

AMBULANCETEAM EN SEH-TEAM OEFENEN SAMEN REANIMATIE ZONDER HAPERINGEN

‘We werken samen aan het beste voor de patiënt’



WERRY CRONE



△ Oudste aios anesthesiologie Marijke van Polen (geheel links) heeft de leiding op de nagebouwde SEH en is herkenbaar aan een groen pak. De zorgcoördinator draagt blauw, de overige verpleegkundigen en de cardioloog – rechts, met de armen over elkaar – zijn in het wit.

Voor een geslaagde reanimatie hebben ambulancepersoneel en SEH-team elkaar nodig. Toch trainen ze nooit samen. In de provincie Utrecht brengen ze daar nu verandering in. 'De patiënt heeft geen boodschap aan domeingrenzen; die heeft één zorgtraject nodig.'

◁ Voor de simulaties wordt een op afstand bestuurbare pop met waarneembare hartslag gebruikt.

'Meldkamer.' 'Hoi, met Dorien van auto 4. Ik ben onderweg met een vrouw, 50 jaar, ademweg vrij, ademhalingsfrequentie 35 p/min, bloed bij sputum, atriumfibrilleren en het vermoeden van een longembolie.' Ambulanceverpleegkundige Dorien van Oijen van de RAVU staat in een ambulance zonder stuurcabine in een van de trainingsruimtes van het METS Center in Bilthoven (zie kader op blz. 73). Onder haar handen een reanimatiepop met waarneembare hartslag. Ze heeft net haar voor aankondiging gedaan en praat weer met de pop, althans, met docent Ruben Verlangen die achter de microfoon in de regieruimte zit en even voor patiënt speelt. 'Mijn vlucht uit Suriname had zoveel vertraging. Oh, ik ben zo benauwd.

Kunt u daar iets aan doen?' 'Ja mevrouw, ik heb u wat zuurstof gegeven en we gaan nu naar het ziekenhuis. Bent u lang onderweg geweest? Mevrouw? Mevrouw? Hé, de patiënt reageert niet meer. Ik heb... geen hartslag meer, en... geen ademhaling. Assistentie reanimatie.' Enkele minuten later 'rijdt' ambulancechauffeur Ralf van der Pol met de ambulance zogenaamd de ambulancesluis van het UMC Utrecht binnen, terwijl Dorien en een opgetrommelde politieagent – alias kwaliteitsfunctionaris Wim Blommaert van de RAVU – de patiënt reanimeren. SEH-verpleegkundige Mieke Witting snelt toe en klimt alvast de ambulance in om de hartmassage over te nemen van de agent. Haar collega Jasper Delen, gekleed in het blauw en dus de zorgcoördinator, komt ook de sluis binnen.

Hectiek

Zorgverleners genoeg en allemaal even actiebereid. Maar ondanks – of dankzij? – al deze ijver doet zich een ogenblik later een warrige situatie voor. Precies op het moment dat de brancard uit de auto wordt getild, loopt namelijk het derde reanimatieblok van 2 minuten af en moet Dorien het hartritme van de patiënt checken en een schok toedienen. Wat niet heel soepel gaat als net vijf mensen hun handen aan de brancard hebben.

In de nagebouwde SEH, tien meter verderop, staan ondertussen twee in het groen geklede arts-assistenten anesthesiologie klaar, een derde SEH-verpleegkundige en een jonge cardioloog. Als de patiënt binnen wordt gerold, hoort de oudste aios, Marijke van Polen, de korte overdracht van Dorien aan. Ze neemt daarop de leiding en stuurt, zodra de patiënt is overgeschakeld op de ziekenhuisapparatuur, aan op zo snel mogelijk overtillen naar de SEH-brancard. Maar de ritmecheck die daarop volgt, verloopt wederom rommelig en ook de borstcompressies zijn tijdelijk

‘Als je leidinggeeft, moet je niet van alles gaan doen’

minder van kwaliteit, omdat er ondertussen druk wordt gezocht naar krukjes en er ook al wordt begonnen met intuberen en het geven van medicatie. Dorien staat er ondertussen een beetje zoekend bij. ‘Is er iemand aan wie ik een uitgebreidere overdracht kan doen?’

Rust in de tent

Alle deelnemers verzamelen zich een kwartiertje later – nadat het ‘einde scenario!’ heeft geklonken – in een zaaltje verderop voor de nabespreking. Mieke Witting en Mirjam van Essen, de SEH-verpleegkundigen van het UMC Utrecht die afwisselend de hartmassage voor hun rekening hebben genomen, hijgen nog

een beetje na en ook de anderen hebben rode wangen van de inspanning. Het mag een pop geweest zijn, de ijver was er niet minder om.

Bij de evaluatie heeft dan ook niemand iets aan te merken op ieders inzet. Maar er worden wel diverse andere zwakke punten genoemd. ‘De ritmecheck terwijl we uit de auto kwamen, was niet zo handig’, zegt Jasper. ‘En ook het overtilmoment naar de ziekenhuisbrancard was rommelig.’ ‘Ik had strakker kunnen zeggen wanneer wij het overnamen van de ambulance’, oppert Marijke, bezig aan het laatste jaar van de opleiding anesthesiologie. ‘En ik had te weinig overzicht doordat ik ging helpen bij de intubatie. Dat moet eigenlijk niet. Als je leidinggeeft, moet je niet van alles gaan doen.’

Docenten Ruben Verlangen en Rob

Ambulanceverpleegkundige Dorien van Oijen verzorgt tijdens de derde simulatie van de dag een ‘drenkeling’ die zogenaamd achteruit de pont is afgereden bij Schalkwijk.





Docent Ruben Verlangen (links) en Rob Lichtveld sturen de simulaties aan vanuit de regiekamer. De actie wordt met vier camera's opgenomen.

SIMULATIETRAINING VOOR BETERE KETENZORG

Een patiënt die acute zorg nodig heeft, komt in de eerste – doorslaggevende – uren langs diverse schakels in de ketenzorg: ambulancedienst, SEH, cardiologie of traumazorg, intensive care. Waar twee schakels elkaar ontmoeten, kunnen kleine haperingen in de behandeling ontstaan. De Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU) en het UMC Utrecht willen de kans op verstoringen verkleinen met multidisciplinaire simulatietrainingen. Verschillende teams komen samen in het METS Center in Bilthoven, een kennis- en opleidingscentrum voor de acute zorgsector. Ze oefenen scenario's met behulp van een reanimatiepop en proberen gaandeweg de schakels in de zorgketen 'aan elkaar te lassen'. In dit verhaal betreft het ambulance- en SEH-teams in een reanimatiesetting, maar ook andere disciplines en casuïstiek – zoals trauma, sepsis en de acute neuropatiënt – komen aan bod. De nadruk ligt op niet-technische vaardigheden en er wordt gebruikgemaakt van *crew resource management* (CRM), een methode uit de luchtvaart. CRM heeft tot doel om veiligheid en uitkomst te optimaliseren door in een crisis alle beschikbare bronnen – materieel en menselijk – gecoördineerd te benutten. Centraal staan een goede voorbereiding, effectieve communicatie en een duidelijke rolverdeling. De trainingen moeten uiteindelijk resulteren in aangepaste scholingsprogramma's en structurele afspraken over de overdrachtsmomenten.

Lichtveld van het METS Center, zelf respectievelijk ambulanceverpleegkundige en arts, geven nog terug dat er veel stemmen door elkaar klonken. 'Verschillende mensen vroegen om dezelfde informatie', zegt Ruben. En hij zag ook heel veel haast om te intuberen en medicatie te geven. 'Waarom wil je van alles binnen een minuut doen? Er is geen evidence dat dat uitmaakt, en er is wel evidence dat de kwaliteit van de BLS (*basic life support, red.*) ertoe doet. Goede, diepe borstcompressies en een ritmecheck strak om de twee minuten; dat kan het verschil maken voor de patiënt. Dus ik denk dat je eerste prioriteit moet zijn om de BLS goed over te nemen; de rest kan wachten. Eerst rust in de tent.'

Drenkeling

De nabespreking resulteert in een rijtje voornemens voor de drie scenario's die deze dag nog zullen volgen. De overtilmomenten vinden bij voorkeur direct na een ritmecheck plaats; de oudste aios anesthesiologie neemt de leiding over van de ambulanceverpleegkundige nadat deze op de SEH nog 'haar' reanimatieblok heeft afgemaakt; de BLS wordt eerst veiliggesteld voor de verdere behandeling begint.

Tijdens de eerste simulatie na de lunch brengen de teams de afspraken prachtig in praktijk. Dorien en Ralf komen zoge-

naamd uit Schalkwijk aanrijden met een 60-jarige man die achteruit de pont is afgereden en zeker een halfuur in het water heeft gelegen. Er is weer een agent opgetrommeld om de borstcompressies te doen tijdens het rijden en Dorien geeft aan de meldkamer door wat ze allemaal al heeft gedaan: infuus gegeven, geïmmobiliseerd, geïntubeerd, twee keer geschokt. 'Hij heeft een PEA (polsloze elektrische activiteit, *red.*) van 46, is hypotherm en ik voel weerstand bij het beademen. CO₂ is 17. We zijn er over 5 minuten.' Dorien maakt bij aankomst het reanimatieblok inclusief ritmecheck en schok af in de ambulance. Dat geeft haar, Ralf en de politiemannu nu relatief veel tijd om de brancard uit de auto te tillen, naar de SEH te rollen en op zijn plek naast het SEH-bed te zetten. De SEH-verpleegkundigen sluiten de patiënt alvast aan op de ziekenhuismonitor – zonder de monitor van Dorien los te koppelen – en Dorien geeft een korte samenvatting van wat ze weet aan Marijke. 'Twintig seconden tot ritmecheck', zegt ze dan. 'Oké jongens', zegt Marijke, 'de ambu doet nu nog deze ritmecheck en daarna gaan we over.' En zo gaat het. Zodra Dorien de ritmecheck heeft gedaan en een schok heeft toegediend, zorgt Jasper dat de klok van de SEH loopt en wordt de patiënt over getild naar de ziekenhuisbrancard. De BLS wordt zeker gesteld, en daarna



Tweedejaars aios anesthesiologie Karin Munting vertelt tijdens de nabespreking wat ze heeft geleerd van de simulatietraining.

is er ruimte voor verdere behandeling, een uitgebreide overdracht door Dorien aan cardioloog Joris van der Heijden, en overleg tussen Joris en Marijke over het te volgen beleid. 'We hebben weer een pols', klinkt het een paar minuten later. 'Goed, we gaan naar de ic', zegt Joris. 'Einde scenario!'

Armen over elkaar

Tevredenheid alom tijdens de nabespreking. Er was rust en duidelijke coördinatie, zo oordelen de deelnemers. De videobeelden – alle scenario's worden opgenomen met vier camera's – bevestigen die indruk. De overdracht van de leiding van ambulance naar SEH direct na een laatste ritmecheck door de ambulance-verpleegkundige, vindt iedereen logisch en duidelijk. De BLS raakt daardoor zo goed als niet verstoord. Marijke gaf daarna naar ieders tevredenheid luid en duidelijk opdrachten en samenvattingen. 'En ze hield ook goed haar armen over elkaar, waardoor wij konden overleggen,' zegt cardioloog Joris van der Heijden. De SEH-verpleegkundigen zijn eveneens te spreken over hun optreden. Ze hadden van tevoren precies afgesproken wie wanneer en aan welke kant de hartmassages voor zijn rekening zou nemen. Jasper: 'De krukjes stonden klaar.' Mieke: 'En alles wat nodig was om de patiënt op te warmen hadden we klaargelegd.' Docent Rob: 'Zo'n goede voorbereiding maakt veel verschil. Je weet wat ze zeggen: 10 seconden voor 10 minuten. En als je die 10 seconden

voorbereiding samen deelt, werkt het nog beter.'

De vreugde wordt even getemperd als Ruben het SEH-team er voorzichtig op wijst dat ze de toedieningsfrequentie van de adrenaline niet hebben verlaagd, zoals aanbevolen bij onderkoeling. 'O ja, stom', klinkt het van verschillende kanten. 'Ik heb er even aan gedacht vooraf, maar toen dacht ik: dat weten ze wel', vertelt tweedejaars aios anesthesiologie Karin Munting, die de intubatie en beademing voor haar rekening nam. 'Ik wist het ook niet meer precies genoeg om het te zeggen.' Na enige discussie komt de groep uit op een goede vraag die Karin, of wie dan ook, in zo'n geval zou kunnen stellen: 'Eh jongens, hoe zat het ook alweer met onderkoeling en adrenaline?'

Wij-gevoel

Een kopje thee en nog een simulatie later, zitten alle zorgverleners en docenten opnieuw in de kring om de dag te evalueren. Alle deelnemers vonden de gezamenlijke training zeer de moeite waard. Dorien: 'Ik had echt een wij-gevoel: we werken samen aan het beste voor de patiënt.' Marijke: 'Bij anesthesiologie

'De coördinatie van de handelingen gaat overal anders'

doen we al veel simulatietrainingen, maar nooit met andere disciplines erbij. Terwijl dat toch dé manier is om de zorg soepeler te laten verlopen. Dat kun je in nog veel meer delen van de keten toepassen, denk ik.'

Conny Alewijnse, opleider SEH bij het UMCU en vandaag als observator aanwezig, legt uit dat het inderdaad de bedoeling is om deze multidisciplinaire simulatietrainingen breder te gaan inzetten en er steeds meer specialismen bij te betrekken. 'Na deze pilot in het trainingscentrum willen we ook in de praktijk, in de eigen omgeving gaan oefenen en op termijn zullen we mogelijk de scholingsprogramma's erop aanpassen.' De trainingen kunnen bovendien leiden tot nieuwe structurele afspraken. Ruben: 'We zijn bijvoorbeeld van plan om het nieuwe overdrachtsmoment dat we vandaag hebben uitgeprobeerd – na de ritmecheck door de ambulance – breed te implementeren.' Kwaliteitsfunctionaris Wim Blommaert van de RAVU, die behalve 'politieagent' vandaag ook observant was, is optimistisch over de structurele bijdrage die de multidisciplinaire trainingen kunnen leveren aan de verhoging van de patiëntveiligheid. 'Er is natuurlijk al veel verbeterd in de overdracht van informatie, omdat we inmiddels allemaal werken met MIST en ABCDE. Dat brengt een duidelijkheid. Maar de coördinatie van de handelingen gaat nog wel overal anders. Wat wij beogen met deze simulaties en het vervolgtraject, is om de processen in de afzonderlijke domeinen zo bij elkaar te brengen dat ze voor de patiënt één lijn gaan vormen. Want de patiënt heeft geen boodschap aan domeingrenzen; die heeft één zorgtraject nodig en dat moet zo drempelloos mogelijk worden uitgevoerd.' ■

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.