

dr. Sivera Berben

senior onderzoeker, Acute Zorgregio Oost, Radboudumc, associate lector acute intensieve zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Arjan de Kreek

verpleegkundig specialist acute zorg, regionale ambulancevoorziening Gelderland-Midden

drs. Karin van den Berg

manager Acute Zorgregio Oost, Radboudumc

dr. Pierre van Grunsven

arts/medisch manager ambulancezorg, regionale ambulancevoorziening Gelderland-Zuid

EFFICIËNTERE SPOEDZORG DOOR INZET PA

Physician assistant in ambulance goed idee

Uit een proef in Gelderland blijkt dat de physician assistant (PA) een goede aanvulling is op de reguliere ambulanceverpleegkundige. PA's sturen op basis van hun kennis patiënten minder snel in en voorkomen zo drukte op de SEH.

Bij de meldkamer komt een oproep van de huisartsenpost (hap) binnen voor een ambulancerit met hoge urgentie (U1): een 77-jarige vrouw, met sinds enkele uren toenemende benauwdheid en pijn op de borst. De ambulancerit wordt uitgevoerd door een physician assistant (PA), werkzaam als solist binnen de ambulancezorg.

De anamnese (algemeen en specieel) geeft aan dat de vrouw al sinds enkele dagen verkouden is en zich nu in de loop van de dag steeds zieker voelt met hoesten en dyspneu. Sinds enkele dagen heeft ze koorts. De vrouw belde de hap omdat ze pijn kreeg in de rechterthoraxhelft. Ze heeft een blanco voorgeschiedenis en gebruikt geen medicatie. Ze is getrouwd en heeft een vitale echtgenoot. Lichamelijk onderzoek laat een alerte en matig zieke vrouw zien met een temperatuur van 39,2 graden Celsius. De tensie is 120/70 mm Hg, bij een pols van 86. Tractus-pulmonalisonderzoek laat bij auscultatie rechts basaal crepitaties horen en bij percussie vindt de PA rechts basaal een demping. De ademhalingsfrequentie van de patiënt is 20 per minuut en de SpO2 is 96 procent. De PA stelt de diagnose pneumonie en schrijft antibiotica voor: amoxicilline, driemaal daags 500 mg (oraal) gedurende een periode van vijf dagen. Hij geeft voorlichting over het beloop van een pneumonie, mogelijk optredende alarmsignalen en eventuele vervolgacties daarop. De PA laat een overdracht achter voor de eigen huisarts en informeert de hap over de uitkomst van de hulpvraag. Na een week is de vrouw teruggekomen bij de eigen huisarts voor controle. Er hebben zich geen complicaties of bijzonderheden voorgedaan, de patiënt is genezen van de pneumonie.

Was de hiernaast beschreven rit uitgevoerd door een ambulanceverpleegkundige werkzaam als solist, dan was de behandeling voornamelijk gericht op het observeren en stabiliseren van vitale functies.

Daarvoor maakt de verpleegkundige gebruik van de ABCDE-benadering. De ambulanceverpleegkundige voert geen tractonderzoeken uit en is niet bevoegd een medische diagnose te stellen. De patiënt was in dit geval met het vermoeden op een pneumonie (werkdiagnose) verwezen naar de Spoedeisende Hulp of huisartsenpost.

Toenemende spoedzorgvraag

De laatste jaren is er een stijgende vraag naar ambulancezorg.^{1,2} Het aantal urgente ambulanceritten in Nederland is tussen 2010 en 2014 toegenomen met ruim 22 procent.³ Het gaat dan om patiënten met urgentieklasse A1 – direct levensgevaar of gevaar voor blijvende invaliditeit – en A2 – geen direct levensgevaar maar snelle hulp is nodig. Vergrijzing lijkt een oorzaak te zijn, maar ook het veranderde zorgstelsel met minder intramurale zorg voor langdurig zieken en kwetsbare ouderen. Daarbij halen 17 van de 25 ambulanceregio's het kwaliteitscriterium niet om in 95 procent van de gevallen binnen 15 minuten bij de patiënt met een urgentieklasse A1 te zijn.⁴

De PA verwijst significant minder patiënten door



DAVID ROZING / HOLLANDE HOOGTE

17 van de 25 ambulanceregio's halen het kwaliteitscriterium niet om in 95 procent van de gevallen binnen 15 minuten bij de patiënt met een urgentieklasse A1 te zijn.

De groei in het aantal ambulanceritten leidt niet alleen tot meer drukte op de Spoedeisende Hulp, maar ook bij de poliklinieken, huisarts en thuiszorg. 68 procent van de SEH's heeft twee keer per week tot dagelijks te maken met crowding – overmatige of gevaarlijke drukte.⁵ Recentelijk schreef TraumaNet AMC een brandbrief aan VWS over de regionale spoedzorgketen, met de titel 'De rek is eruit'. In het laatste kwartaal van 2015 kondigden SEH's zeshonderd keer een (tijdelijke) stop aan voor ambulances in de regio Amsterdam, omdat zij niet langer verantwoorde zorg konden garanderen.⁶ In antwoord op de brandbrief geven de beroepsverenigingen voor SEH-artsen en -verpleegkundigen aan dat niet alleen gekeken moet worden naar de instroom, maar ook naar factoren die de doorstroom en uitstroom van patiënten op de SEH beïnvloeden.⁷ Daarnaast pleiten zij voor het opleiden van

meer gekwalificeerd personeel om de toenemende spoedzorgvraag adequaat te kunnen beantwoorden.

Vershil in kwalificaties

In een onlangs gepubliceerde studie naar de inzet van de physician assistant (PA) versus de soloambulanceverpleegkundige (zonder chauffeur) onderzochten we in hoeverre het verschil in kwalificaties leidt tot andere ambulancezorg. Het onderzoek is uitgevoerd in twee ambulanceregio's, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid. In de studie beschrijven we assessment, behandeling, verwijzing en eventueel vervolcontact met de meldkamer ambulancezorg voor patiënten met een urgentie A1 of A2 (n=991). De ene helft van de patiënten is behandeld door de ambulanceverpleegkundige (n=498), opgeleid in het verpleeg-

kundig domein. De andere helft van deze patiënten werd behandeld door de PA (n=493), opgeleid in het medisch domein. Beide hulpverleners zijn ingezet als solist, zonder ambulancechauffeur.

De opleiding van de PA en de ambulanceverpleegkundige verschilt in duur, inhoud en eindtermen. Waar de ambulanceverpleegkundige BIG-geregistreerd is en functionele bevoegdheid heeft in het kader van het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA), is de professionele autonomie van de PA geregeld in een ander BIG-artikel, enigszins vergelijkbaar met die van een basisarts. Hij kan na zijn opleiding zelfstandig diagnostische, behandel- of controleconsulten uitvoeren. De ambulancedienst maakt met de medisch manager (arts) en de PA vooraf afspraken over wat de PA precies mag doen, bijvoorbeeld welke medicatie hij mag voorschrijven/verstrekken buiten het LPA. De PA en ambulanceverpleegkundige staan beiden onder supervisie van de medisch manager ambulancezorg.

Generalistisch

De studie laat zien dat de PA en de soloambulanceverpleegkundige dezelfde vitale parameters meten en het lichamenlijk onderzoek uitvoeren volgens het LPA (assessment).⁸ Er zijn geen verschillen in leeftijd, geslacht en ingangsklachten van hun patiënten. In lijn met de opleiding gebruikt de PA aanvullend bij één op de zes patiënten een medisch-diagnostische onderzoeksmethode (SCEGS: onderzoek naar somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale factoren). En hij voert bij één op de drie patiënten een lichamenlijk onderzoek uit op basis van de tractssystemen. De ambulanceverpleegkundige en PA verrichten vervolgens vergelijkbare interventies. Aanvullend heeft de PA significant vaker (33%) contact met medisch specialisten dan de ambulanceverpleegkundige (17%). De PA verwijst significant minder patiënten (50%) door naar de huisarts of SEH-afdeling in vergelijking met de ambulanceverpleegkundige (73%). Dit resulteert niet in meer vervolcontacten met de meldkamer ambulancezorg binnen 72 uur (PA 5%, ambulanceverpleegkundige 4%). Het lijkt erop dat de PA een meer generalistische medisch-diagnostische benadering gebruikt en zichtbaar vaker een arts consulteert, terwijl hij significant minder doorverwijst naar de huisarts of SEH.

De PA-studie kent een aantal beperkingen; zo is er bijvoorbeeld geen zicht op het aantal vervolcontacten bij de huisartsenpost of SEH van patiënten die zijn thuisgelaten. Daarnaast is er nog weinig evidence over veilige triage, diagnostiek en behandeling ter plaatse zonder vervolconsult op de SEH ('Eerste Hulp Geen Vervoer'). Terwijl het percentage patiënten met 'Eerste Hulp Geen Vervoer' in de ambulancezorg jaarlijks toeneemt met 6,5 procent.⁹

Klinisch redeneren

Wij denken dat de PA met uitstroomprofiel acute prehospitalische zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de spoedzorg.

SOLIST AMBULANCEZORG

Een soloambulancehulpverlener geeft dezelfde zorg als een regulier ambulanceteam (chauffeur met ambulanceverpleegkundige), maar kan met zijn motor of auto geen patiënten vervoeren. De soloambulancehulpverlener wordt ingezet om snel als eerste ter plaatse te zijn en de hulpverlening op te starten, soms als extra eenheid bij een groter incident. Ook wordt hij ingezet bij meldingen waarvan de meldkamercentralist inschat dat direct vervoer van de patiënt mogelijk niet noodzakelijk is. Denk hierbij aan kleine ongevallen en ambulanceritten op verzoek van de huisarts.

Bijvoorbeeld in antwoord op de toenemende ambulanceritten 'Eerste Hulp Geen Vervoer', maar ook in de afname van de spoedzorgvraag op de SEH.¹⁰ De meerwaarde van de PA ligt voor een belangrijk deel in de verdieping van het klinisch redeneren binnen het medisch domein. Alle ambulanceverpleegkundigen zouden hier aanvullend in getraind moeten worden. En binnen het mbo- en hbo-onderwijs voor (ambulance)verpleegkundige of medisch hulpverlener moet klinisch redeneren meer aandacht krijgen.

De PA kan een bruggenbouwer zijn die de samenwerking verbetert in een regionale zorgmeldkamer, bemand door hap en ambulancezorg, waardoor vaker de juiste hulpverlener bij de juiste patiënt op de juiste plaats wordt ingezet. In de huidige discussie over knelpunten in de keten speelt 'domeindenken' een grote rol. Denken in domeinen belemmert een meer efficiënte organisatie van de spoedzorgketen, vooral in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-tijden). De PA zou adequaat ingezet kunnen worden binnen meerdere schakels van de spoedzorgketen, bij de huisarts(enpost), ambulancezorg en de SEH, vooral daar waar het volume groot is. Hij kan verwijzingen naar de tweede lijn die niet nodig of wenselijk zijn, voorkomen. In de ambulancezorg ontbreekt op dit moment financiering om een dekkend netwerk van PA's 24/7 structureel te kunnen inzetten. Ook weten we nog niet of de inzet van de PA kosteneffectief is als opleidingskosten afgezet worden tegen besparing in tweedelijnsziektekosten. Dit vergt nader onderzoek, wellicht samen met de (regionale) zorgverzekeraars.¹¹ ■

contact

sivera.berben@azo.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Het onderzoek is mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van VWS, afdeling MEVA, subsidienummer 316623.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.