

v&vn

Ambulancezorg



Casus MMT

Bloeddrukmeting (is) voor dummies (deel 1)

Congres V&VN Ambulancezorg

Suicide en wilsonbekwaamheid in de ambulancezorg

Doe's lief!, reanimatiezorg door first responders

Vital@Work: nieuwe toolbox

www.ambulancezorg.venvn.nl

Sdu



corpuls®

FOCUS - ON - PATIENTS



corpuls.mission

**DE COMMUNICATIE-
OPLOSSING VAN CORPULS**

Lees meer op www.corpuls.nl/digital



Colofon

Vakblad V&VN Ambulancezorg

Is het officieel orgaan van V&VN Ambulancezorg en is inbegrepen bij het lidmaatschap

Jaargang 45, Nummer 3, september 2024

Hoofredacteur

Gerard Pijnenburg

Redactieteam

Gerard Pijnenburg

Thijs Gras

Vaste medewerkers

Vakgroepen V&VN Ambulancezorg

Afd. communicatie V&VN

Aanleveren kopij

Zie voor voorwaarden en aanleverinstructies de website <http://ambulancezorg.venvn.nl>

Uitgever

Britt van de Langkruis

Auteursmanager

Ilse Wenderhold

Abonnementen:

(Ere)leden V&VN Ambulancezorg: gratis

Opgave en adreswijziging leden:

ledenservice@venvn.nl

Overig: € 54 Buitenland € 65

(excl. 9% BTW, inclusief verzendkosten.

Prijspeil 2023).

Opgave en adreswijziging abonnement:

Sdu Klantenservice, Postbus 20025, 2500 EA

Den Haag, tel. (070) 378 98 80,

e-mail: sdu@sdu.nl

Vanwege de aard van de uitgave gaat Sdu uit van een zakelijke overeenkomst; deze overeenkomst valt onder het algemene verbintenissenrecht. Uw persoonlijke gegevens worden door ons zorgvuldig behandeld en beveiligd. Wij verwerken uw gegevens voor de uitvoering van de (abonnements)overeenkomst en om u op uw vakgebied van informatie te voorzien over gelijksoortige producten en diensten van Sdu B.V. Voor het toesturen van informatie over (nieuwe) producten en diensten gebruiken wij uw e-mailadres alleen als u daarvoor toestemming heeft gegeven. Uw toestemming kunt u altijd intrekken door gebruik te maken van de afmeldlink in het toegezonden e-mailbericht. Als u in het geheel geen informatie wenst te ontvangen over producten en/of diensten, dan kunt u dit laten weten aan Sdu Klantenservice: informatie@sdu.nl. Abonnementen gelden voor minimaal één jaar en hebben een opzegtermijn van twee maanden. Onze uitgaven zijn ook verkrijgbaar in de boekhandel. Voor informatie over onze leveringsvoorwaarden kunt u terecht op www.sdu.nl.

Advertentieacquisitie

Voor opgave van advertenties, voor vragen over combinatiekortingen bij multimediaal adverteren en voor overig mediakeuzeadvies kunt u zich wenden tot:

Cross

010-7421020

traffic@cross.nl

Aanlevering van advertentiemateriaal bij

traffic@cross.nl o.v.v. Vakblad ambulancezorg

© Sdu B.V. 2024

Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, aanvaarden auteurs, redacteurs en uitgever geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten of onvolkomenheden.

ISSN 2212 – 1714

Sdu

Inhoudsopgave

- 8 Casus MMT
MMT ingezet bij ernstig motorongeval. In de middag van een regenachtige dag in het najaar, wordt de Lifeliner 1 gealarmeerd voor een ernstig ongeval waarbij een motorrijder betrokken is. Sitrap: Motor versus auto, zeer forse impact, slachtoffer is een 34-jarige man, aanspreekbaar, maar ernstig letsel aan bekken en benen met extern bloedverlies en duidelijk een C-probleem.
- 11 Bloeddrukmeting (is) voor dummies (Deel 1)
Waarom meten we prehospitaal een bloeddruk? Omdat we willen weten of onze patiënt circulatoir stabiel is? Meten we de bloeddruk omdat we onze klinische inschatting niet vertrouwen? Is het een oversprongbeweging bij onzekerheid? Zinvol of niet: bloeddrukwaarden worden voortdurend verwacht.
- 21 Congres V&VN Ambulancezorg
Een goede mentale fitheid is essentieel om de uitdagingen in ons vak het hoofd te bieden. Medewerkers die mentaal fit zijn, zijn veerkrachtiger, kunnen beter omgaan met tegenslagen en genieten meer in hun werk. Net als aan onze fysieke fitheid kunnen we ook actief werken aan onze mentale fitheid.
- 29 Suïcide en wilsonbekwaamheid in de ambulancezorg
Ambulancemedewerkers zien veel suïcidepogingen en een medisch manager merkte een keer op dat iemand die suïcidaal is per definitie wilsonbekwaam is. Dat zette Marcel Klomp aan het denken omdat hij dit te kort door de bocht vond. Klomp deed literatuuronderzoek over dit onderwerp en wil met dit artikel het resultaat graag met je delen.
- 33 Doe's lief!, reanimatiezorg door first responders
First responders zijn al jarenlang erg belangrijk. Wellicht is het tijd om eens te kijken of er aanpassingen nodig zijn, zonder in te boeten op de kracht van first responders? Het is namelijk soms wel erg druk rondom een slachtoffer.
- 36 Vital@Work: nieuwe toolbox
Zorgprofessionals die werken op de ambulance, spoedeisende hulp en intensive care afdeling worden regelmatig blootgesteld aan ingrijpende gebeurtenissen. Vital@Work is een nieuwe toolbox om vitaal te blijven als ambulancezorgprofessional. De interventies voor duurzame inzetbaarheid zijn ontwikkeld in een mixed method studie, op basis van geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie voor, door en mét ambulancezorgprofessionals.

En verder in deze uitgave

- 5 Column 'Introview' van Gerard Pijnenburg, hoofdredacteur
- 6 Voorwoord Mischa Knol, Voorzitter V&VN Ambulancezorg
- 17 Couveuse vervoer naar eigen regio met middencomplexe ambulances
- 19 Gastcolumn Jos Benders
- 20 AZN introduceert vernieuwd Kwaliteitskader Ambulancezorg, versie 2.0
- 26 De kruipbrancard van Stevens
- 40 Ambulancemuseum voorgoed verdwenen
- 43 Stroke Triage App
- 46 Geef de pen door aan... Steven Hofman

Coverfoto: Couveuse vervoer met MC ambulance: unieke samenwerking tussen de GGD Brabant-Zuidoost Ambulancezorg en Máxima Medisch Centrum (MMC) in Veldhoven. Foto beschikbaar gesteld door GGD Brabant Zuidoost Ambulancezorg.

KIES VOOR ZEKERHEID MET DE KENNISBANK VIND BURGERZAKEN



De online kennisbank VIND Burgerzaken biedt gevalideerde vakinformatie waarmee je sneller casussen voor jouw gemeente oplost. Bijvoorbeeld op het gebied van BRP, (internationale) Burgerlijke Stand, naamrecht, nationaliteit en verkiezingen.

Via actuele vakkennis en praktische tools vind je een pasklare en goed onderbouwde oplossing. VIND Burgerzaken is uniek door de thematische, praktijkgerichte vertaling van de (internationale) wet- en regelgeving. Hiermee word je optimaal ondersteund in jouw werk.

MEER WETEN? KIJK OP WWW.SDU.NL/VIND-BURGERZAKEN

Sdu

INTROVIEW



Gerard Pijnenburg
Hoofredacteur

Keuzestress

Heb jij dat ook? Dat je soms geen keuzes kunt maken omdat er zoveel te kiezen valt? Een Loesje-poster van bijna 10 jaar geleden weet het in alle eenvoud treffend te verbeelden: “Heeft u vaak last van keuzestress? Plaats een vinkje: ‘Ja’, ‘Nee’ of ‘Nu wel!’”. Over 90 procent van de keuzes die je maakt, denk je amper na en gelukkig maar. Keuze kan vrijheid betekenen, aan het roer staan, de richting bepalen. Maar het kan ook angst opleveren: niet durven kiezen, bang om de verkeerde weg in te slaan. Keuzestress... Als je aan het werk bent, op de ambulance of op de meldkamer, dan zul je als professional niet veel last hebben van keuzestress. Je kent immers je protocollen, de werkafspraken, de tools waar je mee werkt. Zeker, je zult soms last hebben van stress vanwege de setting waar je in terecht komt. Of het nu ‘op straat’ is waar je patiënten of slachtoffers fysiek aantreft of op de meldkamer waar je alles ‘op gehoor’ moet inschatten. Maar dat is, binnen grenzen, ‘gezonde’ stress, voor sommigen zelfs broodnodig om optimaal te presteren.

Als ik naar mijzelf kijk dan kan ik wat betreft keuzestress dicht bij huis blijven. Neem bijvoorbeeld de foto links op pagina 10 van dit vakblad. Ik moet eerlijk bekennen dat ik toch even schrok toen ik deze foto, groot afgebeeld, in mijn mailbox zag. Het beeld is enerzijds schokkend, aan de andere kant in zekere zin ook heel mooi, welhaast kunst. Als hoofredacteur voel ik dan wel het dilemma: wat ga ik doen met deze foto? ‘Stel je voor dat deze op de cover zou staan’, flitst het even door mijn hoofd. Nee, dat is even ondenkbaar als zinloos, dat gaat nooit gebeuren zolang ik hoofredacteur ben. De functie van de foto zou als cover ook helemaal verloren gaan. Ga ik ‘m überhaupt plaatsen? Ik weet dat we als ambulancezorgverleners wel wat gewend zijn maar ik weet ook dat dit vakblad ook zomaar achteloos, thuis, opengekapt, op tafel kan liggen. Een omgeving waar minder ‘stoere zieltjes’ en misschien wel kinderen rondlopen. Uiteindelijk gaf de geveugelde uitspraak ‘Een foto zegt méér dan duizend woorden’ voor mij de doorslag om hem toch te plaatsen. Omdat deze foto zó krachtig en indringend de inhoud van het artikel en de impact van zo’n zwaar ongeval verbeeld en deze foto daardoor een waardevolle bijdrage levert aan het totale artikel. De keuze maken leverde dus aanvankelijk stress op maar werd uiteindelijk, onderbouwd, wel gemaakt.

Nu we toch door het vakblad aan het bladeren zijn, genoeg keuzestress op pagina 21 t/m 24: want wat doe ik op maandag 7 oktober? Pak ik die geplande roostervrije dag? Ga ik volgens rooster gewoon werken? Vul ik één van die vele openstaande diensten in? Of ga ik, zoals veel van mijn collega’s, op 7 oktober naar het Congres van V&VN Ambulancezorg in Hilversum? Het thema van het congres spreekt aan: ‘Fit voor ons vak!’. En dan wordt vooral de mentale fitheid bedoeld. De fysieke fitheid kun je zelf regelen: sportschool, hardloopleague, wandelgroep, padel, blaasvoetbal...

Aan mentale fitheid moet je constant bouwen want zware casuïstieken, een slechte werksfeer, een ‘baas’ die jou niet (voldoende) ondersteunt: het ondermijnt de mentale fitheid die broodnodig is om de uitdagingen in ons vak het hoofd te bieden. Heb je eenmaal de (juiste) keuze gemaakt om naar het Congres van V&VN Ambulancezorg te gaan dan is het alleen nog maar kiezen uit de vele indringende onderwerpen. En, zoals je kunt zien verderop in dit vakblad: de keuze is reuze! Keep calm, no stress...

Mooie herfst en hou je veilig!

Gerard Pijnenburg
Hoofredacteur



Meldkamers, klankbordgroep en congres...

Goed bestuur en brede vertegenwoordiging vinden we belangrijk. Door verloop zijn er de afgelopen periode enkele wijzigingen geweest binnen het bestuur van V&VN Ambulancezorg. Graag laten we dan ook weten dat we opnieuw enthousiaste versterking voor ons bestuur hebben gevonden in Saskia ten Velde, werkzaam als verpleegkundig meldkamercentralist en Willem van 't Hof, hoofd van de meldkamer in Amsterdam en van huis uit ambulanceverpleegkundige. We zijn erg blij met deze versterking met hun uitgebreide meldkamerexpertise in ons bestuurlijk midden, welkom!

De meldkamers zijn de absolute spil in de ambulancezorg. Veel ontwikkelingen en pilots vinden daar plaats. Daar wordt bepaald welke zorg ingezet gaat worden en welke eenheid die het beste kan verlenen. Denk aan de implementatie van zorgcoördinatie en steeds meer inzet van technologie (AI). Daarnaast rommelt het ook op de meldkamers; de druk op de roosters door tekort aan

personeel is voelbaar en de werkdruk is hoog. Pilots vinden plaats om data te verzamelen en hiermee kritisch te kijken naar de triagesystemen. Kunnen ritten worden afgeschaald op de gegeven urgenties en zorginzet? De juiste zorg op de juiste plek betekent niet altijd een ambulance. Dit goed beoordelen kost tijd en veel van deze zaken zijn niet bekend onder collega's,

waardoor ontevredenheid toeneemt en het gevoel leeft dat er niks gebeurt en er meer en meer 'huisartsenritten' gereden worden. De vraag is of dit gaat veranderen. De kunst wordt om in de toekomst hier adequaat op in te spelen door professionals bijvoorbeeld anders te scholen, zodat ze goed voorbereid zijn op het veranderende zorgaanbod en centralisten te ondersteunen in het triëren en mogelijk afschalen van ritten. Ook is het belangrijk dat we weten waar we in de keten terecht kunnen met de patiënt: wij gaan voor de juiste plek.

In het najaar richten we vanuit V&VN Ambulancezorg een speciale klankbordgroep op om zo collega's van de meldkamers meer inspraak te laten hebben op veranderingen die veelal samenkomen in de opzet van zorgcoördinatie. Deze klankbordgroep bestaat uit een afvaardiging van centralisten vanuit alle meldkamers. Het doel is om kennis te delen, maar vooral ook de verschil-

Bestuur V&VN Ambulancezorg

Voorzitter:	Mischa Knol (AVP bij de ARR)
Penningmeester:	Andrea Kershaw (AVP via Excellus Group)
Bestuursleden:	Maartje Munsterman (AVP bij RAV Brabant MWN) Ilja van Gastel (ACH bij RAV Brabant MWN) Harry Callenbach (ACH midden-complex bij VGGM) Willem van 't Hof (Hoofd meldkamer Amsterdam) Saskia ten Velde (verpleegkundig meldkamercentralist (ZZP))
Beleidsondersteuner:	Heidi Visser
Adviseur:	Jacqueline van der Vuurst

lende ervaringen, expertise en daarmee aandachtspunten te bundelen. We zoeken als bestuur naar de juiste vormen om transparant te zijn in wat we doen, waar we naartoe willen en graag leggen we contact met jullie als collega's: wij zijn de spreekbuis van alle professionals. We willen daarom weten waar de behoefte aan kennis en ontwikkeling binnen onze sector ligt en welke thema's belangrijk gevonden worden om binnen de sector de aandacht voor te vragen.

Zo kiezen we voor een andere invulling van de bijeenkomsten met de vakgroepen die viermaal per jaar plaatsvinden in Utrecht (en waar iedereen welkom is, ook als je je niet actief aangemeld bent bij een vakgroep), door in te spelen op kennisdeling op een interactieve manier over een ontwikkeling of actualiteit rondom ons werk! De eerste keer (mei 2024) ging over de implementatie van zorgcoördinatie en was een absoluut succes! Veel ruimte voor vragen en

bespreken van onderwerpen. Merkbaar was dat er over dit onderwerp nog veel onwetendheid en onduidelijkheid is, dus het was zeker een succes! De volgende bijeenkomst is deze maand op 27 september.

Daarnaast willen we collega's meer betrekken bij diverse werkgroepen, nota herzieningen en projecten die lopen, zodat hier directe expertise en inspraak van professionals in is. Hier is wel mankracht voor nodig. Dus mocht je interesse hebben om deel te nemen aan een dergelijk project of werkgroep dan horen we dat graag.

Tot slot is er natuurlijk al op korte termijn ons eerstvolgende V&V Ambulancezorg congres op 7 oktober aanstaande dat gaat over mentale fitheid: een onderwerp dat meer en meer onder de aandacht komt. Dit betreft niet alleen de opvang na een heftig incident, maar gaat veel verder. Hoe is de algehele balans op de werkvloer tussen privé en werk? Denk aan roosters en hoe er met elkaar omge-

gaan wordt (werkcultuur). Hoe is de opvang rond een calamiteit en wat verstaan we onder mentale weerbaarheid? Kan je hier ook op een andere manier tegenaan kijken en, vooral, hoe behoud je het? Naast interessante sprekers die hiervan verschillende perspectieven belichten, hebben we een grote verscheidenheid aan workshops die je kan bezoeken. Kom je ook om hier elkaar te ontmoeten en te ontdekken wat er valt te leren over dit belangrijke onderwerp? Fitte professionals, die goed voorbereid zijn op de toekomstige ambulancezorg!

Met collegiale groet namens het bestuur,

Mischa Knol

MMT bij ernstig motorongeval

Open bekken mooi gesloten

De casus

In de middag van een regenachtige dag in het najaar, wordt Lifeliner 1 gealarmeerd voor een ernstig ongeval waarbij een motorrijder betrokken is. De dienstdoende MMT-arts neemt contact op met de MKA Amsterdam-Amstelland ter bevestiging dat de oproep is ontvangen en dat het MMT per helikopter naar het ongeval zal gaan. Ondertussen bepalen de piloot en HCM de route en eventuele landingslocatie. Twee minuten later is het team 'airborne'. De afstand bedraagt 65 km, een omgerekende vliegtijd van 15 minuten. De MMT-arts meldt

zich in bij de MKA Noord-Holland Noord in wiens gebied het ongeval heeft plaatsgevonden en wordt in de patch gezet met de aanrijdende ambulances. Zes minuten later volgt de eerste SITRAP: Motor versus auto, zeer forse impact, slachtoffer is een 34-jarige man, aanspreekbaar, maar ernstig letsel aan bekken en benen met extern bloedverlies en duidelijk een C-probleem. De MMT-arts geeft door dat de informatie helder is, geeft aan nog 7 minuten aanvliegtijd te hebben en vraagt om de patiënt transportklaar te maken.

Door: Georgios F. Giannakopoulos, MD, PhD, FEBTS, FACS. Trauma-chirurg en Arts Mobiel Medisch Team Lifeliner 1 en Mario Snel, MSc. Verpleegkundig Specialist Ambulancezorg en Helicopter Crew Member (HCM) Mobiel Medisch Team Lifeliner 1.

De piloot en HCM zien vanuit de verte al stilstaand verkeer en zwaailichten op een druk kruispunt van een grote N-weg staan. Na een verkenningsrondje te hebben gevlogen kan de helikop-

ter veilig landen in een nabijgelegen weiland. De MMT-arts en HCM spoeden zich naar de twee ter plaatse aanwezige ambulanceteams om assistentie te verlenen. Een snelle blik naar links levert een verschrikkelijk beeld op: een fors beschadigde auto en een niet meer te herkennen motor, bestaande uit twee grote brokstukken waarnaast een grote plas bloed ligt.

We stappen in de ambulance en krijgen een korte, duidelijke



Mario Snel



Georgios F. Giannakopoulos



Lifeline 1 gealarmeerd voor een ernstig ongeval waarbij een motorrijder betrokken is.

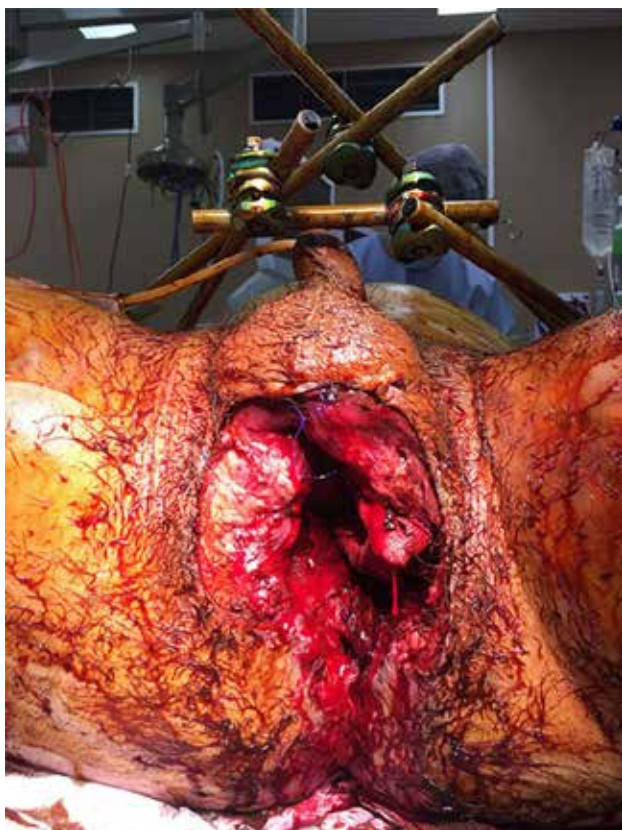
SBAR van de verpleegkundige van de eerste ambulance. De patiënt heeft een vrije luchtweg, een versnelde ademhaling met bilateraal ademgeruis en met zuurstof een saturatie van 98%. Echter in de C een duidelijk probleem: de patiënt is erg bleek, kland en pijnlijk, de bloeddruk bedraagt op dat moment 80/40 mmHg met een volgfrequentie van 140/min. Patiënt heeft reeds een bekkenband om en verliest bloed tussen de benen. Neurologisch lijkt hij niets te mankeren en is hij coöperatief. Voorrang heeft nu het C-probleem; er zijn reeds twee dikke infuusnaalden geplaatst en de patiënt heeft een bekkenband om.

Om een indruk te krijgen van het bekkenletsel en de bron (of herkomst) van het bloedverlies maken wij de bekkenband los. Het bekken is duidelijk instabiel, er komt bloed uit de uitmonding van de urethra en er zit een zeer forse wond bij de perineum, die doorloopt tot in het scrotum, met actief bloedverlies en een loshangende testikel. De HCM en ik kijken elkaar aan: we weten immers uit de literatuur dat de mortaliteit van open bekkenfracturen 50% bedraagt. In Nederland is dit wel lager, aangezien de acute zorg uitstekend geregeld is, echter blijven wij hier te maken hebben met een patiënt die potentieel binnen de komende minuten tot uren kan komen te overlijden aan dit zeer ernstige letsel.

We maken snel een plan. Gezien het extreem pijnlijke letsel en de angst van patiënt besluiten wij hem te intuberen. Vóór hij gaat slapen beloof ik hem dat er goed voor hem gezorgd zal worden en dat hij in het ziekenhuis wakker zal worden ná een

operatie. Met esketamine, rocuronium en midazolam is hij snel onder narcose en wordt hij ongecompliceerd geïntubeerd. Na het instellen van de beademingsmachine prop ik de gehele holte in de perineale wond vol met grote uitgevouwen gazen en plaatsen wij de bekkenband opnieuw stevig om hem heen. Ik vraag of de HCM mee wil rijden; het is met spoed ongeveer 40 minuten rijden naar het dichtstbijzijnde Level I traumacentrum en wij vinden hem te instabiel voor vervoer door de lucht. We zetten de temperatuur van de ambulance op maximaal en gaan rijden. Er is reeds tranexaminezuur gegeven, wij starten de bloedtransfusie op en geven hem additioneel calcium en fibrinogeen. Al snel klimt de tensie naar 110 mmHg systolisch en daalt de volgfrequentie naar 110/min. Dit zijn mooie waarden en we houden hem hierop door in totaal twee zakken verwarmde Ringers Lactaat, twee ongekruste Packed Cells, twee zakken plasma en diverse bolussen fenylefrine te geven. Eenmaal aangekomen in het traumacentrum dragen wij hem in stabiele toestand over aan het traumateam en na een korte debriefing met het ambulance team melden wij ons weer inzetbaar. Kort samengevat een zeer heftige casus met ernstig letsel, waarin wij hem zo snel mogelijk maar ook zo stabiel mogelijk naar het juiste centrum hebben kunnen brengen.

Door mijn functie als traumachirurg weet ik dat ik hem de volgende dag op onze afdeling zal tegenkomen. Hij is, na opvang en diagnostiek op de SEH, inmiddels geopereerd door mijn collega's.



Er is een tijdelijke fixateur externe op het bekken geplaatst, de wonden zijn behandeld, er is een tijdelijk colostoma aangelegd, aangezien dit letsel gepaard ging met een grote scheur in het rectum, die tot catastrofale infecties zou kunnen leiden door de stromende ontlasting in het aangedane gebied. Verder werd een suprapubische katheter geplaatst in verband met een afgescheurde urethra. Kortom, er moeten nog heel veel reconstructies volgen, een weg die voor de patiënt up's maar ook veel down's kent.

De volgende ochtend zoek ik hem op terwijl hij aan het ontbijten is op de Intensive Care afdeling. Ik vraag hem of hij mij nog herkent. Hij kijkt mij aan, schudt van niet, maar zegt mijn stem te herkennen en is mij, samen met de ambulanceteams, zeer dankbaar voor de geleverde zorg. Hij realiseert zich dat wij zijn leven hebben gered. Wij maken nog snel een 'selfie' om naar de HCM te sturen, zodat die kan zien dat het goed met hem gaat; een voor mij onvergetelijk moment.

Wat bekend is over deze letsels blijkt ook in dit geval helaas waar te zijn en enkele dagen later begint een zeer lange en gecompliceerde weg naar zijn herstel. Er zijn veel problemen met de weke delen en alles wat geïnfecteerd kan raken wordt dit ook; niets lijkt in een keer te willen genezen en wij realiseren ons wederom hoe enorm de klap is geweest tijdens het ongeval, wat nu dan ook de oorzaak van dit probleem is. Ik kijk vanaf de zijlijn mee, twee andere collega's zijn in de lead van zijn behandeling. Hij raakt ernstig verzwakt, doorligwonden maken het probleem alleen nog maar complexer en heeft in totaal 19 operaties en 14 plaatsingen van een drain wegens abscessen nodig om uiteindelijk na 129 dagen in het ziekenhuis te worden overgeplaatst, liggend per ambulance, naar een revalidatiecentrum! Dit was dan ook een feestelijk moment. Het komt immers niet vaak voor dat een traumapatiënt zo een

enorm lang en zwaar traject doorloopt met zoveel tegenvallers, naast het feit dat het een hele aardige en meewerkende jongeman was met een doorzettingsvermogen dat bewonderingswaardig was! De periode hierna volgde een poliklinisch traject met enkele kleine hersteloperaties door mijn collega's.

Tweeëneenhalf jaar later

Een kleine twee en een half jaar verder ben ik op een dag druk bezig met mijn spreekuur op de polikliniek. Een van mijn collega's roept en vraagt mij op de gang of ik deze man nog ken. Ik zie iemand naast haar staan met een gespierd bovenlichaam en een wandelstok in zijn hand. Een grote glimlach verschijnt op zijn gezicht en hij komt versneld lopend naar mij toe. Ik herken hem en loop hem tegemoet. Het is de jongeman die ik destijds na zijn ernstige motorongeval heb geholpen! Zonder iets te zeggen vallen wij in elkaars armen en zijn wij beide geëmotioneerd. Het gaat hartstikke goed met hem en hij heeft zijn leven weer volledig opgepakt. De beperkingen die hij nu nog heeft zullen helaas blijvend zijn. We kletsen kort even bij en ik ga weer door met mijn spreekuur.

Aan het einde van de dag kijk ik terug op dit moment. Fijn om je af en toe te realiseren dat we, ondanks alle ellende die wij meemaken, gewoon nog mens kunnen zijn. Ook ben ik erg dankbaar dit werk te mogen uitvoeren in een land met de beste prehospitalische zorg ter wereld... wat hebben wij toch een mooi vak!

Noot van de redactie: De foto's zijn gemaakt door collega traumachirurgen van AUMC en met toestemming van de patiënt beschikbaar gesteld.

Bloeddrukmeting (is) voor dummies (deel 1)

Is de bloeddruk de belangrijkste parameter?

Waarom meten we prehospitaal een bloeddruk? Omdat we willen weten of onze patiënt circulatoir stabiel is? Meten we de bloeddruk omdat we onze klinische inschatting niet vertrouwen? Is het een oversprongbeweging bij onzekerheid? Zinvol of niet: bloeddrukwaarden worden voortdurend verwacht. In het ritformulier, bij telefonisch overleg, bij de overdracht. Maar wat zegt de bloeddruk eigenlijk over de circulatoire status van de patiënt? Dat kan lekker kort: meestal niets.

Door: Thijs Gloger, Carl Haentjens en Matthias Jahn

Spoedpatiënten moeten lichamelijk worden onderzocht, door te kijken, luisteren en voelen. We weten dat koude acra, diaforese en een bleke gelaatskleur bij slechte perfusie kunnen passen. Monitorwaarden spelen uiteraard een rol in het verdere onderzoek, maar zijn foutgevoelig en moeten altijd in context van de klinische presentatie worden gezien. De interpretatie van dit totaal aan bevindingen is afhankelijk van de kennis en ervaring van de onderzoeker. Medische professionals beoordelen de circulatiestatus over het algemeen inadequa¹⁻⁵. Dit kan catastrofale gevolgen hebben, aangezien zonder correcte bevindingen nauwelijks een adequate therapie kan worden ingezet⁵.

Wat is bloeddruk ook alweer?

Een stap terug. Hoe ontstaat de bloeddruk eigenlijk? De bloeddruk bestaat uit het hartminuutvolume vermenigvuldigd met de vaatweerstand. Het hartminuutvolume wordt vooral beïnvloed door hartfrequentie, contractiliteit, preload en afterload. De vaatweerstand wordt het sterkst beïnvloed door de vaatdiameter. Hierbij geldt: des te kleiner de diameter, des te meer druk en minder flow. Des te groter de diameter, des te minder druk en meer flow.

Je kunt het je als volgt voorstellen: als je met volle kracht door een afvoerpijp blaast, ontstaat er veel flow maar weinig druk. Als je met volle kracht door een rietje blaast, ontstaat er veel druk maar weinig flow. Druk en flow zijn dus omgekeerd evenredig aan elkaar⁶. Dat druk en flow niet hetzelfde zijn, is een extreem belangrijk concept: bloeddruk zegt namelijk niets over perfusie. Bloeddruk zegt primair iets over vaatweerstand. Dit is van wezenlijk belang voor onze dagelijkse praktijk: wil ik als zorgverlener iets weten over de perfusie of over de vaatweerstand?

Los van pathologische processen schommelt de bloeddruk gedurende de dag, onder andere op basis van ademhalingsfrequentie, emoties, lichamelijke inspanning, maaltijden, tabak- en alcoholconsumptie, temperatuur, blaasvulling en pijn. Angst laat de systolische bloeddruk over het algemeen met circa 30 mmHg stijgen⁷. Bovendien wordt de bloeddruk beïnvloed door de leeftijd en het circadiane ritme.

Meet ik wat ik denk te meten?

Hoe betrouwbaar zijn onze metingen? Het gebruik van verschillende merken apparaten⁸, de afwisseling tussen auscultatoire en oscillometrische metingen⁹ en defecten van



Het aanbrengen van de juiste maat manchet is van groot belang, ook al praten we onszelf aan dat het vast niet zoveel uitmaakt.

bijvoorbeeld manometers, manchetjes en slangsystemen¹⁰ gooien alvast roet in het eten. Een te grote of te kleine manchet beïnvloedt de bloeddrukmeting significant¹¹. Een te kleine manchet leidt tot vals hoge waarden, een te grote manchet tot vals lage waarden⁷. De keuze van de juiste manchet is dus niet triviaal. Het gebruiken van de verkeerde manchetgrootte, om welke reden dan ook, geeft onbetrouwbare metingen.

Onderzoeken onder zowel artsen als verpleegkundigen toonden aan dat 46 tot 73% van de deelnemers een inadequate arm- en manchetpositie kozen^{12,13}. De positie van de arm van de patiënt kan een significant effect hebben op de bloeddrukmeting. Of de arm parallel aan of loodrecht op het lichaam staat, maakt gemiddeld een verschil van 13 mmHg systolisch¹⁴. Zelfs als een correcte techniek, juiste manchetmaat en armpositie in acht worden genomen, ontstaan bij auscultatoire metingen afwijkingen van tot wel +20 en -30 mmHg. Deze meetfouten nemen toe bij hypertensieve en obese patiënten^{15,16}.

De bloeddrukmeting bij aritmieën vormt een verder probleem. Bij een onregelmatige pols ontstaan zeer verschillende bloeddrukken van hartslag tot hartslag. Bij bijvoorbeeld atriumfibrilleren wisselt het slagvolume sterk. Hierdoor kunnen systolische drukverschillen van meer dan 50 mmHg tussen de slagen ontstaan. Ook bij bradycardieën ontstaan foutieve metingen⁷.

Het nog steeds wijdverbreide geloof dat een voelbare radialispol met een minimale systolische waarde van 80 mmHg gepaard gaat, werd al in 2000 als onzin ontmaskerd¹⁹. Patiënten met een systole van 50 mmHg kunnen nog een voelbare polslag hebben. Andersom hoeft een niet-voelbare pols geen lage bloeddruk te betekenen: door arteriosclerose en vasoconstrictie kan het vaatlumen zo nauw worden dat geen polsslag voelbaar is, terwijl de gemiddelde arteriële druk (MAP) wel binnen het normale bereik ligt¹⁵. En om het geheel aan prehospitala meetmethoden te completeren: ook de palpatoire bloeddrukmeting is nauwelijks bruikbaar^{17,18}.



De daadwerkelijk gemeten waarde, de MAP, wordt klein en tussen haakjes weergegeven onder de systole.

Oscillometrische metingen

De belangrijkste bevinding eerst: bij een oscillometrische bloeddrukmeting worden geen daadwerkelijke systole en diastole gemeten. Apparaten meten een gemiddelde arteriële druk (MAP, mean arterial pressure) en berekenen op basis van complexe algoritmen de systole en diastole²⁰. Oscillometrische meetapparaten, zoals de monitor in de ambulance, detecteren tijdens de meting kleine verschillen in de luchtdruk van de manchet. Een pulserende arterie geeft zulke drukverschillen. Het is daarom een absoluut vereiste dat de patiënt tijdens de meting niet beweegt en niet praat, anders meten we drukverschillen door compleet andere oorzaken. Bloeddrukmetingen in een rijdende ambulance zijn zodoende zinloos^{17, 21-23} omdat we dan vooral de beweging van de ambulance en hobbels in de weg meten.

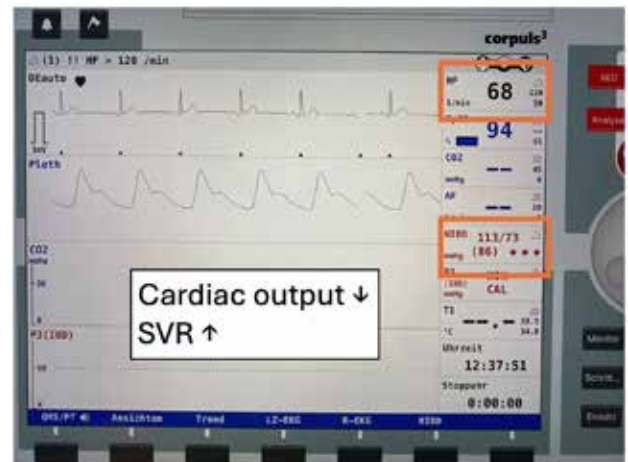
Monitoren meten dus een MAP, maar wat was dat ook alweer? De MAP is de gemiddelde drukwaarde tijdens een volledige hartcyclus, dus contractie- (systole) en ontspanningsfase (diastole). Een eenvoudige manier om de MAP in te schatten is door de systole plus tweemaal de diastole te delen door drie. De normaalwaarde ligt tussen de 70-100 mmHg. Een MAP onder 60 mmHg resulteert al na korte tijd in onvoldoende orgaanperfusie, met orgaanischemie of shock tot gevolg²⁴. Richtlijnen voor de behandeling van diverse shockvormen bevelen over het algemeen een MAP van minimaal 65 mmHg aan²⁵⁻²⁷. Oscillometrische metingen (ergo, berekeningen) van de systole en diastole correleren slecht met intra-arteriële metingen³⁸.

Het meten van een MAP heeft een groot voordeel ten opzichte van een systole en diastole. De systolische druk neemt perifeer namelijk toe en de diastole proportioneel af²⁸. Des te smaller de perifere vaten worden, des te groter de bloeddrukamplitude wordt²⁹, namelijk: hoe kleiner het lumen, hoe hoger de druk. Dit betekent paradoxaal genoeg dat de polsslag aanvankelijk beter voelbaar wordt bij vasoconstrictie. Een krachtig voelbare polsslag geeft dus geen betrouwbare informatie.

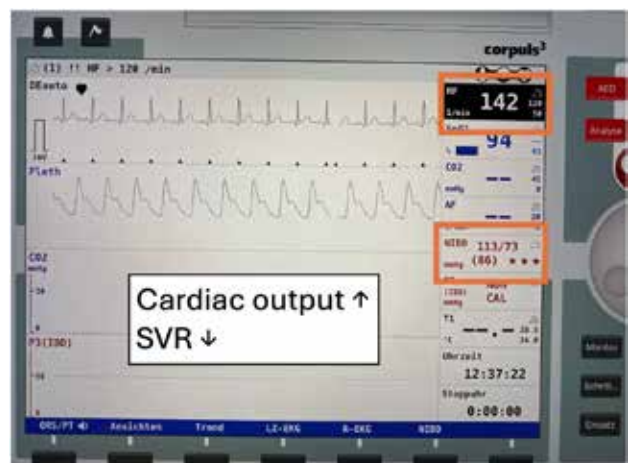
Uit een studie waarin hypertensieve patiënten nitroglycine kregen toegediend, bleek dit heel duidelijk: de centrale aortadruk daalde deels met meer dan 20 mmHg, hoewel de perifeer gemeten druk gelijk bleef³⁰. Terwijl de amplitude van de systole en diastole perifeer verandert, blijft de MAP gelijk^{31,32}. Zodoende is deze waarde een stuk nuttiger^{31,33,34} en we kunnen de MAP relatief betrouwbaar oscillometrisch meten^{35,36}. Sterker nog: onze apparaten zijn zelfs precies voor dit doel gebouwd³⁷.

Fouten in de berekening van de systole en diastole komen niet zelden voor. Bij 34% van de metingen ontstaat een systolische afwijking van >20 mmHg³¹. Bij kritiek zieke patiënten werden afwijkingen van -49 mmHg en +33 mmHg waargenomen³⁹. Het verbeteren van de software die de systole en diastole uit de MAP berekent, leverde tot dusver geen relevant verschil op⁴⁰. De bloeddrukmeting zoals we deze in de praktijk dagelijks uitvoeren, is dus zelfs onder optimale omstandigheden al behoorlijk onnauwkeurig. En dat kan therapeutische consequenties hebben: mogelijk stellen we indicaties voor therapieën die niet opportuun zijn^{35,39,41}. We moeten dus

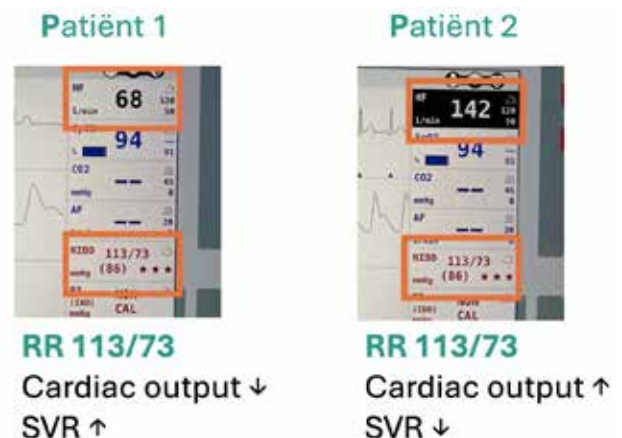
ook kritisch nadenken over scores waarbij systolische en/of diastolische streefwaarden worden gebruikt, omdat deze in de praktijk eigenlijk te onbetrouwbaar zijn³³. Tussenconclusie: als je prehospitaal een bloeddruk meet met een monitor, beoordeel van de MAP en niet de systole en diastole.



Voorbeeld: patiënt met dehydratie en betablokkergebruik. Heeft maximale vasoconstrictie nodig om zijn bloeddruk overeind te houden.



Voorbeeld: patiënt met een fulminante sepsis. Heeft maximale vasodilatatie en heeft een hoge cardiac output nodig om zijn bloeddruk overeind te houden.



Beide patiënten hebben dezelfde prima bloeddruk, maar zijn er beide slecht aan toe en hebben een totaal ander circulatoir probleem. De bloeddrukmeting heeft hierin nauwelijks meerwaarde.

Beoordeling van de perfusie

Waarom meten we eigenlijk bloeddrukken? Over het algemeen willen we een uitspraak doen over de circulatie c.q. de perfusie. Omdat de bloeddruk echter een marker is voor de perifere vaatweerstand en geen marker voor perfusie, zijn andere methoden nodig. Oftewel: als we weinig aan een bloeddruk hebben, hoe moet het dan wel?

Wanneer bij een gewonde of zieke patiënt de perfusie verslechtert, treden compensatiemechanismen in werking. Een voorbeeld hiervan is de perifere vasoconstrictie: het circulerend volume blijft beter beschikbaar voor vitale organen. Deze herverdeling van het circulerend volume verloopt vergelijkbaar in de huid, spieren en gastro-intestinale vaatbedden. Hierdoor zijn deze weefsels zeer geschikt om een verminderde perfusie te signaleren⁴²⁻⁴⁶. En deze perifeer verminderde perfusie is tekenend voor kritiek zieke patiënten⁴⁷⁻⁴⁹. Daar maken we gebruik van. We kunnen prehospital snel en efficiënt aanwijzingen over de perifere perfusie verzamelen door de capillary refill time (CRT), huidtemperatuur en marmering te beoordelen.

Capillary refill time

Hoewel in leerboeken vaak een normale CRT van ≤ 2 seconden wordt genoemd^{23,50,51}, werd deze referentiewaarde in 1981⁵² relatief willekeurig gekozen en is sindsdien als referentiewaarde ingeburgerd geraakt⁵³. Studies tonen aan dat de CRT genuanceerder moet worden bekeken en dat de referentiewaarde van ≤ 2 seconden onnauwkeurig is^{54,55}, omdat er te veel vals-positieve metingen ontstaan. Een referentiewaarde van $>4,5$ seconden⁵⁶ lijkt zinvoller, waarbij >5 seconden het meest praktisch uitvoerbaar lijkt. Oftewel: een CRT van langer dan 5 seconden zou pathologisch kunnen zijn.

De CRT varieert naar leeftijd en geslacht⁵⁷ en wordt onder andere beïnvloed door de omgevingstemperatuur, lichaamstemperatuur en lichtomstandigheden⁵⁸. Daarnaast toonden verschillende studies kleine tot onaanvaardbaar grote verschillen in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid⁵⁹⁻⁶². Dit leidt tot uiteenlopende bevindingen bij beoordeling van precies dezelfde CRT. Om de meting betrouwbaarder te maken, moet eigenlijk een stopwatch worden gebruikt⁶²⁻⁶⁴. Bovendien moet de CRT sternaal en niet perifeer worden gemeten⁴⁷. De bepaling van de CRT door op het nagelbed te duwen, heeft alleen relevantie bij de beoordeling van de perfusie van een geïsoleerde extremitet, bijvoorbeeld in het kader van een fractuur of dislocatie.

De CRT is geen indicator voor de mate van hypovolemie⁶⁵. Tot 25% van de patiënten die in shock zijn door bloedverlies, kunnen een CRT van ≤ 2 seconden vertonen⁶⁶. In het kader van een sepsis is de meting echter nauwkeuriger. De CRT correleert goed met de ernst van een sepsis^{60,67,68} en kan vooral in combinatie met gemarmerde huid zinvolle informatie geven⁶⁴. Een herhaalde bepaling van de CRT is veelzeggender dan een enkele⁶⁹, omdat zo trends vastgesteld kunnen worden. Ook al is een enkele meting onbetrouwbaar, een stijgende of dalende trend zegt wel iets. Dit geldt uiteraard voor alle andere metingen die we uitvoeren.

Marmering

Marmering kennen we als een vlekkerige, meestal afwisselend bleek-blauwe ofwel livide huidverkleuring. Marmering is het

gevolg van een verstoorde microcirculatie van de huid^{70,71}. Bij septische patiënten correleert de mate van marmering direct met de nierperfusie⁴⁶. Om de marmering betrouwbaar en gestandaardiseerd te kunnen beoordelen, biedt de zogenaamde Mottling Score uitkomst. Het vaststellen van deze score is eenvoudig: kijk naar de mate van marmering rond de knieën van de patiënt⁴⁷. Des te uitgebreider de marmering, des te slechter de circulatiestatus. De Mottling Score is een nauwkeurig hulpmiddel om de perifere perfusie te beoordelen, met name in combinatie met de sternale CRT⁶⁴.

Diaforese

Diaforese (koud zweet) kan bij spoedpatiënten een uiting zijn van een uitgesproken stressreactie. Het kan bijvoorbeeld voorkomen bij een myocardinfarct, aortadissectie, longembolie of oesophagusruptuur⁷². Toch wordt diaforese door medisch personeel vaak genegeerd en de oorzaak niet onderzocht⁷³. Diaforese bij thoracale pijn is een van de meest gevoelige klinische tekenen voor een myocardinfarct⁷⁴⁻⁷⁶. In een studie rondom indicatoren voor een acuut aorta-aneurysma was diaforese een gevoeliger teken dan veranderde vitale parameters⁷⁷.

Huidtemperatuur

Het voelen van huidtemperatuurverschillen is een verrassend nuttige tool. Koele en vochtige huid kunnen een belangrijk alarmsignaal zijn bij hartfalen⁷⁸, koude handen en voeten zijn een van de eerste klinische markers bij een meningokokkeninfectie⁷⁹. Het is bewezen dat subjectief vastgestelde huidtemperatuurverschillen goed correleren met infraroodmetingen van de huidperfusie^{80,81}. De huidtemperatuur wordt met de handrug gevoeld, omdat dit gebied een hoge temperatuurgevoeligheid heeft. De rest is eenvoudig: de extremiteten worden met de handrug gepalpeerd en als ze koud aanvoelen, is dit al een voldoende bevinding⁸². Het beste is om temperatuurverschillen tussen bijvoorbeeld de hand en de romp te vergelijken - perifeer versus centraal⁵⁶.

Eindtidaal CO₂

Met de beoordeling van de perifere perfusie kunnen we een prima indicatie krijgen over de circulatoire toestand van de patiënt. De CRT, marmering en huidtemperatuur zijn echter allemaal indirecte indicatoren. De enige parameter die direct iets zegt over de perfusie, is de CO₂-meting. CO₂ (kooldioxide) ontstaat in lichaamscellen bij aeroob metabolisme, oftewel verbranding met behulp van zuurstof. Voor het zuurstoftransport is een adequate bloedstroom naar de cellen noodzakelijk. Als er problemen met deze bloedstroom zijn, komt er minder zuurstof in de cellen. Ergo, bij slechte circulatie ontstaat minder CO₂. Een lage CO₂-waarde kan dus een aanwijzing zijn voor een slechte perfusie⁸³.

Het eindtidale CO₂ (etCO₂) wordt bepaald door de snelheid van het metabolisme, het hartminuutvolume en de ventilatie⁸⁴. Naast hypoperfusie kan bij een laag etCO₂ differentiaaldiagnostisch ook worden gedacht aan hyperventilatie, hypothermie of respiratoire compensatie van een metabole acidose. Het etCO₂ kan zowel invasief (via bijvoorbeeld een endotracheale tube) als niet-invasief (via een neusadapter) worden gemeten. Bij de nasale etCO₂-meting moet worden opgemerkt dat de geïso-



De etCO₂ is de enige directe perfusiemarker die we prehospitaal hebben.

leerde waarde minder betrouwbaar is dan de trend.

We kennen de etCO₂-meting prehospitaal vooral in het kader van de reanimatie. Als het etCO₂ stijgt, kan dit een aanwijzing zijn voor herstel van de spontane circulatie. Eindtidaal gemeten CO₂ correleert namelijk lineair met de coronaire perfusiedruk⁸⁶. Oftewel: een stijgende etCO₂-waarde is een indicator voor een verbeterde perfusie. Dit concept kunnen we toepassen op meer spoedpatiënten. In de vroege stadia van bloedverlies neemt eerst het hartminuutvolume af, hoewel de bloeddruk compenserend gelijk blijft of door de stressreactie zelfs toeneemt. Omdat het hartminuutvolume en dus het zuurstoftransport afneemt, is een dalend etCO₂ een veel gevoeliger marker dan andere vitale parameters⁸⁷. Een studie toonde aan dat alle spontaan ademende patiënten met een hypovolemische shock prehospitaal etCO₂-waarden van <20 mmHg hadden⁸⁸. De afkapwaarde voor de activering van een massief transfusieprotocol zou bij geïntubeerde traumapatiënten bij een etCO₂ van <27 mmHg kunnen liggen⁸⁹.

Een waarde van <25 mmHg kan meespelen om bij sepsispatiënten om een opgeschaalde opvang op de SEH te vragen^{83,90}. Ook bij patiënten met een ACS kan de circulatie worden bewaakt met een etCO₂-meting. Het kan helpen bij de besluitvorming of een patiënt met een rechterhartinfarct zou kunnen profiteren van een volumebolus (85). Bij transthoracaal pacen is de etCO₂-meting een directe marker voor het succes van de interventie. In diverse internationale leerboeken over ambulancezorg wordt al langer gepleit voor de etCO₂-meting als standaard af te nemen meetwaarde^{91,92}.

Bewustzijn

Onvoldoende cerebrale perfusie leidt tot bewustzijnsvermindering en uiteindelijk bewusteloosheid⁹³. Een verminderd bewustzijn bij niet-gesedeerde patiënten is een duidelijke voorspeller voor een slechte circulatiestatus⁹⁴. Natuurlijk zijn er ook andere redenen voor een verminderd bewustzijn, zoals intoxicatie, hypoxie, hypoglykemie of hypercapnie. Dit is

prehospitaal niet altijd eenvoudig te differentiëren. Desalniettemin is de mate van bewustzijn een belangrijke peiler in de beoordeling van de circulatiestatus.

Het brein heeft een nauwkeurige en stabiele bloeddruk nodig voor een goede cerebrale perfusie. Omdat de systemische bloeddruk echter al onder normale omstandigheden sterk schommelt, kan het brein zijn eigen drukken reguleren. Deze autoregulatie werkt over het algemeen goed bij MAP's van 50-150 mmHg. Dit betekent dus dat de autoregulatie faalt bij te hoge of te lage drukken. Bij chronisch hypertensieve patiënten verschuiven deze waarden en kan een MAP van minstens 150 mmHg nodig zijn om adequate cerebrale autoregulatie te bereiken⁹⁵. Bij bewustzijnsstoornissen door hypotensie moet algemeen gesproken vroegtijdig volumetoediening en/of gebruik van vasopressie overwogen worden.

Tot slot: verdere zeer goede hulpmiddelen voor een circulatiebeoordeling zijn de point-of-care lactaatmeting en echografie^{94,96-101}. Omdat de gemiddelde ambulance deze apparaten niet aan boord heeft, beperken we ons in dit artikel vooral tot het klinisch onderzoek.

Conclusie

Hoewel de bloeddruk een van de meest gemeten vitale parameters is, is de meting van de systole en diastole zelfs onder optimale omstandigheden uiterst gevoelig voor meetfouten.



Mottling, ofwel marmorering, kennen we als een vlekkerige, meestal afwisselend bleek-blauwe huidverkleuring. Foto/copyright Janina K. Padrock

Zelfs bij de juiste manchetmaat en het vermijden van bewegingsartefacten ontstaan in veel gevallen nog steeds behoorlijke afwijkingen. De MAP is veel nauwkeuriger en zou daarom in plaats van de systole en diastole als parameter moeten worden gebruikt.

Het begint allemaal met de vraag: wat willen we eigenlijk meten? De bloeddruk is primair een marker voor vaatweerstand en niet voor perfusie. Voor de prehospitala beoordeling van de perfusie zijn huidtemperatuur, CRT, marmering, diaforese, etCO₂ en bewustzijn geschikt. Geen van deze aspecten moet als afzonderlijke parameter worden beschouwd: het gaat altijd om het totaalbeeld. Hoeven we dan helemaal nooit meer een bloeddruk te meten? Jawel. Er zijn spoedsituaties waarbij de vaatweerstand een bepalende factor is. Deze bespreken we in deel 2, in de volgende editie van dit vakblad: december 2024.

Over de auteurs:

Thijs Gloger is ambulanceverpleegkundige in opleiding in Zeeland. Hij studeerde in Nederland en België en deed werkervaring op in de Duitse ambulancezorg. In zijn vrije tijd schrijft hij artikelen voor diverse vakbladen, geeft hij les en studeert onderwijskunde. Kritiek, vragen, suggesties? Mail: thijs@gloger.nl

Carl Haentjens is Critical Care Practitioner en leidt EMTACCS, een Vlaams expertisecentrum voor prehospitala spoedzorg. Hij heeft meer dan twintig jaar internationale ervaring op het gebied van ambulance- en MMT-zorgverlening. Carl is course director voor cursusformaten van o.a. de ERC, NAEMT, Difficult Airway Course en Green Label.

Matthias Jahn is paramedic en verpleegkundige in Duitsland. Hij werkt afwisselend als community paramedic (solist) en ALS-paramedic. Daarnaast werkte hij als interventieverpleegkundige hartkatheterisatie. In Canada behaalde hij de certificering tot advanced paramedic. Matthias is redactielid en auteur van diverse Duitse vakboeken voor ambulancezorg, schrijft artikelen en is lange tijd course director voor AMLS en ITLS Pediatric geweest.

Noot van de redactie: gezien de omvang van de gebruikte literatuur is bijgaande QR-code bijgevoegd om de literatuurlijst te raadplegen:



Couveusevervoer naar eigen regio met midden-complexe ambulances

Unieke samenwerking tussen de GGD Brabant-Zuidoost Ambulancezorg en Máxima Medisch Centrum (MMC) in Veldhoven.



MC-ambulance ingezet voor couveuse-vervoer. Foto's beschikbaar gesteld door GGD Brabant-Zuidoost-Ambulancezorg

GGD Brabant-Zuidoost zet vooralsnog als enige ambulanceregio in Nederland middencomplexe ambulances in voor het ophalen van baby's van de afdeling neonatologie van MMC Veldhoven. In andere regio's is dit voorbehouden aan de hoogcomplexe ambulancezorg. Door deze werkwijze in Brabant-Zuidoost blijven er meer spoedwagens beschikbaar voor urgente ritten. Tijd voor een andere werkwijze?

Aanleiding werkwijze

Al in 2006 werd de dienstverleningsovereenkomst tussen MMC en de GGD ondertekend inzake het couveusevervoer. “Vroeger hadden we in onze regio alleen laagcomplexiteit ritten (zorgambulances) en hoogcomplexiteit ritten,” legt Maikel Janssen uit. Hij is verpleegkundige middencomplexiteit ambulancezorg. Samen met zijn collega Johnny Stekhuizen (chauffeur middencomplexiteit ambulancezorg) werkt hij in de regio Brabant-Zuidoost. “De zorgambulances zijn bij ons vervangen door de middencomplexiteit ambulances,” vertelt Maikel. “Wij zijn nu hoger opgeleid, mogen daardoor meer zelfstandig doen en krijgen dus meer verantwoordelijkheid vanuit de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA),” vult Johnny aan. “Dit bood ons de kans om een breder scala aan ritten te rijden.”



Het couveuse-vervoer is daar een voorbeeld van. Wekelijks halen Johnny (li. op de foto) en Maikel pasgeborenen op in MMC in Veldhoven. Een neonatologie-verpleegkundige reist altijd mee en is tijdens de rit verantwoordelijk voor de gezondheid en het welzijn van de baby.

Prettiger voor ouders

Anita Janssen, sinds 2004 werkzaam op de NICU van MMC en tegenwoordig afdelingscoördinator, is een groot voorstander van de werkwijze. “In enquêtes lazen wij terug dat ouders een terugplaatsing heel spannend en stressvol vinden. ‘Gaat alles goed? Weet het ontvangende ziekenhuis wel genoeg over ons kind?’ Wij wilden wat met die terechte zorgen doen. Door de kinderen terug te plaatsen met een neonatologie-verpleegkundige én een ouder in de ambulance, maken we deze stap voor de ouders een heel stuk minder belastend.” De werkwijze past perfect bij hun visie van Family Integrated Care, waarbij MMC het gezin zo veel mogelijk bij elkaar wil houden.

Nooit spoed tussendoor

Middencomplexiteit ambulances zijn speciaal ontworpen voor het comfort van patiënten. Zo zijn er twee stoelen beschikbaar naast de couveuse: een voor de neonatologie-verpleegkundige én een voor een ouder. Voor hen is de mogelijkheid om mee te kunnen rijden een enorme kwaliteitsverbetering. Bij hoogcomplexiteit ambulances is die ruimte voor ouders er niet. Nog een voordeel: middencomplexiteit ambulances worden nooit opgeroepen voor spoedritten. “In de praktijk betekent dat dat we precies weten wanneer een pasgeborene vervoerd wordt,” vertelt Anita. “Het gebeurde vroeger regelmatig dat zo’n gepland vervoer niet doorging, vanwege een spoedmelding die voorrang kreeg. Nu weten wij, ouders en het ontvan-

gende ziekenhuis, beter waar we aan toe zijn.” Dat er altijd een neonatologie-verpleegkundige meereist, vraagt wel wat van de planning en bezetting. “Maar de voordelen wegen hier ruimschoots tegenop,” benadrukt Anita.

Traject van voorbereiding

Het proces om de juridische aspecten op papier te krijgen en een solide beslissing op te stellen, was een belangrijke stap voor de implementatie van de werkwijze. “We hebben alle mogelijke scenario’s overwogen en vastgelegd wat te doen als er onderweg iets misgaat”, vertelt Anita. “We maakten een uitgebreide beslissingboom die precies aangeeft welke stappen we moeten nemen bij complicaties, zoals een bradycardie of saturatiedaling. Er is ook een belijst opgesteld, zodat we altijd contact kunnen opnemen met onze eigen neonatologen voor advies. Dit geeft ons de zekerheid dat we snel en adequaat kunnen handelen in noodsituaties.”

Daarnaast moesten de neonatologie-verpleegkundigen een aantal specifieke trainingen volgen, zoals reanimatie en couveusetransport, voordat ze zelfstandig deze ritten mochten uitvoeren. “We wilden er zeker van zijn dat iedereen goed voorbereid was en dat we juridisch gezien alles op orde hadden,” benadrukt Anita. “Dit proces duurde bijna een jaar, maar het was de investering absoluut waard.”

Protocol landelijk herzien?

Johnny en Maikel hopen dat er meer verantwoordelijkheden worden neergelegd bij de middencomplexiteit ambulances. “Het vermindert de druk op hoogcomplexiteit ambulances en verbetert de gehele zorgstructuur: zowel de patiëntenzorg als de operationele efficiëntie is bij deze werkwijze gebaat. Hopelijk moedigen we andere regio’s ook aan om deze aanpak te overwegen. Anita voegt toe: “Sinds we deze werkwijze volgen, krijgen we veel minder vragen van ontvangende ziekenhuizen. De rechtstreekse overdracht van verpleegkundige tot verpleegkundige, vaak met de arts erbij, zorgt voor een duidelijke communicatie en betere kwaliteit van zorg.”

Trudie van Duin, programmamanager bij Ambulancezorg Nederland:

“Het Protocol Laag- en Middencomplexiteit Ambulancezorg (LPLMA) wordt momenteel landelijk herzien. Regionale ambulancevoorzieningen zijn hierbij betrokken. In het huidige protocol staat in alinea 1.5 ‘Inzet- en uitsluitcriteria’ overigens al een verwijzing naar regionaal maatwerk. In het Kwaliteitskader laag- en middencomplexiteit ambulancezorg (2020) is verder beschreven hoe een regionale ambulancevoorziening dit maatwerk kan realiseren.”

Mantelzorgers in de sport...

Door: Jos Benders, chef-arts Star of Life team/Service Médical.

In 2023 gaf bijna vijftig procent van de Nederlanders van vijftien jaar of ouder aan zich in de afgelopen twaalf maanden ten minste één keer vrijwillig te hebben ingezet voor een organisatie of vereniging. Het percentage vrijwilligers is sterk toegenomen ten opzichte van de coronajaren, toen gemiddeld éénenveertig procent vrijwilligerswerk deed. De cijfers komen uit het jaarlijkse onderzoek Sociale samenhang en welzijn van het CBS.

De meeste vrijwilligers zetten zich, net als in voorgaande jaren, in voor sportverenigingen: zestien procent. Een bijzonder onderdeel binnen die sportwereld is de zorg door vrijwilligers bij sportevenementen.

De gebundelde acute hulpverlening met hulpverleningsvoertuigen in de sport kreeg met de oprichting in 1985 van Service Médical een naam. Ik mocht het initiatief nemen na enkele stages in de Tour de France. Het latere succes had nooit vorm kunnen krijgen zonder de inzet van een grote schare vrijwilligers.

Will, een verpleegkundige naar mijn hart, werkte als hoofd van de afdeling heelkunde in een groot ziekenhuis maar toog op vrije dagen naar Olympia's ronde. In gedachten komen ook de andere binken aan me voorbij: Peter, jarenlang monteur bij de Nederlandse Spoorwegen en na z'n pensioen bij onze mobiele sportgeneeskundige brigade. 'Had ik dit werk in de sport maar vele jaren eerder leren kennen', waren zijn geveugelde woorden. Omdat het wagenpark van onze vrijwillige dienst uitbreidde, keerde ook Willy zich na zijn pensioen tot het team, hij was monteur bij Mercedes-Benz.

Of het alleen maar echte beroepsbeoefenaren waren die Service Médicaller werden? Nee hoor. Mijn moeder Toos, vanaf de start doende met het wassen van de teamkleding, kon je geen groter plezier doen als de vuile was brengen. Als we haar bezochten, hingen de witte shirts gebroederlijk aan de waslijn. 'Dan blijven de kleuren er goed inzitten.' Gebeiteld was haar bede: 'Als ze me dit maar nooit afnemen....' Toos stond op haar vijfenveertigste (!) nog op de ladder, met laarzen aan, de ambulances te poetsen.

De verbreding zette door. John, CEO van een van de grootste telecom providers in ons land, trad als vrijwilliger toe tot het bestuur en de bestuursvoorzitter van een academische kliniek deed hetzelfde. Onderwijl reed pensionado Frans, een voormalig onderzoeker, met de vrachtwagen naar de Olympische Winterspelen in Turijn en werd hij kwartiermaker bij de OS in Peking. Helden, al die mensen, die mijn leven een grote ver-

rijking gaven en geven.

Vrijwilligers in de verzorging en in de gezondheidszorg (vooral 65- tot 75-jarigen) zijn het meest frequent actief, zo blijkt: zij zetten zich het vaakst wekelijks in, en besteden de meeste uren per week. Het gaat dan vooral om 65-plussers. Bron: opnieuw CBS.

Leuk detail: in 2023 is aan vrijwilligers gevraagd wat zij belangrijk vinden dat de vereniging of organisatie waarvoor zij vrijwilligerswerk doen, voor ze regelt of terugdoet. Bijna de helft vindt het belangrijk dat ze een compliment of bedankje als waardering krijgen. Slechts vijf procent hecht er waarde aan dat er een financiële vergoeding tegenover staat.



'Voor vrijwilligers moet je wat óver hebben' (Mart Smeets)

Een compliment verdienen ook de 'jongens en meisjes' van de ambulance. Zij zijn bij ons de vrijwilligers met een figuurlijke extra 'streep op de mouw.' Doorgaans nog volop bij hun werkgever in dienst zijnde, wil ik ze betitelen als 'Professionele Vrijwilliger'. Dat lijkt een contradictio in terminis, maar is het niet! Mantelzorgers in de sport..., met liefde maak ik voor hen deze zetregels, als knipoog en groots compliment, vrij.

Over de columnist:

Jos Benders is arts en oprichter van het voormalige Service Médical, de eerste mobiele sportgeneeskundige brigade van ons land, en van het huidige Star of Life team.

AZN introduceert vernieuwd Kwaliteitskader Ambulancezorg, versie 2.0

Met trots presenteert Ambulancezorg Nederland, samen met de NVMMA, V&VN Ambulancezorg, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, het vernieuwde Kwaliteitskader Ambulancezorg, versie 2.0. Het nieuwe kader biedt Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) nog meer handvatten om de kwaliteit van de ambulancezorg continu te verbeteren.



In 2019 zette de ambulancesector een grote stap voorwaarts met de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0. In dit kader werd, aan de hand van een samenhangende, brede set van kwaliteitssignalen beschreven wat goede ambulancezorg is.

Verbeteringen

De ambulancesector en de in het intro genoemde tripartiete partners hebben de afgelopen periode gewerkt aan een tweede, meer volwassen versie van het eerste kwaliteitskader. Een zorgvuldig evaluatie en herijtingsproces heeft geresulteerd in het Kwaliteitskader Ambulancezorg, versie 2.0. Het vernieuwde kwaliteitskader bevat 23 signalen, die grotendeels al geïmplementeerd zijn en waar mogelijk voorzien zijn van streefwaarden en minimale waar-

den. Voor de implementatie van enkele signalen is een implementatieplan opgesteld dat onderdeel uitmaakt van het kwaliteitskader. Tot slot bevat het kwaliteitskader 2.0 een onderhoudsplan en een belangrijk nieuw signaal, namelijk de meldkamerzorg.

Transparant over uitkomsten

AZN publiceert de regionale resultaten van de gemeten signalen jaarlijks in het Sectorkompas Ambulancezorg. De sector wil hiermee patiënten, zorgprofessionals, ketenpartners en andere stakeholders inzicht geven in de kwaliteit van de ambulancezorg zoals die geleverd wordt door de 25 RAV's. Daarnaast stimuleert het kwaliteitskader de individuele RAV's en de sector als collectief tot continu leren en verder verbeteren van de ambulancezorg.

Ontwikkeling en samenwerking

Het Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0 is het resultaat van drie jaar implementeren en doorontwikkelen met inbreng van cliëntenvertegenwoordigers, ambulancezorgprofessionals, RAV-experts, RAV-bestuurders en de tripartiete partijen. Ook het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) speelde een belangrijke rol in dit proces. Partijen hebben er vertrouwen in dat het vernieuwde kwaliteitskader nog meer bij zal dragen aan inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg en dat het nieuwe kader RAV's nog meer handvatten biedt om de kwaliteit van de ambulancezorg, waar nodig, verder te verbeteren. Het kwaliteitskader 2.0 is ingediend bij het Zorginstituut Nederland voor opname in het Register.



Scan de QR-code naar het Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0

Meer informatie

Heeft u naar aanleiding van dit artikel vragen of wilt u meer weten? Neem dan contact op met Margreet Hoogeveen, programmamanager AZN via beleidsmedewerker a.vanderweerd@ambulancezorg.nl

CONGRES AMBULANCEZORG



Congres van V&VN Ambulancezorg

Beste collega's,

Naast de uitdagingen in ons vak, is ook de mentale fitheid van ons allen een belangrijk thema dat aandacht verdient. Tijdens ons aankomende congres op 7 oktober in Gooiland, Hilversum, willen we hier uitgebreid bij stilstaan.

Hoe ervaar jij de balans tussen je werk en privéleven? Voel je ruimte om open te spreken met collega's over hoe je omgaat met zware casuïstiek of grootschalige incidenten? Voelen jullie je als team voldoende gesteund en gehoord binnen jullie RAV? Ben je mentaal fit genoeg om goed om te gaan met veranderingen binnen ons werkveld en het gesprek hierover aan te gaan? Moet er eventueel veranderen? Belangrijke onderwerpen op ons aankomende congres.

Een goede mentale fitheid is essentieel om de uitdagingen in ons vak het hoofd te bieden. Medewerkers die mentaal fit zijn, zijn veerkrachtiger, kunnen beter omgaan met tegenslagen en genieten meer in hun werk. Net als aan onze fysieke fitheid kunnen we ook actief werken aan onze mentale fitheid. Tijdens het congres zullen diverse sprekers en workshops ingaan op de bouwstenen van mentale fitheid, zoals een

gezonde werkomgeving, zingeving en optimisme, goede werk-privébalans en ondersteuning tijdens een calamiteit of heftig incident. We hopen dat deze onderwerpen jullie inspireren om actief aan de slag te gaan met jullie persoonlijke welzijn en dat van jullie teams. Ook speciaal aanbevolen voor collega's die actief zijn in een TCO of BOT-team.

Speciale oproep aan pas (of bijna) gediplomeerde collega's:

Laat je stem horen! Schrijf je in voor onze eerste postercompetitie en deel de waardevolle inzichten die je tijdens deze opdracht hebt opgedaan. Laat zien welke kennis jij opgedaan hebt door in de literatuur te duiken! Jouw frisse blik en inzichten kunnen ons vak vooruithelpen. Stuur je poster vandaag nog in - de deadline nadert...

De winnende poster mag rekenen op een (internationale) prijs!

Meld je snel aan,
want vol = vol! Samen
kunnen we de kracht
van mentale fitheid
in de ambulancezorg
versterken.
Zie bijgaand het complete programma.
Tot 7 oktober!



Met vriendelijke groet, de congrescommissie van V&VN Ambulancezorg:
Rosetta Galotta, VS RAV Brabant MWN, coördinator van de vakgroep VS.
Joffry van Grondelle, Avplk., RR Ambulance Amsterdam en coördinator
van vakgroep verpleegkundigen.
Ellen de Vlieger, Forensisch Verpleegkundige, coördinator van de vak-
groep forensisch verpleegkundigen. Mischa Knol, Avplk. Ambulance
Rotterdam-Rijnmond en voorzitter V&VN Ambulancezorg.



SPREKERS 7 OKT 2024



David Baden
SEH arts Diakonessenhuis, voorzitter Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp-Arten

Jelte Bosgra
Trainer & adviseur | Psycholoog bij ARQ IVP | Expert bij ingrijpende gebeurtenissen

Roy Davids
Senior GGP verkeer en aanrijdingsselecteur, specialist verkeersongevallen

Damiaan Denys
Faculteitshoogleraar Psychiatrie Amsterdam UMC

Lars Doorduijn
ambulancechauffeur, docent aan de Academie voor Ambulancezorg

Ijla van Gastel
Ambulancechauffeur, Staffunctionaris ACH, Trainer rijvaardigheid/OGS+

Vicky Holsgens
Geestelijk verzorger | Divisie Vitale Functies, SEH UMC Utrecht

Ingelise Roelen
Oprichter Bounce, zorg na impact

Karen van Veen
Proces coordinator Forensische geneeskunde Forensisch Artsen Rotterdam (FARR)

**AANMELDEN
& MEER INFO?**
excelcs.nl/ambu

PROGRAMMA 7 OKT 2024

09.00 Ontvangst: registratie, bezoek expositie, koffie & thee

09.30 Officiële opening door **Damiaan Denys**, dagvoorzitter

09.35 **Inleiding over acute zorg, gevolgen van werkdruk en fitheid voor ons vak**
David Baden, SEH Arts Diakonessenhuis

10.35 **Onze adembenemende autonomie**
Damiaan Denys

Damiaan Denys is faculteitshoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam (UVA). Hij publiceerde meer dan 500 wetenschappelijke artikelen. Sinds 2024 leidt hij een interdisciplinair wetenschappelijk centrum op het snijvlak van psychiatrie, psychotherapie en filosofie. Zijn boek, "Het tekort van het teveel", biedt een indringende analyse van onze zieke relatie met het gezonde psychisch lijden. Naast wetenschap richt hij zich op brede maatschappelijke vraagstukken over angst, controle, geluk, normaliteit en zingeving. Denys staat alom bekend om zijn eerlijke vragen en moedige standpunten in complexe debatten.

10.35 Koffiepauze & standbezoek

PROGRAMMA

11.15

Noodlottige spoedrit; slachtoffer of verdachte? Van technisch- en tactisch onderzoek tot juridische consequenties.

Roy Davids & Ilja van Gastel

In deze interactieve workshop verkennen we de complexe wereld van ambulanceongevallen. We duiken dieper in het technische onderzoek dat wordt uitgevoerd door het team Forensische Opsporing Verkeer van de politie. Daarnaast bekijken we het tactische onderzoek van het Team Verkeer, en de juridische gevolgen voor ambulancechauffeurs. Met een fictieve casusbespreking en praktijkvoorbeelden bieden we een leerzame ervaring voor alle deelnemers.

Psychosociale opvang & weerbaarheid van personeel na een grootschalig incident **Ingelise Roelen & Vicky Hölsgens**

Hoe ga je om met de nasleep van een grootschalig incident zoals het schietincident in Erasmus MC op 28 september 2023? Ontdek het tijdens deze diepgaande presentatie door 2 collega's die bij het schietincident aanwezig waren. Experts Ingelise Roelen en Vicky Hölsgens delen hun inzichten en ervaringen over psychosociale opvang en het versterken van de weerbaarheid van personeel na dergelijke traumatische gebeurtenissen. Leer hoe je effectief ondersteuning biedt en de mentale veerkracht van je team versterkt. Mis deze unieke kans niet om waardevolle strategieën en best practices te ontdekken die cruciaal zijn voor elke organisatie die te maken heeft met crisismanagement.

Omgaan met ingrijpend werk en het voorkómen van compassie-moeheid.

Jelte Bosgra

Als professional word je vaak blootgesteld aan heftige situaties en help je anderen door mee te voelen. Dit kan echter een tol eisen op je eigen welzijn. Bij overbelasting kun je emotioneel uitgeput raken of je afsluiten. Beide strategieën hebben gevolgen voor jou en je omgeving. Tijdens deze lezing leer je hoe je deze effecten herkent en voorkomt dat je last krijgt van de traumatische ervaringen van anderen.

PROGRAMMA

12.15

“Verduurzaming in ambulancezorg”

Hoe hou je ambulanceprofessional duurzaam inzetbaar?

Marleen van de Kerkhof, Ambulance Amsterdam

Ambulancemedewerkers staan dagelijks voor heftige uitdagingen: verkeersongelukken, reanimaties, en toenemend geweld tegen hulpverleners. Deze ervaringen kunnen leiden tot psychische klachten. Annemiek Valent, een ervaren ambulancechauffeur, zag de noodzaak en startte een projectgroep voor mentale zorg. Marleen van de Kerkhof, directeur van Ambulance Amsterdam, benadrukt het belang van deze zorg gezien de 130.000 ritten per jaar waarin medewerkers regelmatig traumatische incidenten meemaken. Ontdek hoe Ambulance Amsterdam het mentale welzijn van haar personeel ondersteunt en waarom dit cruciaal is voor hun werk en welzijn. Mis deze waardevolle inzichten niet!

“Wetenschap & Innovatie”

Triage en nieuw zorgpad bij patiënten met pijn op de borst

Rudolf Tolsma, V.S. AGZ, Ambulancezorg

Recent onderzoek toont aan dat met een risicostratificatie instrument zoals de HEART score, een goede inschatting gemaakt kan worden van het risico op een acuut coronair syndroom. Dankzij ontwikkelingen in de point of care (POC) bepaling van troponine kunnen laag risico patiënten vaak thuisblijven. Patiënten die wel naar het ziekenhuis moeten, profiteren van een verkort zorgpad omdat de eerste meting in de ambulance al wordt meegenomen. De verwachte implementatie van deze werkwijze in de ambulancezorg zal de druk op de acute zorgketen verminderen door minder ziekenhuisopnames en kortere verblijftijden.

Posterpresentatie van PIO's
Academie voor Ambulancezorg & HAN

12.45

Lunchpauze: bezoek expositie, lunch, koffie & thee

PROGRAMMA

13.45 "Het Mentale Uniform" over mentale impact & veerkracht

Lars Doorduijn & Carla Hoitinga

Kun je stress vóór je laten werken? Ja! Stress activeert waardevolle mechanismen in ons lichaam die nodig zijn in moeilijke situaties. Het wordt pas nadelig als de stress te lang aanhoudt of niet afneemt na normalisatie. Carla Hoitinga en Lars Doorduijn introduceren het concept Het Mentale Uniform® met de slogan "Laat de kracht van stress vóór je werken!" Ze benadrukken het belang van mentale kracht, flexibiliteit, uithoudingsvermogen en veerkracht, vergelijkbaar met het ambulance-uniform dat veiligheid en herkenbaarheid biedt.

Femicide

Karen van Veen

Deze workshop bevat: een ervaringsverhaal van een ambulancemedewerker over een niet-fatale verwurging, inzichten van een gepassioneerde Officier van Justitie, en een forensische uitleg over signaleren en handelen bij niet-fatale verwurging. Het doel is om ambulancemedewerkers bewust te maken van signalen, aanpak en onderzoeksmethoden rondom niet-fatale verwurging, inclusief de forensische, medische en juridische stappen en samenwerking tussen disciplines om femicide te voorkomen. Dit verhoogt het bewustzijn en vermindert handelingsverlegenheid bij huiselijk geweld.

Herhaling meest gekozen
workshop 1e ronde

14.45 Theepauze: bezoek expositie, lunch, koffie & thee

PROGRAMMA

15.15 Prijsuitreiking posterprijs & Presentatie door de winnaars

15.30 Panel discussie "Mentale Gezondheid"

Aan de hand van stellingen en vragen vanuit de zaal wordt een discussie gevoerd met onder andere de workshop presenters en deelnemers.
O.l.v Damiaan Denys

16.00 Napraten onder het genot van een drankje & hapje

REGISTRATIE:

Lid V&VN Ambulancezorg: € 135 | Lid V&VN: € 160 | Overigen: € 185

ACCREDITATIE:

aangevraagd voor 5 punten: V&VN, NVBMH en VS register

**AANMELDEN
& MEER INFO?**

excelcs.nl/ambu

My sustainable journey **begins today**



Ontmoet Chantal:

Ze is bezig met het selecteren van elektrische voertuigen voor het wagenpark van haar team. En in haar privéleven kiest ze samen met haar zoon bewust voor de trein. Kleine keuzes maken groot verschil.

SAY JES! to a better future for next generations at sdu.nl/jes/reis

ESG Powered by

Sdu

De kruipbrancard van Stevens

In de jaren zestig bracht een Nederlandse uitvinder een curieuze brancard op de markt, die even de wereld leek te gaan veroveren. Het waren de hoogtijdagen van de verkeersongevallen, niet alleen in Nederland, maar in de hele wereld. Hoe mooi en goed doordacht de brancard ook was, praktische problemen verhinderden tenslotte het doorbreken ervan. In dit artikel prikkelt Hans Waldeck van het Nederlands Ambulance Archief onze verbeelding.

Door Hans Waldeck

Bron afbeeldingen: collectie familie Stevens

Uitvinder met visie en gouden handjes

Simon Stevens (*Den Helder, 3 april 1917 -†Callantsoog, 19 januari 2000) was in het begin van de jaren zestig in zijn woonplaats Emmen getuige van de hulpverlening bij een straatongeval.



Simon Stevens, de creatieve uitvinder van de kruipbrancard.

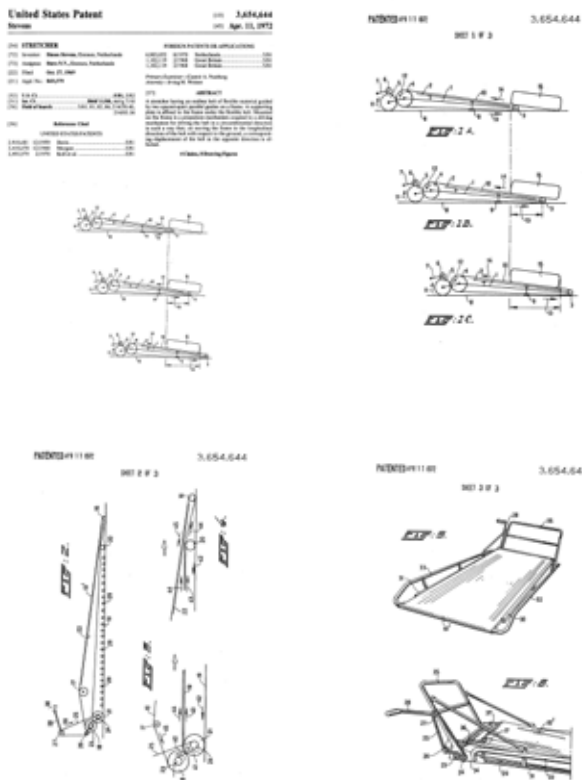
De medewerkers van de ziekenauto hadden moeite het slachtoffer op een verantwoorde manier op de brancard te krijgen. Hij bedacht daarna een brancard, die het optillen van een ongevalsslachtoffer veiliger en, ook heel belangrijk, comfortabeler voor de patiënt en gemakkelijker voor de hulpverleners maakte. Stevens was altijd bezig met het bedenken van praktische oplossingen voor problemen in het dagelijks leven, die dat leven leefbaarder en aangenamer maakten. Hij was een echte uitvinder. Een uitvinder bovendien met visie en – niet onbelangrijk – gouden handjes, omdat hij veel van zijn ideeën ook aanschouwelijk en tastbaar maakte in zijn kleine werkplaatsje.

Maatschappelijke carrière

Simon Stevens verhuisde rond 1951-1952 vanuit Den Helder naar Emmen, omdat hij een baan kreeg bij de Waterleiding Maatschappij Drenthe (WMD). Hij volgde nog enkele PBNA-cursussen om zijn inventiviteit meer inhoud en geloofwaardigheid te kunnen geven. Rond 1977 ging hij als technisch ambtenaar bij het pompstation van de WMD om gezondheidsredenen vervroegd met pensioen, waardoor hij zich met nog meer energie op zijn uitvindingen kon storten.

De kruip- of tandwiel-brancard

Stevens had de kruip- of tandwielbrancard na zijn ervaring bij het ongeval eigenlijk in een flits bedacht. Slachtoffers van een ongeval moeten liefst zo onbeweeglijk mogelijk opgenomen en daarna even onbeweeglijk op een brancard gelegd en vervoerd kunnen worden. Dit om ongewenste verschuivingen van gebroken botten – in het bijzonder gebroken wervels – te voorkomen. De uitwerking van zijn idee kostte hem tien jaar lang slapeloze nachten en bloed, zweet en tranen in zijn werkplaats om het ook te verwezenlijken. Hij kreeg steun van de Emmer opticien R.J. Roosen. Roosen liet Stevens in zijn eigen werkplaatsje toen al schachtjes van de ENKA slijpen. Hij besloot hem ook in de ontwikkeling van de kruipbrancard te steunen. Samen richtten zij op 29 mei 1969 Stero N.V., later Stero B.V. – Stevens-Roosen – op om de aanloopkosten te dekken. Stevens maakte uiteindelijk vier prototypen van de kruipbrancard. Hij vroeg en kreeg – soms met veel moeite en aanzienlijke kosten – op zijn vinding octrooien in Groot-Brittannië (1968), Nederland (1970) en de Verenigde Staten (1972), maar ook in Rusland (1969), Syrië (1969), Libanon (1969), Griekenland (1970), Luxemburg (1970) en Japan.



afbeeldingen uit het Amerikaanse patent voor de brancard van Stevens.

Het project groeide Stevens en zijn supporter boven het hoofd. Zij moesten het overdragen aan een kapitaalkrachtigere partij. Via de Noordelijke Ontwikkelings Maatschappij (NOM) werd geprobeerd een Emmer bedrijf te interesseren, hetgeen mislukte. Het lukte wel met Philips-Duphar in Amsterdam. Naar het oordeel van Stevens koos deze producent het verkeerde prototype, maar zij fabriceerde wel 5000 exemplaren van, wat zij noemde, 'de LifeLift'. Er werden volgens Stevens slechts ongeveer 500 stuks verkocht voor een prijs van 2000 gulden. Volgens hem veel te duur, maar volgens Philips-Duphar noodzakelijk gezien de hoge productiekosten. Philips-Duphar heeft voor zover bekend eenmaal een opgaaf van 27 verkochte brancards in de periode van juli tot en met december 1972 gedaan (tabel 1). In januari van dat jaar werden overigens vijf exemplaren van de LifeLift verkocht aan de organisatie van de XIe Olympische Winterspelen, die van 3 tot 13 februari in Sapporo werden gehouden.



De LifeLift werd gebruikt bij de Olympische Winterspelen van 1972 in het Japanse Sapporo, zoals hier te zien is in een knipsel uit Hokkaido News (een krant met een oplage van 1.500.000) van 21 januari 1972.

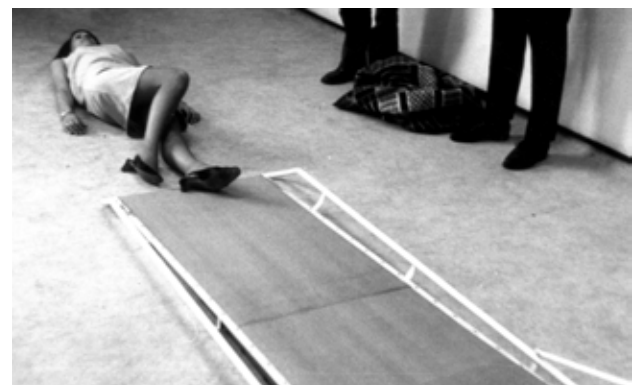
Relatief gauw gooide Philips-Duphar het bijltje erbij neer. Het project stierf tussen 1973 en 1980 een stille dood. Stero B.V. werd in 1981 geliquideerd.

Tabel 1. Overzicht van het in de periode juli t/m december 1972 aantal verkochte LifeLift-brancards:

Australië	2
België	8
Duitsland	5
Engeland	1
Frankrijk	4
Nederland	1
Noorwegen	1
Nieuw-Zeeland	1
Spanje	2
Zuid-Afrika	2

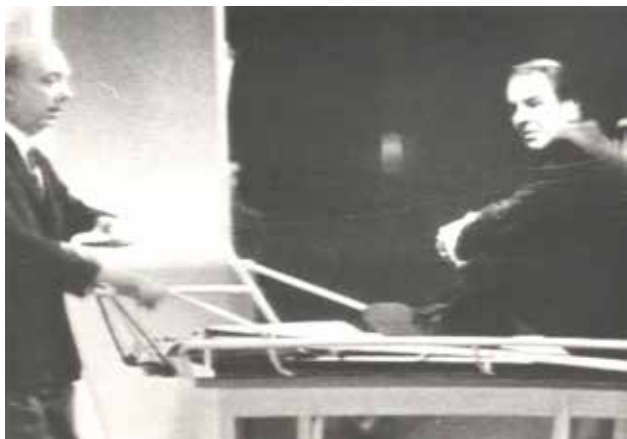
Het gebruik van de LifeLift

Het kenmerk van de vinding van Simon Stevens – en dus van de LifeLift – was de toepassing van een doorlopende band in een brancardframe, dat licht oplopend naar het hoofdeinde was. De brancard werd in de lengterichting van het slachtoffer tot bij het hoofd (of de voeten) van dat slachtoffer geschoven, waarna met een zwengel de doorlopende band onder het slachtoffer door getrokken werd, totdat hij of zij, nog steeds in dezelfde houding, volledig op de brancard lag. Bij deze manoeuvre werd dus niet het slachtoffer verplaatst, maar de brancard. De inspanning, die de hulpverleners moesten doen, beperkte zich tot het bij het slachtoffer brengen van de brancard en het opzwingelen van de doorlopende band met daarop het slachtoffer. Om te voorkomen, dat de doorlopende band onder het gewicht van het slachtoffer inzakte, was eronder een ondersteunende plaat bevestigd.



De LifeLift in gebruik. Onder de band zat een ondersteunende plaat om inzakken te voorkomen.

In Drenthe waren 'vertegenwoordigers van de medische wereld' verbaasd over het 'ei van Stevens'. Die verbazing was ook de destijds populaire televisiepresentator Willem (O.) Duys opgevallen met als resultaat, dat Stevens zijn vinding in zijn veel bekeken programma 'Voor de vuist weg' mocht demonstreren.



Stevens in april 1969 op bezoek bij tv-presentator Willem Duys in diens populaire programma 'Voor de vuist weg'.

De brancard kreeg bovendien een podium bij filmopnames van de BBC in London. Een stuntman liet zich van een dak van tien meter hoog vallen, waarna hij met de LifeLift werd opgetild en met een ambulance werd afgevoerd naar het deftige Royal Lancaster Hotel om aan te zitten aan een feestelijk banket. Ondanks deze lovende berichten werd de brancard geen succes. De aanvragen droogden al snel op en Philips-Duphar verkocht niet meer dan de eerder genoemde 500 exemplaren. Achteraf moet worden geconstateerd, dat de brancard veel te zwaar was om snel mee te kunnen werken en te omvangrijk om (ook) mee te nemen in een ambulance. Bovendien kwamen de veel lichtere, minder omvangrijke en goedkopere zogenoemde schepbrancards (weer) in zwang, die tot op de dag van vandaag nog steeds onder de beschreven omstandigheden wereldwijd tot de standaarduitrusting van een ambulance behoren en veelvuldig gebruikt worden.

Een ander bezwaar was, dat de LifeLift door vier mensen getild moest worden, terwijl bij een gewone brancard twee hulpverleners volstonden. Ook kon de LifeLift niet altijd makkelijk in de lengterichting van de patiënt worden geplaatst, bijvoorbeeld op ongelijk terrein of als er moeilijk of niet verwijderbare objecten in de weg stonden als bomen, meubels en autowrakken. Tenslotte was op het oorspronkelijke type de toepassing van een gecapitonneerde matras ter verhoging van het comfort tijdens het vervoer naar het ziekenhuis niet goed mogelijk. Noch Simon Stevens noch John Roosen hebben uiteindelijk de in het vooruitzicht gestelde revenuen uitgekeerd gekregen. Ze kregen maar een gering bedrag. John Roosen kocht er wat nieuwe meubels van. De gedachte van Stevens was allerminst verkeerd, maar de uitwerking (nog) niet volmaakt. Een tweede kans was, vermoedelijk vanwege de genoemde bezwaren voor dit ontwerp, niet meer weggelegd. Een voorbeeld van deze LifeLift of kruipbrancard geschonken door de EHBO-vereniging Beekbergen, bevindt zich in de collectie van het Nationaal Ambulance- en Eerste Hulpmuseum.

Literatuur

1. Het Polytechnisch Bureau Nederland Arnhem (PBNA) is sinds 1912 een opleidings- en exameninstituut voor veiligheid en techniek.
2. United States Patent, nr. 3,654,644, Apr. 11. 1972.
3. Bij de NOM is geen dossier (meer) beschikbaar over de kruipbrancard van Stevens (december 2023).
4. De onderhandelingspartner was (Duphar-)Armeco B.V.
5. Op vermoedelijk een Belgische medische beurs werd deze LifeLift gedemonstreerd als Transtatic.
6. Onbekende krant, 12 april 1980 (coll. Yvonne Normand-Stevens, Zuid-Afrika).
7. Brief gedateerd 26 februari 1975 van Duphar aan Stero N.V. met betrekking tot het aantal verkochte brancards (archief Simon Stevens).
8. Complete specification of stretcher designed by Stero N.V. at Emmen, The Netherlands met bijbehorende constructietekeningen, als bijlage bij diverse octrooiaanvragen.
9. Deze uitzending is niet (meer) beschikbaar in het archief van Beeld & Geluid in Hilversum (december 2023).
10. Delpher kranten: Nieuwsblad van het Noorden, 29 mei 1971.



In de jaren zeventig kwamen schepbrancards op de markt, waarmee ook iemand met minimale manipulatie van de grond kon worden gehaald.

Suïcide en wilsbekwaamheid in de ambulancezorg

In het kader van de afronding van zijn Master Rechten aan de Open Universiteit heeft Marcel Klomp, op dit moment verpleegkundige op de ambulance en de SEH op Bonaire, onderzoek gedaan naar wilsonbekwaamheid bij suïcide. Ambulancemedewerkers zien veel suïcidepogingen en een medisch manager merkte een keer op dat iemand die suïcidaal is per definitie wilsonbekwaam is. Dat zette hem aan het denken omdat hij dit te kort door de bocht vond. Klomp deed literatuuronderzoek over dit onderwerp en wil met dit artikel het resultaat graag met je delen.



Marcel Klomp

Per dag maken vijf mensen in Nederland een einde aan hun leven¹ en doen 135 mensen een poging daartoe². Vaak hebben deze mensen eerst alcohol of drugs gebruikt voordat zij een einde aan hun leven willen of durven maken³. Middelengebruik is een indicatie dat iemand wilsonbekwaam zou kunnen zijn⁴. Met dit onderzoek wil ik een beargumenteerd antwoord geven op de vraag of sprake is van wilsonbekwaamheid als men een suïcidepoging heeft ondernomen. Door middel van literatuuronderzoek tracht ik duidelijkheid te scheppen over wilsonbekwaamheid in relatie tot de suïcidepoging. Eerst zal ik de criteria voor wilsonbekwaamheid en de regelgeving duiden. Daarna bespreek ik suïcidaliteit als geestelijke stoornis. Vervolgens zal ik de probleemstelling vanuit de kwaliteitsstandaard voor de ambulancezorg benaderen. Tot slot zal ik beargumenteerd de probleemstelling beantwoorden, waarbij alle voorgaande inzichten worden verwerkt. Ik beperk mij hierbij tot de wils(on)bekwaamheid van de meerderjarige in het gezondheidsrecht.

Door: Marcel Klomp

Wettelijke kaders wilsonbekwaamheid en medische behandeling

Artikel 3:34 van het Burgerlijk Wetboek (BW) is de juridische basis voor wils(on)bekwaamheid. Op grond van dit artikel moet de verklaring overeenkomen met de wil en niet zijn beïnvloed door een geestelijke stoornis.

Het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) heeft diverse rechten beschreven die betrekking hebben

op het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Artikel 2 EVRM handelt over het recht op leven, waarover ook interessante jurisprudentie is, namelijk het 'Pretty-arrest'⁵. In dit arrest heeft het Europees Hof, kort gezegd, beslist dat het recht op leven geen recht op humaan sterven impliceert. Het Hof heeft in een andere zaak in 2017 bepaald dat lidstaten een positieve verplichting hebben tot bescherming van het leven en dat het tekort schieten van toezicht bij een suïcidale patiënt schending van artikel 2 EVRM betekent⁶. Artikel 6 EVRM houdt in dat men recht heeft op toegang tot een onafhankelijke en onpartijdige rechter. Dit is voornamelijk van belang bij de

bespreking van de vertegenwoordigings- dan wel beschermingsmaatregelen die ons Burgerlijk Wetboek kent, namelijk curatele, bewind en mentorschap (verder cbm). De benoeming van de wettelijke vertegenwoordigers is in Nederland een taak van de rechter. Dit is mijns inziens van groot belang vanwege de beperking van het zelfbeschikkingsrecht van de betrokkene.

Artikel 8 EVRM bepaalt dat men recht heeft op eerbiediging van zijn of haar privéleven. Hieruit kan men afleiden dat iemand het recht heeft zijn of haar leven naar eigen genoegen in te richten en daarover te beschikken. Een beperking in de uitoefening van dit recht is te vinden in lid 2 van artikel 8 EVRM. Dat is ook waar het Hof zich op heeft gebaseerd in het 'Pretty-arrest'⁷. Een andere uitspraak van het Hof laat weer een andere kant zien, namelijk dat iemand autonoom is te beslissen of en wanneer hij een einde aan zijn leven wil maken en dat een lidstaat de mogelijkheid van een humane zelfdoding zou moeten kunnen bieden. Dit valt onder de bescherming van artikel 8 EVRM⁸.

Ook artikel 12 van het VN-Gehandicaptenverdrag mag niet onbenoemd blijven. Dit regelt de gelijkheid van mensen met een (mentale en/of fysieke) beperking ten opzichte van de mensen zonder enige beperking. Dit verdrag heeft Nederland in 2016 geratificeerd met een voorbehoud ten aanzien van de Nederlands wettelijke vertegenwoordigingsmogelijkheden (curatele, bewind en mentorschap). De Committee on the Rights of Persons with Disabilities stelt zich op het standpunt dat artikel 12 van het VN-Gehandicaptenverdrag geen ruimte laat voor maatregelen die de handelingsbekwaamheid beperken. Beperkende maatregelen dienen gericht te zijn op ondersteuning van personen met een handicap⁹.

Als speciale wetten met betrekking tot wils(on)bekwaamheid noem ik de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (WZD). De meest voorname onderwerpen die in de WGBO zijn opgenomen in relatie tot wils(on)bekwaamheid zijn toestemmingsvereiste (art 7:450 BW), goed hulpverlenerschap (art 7:453 BW) en het uitvoeren van een verrichting zonder toestemming (art. 7:466 BW). Met betrekking tot de Wvggz en de WZD zijn de zorgmachtiging en de crisismaatregel van belang. De toestemmingsvereiste is, samen met de plicht tot geven van informatie, onderdeel van de informed consent¹⁰. Dat houdt in dat een patiënt op basis van de gegeven informatie een weloverwogen beslissing kan maken tot het aangaan van de behandelingsovereenkomst en het geven van toestemming. Dit laatste moet op grond van artikel 7:450 BW expliciet worden gevraagd¹¹. Soms mag ook toestemming worden verondersteld, bijvoorbeeld als iemand met een gebroken pols naar de SEH van het ziekenhuis komt of als er geen overeenkomst tot stand kan komen en medische hulp nodig is, zoals bij een bewusteloze patiënt¹². Op grond van artikel 7:448, lid 1 BW is de hulpverlener verplicht de patiënt op zodanig duidelijke wijze te informeren dat past bij zijn bevattingvermogen. Daarmee komt de wilsbekwaamheid in beeld. Mocht er door het spoedeisende karakter van de behandeling direct behandeling noodzakelijk zijn om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, dan hoeft op grond van artikel 7:466 BW geen toestemming te worden gevraagd.

In de loop der jaren is het beslissen over een behandeling verschoven van een beslissing die de arts maakt voor de patiënt naar het samen met de arts beslissen wat de beste behandeling is. Met andere woorden het klassieke hiërarchische model heeft plaatsgemaakt voor het relatiemodel. De WGBO heeft dit in het derde lid van artikel 7:448 BW sinds 2020 ook omarmd. Het Engelse recht heeft ten aanzien van de geestelijk gestoorde het ondersteunende beslissingsmodel (supported decision-making) ontwikkeld, waarbij de patiënt zo veel mogelijk ondersteuning krijgt om beslissingen te nemen in het kader van de uitoefening van autonomie. Dit in tegenstelling tot het substituted decision-making (vervangend beslissingsmodel) waarbij de nadruk ligt op het beschermingskarakter. Dit geeft dan de vertegenwoordiger van de patiënt de mogelijkheid om plaatsvervangend te handelen¹³. Dat brengt mij bij de vertegenwoordiging.

De term wilsbekwaamheid wordt door de wetgever niet als zodanig gedefinieerd. Er wordt over het algemeen gesproken dat iemand wilsonbekwaam is als men 'niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn of haar belangen'¹⁴. Juridisch is het uitgangspunt dat iedereen wilsbekwaam is tot het tegendeel is bewezen¹⁵. Iemand hoeft niet volledig wilsonbekwaam te zijn¹⁶. Over sommige zaken kan de betrokkene nog goed zelf beslissen, bijvoorbeeld de persoon die in verband met verkwisting een bewindvoerder heeft. Voor financiële zaken is hij dan afhankelijk van de bewindvoerder, maar over zaken die bijvoorbeeld zijn gezondheid aangaan kan hij nog zelf beschikken. Als iemand wilsonbekwaam is, zal hij vertegenwoordigd moeten worden (art. 7:465, lid 2 BW). De Nederlandse wet kent drie soorten vertegenwoordiging, namelijk de curator (art. 1:378 BW e.v.), de bewindvoerder (art. 1:431 BW e.v.) en de mentor (art. 1:450 BW e.v.). Voor wat betreft gezondheidsrechtelijke aspecten behandelt artikel 7:465 BW de vertegenwoordiging als geen curator of mentor is benoemd.

Te allen tijde zal de zorg verleend moeten worden op grond van goed hulpverlenerschap, aldus artikel 7:453 BW. Dit houdt in dat hulpverlening plaatsvindt op basis van de geldende professionele standaard en kwaliteitsstandaarden als bedoeld in artikel 1, lid 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

De conclusie uit bovenstaande is dat de term wilsbekwaamheid als zodanig niet door de wetgever is gedefinieerd en dat een geestelijke stoornis op zich niet direct tot gevolg heeft dat iemand wilsonbekwaam kan worden geacht. Dit is geheel afhankelijk van de omstandigheden. Artikel 3:34 BW is de juridische ingang om vast te stellen of iemands verklaring met diens wil overeenstemt en daarmee rechtsgeldig is, zodat een behandelovereenkomst tot stand kan komen. Het uitgangspunt blijft dat iemand zoveel als mogelijk gebruik moet kunnen maken van zijn zelfbeschikkingsrecht. Als de betrokkene wilsonbekwaam wordt geacht dan heeft de Nederlandse wetgeving verschillende vertegenwoordigingsvormen in het leven geroepen die, na rechterlijke toetsing, kunnen worden ingezet. Deze betekenen een beperking van de autonomie van de betreffende persoon. Met betrekking tot gezondheidsrechtelijke aspecten zal het veelal een mentor of schriftelijk gemachtigde zijn, die de belangen van de patiënt waarneemt.



Geestelijke stoornis in relatie tot suïcidaal gedrag

De term 'suïcidaal gedrag' verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen, die de intentie uitdrukken om zichzelf te doden¹⁷. Suïcidaal gedrag is als zodanig niet opgenomen in de DSM-5 en lijkt daarmee het gevolg te zijn van andere geestelijke stoornissen. DSM-5 staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Het is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis, op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten¹⁸. Aleman en Denys hebben in 2014 ervoor gepleit om suïcidaal gedrag als een zelfstandige stoornis op te nemen in de DSM-5 en niet te beschouwen als medische complicatie ten gevolge van een geestelijke stoornis¹⁹. In Nederland wordt inmiddels veel aandacht gegeven aan suïcidepreventie. Het door de overheid gesubsidieerde landelijk telefoonnummer 113 en de 'Derde landelijke agenda suïcidepreventie 2021-2025'²⁰ zijn daar een voorbeeld van. Een geestelijke stoornis houdt onder andere in een toestand van dronkenschap, narcose, hypnose, verstrooidheid en hevige opwindings²¹. Ik ben het eens met Aleman en Denys, dat er meer aandacht moet zijn voor het terugbrengen van het aantal suïcides. Of opnemen van suïci-

daal gedrag in de DSM-5 de oplossing daarvoor is betwifel ik. Ik ben van mening dat suïcide een handeling betreft en op zich geen geestelijke stoornis is, maar voortkomt uit verwarring, dronkenschap, psychose of een andere geestelijke stoornis. De professionele standaard bij tentamen suïcide in de acute zorg

Als een patiënt, die een suïcidepoging heeft ondernomen, door de ambulancedienst in de thuissituatie wordt aangetroffen, is beoordeling van de somatische toestand het belangrijkste punt van zorg. Op het moment dat de patiënt zich laat behandelen, is er geen discussie over wilsbekwaamheid. Het wordt anders als de patiënt tegen zijn wil naar de eerste hulp is gebracht en/of behandeling om ernstig acuut somatisch nadeel te voorkomen weigert. De betrokkene behoudt zo lang als mogelijk zijn autonomie, getuige artikel 2:1, lid 6 Wvvgz. Op het moment dat betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is of acuut levensgevaar voor hemzelf dreigt, zal een beoordeling van de wilsbekwaamheid moeten plaatsvinden en is het van belang om subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid af te wegen voor iedere vorm van verplichte zorg²². De beoordeling van de wils-

bekwaamheid gaat vaak in overleg met een medewerker van de regionale crisisdienst²³.

Het nut van voornoemd artikel ligt vooral in de toetsing achteraf door de rechtbank. Beoordeling van de bekwaamheid op het moment dat verplichte zorg daadwerkelijk overwogen wordt, is dan ook veel wezenlijker voor de rechtspositie dan beoordeling op het moment dat de rechter een zorgmachtiging verleent²⁴. Ik ben het eens met deze opvatting van Legemaate. Op grond van artikel 7:3 Wvvgz kan voorafgaand aan de toepassing van de crisismaatregel tijdelijk gedwongen zorg worden verleend. Belangrijk in een acute situatie is wat de professionele standaard zegt over handelen tegen de wil van de patiënt. In het vigerende Landelijk protocol ambulancezorg (LPA9) is een summier protocol opgenomen met betrekking tot toestemming zorg. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen noodzaak tot levensreddend handelen of niet. Bij noodzaak tot levensreddend handelen wordt de ambulancezorgverlener geacht de zorg te verlenen die noodzakelijk is. Bij weigeren van toestemming zal de ambulancezorgverlener de noodzakelijke zorg moeten verlenen om ernstig nadeel te voorkomen²⁵. Met betrekking tot het vaststellen van wilsbekwaamheid wordt in LPA9 aangegeven dat het vaak moeilijk is om in een acute situatie zorgvuldig de wilsbekwaamheid te beoordelen. Daarom wordt het advies gegeven om bij twijfel over te gaan tot behandeling en vervoer van de patiënt.

Conclusie

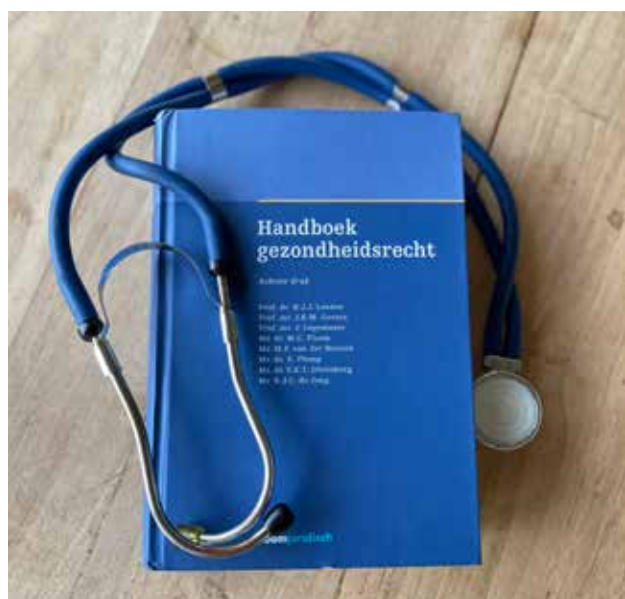
Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt staat terecht hoog aangeschreven in nationale en internationale regelgeving. Het is van groot belang dat er zorgvuldig wordt omgegaan met vaststellen van wilsonbekwaamheid, omdat dit de autonomie aantast en in strijd kan zijn met de mensenrechten. Bij het vereiste informed consent is het van belang je te realiseren dat de patiënt ten aanzien van het onderwerp nog wilsbekwaam kan zijn en er sprake is van shared-decisionmaking. Vaststellen van wilsonbekwaamheid in de acute zorg is geen sinecure. Bij een suïcidepoging is vaak sprake van middelengebruik. Dit kan tot gevolg hebben dat iemand als wilsonbekwaam moet worden beschouwd. Bij weigering tot behandeling bieden artikel 7:466 BW, artikel 7:3 Wvvgz en LPA9 uitkomst. Vooruitlopen op een crisismaatregel en tijdelijk verplichte zorg verlenen is alleen

mogelijk als er ernstig nadeel dreigt voor de betrokkene. Dit geldt ook voor de bewusteloze patiënt waarbij geen toestemming kan worden gevraagd. Toestemming wordt dan verondersteld.

Als er geen sprake is van middelengebruik en de betrokkene een weloverwogen besluit heeft genomen suïcide te plegen, kan er mijns inziens geen sprake zijn van wilsonbekwaamheid. Het komt dan aan op tact van de hulpverlener om de betrokkene te bewegen zich alsnog te laten behandelen, alvorens naar de crisismaatregel wordt gegrepen teneinde ernstig nadeel voor de betrokkene te voorkomen. De hulpverlener zal dan handelen vanuit goed hulpverlenerschap. De vraag of iemand die een suïcidepoging heeft gedaan per definitie wilsonbekwaam is, moet dan ook ontkennend worden beantwoord. Het is afhankelijk van de omstandigheden. Daarmee wordt aangetoond dat het vaststellen van wilsonbekwaamheid maatwerk is.

Literatuur

- 1 Cbs.nl, geraadpleegd op 27 januari 2024.
- 2 Bijlage bij Kamerstukken II 2020/21, 32793, nr. 502.
- 3 Trimbos.nl, geraadpleegd op 27 januari 2024.
- 4 Nvvp.net, geraadpleegd op 26 januari 2024.
- 5 EHRM 29-04-2002, ECLI:NL:XX:2002:APo678 (Pretty vs. United Kingdom).
- 6 EHRM 28-03-2017, ECLI:CE:ECHR:2017:0328JUD007810314.
- 7 EHRM 29-04-2002, ECLI:NL:XX:2002:APo678 (Pretty vs. United Kingdom), r.o. 78.
- 8 EHRM 20 januari, 31322/07, ECLI:CE:ECHR:2011:0120JUD003132207 (Haas vs. Zwitserland).
- 9 M.M. van Rossum, Geestelijke stoornis in juridisch perspectief, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 57.
- 10 M.M. van Rossum, Geestelijke stoornis in juridisch perspectief, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 142.
- 11 H.J.J. Leenen e.a., Handboek gezondheidsrecht, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 127.
- 12 H.J.J. Leenen e.a., Handboek gezondheidsrecht, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 129.
- 13 M.M. van Rossum, Geestelijke stoornis in juridisch perspectief, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 236.
- 14 M.M. van Rossum, Geestelijke stoornis in juridisch perspectief, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 21.
- 15 Kernadvies goede vertegenwoordiging (advies Gezondheidsraad 2019/08 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Den Haag: Gezondheidsraad 2019.
- 16 H.J.J. Leenen e.a., Handboek gezondheidsrecht, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 151.
- 17 E.A. van Hemert e.a., Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, Utrecht: De Tijdstroom 2012.
- 18 Nvvp.net, geraadpleegd 26 januari 2024.
- 19 A. Aleman & D. Denys, 'Mental health: A road map for suicide research and prevention', Nature 2014/509, p. 421-423.
- 20 Bijlage bij Kamerstukken II 2020/21, 32793, nr. 502.
- 21 C.H. Sieburgh, Mr. C. Assers Handleiding tot de beoefening van het Nederlands burgerlijk recht. 6. Verbintenissenrecht. Deel III. Algemeen overeenkomstenrecht, Deventer: Wolters Kluwer 2019.
- 22 S. Morsink e.a., Handreiking somatische zorg in de Wvvgz, Rotterdam: Bestuurlijke Ketenraad 2019.
- 23 K.M. Lommerse e.a., Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2023;167:D7535.
- 24 J. Legemaate, annotatie bij HR 04-02-2022, ECLI:NL:HR:2022:123, Nederlandse Jurisprudentie 2022/237.
- 25 Landelijk protocol ambulancezorg 2023.



Doe's lief

Reanimatiezorg door first responders

Bij een hardlooppwedstrijd kom ik op een landweg een mede-atleet tegen die op zijn zij ligt. Op afstand zie ik dat het niet goed is; hij ziet grijs en ligt te gaspen. Ik draai hem op zijn rug en begin met reanimeren. Door de val heeft hij bloed bij zijn mond, maar ik start ook met beademen. Gelukkig komt iemand mij helpen en samen zitten we ruim 10 minuten afwisselend te reanimeren. Een AED is niet snel voorhanden. Als het ambulanceteam arriveert nemen ze de reanimatie over. Bij de ritmecheck blijkt er VF en die wordt succesvol omgezet in sinusritme. Ik geef aan dat ik collega ben en een handje kan helpen, maar het wordt niet gehoord. Een tweede ambulance arriveert en meneer gaat

met spoed voor een PCI op basis van het ECG na het ontstaan van ROSC. Met mijn collega atleet met wie ik samen de reanimatie heb gegeven, blijven we achter op de landweg. Bloed op onze kleding en handen en 2.5 km van de bewoonde wereld. Nu ben ik een grote jongen, maar toch valt het gebrek aan enige aandacht voor de omstanders mij op. De man heeft het overleefd door adequate BLS. Het is volstrekt geen heroïsche daad van ons en ik snap de hyperfocus van mijn ambulancecollega's, maar misschien is enige aandacht voor die omstanders wel nuttig. Ik was al blij geweest met wat handalcohol....

De overleving in Nederland na een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis is hoog, dankzij goed georganiseerde reanimatiezorg en een hoge bereidheid anderen te helpen. First responders, een verzamelbegrip voor burgerhulpverleners, politie, brandweer, reddingsbrigade en KNRM, maken voor een groot deel dat verschil. Zij kopen tijd door hoogwaardige kwaliteit BLS en sluiten snel een AED aan. Twee belangrijke pijlers van bewezen interventies bij een circulatiestilstand.

Door: Ruben Verlangen met medewerking van Aart Bosmans (HartslagNu), Trudie van Duin (AZN), Martijn Maas (NRR) en Maarten van den Bosch (NRR)

First responders zijn al jarenlang erg belangrijk. Wellicht is het tijd om eens te kijken of er aanpassingen nodig zijn, zonder in te boeten op de kracht van first responders? Het is namelijk soms wel erg druk rondom een slachtoffer. Samenwerking tussen first responders gaat vaak heel goed, zoals bij een melding waarbij een burgerhulpverlener met een AED lopend op weg is naar een melding, door een politieagent wordt gezien en gevraagd wordt om mee te rijden. Veranderingen (zoals toename van het aantal burgerhulpverleners) en incidenten vragen om een evaluatie. RAV-en vormen de spil in de reanimatiezorg buiten het ziekenhuis. Zij geven immers de opdracht aan alle betrokken first responders reanimatiezorg via de MKA. Het is belangrijk, en tegelijk ook bijzonder dat een burgerhulpverlener of politieagent privacy gebonden informatie krijgt om een specifieke woning en zelfs slaapkamer te betreden. In dit artikel een aantal praktische inzichten voor ambulancezorgprofessionals, waaronder zeker ook MKA-centralisten, uit het vernieuwde 'Kwaliteitskader first responders reanimatiezorg'. Een kader van Ambulance-

zorg Nederland (AZN), opgesteld samen met HartslagNu en de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).

Regulatie

Bij een reanimatie komen soms (te) veel first responders. In principe heb je maar 2-3 extra hulpverleners nodig, naast de ambulance-eenheden, om een efficiënte reanimatie te starten en te continueren, in combinatie met een snel beschikbare AED. Te veel first responders geven ruis, belemmeren de doorgang voor een ambulance (ik ben soms letterlijk onbedoeld klemgereden of moet mij door de menigte banen) en het geeft belasting van schaarse en dure middelen.

Als ik ingezet word als burgerhulpverlener, vertrek ik weer als ik al twee ambulances zie staan, samen met twee politie-eenheden en een tankautospuiter van de brandweer. Het verbaast mij dan enorm dat ik nog een politie-eenheid met spoed aan zie komen. Wat komt die nog doen? Waarom met spoed, met alle risico's van dien? Het aantal hulpverleners ter plaatse, dus de first responders reanimatiezorg, vraagt regulatie. Tijden zijn veranderd. Er zijn fors meer first responders beschikbaar als je het vergelijkt met vijf jaar terug. In Nederland is er een goed dekkend netwerk.

HartslagNu reguleert, met hun systeem het aantal burgerhulpverleners, zodat er een effectief aantal hulpverleners komen. Als je naar cijfers kijkt van HartslagNu zie je dat voor het overgrote deel van Nederland de burgerhulpverleners en politie als eerste aanwezig zijn. Moet je dan als MKA de brandweer (altijd) nog meesturen? Toen er nog weinig burgerhulpverleners waren was het fantastisch dat de brandweer op een reanimatie reed. Maar je kunt je nu afvragen waarom je eerst naar een kazerne zou rijden en dan pas naar de inzetlocatie. Waarom niet gewoon als burgerhulpverlener ingezet worden en direct naar het incident? Gaat het om de vergoeding die een brandweermedewerker krijgt? Ik heb geen antwoorden, maar besef en zie de uiterst goede intentie van iedereen. De brandweer wordt niet overal ingezet; het verschilt per regio en natuurlijk is het fijn als ze er zijn als er afhijsen noodzakelijk is. Is goede reanimatiezorg juist ook niet het verantwoord omgaan met beperkte middelen? In het kwaliteitskader wordt gesteld dat het tijd wordt om als RAV een regierol te pakken en het aantal hulpverleners te reguleren. Dus RAV pak die rol, verzamel data en ga in gesprek met de betrokken partijen.

Geoliede machine

Het succes van een reanimatie hangt niet alleen af van goed uitgevoerde technische handelingen. Juist doordat reanimatie ketenzorg is met veel betrokken hulpverleners heb je ook olie nodig om de machine technisch goed te laten draaien. Effectief samenwerken dus. Dat vraagt aandacht voor niet-technische vaardigheden. Juist bij first responders van allerlei verschillende organisaties, die op verschillende momenten binnenvallen, is aandacht voor samenwerking extra belangrijk. Anders kan het ook zand in de machine worden en de machine stroef

laten lopen. Vóór aankomst van de ambulance-eenheid zijn alle first responders reanimatiezorg gelijk. Er bestaat dus geen hiërarchie tussen first responders. Politie of brandweer hebben niet per definitie de leiding. Beschouw elkaar als collega, je hebt immers een gezamenlijk doel en samenwerken loont. Als een laag-of middencomplex ambulance-eenheid in de buurt is kunnen zij ook ingezet worden op gelijke wijze als alle andere first responders. Indien nodig kunnen zij voor aankomst van het hoogcomplex ambulance team de coördinatie op zich nemen. Bij aankomst van een hoogcomplex ambulance-eenheid neemt deze de regie op zich.

Bij de regierol van hoogcomplex ambulancezorgprofessionals hoort ook het oog hebben voor andere hulpverleners. Zij hebben immers belangrijke informatie (bv. hoe vaak heeft de AED geschokt, was er een getuige van de collaps, is er direct gestart met BLS enz.). Ze hebben tot je aankomst een cruciale rol gespeeld en kunnen eventueel (blijven) helpen bij de borstcompressies. Sommige first responders zijn er zelfs vrijwillig, zonder vergoeding en in hun vrije tijd. De hyperfocus als ambulancezorgprofessional is een handige strategie om hoogwaardige kwaliteit reanimatiezorg te geven, maar heeft ook een neveneffect. In de psychologie wordt dat 'unattentional blindness' genoemd. Aandacht richten op het één, veroorzaakt op een ander vlak blindheid. Ik nam het de collega's uit de casus aan het begin van dit artikel dus zeker niet kwalijk dat ze mij 'negeerden'. Multitasking kan niemand, maar bewust je focus richten en verleggen zeker wel. Dus start eerst de geavanceerde reanimatie op en zorg dat deze goed verloopt, en richt dan je aandacht ook eens op die first responders. Vraag diens voornaam, betrek diegene in je team; wordt samen die geoliede machine.



Figuur 3: Werkveld reanimatie met cirkels

*Cirkel 1: actieve deelnemers reanimatie; zij geven BLS dan wel ALS
Cirkel 2: degenen die elke twee minuten de BLS dan wel ALS afwisselen
Cirkel 3: andere betrokkenen bij de reanimatie*

Voor een goed lopende reanimatie kan werkplekmanagement een bruikbare strategie zijn. Niet altijd mogelijk, maar werken met cirkels kan het overzicht bevorderen, ruis verminderen (zodat bijvoorbeeld de analysefase van de AED opgemerkt wordt) en de uitvoering van de borstcompressies en reanimatie verbeteren. Op een kleine zolderkamer niet mogelijk, maar de gedachte is zeker toepasbaar. Direct bij het slachtoffer heb je maar twee personen nodig voor de BLS.

(Medisch) handelen door first responders: BLS

In het kwaliteitskader wordt ook duidelijk geschetst wanneer medisch handelen door first responders reanimatiezorg mogelijk is. Het belangrijkste is dat first responders opgeroepen worden om Basic Life Support handelingen toe te passen: borstcompressies, beademing en inzet AED. Met die handelingen maak je het verschil en is ook de legitimatie dat je privé informatie gedeeld krijgt. Dus de sleutelboodschap is: blijf bij je taak. In een bijzonder omstandigheid dat een ambulanceverpleegkundige een voorbehouden handeling moet uitvoeren die op dat moment door hem niet uitvoerbaar is én bij nalaten daarvan ernstig nadelig is voor de patiënt, kan een first responder met de juiste BIG kwalificaties (bevoegd en bekwaam) gevraagd worden deze handeling uit te voeren. Let wel, dit gebeurt onder supervisie van de ambulancezorgprofessional en in lijn met het vigerende LPA. Dus mocht je in je vrije tijd als ambulanceverpleegkundige of arts opgeroepen worden als burgerhulpverlener, houd je dan bezig met waarvoor je bent opgeroepen, namelijk: BLS. Daarmee doe je fantastisch werk.

Kwaliteitskader first responder reanimatiezorg

Het kwaliteitskader omvat meer informatie dan alleen hier beschreven. Wil je meer lezen, dan kun je het document

terugvinden op de websites van AZN, NRR en HartslagNu. Op 1 oktober wordt een webinar georganiseerd met meer uitleg over het kader. Informatie volgt op de kanalen van de betrokken organisaties. De belangrijkste samenvatting is: blijf lief doen tegen elkaar! Heb ter plaatse oog voor elkaar.





Meer weten over Sky Suite,
haar 10 applicaties, de app
& wall displays?

-  **Eva**
Totale vakbewaamheid op één centrale plek
-  **Bas**
Betrouwbare ondersteuning voor het bedrijfsopvangteam (BOT/TCO)
-  **Bob**
Eenvoudig zelf storingen melden en praktisch afhandelen

 **Sky**
Bekijk alle applicaties op skysuite.nl

Vital@Work

Nieuwe toolbox om vitaal te blijven als ambulancezorgprofessional

Zorgprofessionals die werken op de ambulance, spoedeisende hulp en intensive care afdeling worden regelmatig blootgesteld aan ingrijpende gebeurtenissen¹. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor de mentale gezondheid en het welzijn van de professionals, met als gevolg verminderde inzet en uitval. Daarnaast kan dit repercussies hebben op de patiëntveiligheid. Een ingrijpende gebeurtenis is een situatie die zich onderscheidt van het reguliere werk, waarbij een overweldigende emotionele reactie wordt veroorzaakt, die van invloed kan zijn op het functioneren van de persoon die de gebeurtenis meemaakt, tijdens of na deze situatie². Onder ingrijpende gebeurtenissen vallen onder andere blootgesteld staan aan ongewenst gedrag, meemaken van overlijden of ernstige mutilatie van een patiënt (bijvoorbeeld een kind of iemand van je eigen leeftijd) en plotselinge verandering van werkomstandigheden bijvoorbeeld door een pandemie of ramp³.

Door: Marieke Oosterhuis-Niënhaus, Lilian Vloet, Sarah Detaille-Peters, Martijn Span, Hester Vermeulen en Sivera A.A. Berben



Paul de Groot, Dikke Punt.nl

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) ontving tijdens en na de COVID-19 pandemie veelvuldig vragen van zorgprofessionals uit de acute en intensieve zorg, waaronder ambulancezorgprofessionals en HR-professionals, over hoe om te gaan met ingrijpende gebeurtenissen waar je acuut of langdurig mee te maken krijgt. Ze waren op zoek naar praktische handvatten om in de toekomst beter met dit soort situaties om te kunnen gaan.

SSSH-onderzoek

Het doel van de studie Stay Safe Strong & Healthy (SSSH) is om praktische handvatten te ontwikkelen, die samengevat

Vital@Work, een nieuwe toolbox om vitaal te blijven als ambulancezorgprofessional. De interventies voor duurzame inzetbaarheid zijn ontwikkeld in een mixed method studie, op basis van geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie voor, door en mét ambulancezorgprofessionals.

zijn in een toolbox. Deze toolbox beoogt duurzame inzetbaarheid van acute zorgprofessionals te vergroten, voorafgaand aan, tijdens en na een ingrijpende gebeurtenis of crisis. Voor we ingaan op de methode van het onderzoek eerst een korte toelichting op een aantal belangrijke begrippen, waaronder duurzame inzetbaarheid, persoonlijk leiderschap en een positieve werkomgeving.

Duurzame inzetbaarheid betekent dat professionals gezond in hun werk kunnen (blijven) functioneren en zich daar goed bij voelen. Belangrijk is dat de organisatie de zorgprofessionals hierbij faciliteert met mogelijkheden en randvoorwaarden. Daarbij is niet alleen aandacht voor de huidige functie, maar ook al oog voor de mogelijk toekomstige loopbaan⁴. Duurzame inzetbaarheid is namelijk een verantwoordelijkheid van werkgever én zorgprofessional zelf, waarbij een innovatieve en positieve werkomgeving voorwaarde is.

Zorgprofessionals zelf kunnen bijdragen aan vitaliteit en duurzame inzetbaarheid door het ontwikkelen van persoonlijk leiderschap. 'Persoonlijk leiderschap' bestaat uit verschillende vaardigheden. Een belangrijke vaardigheid is het ontwikkelen van reflectief vermogen: nadenken over je eigen gedrag en

handelen. Dat is namelijk een eerste stap om vervolgens tot actie te komen. Een andere vaardigheid is de ontwikkeling van adaptief vermogen: je kunnen aanpassen aan omstandigheden. Zeker in de COVID-19 crisis is een groot beroep gedaan op de (door)ontwikkeling van deze vaardigheid van acute zorgprofessionals. Een derde vaardigheid is veerkracht: hoe je omgaat met tegenslag. Dan is er nog zelfeffectiviteit: hulpbronnen durven aanboren om je loopbaanwensen en -doelen te bereiken^{5,6}. Als zorgprofessional ben je zelf onderdeel van de werkomgeving, maar tot die werkomgeving behoren ook de collega's, leidinggevend en HR-professionals. Deze mensen kunnen de zorgprofessional actief ondersteunen door individueel en gezamenlijk bij te dragen aan het creëren van een innovatieve en positieve werkomgeving. Elementen van daarvan zijn support van leidinggevend en ruimte voor nieuwe ideeën⁷. Zo zijn er op verschillende niveaus allerlei mensen betrokken bij duurzame inzetbaarheid: individu, groep, leidinggevend en organisatie⁸.

Methode

In het eerste deel van het onderzoek SSSH is inzicht verkregen in de impact van Covid-19 op zorgprofessionals en HR-professionals door middel van semigestructureerde diepte-interviews bij 47 respondenten, waaronder medisch hulpverleners, ambulance-, SEH- en IC-professionals.

In het tweede deel van het onderzoek is met een online vragenlijst (gesloten en open vragen) bij een grotere groep bestaande uit zorgprofessionals, leidinggevend en HR-professionals, landelijk uitgevraagd welke interventies zijn ingezet tijdens de COVID-19 pandemie en wat daarmee de ervaringen waren. De data zijn verzameld in het voorjaar van 2022 en geanalyseerd met beschrijvende statistiek.

Naast de resultaten van deze twee deelonderzoeken zijn evidence based interventies verzameld door literatuurstudie en vanuit (ontwikkelde) richtlijnen. Er zijn in Nederland twee richtlijnen voor psychosociale ondersteuning aan zorgprofessionals bij ingrijpende gebeurtenissen: één voor geüniformeerden en één voor zorgprofessionals in de breedte van de zorg^{3,10}. Deze richtlijnen bevatten vanuit wetenschappelijke inzichten onderbouwde interventies (evidence based practice) voor duurzame inzetbaarheid van zorgorganisaties. Deze verschillende bronnen zijn input geweest voor de ontwikkeling van de toolbox Vital@Work.

De toolbox Vital@Work is ontwikkeld met ontwerpgericht onderzoek en de methode intervention mapping¹¹ in meerdere ontwerpessies, in nauwe samenspraak met de beroepspraktijk. Met de deelnemers aan de ontwerpessies (waaronder ambulancezorgprofessionals) is gewerkt aan:

- Vaststellen van de contouren, theorieën en methoden om duurzame inzetbaarheidsinterventies te ordenen en te beschrijven (toolbox) met een assessment instrument en de keuze van de omschrijving van (evidence based) interventies (o.a. gebruikersgroep, inhoud en vorm).
- Koppelen tussen de impact (keuzemenu) en passende geselecteerde interventies met behulp van een matrix.
- Checken van de eerste conceptversie: in hoeverre deze aansluit op de doelen, past bij de doelgroep en begrijpelijk is.

Het SSSH-onderzoek is uitgevoerd door de lectoraten Acute en Intensieve Zorg en Human Capital Innovations, beiden van de HAN. Verder werkten aan dit onderzoek het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Rijnstate Ziekenhuis en de RAV Brabant Midden West Noord als praktijkorganisaties mee, alsmede de beroepsverenigingen NVBMH, V&VN Ambulancezorg, V&VN Spoedeisende Hulp en V&VN Intensive Care. Bij de ontwikkeling van de toolbox Vital@Work was ook Ambulancezorg Nederland betrokken. In het SSSH-onderzoek is de COVID-19 pandemie gebruikt als casus van een langdurige ingrijpende gebeurtenis.

- Bijstellen en checken van de tweede en derde conceptversie.
- Omzetten van de content naar een web publicabele versie en ontwerpen van illustraties.
- Bijstellen en vaststellen van de definitieve versie van de web publicabele content toolbox Vital@Work.



Paul de Groot, Dikke Punt.nl

Resultaten

Hoe is de toolbox opgebouwd? De opgehaalde data uit de interviews, vragenlijsten, literatuur en richtlijnen zijn ingedeeld naar het niveau binnen de organisatie waarop de interventie is ingezet. Daarbij is onderscheid gemaakt in interventies die de zorgprofessional zelf kan uitvoeren (persoonlijk leiderschap) en interventies die ingezet kunnen worden vanuit de werkomgeving, zoals naaste collega's (binnen het team), leidinggevend en de organisatie. Deze indeling is gebaseerd op het IGLO-model dat staat voor Individu, Groep, Leidinggevende en Organisatie⁸, een model dat veel gebruikt wordt bij het ontwikkelen van HR-beleid, maar praktisch vertaald is naar de zorgprofessional.

De toolbox Vital@Work bevat een keuzemenu van acht rubrieken, die als een soort assessment instrument deingangssituatie van de zorgprofessional beschrijven. De rubrieken beschrijven als het ware de impact die ingrijpende gebeurtenissen kunnen hebben op de zorgprofessional en de inhoud ervan is gebaseerd op werkpakket 1.

Het keuzemenu met de acht rubrieken ziet er als volgt uit:
Welke impact hebben ingrijpende gebeurtenissen in je werk op jou?

1. Nu gaat het prima, dat wil ik graag zo houden.
2. Ik raak mijn motivatie kwijt voor mijn werk.
3. Ik heb moeite met mijn werkomstandigheden:
 - a. Ik heb moeite met de werkdruk
 - b. Ik heb last van boosheid en agressie van patiënten en naasten
 - c. Ik voel onderlinge spanning in ons team
 - d. Ik ervaar een verstoorde werk/privé-balans
 - e. Ik voel mij onzeker in mijn werk
 - f. Ik heb er moeite mee dat de kwaliteit van zorg achteruitgaat
 - g. Ik ervaar morele dilemma's
4. Ik voel mij niet gehoord.
5. Ik mis kennis en/of vaardigheden om mijn werk goed te kunnen doen.
6. Ik heb gezondheidsklachten door mijn werk:
 - a. Ik heb mentale klachten door mijn werk
 - b. Ik heb fysieke klachten door mijn werk
7. Ik heb last van de beeldvorming en/of reacties uit de samenleving over mijn werk.
8. Ik voel me niet voorbereid op een crisis.

Wanneer je klikt op één van de rubrieken dan volgen daarna de interventies die gekoppeld zijn aan de betreffende rubriek. Stel, je klikt op 'ik heb er moeite mee dat de kwaliteit van zorg achteruitgaat'. Dan lees je dat je zelf kunt zorgen dat je jezelf informeert, op een gezonde manier omgaat met stress en persoonlijk en professioneel leiderschap ontwikkelt. Binnen je team kun je samenwerken, peer support organiseren en sociale ondersteuning bieden. Je leidinggevende kan jou helpen door aandacht te geven, faciliteiten te regelen, te signaleren of psychologische ondersteuning nodig is en leiderschap te tonen. De organisatie kan beleid maken, faciliteiten regelen, waardering uiten en voorbereidingen treffen voor een crisis.

Alle interventies en acties zijn zó beschreven, dat ze voor meerdere rubrieken toepasbaar zijn. De toelichting van de interventies geeft de zorgprofessional concrete aanwijzingen om zelf een probleem op te lossen of hulp in te schakelen van collega's, leidinggevende of de organisatie. De interventie 'jezelf informeren' bestaat uit de acties informatie vragen tijdens de overdracht, protocollen lezen, naar een informatiebijeenkomst gaan en/of je verdiepen in wetenschappelijke kennis.

Iedere interventie kan aangeklikt worden en dan volgt een



Paul de Groot, Dikke Punt.nl

tekst met informatie en advies. Hierbij een deel van de tekst die hoort bij jezelf informeren:

Bij ingrijpende gebeurtenissen kun je het gevoel krijgen dat je grip verliest. Misschien ben je bang geen goede kwaliteit van zorg meer te kunnen leveren. Of je merkt dat je kennis of vaardigheden niet meer goed aansluiten bij je (nieuwe) taak. Bijvoorbeeld wanneer je te maken hebt met een patiënt met complexe problematiek. Je kunt daar een actieve rol in pakken door jezelf goed te informeren.

Jezelf informeren kan op veel manieren:

- Luister bij de overdracht aan het begin van je dienst. Focus niet alleen op informatie over de patiënt(en), maar vraag je collega's ook naar bepaalde veranderingen in werkomstandigheden of hoe je iets het beste kunt aanpakken.
- Blijf op de hoogte van veranderingen in protocollen. Spreek bijvoorbeeld als team af hoe jullie veranderingen actief met elkaar delen.
- Bezoek informatiebijeenkomsten die de organisatie organiseert. Deelname kan je veel opleveren: je hoort uit de eerste hand wat er speelt en kunt met een vragen stellen.
- Verdiep je in nieuwe wetenschappelijke inzichten. Het kost tijd om landelijke protocollen up-to-date te houden, er nieuwe wetenschappelijke inzichten in te verwerken en nieuwe werkwijzen in te voeren. Jij kunt daar zelf een bijdrage aan leveren door op zoek te gaan naar evidence based practice en deze kennis bespreekbaar te maken.

De toolbox Vital@Work wordt momenteel ingebouwd als web-versie bij Werkgeversorganisatie Zorg en Welzijn Midden-, Zuid- en Zuid-West Gelderland. Op deze pagina is zowel informatie voor zorgprofessionals als HR-medewerkers en leidinggevendenden te vinden. De toolbox Vital@Work is landelijk toegankelijk vanaf 1 oktober 2024 op: www.handreikingduurzameinzetbaarheid.nl.

Discussie

De toolbox Vital@Work is als hulpmiddel ontwikkeld, voor, door en met zorgprofessionals. Het is geen diagnostisch instrument voor mentale problemen op het werk. De zorgprofessional kan zelf in de toolbox zoeken op basis van de eigen startsituatie en daarbij verschillende oplossingen en interventies ontdekken. Op de website kun je ook andere interventies vinden en een pdf of print van jouw selectie laten maken. De toolbox kan ook gebruikt worden door direct leidinggevendenden en HR-professionals. Zij kunnen er inspiratie mee opdoen om hun team bij bepaalde problemen op een goede manier te ondersteunen en te onderzoeken welke interventies aangeboden kunnen worden in de eigen organisatie. Daarbij spelen de CAO en eventuele collectieve zorgverzekering ook een rol. De toolbox Vital@Work is een hulpmiddel om met zorgprofessionals in dialoog te gaan over duurzame inzetbaarheid. Dat kan bijvoorbeeld tijdens het jaarlijkse ontwikkelgesprek of als zorgprofessionals signalen afgeven over fysieke en/of mentale druk.

Tot slot kunnen direct leidinggevend en HR-professionals zorgprofessionals stimuleren om de toolbox te gebruiken.

Uiteraard is het belangrijk dat zorgprofessionals, leidinggevende(n) en/of HR-professionals met elkaar in gesprek gaan en blijven en samen naar oplossingen zoeken: de werkgever is altijd medeverantwoordelijk voor het tijdig signaleren en oplossen van problemen op het werk. De toelichtingen op de interventies en acties zijn gebaseerd op ervaringen van mensen in de zorgpraktijk: wat hielp hen bij het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen en wat ontbrak? Zo helpt de toolbox Vital@Work zorgprofessionals met inzichten en adviezen van mensen zoals zichzelf.



Paul de Groot, Dikke Punt.nl

Tijdens het ontwerp van de toolbox ontdekten we dat de geleerde lessen en oplossingen uit de COVID-19 crisis niet alleen ingezet moeten worden na een ingrijpende gebeurtenis, maar ook dat het belangrijk is om juist voorafgaand aan een ingrijpende gebeurtenis te werken aan persoonlijk leiderschap en vitaliteit binnen je organisatie. Daarnaast gaf de ontwikkelgroep aan dat de toolbox Vital@Work weliswaar ontwikkeld is door, voor en met zorgprofessionals werkzaam in de acute en intensieve zorg, maar dat de inhoud ook waardevol en relevant is voor andere zorgprofessionals.

Hoe nu verder? De HAN zal, samen met de praktijk en beroepsverenigingen, verder werken aan kennisontwikkeling op de toolbox Vital@Work, zodat deze goed geïmplementeerd kan worden



Paul de Groot, Dikke Punt.nl

in de acute en intensieve zorgpraktijk en andere domeinen van zorg. Ook willen we verder onderzoek uitvoeren hoe omgevingsfactoren (leiderschap, organisatiecultuur en werkinhoud) en persoonlijke factoren (werkinhoud, mate van eigen regie van de professional en persoonlijke omstandigheden) positief beïnvloed kunnen worden ten gunste van vitaliteit van zorgprofessionals in de acute en intensieve zorg. Heb je daar vragen of ideeën over? Of wil jij of jouw organisatie ook meedoen aan vervolgonderzoek? Neem dan contact met ons op.

Over de auteurs:

Marieke M.E. Oosterhuis-Niënhaus, onderzoeker lectoraat Acute Intensieve Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Marieke.Oosterhuis@han.nl.

Lilian C.M. Vloet, Lector Acute Intensieve Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Sarah Detaille-Peters, associate Lector Human Capital Innovations, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Martijn Span, onderzoeker Human Capital Innovations, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Hester Vermeulen, Hoogleraar Verplegingswetenschap IQ healthcare, Radboudumc.

Sivera A.A. Berben, Lector Acute Intensieve Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Sivera.Berben@han.nl.



Dankwoord

Met dank aan Remco Ebben en Etty Wielenga-Meijer voor hun waardevolle bijdrage aan het onderzoeksproject SSSH.

Literatuur

1. Jones R, Jackson D, Usher K. First responder mental health, traumatic events and rural and remote experience. *J Adv Nurs*. Sep 7 2023;doi:10.1111/jan.15856
2. Halpern J, Gurevich M, Schwartz B, Brazeau P. What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & Stress*. 2009;23(2):173-189. doi:10.1080/02678370903057317
3. Bruggeman-Everts F. Beleidsrichtlijn Psychosociale ondersteuning zorgprofessionals. ARQ 2023;
4. Klink vdJ, Burdorf A., Schaufeli W., et al. Duurzaam inzetbaar, werk als waarde. 2010.
5. De Lange AH. Oratie-Annet-2019. 2019;
6. LOOV. Opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2030. 2023.
7. Pearson A, Laschinger H, Porritt K, Jordan Z, Tucker D, Long L. Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. Jun 2007;5(2):208-53. doi:10.1111/j.1479-6988.2007.00065.x
8. Nielsen K, Yarker J, Munir F, Bültmann U. IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*. 2018;32(4):400-417. doi:10.1080/02678373.2018.1438536
9. Vloet L.C.M., Berben SAA. Toolkit voor zorgprofessionals in crisis. <https://www.han.nl/projecten/2021/stay-safe-strong-and-healthy/>
10. Te Brake H. Richtlijn Psychosociale ondersteuning geïnformeerden. ARQ 2010;
11. Bartholomew L., Pracek G., Kok G., Gottlieb N. Planning health promotion programs an intervention mapping approach 2006;
12. Boommanagement. Interventies wat zijn dat? Intervenieren wat is dat? <https://boommanagement.nl/artikel/interventies-wat-zijn-dat-intervenieren-wat-is-dat/>

Ambulancemuseum voorgoed verdwenen

Iedereen kent 'Het Ambulancemuseum', officieel de Stichting Nationaal Ambulance- en Eerste Hulpmuseum (NA+EHm). 'Dat zit toch in Leiden?' Zullen velen zeggen. 'In het gebouw van de ambulancedienst?' Klopt, daar zat het, maar inmiddels dus helaas niet meer. Per 1 september is de collectie 'opgedoekt'. Gelukkig is zij nog niet helemaal verdwenen, want de stichting Korpora, die zich richt op het erfgoed van de publieke veiligheid, heeft zich voorlopig over de collectie ontfermd.

Het begint in Groningen

De geschiedenis van het Ambulancemuseum begint op 15 december 1988, toen de uit de hand gelopen collectie EHBO- en ambulancematerialen van de bedrijfsarts van de GG&GD Groningen, dr. Carel Volckmann, werd ondergebracht in de Stichting NA+EHm. In een aparte ruimte van het autobedrijf De Grooth in het Groningse Winschoten werd de collectie uitgesteld. Vele EHBO-ers, Rode Kruisers, lichten (leer-

ling)verpleegkundigen en ambulancecollega's uit binnen- en buitenland hebben er een bezoek gebracht, ook al was dit soms een hele reis! Er stonden diverse prachtige oude ambulances, beademingsmachines, zuurstofkoffers, monitoren, opleidingspoppen en dankzij schenkingen van vele diensten, breidde de collectie zich gestaag uit.

Helaas kreeg het autobedrijf in 2001 een nieuwe eigenaar en vanaf 1 juli moest het museum 'onderduiken'. De voertuigen en objecten werden opgeslagen. Even was er sprake van een gemeenschappelijk museum van politie, brandweer en ambulancedienst (het Secureon), maar dit kwam niet van de grond. Wel werd intensief samengewerkt met het politiemuseum in Apeldoorn. Vanaf 3 juli 2004 was een deel van de collectie van het NA+EHm geëxposeerd in een ruimte van dit museum.



Zo zag in 1988 het eerste Ambulancemuseum in Nederland eruit, dat was gevestigd in Winschoten. Foto: Henri Geurts.



Tussen 2004 en 2007 was het Ambulancemuseum 'te gast' bij het Politiemuseum in Apeldoorn. Foto: Henri Geurts.

Ook dat duurde echter niet heel lang, want in januari 2007 belandde de collectie andermaal in de opslag.

Museum verhuist naar Leiden

In 2013 gloorde weer hoop. De RAV Hollands Midden in Leiden beschikte in haar nieuwe pand aan de Vondellaan over een grote garage waarin een hoek en een tweetal daarboven gelegen

ruimten nog geen bestemming hadden. Dat was een mooie plek om de collectie van het NA+EHM tentoon te stellen. Dankzij een groep enthousiaste vrijwilligers – voornamelijk oudgedienden van de Leidse ambulancedienst – kon het museum op woensdag en zaterdag bezocht worden en waren er ook mogelijkheden om tussendoor excursies te boeken.



Het Ambulancemuseum in Leiden kort na de (her)opening in 2013. Foto: Kees Verhoef.

De zaal boven de garage werd verhuurd aan externen en was populair bij de burgemeester van Leiden als die buitenlandse delegaties op bezoek kreeg, omdat het een zeer representatieve ruimte was en er tussen de gesprekken door kon worden genoten van het verleden. In de ruimte beneden stond een zevental oude ambulances, rader- en rijwielbrancards en een zeer interessante verzameling transportcouveuses. Boven lagen in mooie vitrinekasten verbandmiddelen, uniformen, opleidingsmaterialen, oude defi's. Een kleinere ruimte daarnaast diende voor opslag van materialen, boeken en tijdschriften. Het ambulanceverleden had weer een plek.



Het Ambulancemuseum in 2020 met op de voorgrond de unieke collectie transportcouveuses. Foto: Thijs Gras.

Maar ook nu pakten zich steeds donkerder wolken samen. Ten eerste had de sluiting van het NA+EHM tijdens de coronapandemie een eind gemaakt aan de vaste openingstijden. Het museum was alleen nog op aanvraag te bezoeken en het uitbaten ervan kwam neer op een snel slinkende groep vrijwilligers. Het sterk ingekrompen bestuur van de Stichting NA+EHM ontplooiëde weinig activiteiten. Vervolgens trad een nieuwe directie aan bij de RAVHM, die van de collectie af wilde.



Boven was een grote vergaderruimte met vitrines met apparatuur die op de ambulance gebruikt is. De ontwikkeling van de techniek werd zo mooi zichtbaar. Foto: Thijs Gras.

Goede raad is duur

Inmiddels was in april 2021 de Stichting het Nederlands Ambulance Archief (NAA) opgericht. Het NAA bestaat al sinds 1998 en heeft een site (<https://ambulancearchief.nl>), waarop het alle ambulances, ambulancediensten en ambulancebouwers, die in Nederland bestaan hebben, in kaart (en liefst in beeld) wil brengen. Het NAA staat los van het NA+EHM, maar is natuurlijk zeer betrokken bij de geschiedenis en het erfgoed van de Nederlandse ambulancesector. Zij heeft daarbij in de loop der jaren nauwe banden aangeknoopt met de Stichting Korpora.

De Stichting Korpora is nog maar enkele jaren geleden opgericht (2021), maar kan bogen op een rijke historie. Zij richt zich op het behouden, inventariseren en toegankelijk maken van het erfgoed van de publieke veiligheid. Vooralsnog betrof dit vooral het verleden van de politie (het voormalige politiemuseum) en de brandweer (het brandweermuseum in Hellevoetsluis en het Nationaal Brandweer Documentatie Centrum), maar de aandacht is al verbreed naar rampenbestrijding door het onder haar hoede nemen van de collectie Bescherming Bevolking en een deel van de historische collectie van het Nederlandse Rode Kruis. Voorloper van Korpora was het Nederlands Veiligheids Instituut (NVI), dat enige jaren het PIT-museum in Almere heeft opgehouden. Inmiddels is Korpora geprofessionaliseerd door het aantrekken van enkele conservatoren en documentaristen, die druk bezig zijn in Apeldoorn, waar in enkele grote hallen een enorme collectie aan materialen, documenta-

tie, voertuigen en uniformen is opgeslagen. Daaronder zitten ook voertuigen uit de medische discipline (zie hiervoor eerdere artikelen in dit vakblad van september en december 2023).

De toekomst van het verleden

Op dit moment is Korpora in gesprek met AZN om te zien of er goede afspraken gemaakt kunnen worden voor het beheren en toegankelijk maken van de unieke collectie van het NA+EHm. Voorlopig is deze nu overgebracht naar Korpora in Apeldoorn en zijn enkele voertuigen elders opgeslagen of in bruikleen gegeven. Korpora ziet erop toe dat de objecten en documentatie onder klimatologisch juiste omstandigheden worden beheerd.

Het NAA heeft aangeboden te helpen met het vastleggen van alle gegevens over en beschrijven van alle objecten.

Wie zijn verleden niet kent, krijgt niet de toekomst, die het verdient. Je verleden bepaalt niet alleen wie je was, maar ook wie je bent en wie je zult zijn. Het is te hopen dat wij als ambulancesector het zicht op ons verleden niet verliezen. Dit zijn we verplicht aan onze toekomst.

Dank aan allen die hebben bijgedragen aan wat er nu nog is en hopelijk gaat het lukken dit verleden nu echt toekomstbestendig te maken!



Kees Verhoef

Stroke Triage App

Advies op maat over de beste transportstrategie voor patiënten met verdenking op een beroerte

In de regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid loopt een unieke implementatiestudie met de Stroke Triage App, een applicatie die helpt om het beste ziekenhuis te kiezen voor een patiënt met verdenking op een beroerte.

Door: Naomi de Ruijter en Femke Kremers, arts-onderzoekers neurologie Erasmus MC

Prehospitale triage

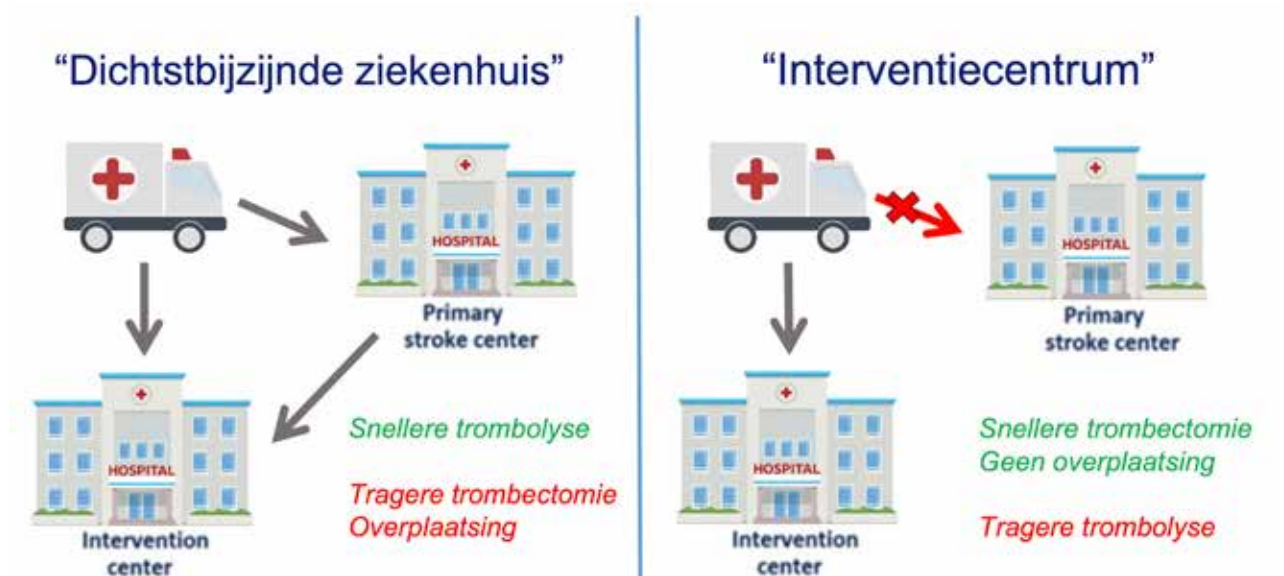
Patiënten met verdenking op een herseninfarct worden meestal naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (met mogelijkheid tot trombolyse) gebracht. Dit heeft als doel om de tijd tot behandeling middels intraveneuze trombolysen zo kort mogelijk te houden. Echter, als sprake blijkt te zijn van een herseninfarct met een occlusie van een van de grote vaten en de patiënt in aanmerking komt voor intra-arteriële trombectomie, dan dient deze overgeplaatst te worden naar een neurologisch interventiecentrum (tenzij de initiële presentatie daar was). Overplaatsing geeft vertraging van intra-arteriële behandeling, met een mogelijk slechtere uitkomst voor de patiënt tot gevolg. Prehospitale triage, waarbij selectie van patiënten met verdenking op een herseninfarct door occlusie van een groot vat door ambulancemedewerkers plaatsvindt, met aansluitend

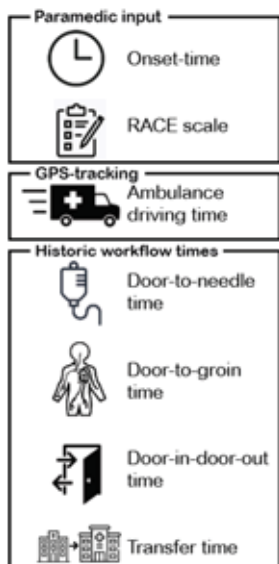


direct transport naar een interventiecentrum, kan belangrijke tijdswinst opleveren.

De Stroke Triage App

Op 22 januari 2024 is in de regio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid bij patiënten met verdenking op een beroerte gestart met prehospitale triage middels de Stroke Triage App. Deze app adviseert ambulanceverpleegkundigen of een patiënt met een verdenking op een beroerte naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis moet worden vervoerd of naar een interventiecentrum. Dit advies is gebaseerd op een vergelijking van de prognose voor twee verschillende strategieën: vervoer naar het dichtstbijzijnde algemene ziekenhuis of direct naar een neurologisch interventiecentrum. De prognose wordt afgeleid uit de duur en de ernst van de neurologische symptomen (deze laatste berekend aan de hand van een klinische score), de geografische locatie, de actuele rijtijden en de werksnelheid binnen de ziekenhuizen. Neuroloog Bob Roozenbeek, hoofd-onderzoeker, is duidelijk over het doel: "Op basis van eerder onderzoek wordt verwacht dat een patiënt door het gebruik van de Stroke Triage App wel een half uur eerder een intra-arteriële trombectomie kan krijgen. Dit kan veel gezondheidswinst opleveren, want time=brain."





Rob Roozenbeek, neuroloog en hoofdonderzoeker

kenhuis in Dordrecht als interventiecentrum (24 minuten rijden), waar de patiënt inderdaad een grote intracraniele occlusie bleek te hebben. De patiënt kon uiteindelijk binnen 1,5 uur na ontstaan van de klachten worden behandeld middels trombectomie en is volledig hersteld.

Ieder systeem kent zijn beperkingen, zeker in de opstartfase. Jim: “In het begin waren er enige verbindingproblemen, waardoor het lang duurde om de app op te starten. Gelukkig hebben we dat samen met de fabrikant snel kunnen oplossen. Daarnaast weet ik uit eigen ervaring dat je als ambulanceverpleegkundige bij een CVA-melding je handen vol hebt; er zijn in een korte tijd veel dingen die je aandacht vereisen. Ik kon me daarom goed voorstellen dat niet iedereen stond te springen om ook nog een app in te moeten vullen. Echter, de juiste zorg op de juiste plaats is bij uitstek iets dat speelt bij ambulancezorgprofessionals. Na uitleg zien veel collega’s nu gelukkig ook het potentieel van de Stroke Triage App.”

Standaard patiëntenzorg

De Stroke Triage App is een CE-gecertificeerd medisch hulpmiddel en is dus reeds goedgekeurd voor (inter)nationaal gebruik in Europa. “Het gebruik van de Stroke Triage App is voor de ambulancediensten Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid standaard zorg; dit betekent dat het doel is om de app bij alle volwassenen met verdenking op een CVA (die FAST-positief zijn) te gebruiken”, zo legt Jim IJzermans uit. Hij is onderzoeksverpleegkundige bij ambulancedienst Zuid-Holland Zuid en al vanaf de beginfase van het project nauw betrokken.

Voordat de Stroke Triage App in gebruik kan worden genomen, dienen ambulanceverpleegkundigen een online training te volgen, die geïntegreerd is in de app; na het voltooiën daarvan kan een account voor de triagefunctie aangevraagd worden. “De training is belangrijk om de achtergrond van de app goed te begrijpen”, vult Jim aan. “Daarnaast wordt er aandacht besteed aan het neurologisch onderzoek in de spoedsetting. Het huidige Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA-9) heeft slechts een beknopt beroerteprotocol en in het kader van de studie is het natuurlijk van belang dat het neurologisch onderzoek op eenduidige wijze wordt gedaan.”



Jim IJzermans, onderzoeksverpleegkundige

Eerste reacties

Op moment van schrijven is de Stroke Triage App ruim een half jaar in gebruik. Er zijn reeds meer dan 700 patiënten getreurd met de app; hiervan zijn ruim 80 patiënten direct naar een interventiecentrum gebracht, die anders naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis waren getransporteerd.

Een goed voorbeeld uit de praktijk betreft een casus van een 68-jarige man met sinds een half uur bestaande afasie, een parese van de rechterarm en centrale facialisparesie. De patiënt woonde op zes minuten rijden van het Beatrixziekenhuis in Gorinchem. De Stroke Triage App adviseerde echter direct door te rijden naar het Albert Schweitzerzie-

PRESTO-2 studie

De implementatie van de Stroke Triage App zal na een jaar wetenschappelijk worden geëvalueerd in de PRESTO-2 studie. “De verwachting is dat prehospitale triage ertoe zal leiden dat de tijd tot trombectomie wordt verkort, uitkomsten voor patiënten worden verbeterd en minder acute overplaatsingen tussen ziekenhuizen nodig zullen zijn”, aldus Jim. “Nu kan de Stroke Triage App uitsluitend worden gebruikt voor patiëntenzorg in de regio’s Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid, maar we zijn hoopvol dat bij gunstige resultaten prehospitale triage met de Stroke Triage App ook standaard zorg wordt in de rest van Nederland.”

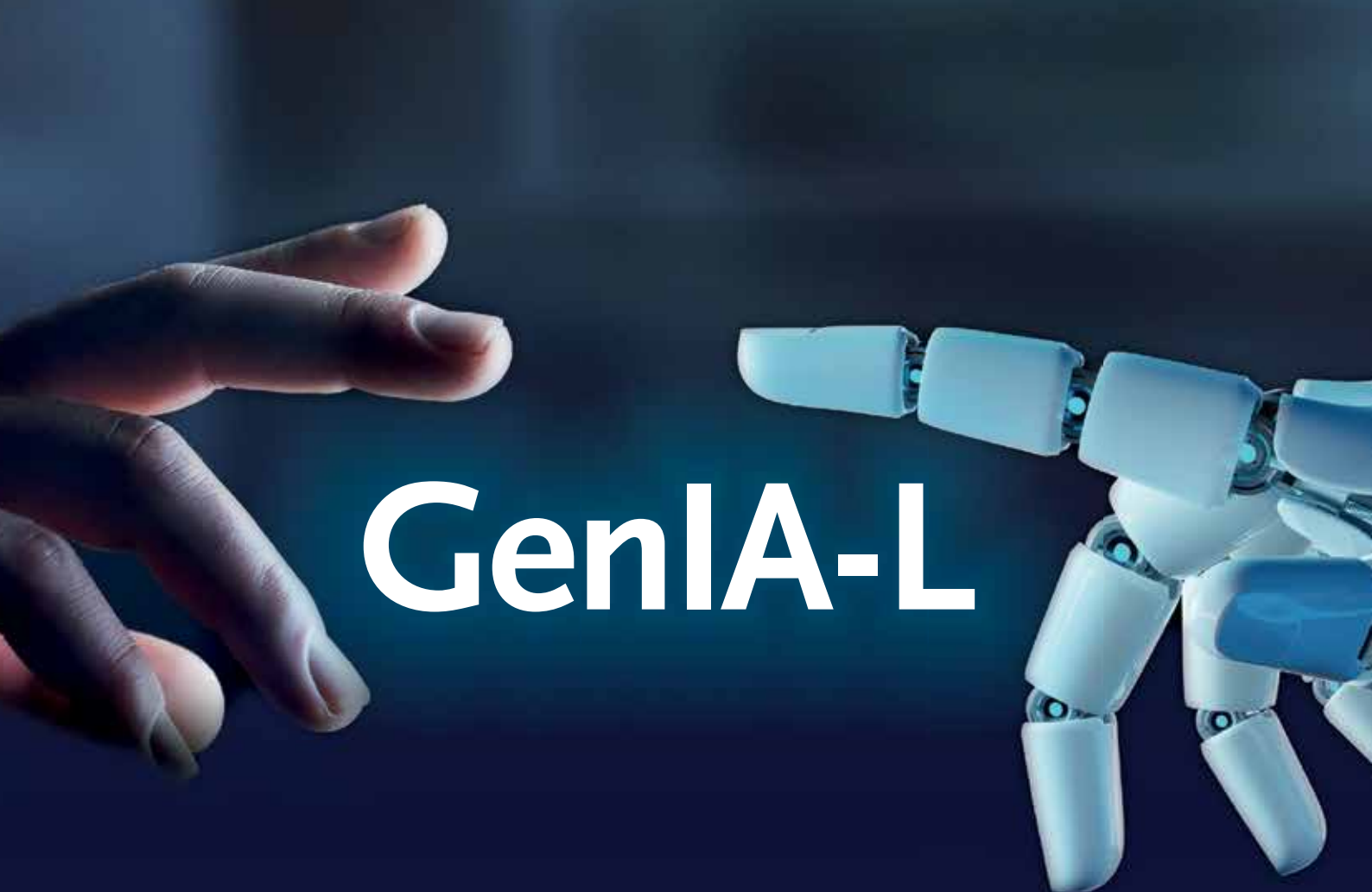
De PRESTO-2 studie wordt mede mogelijk gemaakt door ondersteuning van en samenwerking met diverse partners.



Meer weten over de Stroke Triage App? Neem eens een kijkje op <https://stroketriageapp.com> of scan hier de QR-code. Voor aanvullende vragen en/of opmerkingen staan Naomi de Ruijter en Femke Kremers, arts-onderzoekers en coördinatoren van de PRESTO-2 studie, je graag te woord: zij zijn te bereiken via stroketriageapp@erasmusmc.nl.



Stroke Triage App



GenIA-L



SLIMMER WERKEN MET AI

GenIA-L transformeert jouw adviespraktijk met slimme AI toepassingen. In combinatie met betrouwbare en gevalideerde bronnen uit NDFR en OpMaat geeft GenIA-L onderbouwd antwoord op jouw onderzoeksvraag, compleet met bronvermelding en referentie. Zo heb je precies de juiste kennis en inzichten paraat om sneller, beter en slimmer te kunnen werken. Nu ben jij klaar voor wat er vandaag én morgen van je wordt gevraagd.

GA VOOR MEER INFORMATIE NAAR: [SDU.NL/GENIAL](https://sdu.nl/genial)

Sdu

Geef de pen door aan ...

Een nieuw item, een simpel concept.
Delen is leren,
Verbinden is vooruitgang...

Wie ben je?

Steven Hofman, 50 jaar jong, getrouwd en 2 volwassen kinderen. Woonachtig in Gouda op 5 minuutjes fietsen van de Ambulancepost

Waar werk je, hoe lang doe je dit werk en hoe groot is het team?

Ik werk aankomend jaar 25 jaar als Ambulanceverpleegkundige in Gouda, regio Hollands Midden. Het team bestaat uit zo'n 65 man/vrouw. Daarnaast ben ik OVDG en werk ik als verpleegkundig specialist op de huisartsenpost in Gouda.

Hoe is de cultuur op de werkvloer en wat is jouw bijdrage?

De laatste jaren lijkt het alsof de grens tussen acute ambulancezorg en huisartsenzorg breder wordt. Door de vergrijzing neemt de zorgvraag toe. Ik zie de frustratie in beide disciplines toene-

men. Aan de koffietafel op de HAP kan ik huisartsen uitleggen welke dilemma's we ervaren en op de post doe ik dat andersom. Het komt altijd weer neer op communicatie. Door goed naar elkaar te luisteren kan je heel veel frustratie voorkomen.

Wat vind je de minst leuke kanten van het werk

Nachtdienst, psychiatrie en onterecht veeleisende patiënten. Vooral de combinatie van die drie trek ik slecht.

Wat wilde je worden toen je klein was

F16 piloot. Helaas had ik een bril dus werd werken op de ambulance mijn droom.

Hoe houd je het hoofd fris en koel?

Afwisseling! Mijn oma zei altijd dat alles waar TE voor staat niet goed is. Als je het fantastische werk op de ambulance



Vandaag aan de pen
RAV Hollands Midden

teveel doet gaan dingen toch tegenstaan. Ik merk dat het combineren van het werken op de huisartsenpost en de OVDG-diensten ervoor zorgt dat ik steeds weer zin heb om aan de slag te gaan.

Wanneer drukte je voor het laatst op code 9 en waarom?

Ik heb nog nooit code 9 gebruikt...

Vind je het ook een zorgelijke ontwikkeling dat steekwerende vesten tot de standaarduitrusting op de ambulance zijn gaan behoren?

Ja, ze beginnen behoorlijk stoffig te worden...

Foto van mooiste plek van jouw regio en waarom daar?

Zonder twijfel het stadhuis van Gouda. Het staat er al sinds de middeleeuwen. Het werd gebouwd in het midden van het marktplein en niet aan de rand zoals in veel andere steden. Daardoor werd het nooit getroffen door de vele stadsbranden en genieten we er nog steeds van.

Naar welk ziekenhuis breng je jouw patiënten meestal?

Het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda. Het ligt centraal in onze regio en inmiddels ken ik de medewerkers goed. De samenwerking is daardoor prettig wat uiteindelijk de patiëntenzorg ten goede komt.

Koffie score op de post? (0-10)

Zeker een 8! Op de hoofdpost in Gouda hebben we een luxe koffiemachine met



het stadhuis van Gouda. Gebouwd in het midden van het marktplein, waardoor het nooit getroffen werd door de vele stadsbranden en genieten we er nog steeds van.

prima cappuccino-opties van echte melk. Kom maar proeven als je een overplaatsing gedaan hebt!

Stel je bent morgen directeur van de RAV, wat ga je direct goed regelen?

Gegevensoverdracht van patiënten: geef ambulancezorgverleners toegang tot patiëntendossiers zodat we in acute situaties bij noodzakelijke informatie kunnen. En verder Advanced Care Planning: laat ouderen op tijd nadenken over welke behandelingen ze nog willen als zich een acute situatie voordoet en maak die wens voor de ambulance inzichtelijk.

Wat gaat er nu al heel goed?

Er gebeurt nu heel veel in ambulanceland maar ook intern bij onze RAV. Wat

ik goed vind en waar ik trots op ben is de veerkracht van mijn collega's die ondanks alle veranderingen 24/7 met passie hun vak blijven uitoefenen.

Meest grappige uitspraak van een patiënt?

Oudere man die we voor spoed-PTCA vervoeren en aan zijn dochter meldt dat hij een hartcastratie moet ondergaan...

Hebt je ook zo'n last van de agressie tijdens je werk?

Zie hierboven bij 'steekwerende vesten' en 'status 9' Ik heb er gelukkig nooit last van gehad. Collega's van mij helaas wel; geweld tegen hulpverleners mag nooit getolereerd worden!

Waar gaat de pen nu heen en waar kent u de persoon van?

Waar gaat de pen nu heen en waar ken je de persoon van?

Arjan Verhagen, we waren een van de laatste dienstplichtige verpleegkundigen. Hij verhuisde helaas naar Gelderland en werkt daar bij de ambulance-dienst. Ik ben benieuwd of de koffie daar ook zo lekker is...

Lijst van adverteerders

Corpuls Benelux	p. 2
NetBasics	p. 35

DE GEMEENTEWET LASTIG TE BEGRIJPEN?

Geactualiseerde editie 2024

Met het praktische boek *De Gemeentewet in eenvoudig Nederlands* wordt de Gemeentewet voor iedereen toegankelijk

De Gemeentewet helder uitgelegd

- Voor raadsleden en andere geïnteresseerden actief in de gemeente
- Geen juristentaal maar begrijpelijk Nederlands
- Voortaan bent u zeker van de juiste interpretatie van de Gemeentewet

TE BESTELLEN VIA: www.sdu.nl/shop



- ISBN 978 90 12 40927 8
- Els Boers & Douwe Brongers
- 150 pagina's

Sdu

CONGRES **AMBULANCEZORG**

 GOOILAND HILVERSUM



**FIT VOOR
ONS VAK!**

Het belang van
mentale fitheid voor
ambulanceprofessionals.



Accreditatie: V&VN en VS register (5 punten)



**Plenaire presentaties en workshops:
Bevestigde sprekers: David Baden & Damiaan Denys**



**Meer info en inschrijven:
www.excelcs.nl/AMBU**