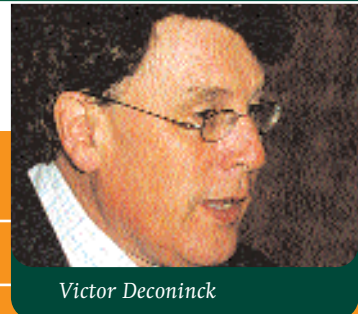
We worden nu betaald door de zorgverzekeraar maar krijgen over een half jaar de discussie over kostendekkend werken, zegt Rutten. Is dat mogelijk, kostendekkend werken, vraagt Joosten. Wij mikken op winst c.q. het opbouwen van een reservepositie, vertelt de heer Bakker, directeur GGD Zuidoost-Brabant. De Districts Huisartsenvereniging zocht een partner om huisartsen te rijden en een manager van de GGD Zuidoost-Brabant heeft zijn diensten aangeboden, een persoonsgebonden initiatief dus. Het sloot aan bij onze kerncompetenties, te weten: kennis, sociale kaart, mobiliteit en logistiek. Het doel is om als GGD minder kwetsbaar te worden en meer klant- en resultaatgericht te kunnen werken. We hebben deze dienstverlening overigens weggehaald bij de ambulancedienst, en het ondergebracht in een aparte stichting. Het is een soort taxibedrijf met speciaal opgeleid personeel. ■



Foto's van boven naar beneden: de heer L. Roos, de heer D.J. Kruijthoff, de heer dr. C.L.G. Rutten, de heer J. Hatenboer, de heer R.C.F. Hartmans, de heer T. Bakker, de heer M. Hillemans, de heer P.A.A. van de Ven, mevrouw R. van Rijn-Klappe.

# workshop

## Samenwerking traumazorg en ambulancediensten



Victor Deconinck

### PROJECTENOVERZICHT

Samenwerkingsconvenant om de traumaheli en het traumacentrum in elkaars hulpverleningsproces in te bedden

De heer W. Thies,  
GGD Zuid-Holland Zuid,  
078 - 632 18 50

De heer drs. P.J.C.M. Coumans,  
Traumacentrum ZWN,  
010 - 463 50 34

Pre-hospitale infarctbehandeling door ambulancepersoneel (P.H.I.A.T.-project)

De heer F.J.M. Hollak, RAV  
IJssel-Vecht BV, 038 - 468 45 06  
De heer dr. A.W.J. van 't Hof, Isala  
Klinieken Zwolle, 038 - 424 23 74

De opzet van een Regionaal Trauma Overleg  
De heer A.F.J. van Bekhoven, GGD  
Hart voor Brabant, 013 - 464 39 11  
Mevrouw S.A.T.M. Pontzen,  
Traumacentrum Brabant,  
013 - 539 23 32

RETRIS: een aanzet tot een traumaregistratiesysteem  
De heer Th. Gras, VZA  
Ambulancedienst, 020 - 570 95 00  
De heer mr. drs. O.P. Takx,  
TC VUMC, 020 - 444 29 30



Eigenlijk kan wel geconcludeerd worden dat we over heel Nederland telkens in min of meerdere mate opnieuw het zwarte garen zitten uit te vinden. Waarom weten ze in Zwolle niet dat ze in Eindhoven hetzelfde doen? En waarom weet Albert Heijn zoveel over u en lijkt het in de zorgsector bijna onmogelijk om gegevens te registreren, aan elkaar te koppelen en uit te wisselen? De belangrijkste reden hiervoor ligt in het feit dat het moeilijk is om goed te communiceren. Aan de communicatie tussen geautomatiseerde systemen in de vorm van gegevensuitwisseling, kan nog heel wat geschaafd worden. Maar ook de communicatie tussen mensen vraagt nog veel aandacht. Praten we wel allemaal met elkaar, zeggen we wel hetzelfde en vanuit welk belang praat iemand? Factoren die van doorslaggevend belang zijn om ketensamenwerking écht te laten slagen.

Het zijn goede praktijkcasussen, maar welbeschouwd is het *common*

*sense*: met elkaar praten, bedrijfsculturen afstemmen, elkaar kennen. In de koekjesfabriek is het niet anders. Zo begint Victor Deconinck zijn workshop waarbij de samenwerking tussen ambulancezorg en traumazorg centraal staat.

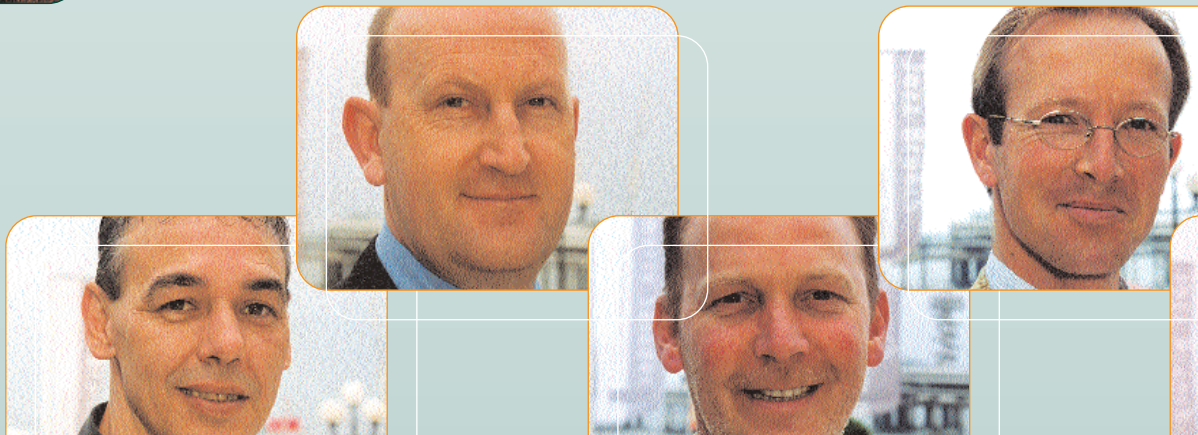
Maar als het alleen *common sense* is waarom liep dan bijvoorbeeld het Regionaal Trauma Overleg in Brabant op een gegeven moment niet meer? We zaten met een te grote groep mensen te vrijblijvend aan tafel waardoor het moeilijk was alle partners aan tafel te houden. Aan het woord zijn mevrouw Pontzen, projectmanager Traumacentrum Brabant en de heer Van Bekhoven, manager CPA/GHOR. Bovendien verstond men elkaar niet en hadden bepaalde personen eigenlijk een te druk programma. Om dit op te lossen hebben we een nieuwe vergaderstructuur ingevoerd: drie keer regulier overleg en twee keer een themaoverleg. Tijdens een themaoverleg komen onderwerpen aan bod als wat is een traumacentrum, wat doet het traumacentrum en wat doet de politie bij een ramp, want dat is niet bij iedereen op voorhand bekend. Als voor iedereen duidelijk is wat de ander doet, praat het gelijk een stuk eenvoudiger. Voordeel van het overleg is ook dat men elkaar leert kennen in een relaxte omgeving wat de samenwerking bij stresssituaties makkelijker maakt.

### Communicatie

Het gaat niet alleen om de communicatie tussen mensen, zo stelt Deconinck vast, maar ook om de communicatie tussen informatiesystemen. Hoe is het toch mogelijk, vraagt hij, dat meneer Albert Heijn door mijn klantenpas heel veel over mij weet. En waarom zijn er in de zorgsector zoveel verschillende informatiesystemen die zo slecht met elkaar communiceren, dat u bijna nog niets weet. En dat terwijl de patiënt, en dus de informatie over hoe hij door de keten heen gaat, toch centraal zou moeten staan.

Binnen het project RETRIS wordt wel op geautomatiseerde wijze gevolgd wat de patiënt in de keten precies doormaakt, vertelt de heer Takx, projectleider TC VUMC. Uit de gegevensset die zo beschikbaar komt, komen bepaalde zaken naar voren. Zo wordt bijvoorbeeld

>>





inzicht verkregen in wanneer een immobilisatietechniek is toegepast. De idee is dat uit de gegevens die hieromtrent verzameld worden, blijkt of je die techniek in bepaalde gevallen moet toepassen of niet. Alleen is het voor deze laatste stap ook nodig om de diagnosegegevens uit het ziekenhuis te hebben en die ontberen we nu, zegt Takx. En daaraan ligt nou precies dezelfde reden ten grondslag als waarom u met uw Albert Heijn klantenpas ook niet bij de C1000 terecht kunt. De ambulancezorg is namelijk Albert Heijn en het ziekenhuis is de C1000 en dat praat (nog?) niet met elkaar.

Geconcludeerd wordt dat de *sense of urgency* ook gewoon ontbreekt. In het verleden is afgesproken dat er geregistreerd zou worden, maar we doen het gewoon niet. Terwijl het juist zeer wenselijk zou zijn om te registreren en dan niet alleen kwantitatieve maar ook kwalitatieve gegevens. Dan krijg je inzicht in de resultaten, in het proces, stelt de heer Takx. In 20% van de gevallen is de ambulance niet binnen 15 minuten ter plaatse, zegt de heer Van 't Hof, cardioloog Isala Klinieken. Het zou goed zijn als je dat soort zaken meet, dan heb je een soort objectiveerbare kwalitatieve controle. Dat geeft ook helderheid aan het ambulancepersoneel. Probleem is alleen, zo brengt de heer Gras, kwaliteitscoördinator VZA, naar voren, dat de interpretatie van variabelen moeilijk is. Zo is 'tijd' bijvoorbeeld geen harde variabele, niemand staat er namelijk met een stopwatch naast, maar het wordt wel zo gebruikt.

wil van de meldkamer een seintje als de patiënt eraan komt. Zo proberen we samen te komen tot een geïntegreerd systeem van traumazorg, aldus de heer Thies, ambulanceverpleegkundige RAV ZHZ en hoofdverpleegkundige traumahelikopter Rotterdam.

Bij de KLM maken ze geautomatiseerde tripreports, maar daar wordt verder niets mee gedaan, is dat bij u ook zo, vraagt Deconinck aan Takx. Nee, wij houden casusbesprekingen in multidisciplinaire setting.  
- Maar de trends, vraagt Deconinck.  
- Dat is een probleem.

## Het probleem is, de ambulancezorg is AH en het ziekenhuis is de C1000

De kracht van het P.H.I.A.T.-project ligt in het feit dat de patiënt centraal staat, zo stelt de heer Hollak, ambulanceverpleegkundige en projectleider P.H.I.A.T. RAV IJssel-Vecht BV. Het doel van dit project is een patiënt met een infarct zo snel mogelijk op de beste plek te krijgen. Dat vraagt van de cardiologen in de omgeving dat ze hun eigen belang secundair maken aan het belang van de patiënt. Ze krijgen immers geen grote infarctpatiënten meer, want die gaan direct door naar het dottercentrum.

Het project is bottum-up gestart. De ambulancedienst en de cardiologen hebben samen gewerkt aan een vroegtijdige (pre-hospitale) diagnostiek waardoor voor de patiënt veel tijds-winst wordt behaald. Om echter te komen tot een redelijke verdeling van patiënten is ook een top-down benadering gewenst. Getracht is objectiveerbaar te maken waar wat het beste is.

Pontzen: de suggestie ontstond dat alleen de traumacentra de ernstige gevallen kunnen behandelen. Dat maakt dat je, je als ziekenhuis zwaar ondergewaardeerd gaat voelen. Het gaat, zo verduidelijkt Konijn, soms dus niet om alleen om hiërarchie maar ook om professionele trots. ■

## Ketensamenwerking is niet meer dan je boerenverstand gebruiken

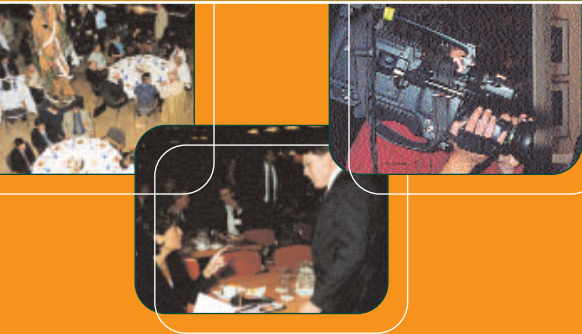
### De patiënt centraal

Ook in het project dat zich richt op het inbedden van de traumaheli en het traumacentrum in elkaars hulpverleningsproces, wordt getracht kennis te bundelen en zodoende het product, het belang van de patiënt, op een hoger niveau te brengen. De heer Coumans, projectmanager TC ZWN, vertelt dat de samenwerking beïnvloed wordt door te meten en te registreren. Je moet je eigen processen daarop inrichten. En in het kader van de samenwerking moeten beide partijen dat dus doen. De meldkamer wil bijvoorbeeld van het ziekenhuis weten hoeveel bedden er beschikbaar zijn en het ziekenhuis

Foto's onder van links naar rechts:

de heer W. Thies, de heer drs. P.J.C.M. Coumans, de heer F.J.M. Hollak, de heer A. van 't Hof, de heer A.F.J. van Bekhoven, mevrouw S.A.T.M. Pontzen, de heer Th. Gras, de heer mr. drs. O.P. Takx.





Tijdens de lunchpauze legt een cameraploeg vast wat men als opvallend heeft ervaren in de eerste workshops. Aan het begin van de evaluatie wordt een korte videofilm gedraaid waarin een groot aantal mensen aan het woord komt. Door de filmploeg zijn alle uitspraken teruggebracht tot pakkende oneliners: de patiënt wil graag 'keteren'; ik zie het eerlijk gezegd nog niet gebeuren; als de broccoli niet deugt gooi je het product weg, bij ons kan dat niet; mijn beeld heb ik bijgesteld en nu weet ik hoe ik verder kan en moet gaan. Astrid Joosten en Victor Deconinck vragen zich hardop af hoe men, op heel praktisch niveau, maandag verder gaat.

## Het voeren van regie en het bepalen van sancties

Veel projecten beginnen bottum-up maar er vindt geen uitrol over heel Nederland plaats. Een centrale regisseur ontbreekt en zo ook een systeem van bonussen en sancties. Hoe doorbreken we dat, vraagt Deconinck. Iedereen kan iets vanuit eigen perspectief doen, zegt Konijn. AmbulanceZorg Nederland kan bijvoorbeeld, zoals ze vandaag ook al doet, kennis verspreiden. En voor wat betreft de bonussen en sancties, als je met ketens werkt moet je ook op ketendoelen worden afgerekend. Op de vraag wie dat dan moet doen, wijst de hele zaal *en masse* richting VWS.

En de regie? Ook daarbij wordt naar VWS gewezen. Die gaat daarover. Er moet meer regie komen anders komen we niet tot een integraal landelijke aanpak, vindt men. Swenker onderstreept dit door op te merken dat vanuit kwalitatief perspectief VWS verantwoordelijk is voor de

Maar ook voor verzekeraars wordt hier een rol gezien, zij kunnen ketensamenwerking lokaal initiëren. Een systeem dat VWS in feite dient te hanteren is: de peen, de preek, de zweep. Want de patiënt staat centraal. Als er niet gepresteerd wordt, moet er afgerekend worden. En daar is iedereen het helemaal mee eens. Er is overigens maar weinig over de patiënt gesproken, stelt Joosten vast. De patiënt zit in ons hoofd gebakken, zo wordt opgemerkt. De patiënt wil gewoon goede zorg en als we de zaak niet op de rit krijgen, rekent de patiënt ons daar, door bijvoorbeeld zijn stemgedrag, echt op af.

Victor Deconinck sluit de dag af door vast te stellen dat VWS, huisartsen, specialisten, ambulancediensten, zorgverzekeraars en branche-organisaties samen moeten bepalen wie wat organiseert in de zorgketen. Voor wat betreft het ijken van kennis en datagevens binnen de keten, ligt er een makelaarsfunctie voor bijvoorbeeld AmbulanceZorg Nederland.



### We hanteren de peen, de preek, de zweep

kwaliteit van onze zorg. VWS moet bijvoorbeeld *best practices* verordonneren en door de inspectie laten controleren. Je kunt niet blijven volhouden dat het bij jou anders is.

Wij hopen van harte dat we u vandaag op het spoor hebben kunnen zetten om werk te maken van ketensamenwerking. Het was mede door uw inbreng een waardevolle dag. ■

#### Colofon

De nieuwsbrief van AmbulanceZorg Nederland komt minimaal 3x per jaar uit in een oplage van 675 exemplaren en is bedoeld voor de leden van de vereniging, samenwerkingspartners en andere geïnteresseerden. Met de uitgave van deze nieuwsbrief wil AmbulanceZorg Nederland, naast de informatie die zij onder meer via haar site ([www.ambulancezorg-wg.nl](http://www.ambulancezorg-wg.nl)) verstrekt, de meer strategische en opiniërende facetten van de zaken waarmee zij zich bezighoudt naar voren brengen.

#### Adres

AmbulanceZorg Nederland, Postbus 485, 8000 AE Zwolle  
telefoon: 038 421 86 91, fax: 038 423 68 38  
e-mail: [info@ambulancezorg-wg.nl](mailto:info@ambulancezorg-wg.nl)

#### Realisatie

Huising Communicatie en  
BeleidsAdvisering (Tiel) i.s.m.  
Stimio Communicatie Projecten bv  
en Vormix.

#### Tekst

Bouwens tekst & communicatieadvies (Utrecht)

#### Redactie

Mevrouw H. Deijkers (beleidsmedewerker AmbulanceZorg Nederland)

#### Fotografie

R. van 't Woudt, Utrecht

