

'Als elke seconde knelt...'

Een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten in de regio Nijmegen

E.T.A.M. VAN DEN BERGH
H.G.A. MOKKINK

Van den Bergh ETAM, Mokka HGA. 'Als elke seconde knelt...' Een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten in de regio Nijmegen. Huisarts Wet 1997; 40(12): 576-580.

Samenvatting Door middel van een vragenlijst aan huisartsen en ambulanceverpleegkundigen in de regio Nijmegen werd een inventarisatie gemaakt van knelpunten en opvattingen met betrekking tot de wederzijdse samenwerking. Gevraagd werd naar tevredenheid, knelpunten en naar een drietal opvattingen: wie in bepaalde situaties het best hulp kan verlenen, welk medisch handelen ter plekke noodzakelijk is, en wat ieders verantwoordelijkheid en taak is. De huisartsen bleken duidelijk tevredener dan de ambulanceverpleegkundigen. Als knelpunten werden ervaren: het alarmnummer en het betrekken van de huisarts daarbij, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en taken, afstemming op elkaar van medisch handelen, tekort aan kennis en vaardigheden met betrekking tot de spoedeisende hulpverlening bij de huisarts, en verschil in inzicht welk handelen ter plekke noodzakelijk is. De opvattingen van huisartsen en ambulanceverpleegkundigen over spoedeisende hulpverlening waren duidelijk verschillend, maar ook binnen de groep huisartsen bestond diversiteit ten aanzien van de drie opvattingen. De ambulanceverpleegkundigen verschilden onderling veel minder van mening.

E.T.A.M. van den Bergh, huisarts (destijds in opleiding), Begijnenstraat 29, 6511 WN Nijmegen; dr. H.G.A. Mokka, socioloog/methodoloog, vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.
Correspondentie: E.T.A.M. van den Bergh.

Inleiding

In de gezondheidszorg wordt de kwaliteit van de zorg niet alleen bepaald door de kennis en kunde van individuele hulpverleners, maar ook door de onderlinge samenwerking en communicatie.¹⁻⁴ Dit geldt ook voor de spoedeisende hulpverlening die via vele extra- en intramurale schakels verloopt.^{5,6} Een bijzondere karakteristiek van spoedeisende geneeskunde – waarin de huisarts en de ambulanceverpleegkundige de extramurale hoofdrolspelers zijn – is dat op niet van tevoren afgesproken momenten plotseling zeer intensief samengewerkt moet worden door twee hulpverleners die elkaar doorgaans niet of nauwelijks kennen, terwijl onvolkomenheden verstrekkende gevolgen kunnen hebben.

De niet aflatende stroom van veranderingen binnen de spoedeisende hulpverlening maakt deze samenwerking niet gemakkelijker. De huisarts krijgt steeds meer te maken met goed opgeleide ambulanceverpleegkundigen, die volgens protocol de patiënt ter plaatse stabiliseren.⁷⁻¹⁰ Tegelijkertijd staat de rol van de huisarts in de spoedeisende hulpverlening ter discussie.¹¹⁻¹⁵ Het werk gaat echter gewoon door. De vraag is of huisartsen en ambulanceverpleegkundigen nog wel dezelfde opvattingen hebben over die spoedeisende hulpverlening?

De aanzet tot dit onderzoek is gegeven door het in 1994 opgerichte Medisch Ondersteund Team Ambulancedienst Nijmegen (MOTAN).¹⁶ Om de knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulanceverpleegkundigen en de opvattingen over die samenwerking te inventariseren en zo aanknopingspunten te vinden voor verbetering, hebben wij een onderzoek gedaan met de volgende vraagstelling:

- In hoeverre zijn huisartsen en ambulanceverpleegkundigen tevreden over de samenwerking en ten aanzien van welke aspecten worden knelpunten ervaren?
- Wat zijn de opvattingen van huisartsen en ambulanceverpleegkundigen over spoedeisende hulpverlening ten aanzien van:

- wie de aangewezen persoon is hulp te verlenen;
- welk medisch handelen ter plekke noodzakelijk is;
- wat ieders verantwoordelijkheid en taak is?
- Bestaat er verband tussen ervaren knelpunten en opvattingen?

Methode

Vragenlijst

In april 1995 werd een vragenlijst met multiple choice vragen gestuurd aan alle 155 gevestigde huisartsen en alle 35 ambulanceverpleegkundigen in de regio Nijmegen. Daarnaast werd een korte vragenlijst gestuurd naar de acht centralisten van de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), omdat zij een belangrijke schakel vormen in de contacten tussen huisartsen en ambulancediensten. De vragenlijst was opgesteld met de hulp van een huisarts en een ambulanceverpleegkundige, en de vragen werden tevoren getest bij een groep huisartsen-in-opleiding en enkele ambulancemedewerkers.

Metingen en variabelen

Naar de *tevredenheid* over de samenwerking werd gevraagd door middel van een vijfpuntsschaal. Met betrekking tot een aantal aspecten van de samenwerking werd gevraagd of men ze *niet/soms/regelmatig/vaak* als een *knelpunt* ervoer.

Om na te gaan hoe huisartsen en ambulanceverpleegkundigen dachten over *wie de aangewezen persoon is om in spoedeisende situaties hulp te bieden*, kregen zij een aantal concrete situaties voorgelegd:

- ernstig ongeval thuis en op straat;
- klein trauma thuis en op straat;
- pijn op de borst thuis en op straat;
- insult thuis en op straat.

Daarbij luidde de vraag wie in deze gevallen het best in staat was hulp te bieden (huisarts, ambulanceverpleegkundige of beiden) en wie dus als eerste gebeld zou moeten worden.

De opvatting over *welk medisch handelen ter plekke noodzakelijk is*, werd geoperationaliseerd door aan huisartsen en am-

balanceverpleegkundigen drie acute casus voor te leggen met mogelijke maatregelen ter stabilisering of beveiliging van de patiënt; daarbij kon men aankruisen welke maatregel(en) men absoluut noodzakelijk achtte. Daarnaast werd gevraagd of de patiënt eerst in een stabiele toestand moest zijn, alvorens hij op transport kon.

Om inzicht te krijgen in de opvattingen over de *verdeling van verantwoordelijkheden en taken*, werd beide groepen gevraagd te bepalen wie (huisarts, ambulanceverpleegkundige of beiden) verantwoordelijk was voor:

- de wijze van vervoer;
- stellen van de diagnose;
- beslissen tot een waaknaald;
- wel of niet reanimeren;
- stoppen van een behandeling;
- starten van infuus;
- aan de monitor leggen;
- bepalen medicatie.

Vervolgens werd gevraagd wie de volgende taken op zich zouden moeten nemen:

- inbrengen waaknaald;
- intuberen;
- mededelen van overlijden;
- gesprek met familie na overlijden;
- medicatie toedienen;
- fractuur reponeren;
- patiënt op brancard leggen;
- spalken aanleggen.

Analyse

Om de verbanden tussen ervaren knelpunten en opvattingen te bepalen, werden somscores berekend over de ervaren knelpunten ten aanzien van vier hoofditems: alarmnummer, leiding ter plekke, medisch-technisch handelen en persoonlijk contact. Bij de opvatting over wie de aangewezen persoon is om hulp te verlenen, en wie welke verantwoordelijkheid en taak heeft, werd een somscore berekend over het aantal keren dat de huisarts was aangekruist. Bij de opvatting welk medisch handelen ter plekke noodzakelijk is, werd een somscore berekend over het aantal handelingen dat noodzakelijk werd geacht. Daarna zijn Pearson-correlaties berekend en is een multiële regressie-analyse verricht.

Resultaten

Respons

In totaal 104 huisartsen en 24 ambulanceverpleegkundigen vulden de vragenlijst in. De CPA-centralisten reageerden allen. Uit vergelijking met gegevens van de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV) en de Ambulancedienst Nijmegen bleek dat de respondenten niet noemenswaard afwijken van de totale groep. De vragenlijsten waren goed ingevuld; het aantal missende waarden was per item nooit meer dan 5 procent.

Knelpunten en tevredenheid

De overgrote meerderheid van de huisartsen (89) was (zeer) tevreden over de samenwerking met de ambulancedienst. Van de ambulanceverpleegkundigen was echter niemand zeer tevreden en maar 10 van hen waren tevreden (significant verschil, $p < 0,001$). De ambulanceverpleegkundigen ervoeren ook relatief vaker knelpunten in de samenwerking.

Het alarmnummer werd door zowel huisartsen als ambulanceverpleegkundigen als knelpunt ervaren (tabel 1). Daarbij ging het om het gebruik door het publiek, de onderlinge afstemming van de benodigde en de geboden hulp, en het betrekken van de huisarts bij de hulp.

Onduidelijkheid over wie de leiding heeft in situaties die snel en adequaat han-

delen vereisen, werd door de ambulanceverpleegkundigen meer als een knelpunt ervaren dan door de huisartsen. Door beide groepen werd het afstemmen op elkaar van medisch handelen als problematisch ervaren. Voor de huisartsen was de verdeling van verantwoordelijkheden een knelpunt. De huisartsen ervoeren een tekort in eigen kennis en kunde met betrekking tot de spoedeisende hulpverlening; deze opvatting werd door de ambulanceverpleegkundigen beaamd. Een verschil in inzicht welk medisch handelen ter plekke noodzakelijk is, werd door beide groepen genoemd als knelpunt in het persoonlijke contact tijdens een spoedeisende situatie.

Wie is de aangewezen persoon om hulp te verlenen?

Huisartsen en ambulanceverpleegkundigen vonden zichzelf gemiddeld genomen het beste in staat in acute situaties hulp te bieden (tabel 2). Over twee situaties was men het in belangrijke mate eens. Een ernstig ongeval op straat kan het best door de ambulancedienst worden behandeld, en een klein trauma thuis door de huisarts. Over de andere situaties verschilden men van inzicht. Binnen de groep huisartsen bestond een grote diversiteit in opvattingen: sommige huisartsen vonden zichzelf in geen enkele situatie de aangewezen persoon; een enkeling wilde voor iedere spoedeisende situatie gebeld worden.

Tabel 1 Knelpunten: aantal huisartsen en ambulanceverpleegkundigen dat het genoemde item regelmatig of vaak als een knelpunt ervaart

	HA n=104	AMB n=24
Alarmnummer:		
– gebruik door het publiek	35	10
– afstemming benodigde hulp en geboden hulp	19	4
– betrekken van HA bij de hulp	19	4
Onduidelijkheid wie ter plekke de leiding heeft	6	7
Afstemming op elkaar van medisch handelen	11	3
Verdeling verantwoordelijkheden	14	1
Verdeling taken	7	1
Tekort eigen kennis/kunde	15	1
Tekort andermans kennis/kunde	1	6
Verskil in inzicht wat ter plekke noodzakelijk is te doen	12	6

Welk medisch handelen is ter plekke noodzakelijk?

De ambulanceverpleegkundigen vonden gemiddeld genomen meer stabiliserende maatregelen nodig dan de huisartsen. Over een aantal maatregelen bestond duidelijk verschil van mening tussen de twee groepen. Alle ambulanceverpleegkundigen vonden dat de patiënt voor vervoer eerst gestabiliseerd dient te worden; 12 van de huisartsen vonden dat niet nodig; die groep wil dat de patiënt zo snel mogelijk naar het ziekenhuis wordt vervoerd ('inpakken en wegwezen'). Ongeveer een kwart vond weinig stabiliserende maatregelen noodzakelijk en neigde dus ook naar de 'inpakken en wegwezen'-opvatting.

Wat is ieders verantwoordelijkheid en taak?

Men was het eens over de specifieke verantwoordelijkheid van de huisarts bij de beslissing wel of niet te reanimeren of te stoppen met een behandeling (tabel 4). Duidelijk verschillend dacht men over wie verantwoordelijk is voor de wijze van vervoer, het stellen van de diagnose, en het bepalen van de noodzaak van een waaknaald of infuus.

De opvattingen over de taakverdeling van beide groepen waren in hoge mate eensluidend. Wel waren er binnen de groep huisartsen enkelen die veel verantwoordelijkheden en taken voor zichzelf zagen, en anderen die slechts een geringe verantwoordelijkheid voelden en voor zichzelf geen enkele taak zagen.

Samenhang tussen knelpunten en opvattingen

Hoe meer de huisarts zichzelf in spoedeisende situaties het best in staat achtte hulp te verlenen, des te meer knelpunten hij ervoer op het gebied van het alarmnummer (tabel 5). Hoe minder stabiliserende maatregelen de huisarts noodzakelijk achtte – dus hoe meer de huisarts een 'inpakken en wegwezen'-opvatting huldigde –, des te meer knelpunten hij ervoer op het gebied van medisch-technisch handelen en op het gebied van het persoonlijk contact. Hoe groter de huisarts zijn verantwoordelijk en taak zag, des te meer knel-

Tabel 2 Wie is de aangewezen persoon om in een aantal spoedeisende situaties hulp te verlenen (en wie zou dus als eerste gebeld moeten worden)?

	HA (n=104)			AMB (n=24)			P
	AMB	HA	beide	AMB	HA	beide	
Ernstig ongeval thuis	9	28	69	14	0	10	‡
Ernstig ongeval op straat	77	1	26	22	0	2	
Klein trauma thuis	0	104	0	0	24	0	
Klein trauma op straat	9	91	4	11	7	6	‡
Pijn op de borst thuis	0	89	15	4	3	17	‡
Pijn op de borst op straat	50	27	27	20	0	4	†
Insult thuis	0	104	0	4	14	6	‡
Insult op straat	44	35	25	17	2	5	*

Tabel 3 Wat is in een aantal spoedeisende situaties absoluut noodzakelijk te doen voordat de patiënt op transport gaat?

	HA n=104	AMB n=24	P
De patiënt moet in stabiele toestand gebracht worden	91	24	
Bij verdenking gebarste aneurysma:			
– waaknaald en infuus	102	23	
– plakkers en monitor	60	22	†
– aa. femorales-controle	51	18	*
– RR/pols	94	23	
Bij acuut myocardinfarct:			
– trombolyse overwegen	86	18	
– plakkers en monitor	97	24	
– Aspirine	94	23	
– waaknaald	94	24	
– nitro sublinguaal	90	23	
– zuurstof	28	23	‡
– pijnstilling	73	24	†
Bij astma cardiale:			
– plakkers en monitor	86	24	*
– nitro sublinguaal	89	21	
– stabiele zittende houding	99	24	
– zuurstof	87	24	*
– waaknaald	87	24	*
– 120 mg of meer Lasix intraveneus	98	22	

Tabel 4 Wat is ieders verantwoordelijkheid en taak als zowel de huisarts als de ambulanceverpleegkundige aanwezig zijn?

	HA (n=104)			AMB (n=24)			P
	AMB	HA	beide	AMB	HA	beide	
<i>Verantwoordelijkheid voor:</i>							
– wijze van vervoer	19	27	58	19	0	5	‡
– diagnose stellen	1	91	12	0	13	11	‡
– noodzaak waaknaald	15	20	69	12	0	12	‡
– wel of niet reanimeren	0	74	30	0	16	8	
– stoppen van behandeling	0	84	20	0	16	8	
– starten van infuus	6	26	72	9	3	12	‡
– aan de monitor leggen	23	14	67	15	1	8	‡
– bepalen van medicatie	1	40	63	1	9	14	
<i>Taak:</i>							
– inbrengen waaknaald	32	4	68	8	1	15	
– intuberen	83	1	20	18	2	4	
– mededelen van overlijden	0	97	7	0	18	6	†
– gesprek familie na overlijden	0	101	3	0	16	8	‡
– medicatie toedienen	9	11	84	2	2	20	
– fractuur reponeren	39	12	53	14	3	7	
– patiënt op brancard leggen	87	0	17	23	0	1	
– spalken aanleggen	81	0	23	21	0	3	

* p<0,05; † p<0,01; ‡ p<0,001 (chi-kwadraattoets).

Tabel 5 Samenhang tussen ervaren knelpunten en opvattingen bij huisartsen (n=104): Pearson-correlatie en Multiële Regressie-analyse (MR)

Knelpunten t.a.v. ↓	Opvatting →	1	Pearson-correlatie 2	3	MR
Alarmnummer		0,23*	-0,13	0,06	0,23
Leiding ter plekke		0,06	-0,11	0,31‡	0,33
Medisch-technisch handelen		0,01	-0,25†	0,22*	0,30
Persoonlijk contact		0,12	-0,16*	0,31‡	0,34

Opvatting 1: In hoeveel spoedeisende situaties is de huisarts de aangewezen persoon om hulp te verlenen?

Opvatting 2: Hoeveel handelingen ter stabilisering en bewaking van de patiënt zijn noodzakelijk voordat de patiënt op transport kan?

Opvatting 3: Hoe groot is de verantwoordelijkheid en taak van de huisarts in spoedeisende situaties?

* p<0,05; † p<0,01; ‡ p<0,001 (chi-kwadraattoets).

punten hij ervoer op het gebied van de leiding bij ingewikkelde medische handelingen, medisch-technisch handelen en persoonlijk contact.

Bij de ambulanceverpleegkundigen was er geen significant verband tussen ervaren knelpunten en opvattingen.

Beschouwing

Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat de opvattingen van huisartsen en ambulanceverpleegkundigen over spoedeisende hulpverlening verschillen, én dat er binnen de groep huisartsen verschillend wordt gedacht over het doel van de hulpverlening en het eigen aandeel daarin. Binnen de groep ambulanceverpleegkundigen bestaat daarentegen een grote mate van overeenstemming.

Knelpunten in de samenwerking worden door beide groepen ervaren. Hierbij gaat het met name om het alarmnummer, de onduidelijkheid over rol, verantwoordelijkheid en taak, de afstemming op elkaar van medisch handelen, de kennis en vaardigheid van de huisarts en het verschil in inzicht wat ter plaatse moet worden gedaan. De ambulanceverpleegkundigen ervaren meer knelpunten dan de huisartsen en zijn ook een stuk minder tevreden.

De gevonden verschillen kunnen mogelijk worden verklaard door het feit dat huisartsen en ambulanceverpleegkundigen tot twee groepen binnen de organisatie behoren, met verschillende sociologische

kenmerken. Dit is ook bekend uit de literatuur.^{17,18} De ambulanceverpleegkundigen vormen een groep met een hoge mate van cohesie, intensieve dagelijkse contacten, een duidelijke structuur en veelal eensluidende opvattingen, stromend met de visie van de ambulancehulpverlening. Spoedeisende hulpverlening maakt een aanzienlijk deel van hun werk uit. De huisartsen vormen een lossere groep, werken vaak geïsoleerd en autonoom, en hebben verschillende opvattingen. De spoedeisende hulpverlening is slechts een klein onderdeel van hun werk.

Uit de literatuur is verder bekend dat, naast de formele aspecten van een organisatie (doelstelling, organisatiestructuur, beleid en materiële randvoorwaarden), ook persoonlijke opvattingen, attitude en interpersoonlijke relaties van belang zijn voor de kwaliteit van de samenwerking binnen de organisatie.^{19,20} De door ons gevonden relatie tussen persoonlijke opvattingen en ervaren knelpunten bij de huisartsen is weliswaar niet sterk, maar strookt hiermee.

Voor een betere samenwerking zijn duidelijke werkafspraken noodzakelijk. Daarbij valt enerzijds te denken aan afspraken over wie in welke situatie bij de hulpverlening moet worden betrokken, en op welke wijze dat moet worden georganiseerd. Dit zou een oplossing kunnen bieden voor de ervaren knelpunten ten aanzien van het alarmnummer (ook bekend uit ander on-

derzoek²¹). Een grotere betrokkenheid van de huisartsen bij de alarmmeldkamer zou hier soelaas kunnen bieden.

Aan de andere kant gaat het om afspraken over medisch handelen. Hierbij valt te denken aan protocollering.⁵ Die protocollen zouden gezamenlijk moeten worden opgesteld, met als uitgangspunt ieders specifieke expertise. De huisarts zal in veel gevallen aan het begin van de keten staan met de (differentiële) diagnose, maar zal ook een aantal spoedeisende basisvaardigheden moeten beheersen. De huisartsen uit ons onderzoek voelden zich in dit laatste opzicht tekortschieten. Ook dat is uit ander onderzoek bekend.^{22,23} Bijscholing zou hierin verandering moeten brengen.

Bij het implementeren van afspraken en protocollen is het van belang dat alle betrokkenen kennis nemen van deze afspraken, ze onderschrijven en zich er vervolgens ook aan houden. Gezien de sociologische verschillen, zal dit bij ambulanceverpleegkundigen gemakkelijker zijn dan bij huisartsen. Te strakke protocollen overigens laten geen ruimte voor eigen initiatief en zullen averechts werken.²⁴

Dankbetuiging

Met dank aan:

- P.H.J. Giesen, huisarts, voor zijn bijdrage aan de opzet van het onderzoek, het opstellen van de vragenlijst en de hulp bij het schrijven van dit artikel;
- O. Oosterhout, ambulanceverpleegkundige, voor zijn hulp bij het maken van de vragenlijst;
- F. Spee, coördinator ambulancedienst Nijmegen, voor zijn hulp bij de opzet van het onderzoek;
- dr. H.J.J.M. Berden, medisch directeur Academisch ziekenhuis St. Radboud, en H.J.M. Smits, sectordirecteur GGD Regio Nijmegen, voor het kritisch doorlezen van het manuscript.

Literatuur

- 1 Casparie AF, Harteloh PPM. Kwaliteit van zorg en kwaliteitsbevordering. Med Contact 1993; 48: 173-5.
- 2 Steensma DJ. Kwaliteitsmanagement, misverstanden, valkuilen en obstakels. Med Contact 1994; 49: 19-21.

- 3 Derksen Med Contact E. Intergale kwaliteitszorg in het VU-ziekenhuis. Med Contact 1994; 49: 17-8.
- 4 Visch P, Wildevuur S. De PACE-norm als bijbel, kwaliteitsborging in ziekenhuizen. Med Contact 1994; 49: 7-8.
- 5 Teijink JAW. Evaluatie van de preklinische spoedeisende hulpverlening in Nederland [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1992.
- 6 Inspectie voor de volksgezondheid. De keten rammelt. Rijswijk: Staatstoezicht op de volksgezondheid, 1994.
- 7 Border JR. Panel: Prehospital trauma care - stabilize or scoop and run. J Trauma 1983; 23: 708-11.
- 8 Vos J, Thijssen JGP, Vermeer F, et al. Vroege trombolysie verbetert de prognose op lange termijn voor patiënten met een infarct. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 766-70.
- 9 Westerhof NJW, Dekker MJ, van Dijk JP. Cardiopulmonale resuscitatie in de ambulancehulpverlening, een retrospectief onderzoek. Med Contact 1992; 47: 209-12.
- 10 Simoons ML, Deckers JW, Bucx JJ, et al. Bevordering van snelle en gerichte verwijzing van patiënten met een mogelijk hartinfarct door ECG thuis. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 1164-6.
- 11 Spreeuwenberg C. Spoedeisende eerste hulpverlening. Med Contact 1988; 43: 3.
- 12 Spreeuwenberg C. Spoedhulp: waar is de huisarts? Med Contact 1992; 47: 195.
- 13 Den Blanken MM, Teijink JAW, Patka P, Haarman HJThM. De rol van de huisarts in de preklinische spoedeisende hulpverlening, verleden. Med Contact 1992; 47: 203-5.
- 14 Achterbergh D. De huisarts op weg naar de 21ste eeuw. Med Contact 1996; 51: 851-4.
- 15 Geurts CJMM, Berkemeier BL. Kwaliteit ambulancehulpverlening. Med Contact 1992; 47: 212-4.
- 16 Berden HJJM, Biert J, Eijk RJR, et al. Spoedeisende hulpverlening, versterking van de keten. Med Contact 1996; 51: 583-5.
- 17 Alblas G, Wijsman E. Gedrag in organisaties. Groningen: Wolters Noordhoff, 1990.
- 18 Blake RR, Mouton JS, Allen RL. Teamwork. Utrecht: Spectrum, 1988.
- 19 French WL, Bell CH. Organisation development. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1990.
- 20 Scott-Morgan P. De ongeschreven regels van het spel. Groningen: Boekwerk, 1995.
- 21 Dogger CA, Teijink JAW, Den Blanken MM, et al. De rol van de huisarts in de preklinische spoedeisende hulpverlening, heden. Med Contact 1992; 47: 205-9.
- 22 Deyns VJ. Samenwerking huisarts/ambulance dienst. Verslag van de cursus. Utrecht: Nederlandse Hartstichting, 1985.
- 23 Berden HJJM, Willemse FF, Ten Have FTM, et al. De primaire reanimatievaardigheden van de huisarts. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 1797-1801.
- 24 Legemaate J. Samenwerking in het kader van transmurale zorg. Med Contact 1995; 50: 1119-21.

Abstract

Van den Bergh ETAM, Mokkink HGA. 'When every second haunts...' A survey on impediments in the cooperation between general practitioners and ambulanceservices in Nijmegen region. Huisarts Wet 1997; 40(12): 576-80.

An inventory was made of the problems and the conceptions concerning the cooperation between general practitioners and ambulance-workers in Nijmegen region. They were asked about their satisfaction with the mutual cooperation and about the impediments they experience. Furthermore they were asked about their views concerning: who is best capable in given situations to give emergency-aid, what medical action is needed on the spot, and what is each others responsibility and task. The general practitioners were more satisfied with the cooperation than the ambulance-workers. The main impediments were: the alarm number and how to involve the general practitioner, division of responsibilities and tasks, lack of common medical protocols, knowledge and skills of the general practitioner concerning emergency-aid and different ideas what medical action is needed on the spot. The views of general practitioners and ambulancenurses were different, but also within the group of general practitioners the conceptions differed widely. The ambulancenurses were far more unanimous in their views. There proved to be a relation between the views of the general practitioner and the impediments he experienced.

Conclusion: In order to improve the cooperation between general practitioners and ambulanceservices it is imperative to take notice of the differences in views concerning emergency-aid.

Key words Emergency medical services; Family practice.

Correspondence E.T.A.M. van den Bergh MD, Begijnenstraat 29, 6511 WN Nijmegen, The Netherlands.