

v&vn

Ambulancezorg



Opinie: Zeggenschap

Help een baby

Casus: Brugada

Interview met Huub Gubbels

De Contactpersoon Onderzoek

Update Urgentie-indeling



RRp[®]

ADEMHALINGSFREQUENTIE VIA PLETH

De ademhalingsfrequentie is een belangrijke vitale parameter in de acute medische zorg. Met de functie Respiration Rate via Pleth (**RRp[®]**) van Masimo[®] kan dit nu automatisch worden gemeten via de standaard pulsoxymetriesensor. Drukveranderingen in de thorax, die onder andere worden veroorzaakt door ademhaling, leidt tot veranderingen in de basislijn van de plethysmografische golfvorm. Uit deze veranderingen in de plethysmografische golfvorm wordt de ademhalingsfrequentie (**RRp[®]**) afgeleid.

Deze nieuwe parameter is een snel en eenvoudig hulpmiddel om de ademhalingsfrequentie van de patiënt met de **corpuls3** te registreren en te bewaken.

Meer info op www.corpuls.nl

Colofon

Vakblad V&VN Ambulancezorg

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

Jaargang 45, Nummer 2, juni 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

- 10** **Opinie: Zeggenschap**
De term 'zeggenschap' heeft de afgelopen jaren een prominente focus gekregen in de gezondheidszorg. Maar wat betekent deze toenemende aandacht voor de ambulancesector? Hoe staat het met de inspraak en invloed van ambulanceprofessionals op de aspecten die hun werk direct beïnvloeden? Deze cruciale vragen staan centraal in dit opiniestuk van Mischa Knol, voorzitter van V&VN Ambulancezorg.
- 17** **Help een baby**
In dit artikel willen we je een aantal handvatten geven over de zorg voor een neonaat, zoals aan Morris uit de beschreven casus. Hoe kun je je voorbereiden, wanneer moet je je zorgen maken, welke interventies kun je toepassen en wanneer moet je daadwerkelijk omkeren en terug naar de NICU?
- 21** **Casus: Brugada**
Brugada beschreven aan de hand van een casus. Het Brugada-syndroom is een autosomaal dominante erfelijke hartaandoening met afwijkingen aan het prikkelgeleidingssysteem, vaak veroorzaakt door te weinig instroom van natrium in de hartspiercellen. Bij dit syndroom bestaat een verhoogde kans op ritmestoornissen met plotselinge hartdood tot gevolg.
- 24** **Interview met Huub Gubbels**
Huub Gubbels nam in januari 2013 afscheid als Hoofd Ambulancezorg van de GGD Zuid-Limburg, maar het ambulancebloed kruipt waar het niet gaan kan: een invalbeurt voor een paar maanden als projectcoördinator voor rangsvoertuigen werden uiteindelijk 10 jaren. Huub vond het tijd om daar definitief een punt achter te zetten. Reden voor de redactie om met deze bevlogen, van oorsprong ambulanceverpleegkundige, de balans op te maken.
- 33** **De Contactpersoon Onderzoek**
In de dynamische wereld van de ambulancezorg wordt steeds meer nadruk gelegd op onderzoek en innovatie. Er is een toenemende behoefte aan het initiëren en leiden van onderzoeksprojecten binnen de sector. Ben jij als ambulancezorgprofessional ook geïnteresseerd in onderzoek? Carien van Well en Remco Ebben zijn zelf Contactpersoon Onderzoek en vertellen je hier in dit artikel meer over.
- 35** **Update Urgentie-indeling**
Met de Update Urgenties, een soort nieuwsbrief, wil AZN iedereen die werkzaam is in de ambulancesector op de hoogte brengen van de ontwikkelingen op het gebied van de verbeterde urgentie-indeling. In deze publicatie de recentste 'Update Urgenties' die verspreid is onder alle RAV's.
- En verder in deze uitgave**
- 5** Column 'Introview' van Gerard Pijnenburg, hoofdredacteur
- 6** Voorwoord Mischa Knol, Voorzitter V&VN Ambulancezorg
- 8** Nieuws van de Vakgroep ACH
- 14** Trainen Sar
- 16** Al Spoedzorg
- 26** Dashboard
- 27** Pilot MKA VRR
- 31** SOS
- 32** Reggie Diets onderscheiden
- 37** Gastcolumn Jos Benders
- 38** Weetjes
- 39** Geef de pen door aan... Michel Huiberts
- 40** Congres Ambulancezorg op 7 oktober

Coverfoto: Nasale CPAP in de transportcouveuse. De temperatuur van de transportcouveuse stel je in op dezelfde temperatuur als de couveuse waar de baby in ligt. Voor de veiligheid komt de baby in de gordels te liggen. Fotograaf Klaas Jan van der Weij

VIND: HET ANTWOORD OP ELKE VRAAG



Vind jij altijd de juiste informatie?

Alleen VIND levert gemeenten de unieke combinatie van werkprocessen én praktische informatie om de organisatie in de breedste zin te voorzien. De front- en backoffice sluiten daardoor naadloos op elkaar aan. Deze combinatie bespaart tijd én de dienstverlening naar burgers en ondernemers is professioneler, sneller en accurater.

VIND ALLE VOORDELEN OP WWW.SDU.NL/VIND

Sdu

INTROVIEW



Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur

De Spin verward in het web

In de buitenwereld hoor je bijna nooit iets over de verpleegkundig centralist of de meldkamer ambulancezorg. Dus ja, wel shocking als ik op zaterdag 1 juni de krant van de mat raap waarvan de voorpagina kopt 'Minuten in de wacht bij alarmlijn 112'. Verderop in het dagblad volgen nog eens twee volle pagina's: 'Ambulance-centralisten slaan alarm maar vinden geen gehoor' en 'Dit kost mensenlevens' lees ik in kolossale (witte)chocoladeletters. In het artikel tal van voorbeelden waar het allemaal mis is gegaan op de Meldkamer Oost Nederland. De journalist heeft de informatie van een onbekend aantal centralisten waarvan de namen in het artikel op verzoek gefingeerd zijn. Uit angst voor gevolgen voor hun baan. Ook heeft de journalist informatie uit verslagen van gesprekken tussen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en centralisten en zegt de krant ook in het bezit te zijn van een mail van drie directeuren aan diezelfde Inspectie.

Dit geschetst hebbende en uit ervaring wetende dat in veel van de aangedragen voorbeelden in het krantenartikel een kern van waarheid zit, heb ik geen zin om specifiek dit artikel op deze plek inhoudelijk te gaan becommentariëren. En ook ga ik hier geen waardeoordeel geven over de manier waarop dit in de buitenwereld terecht is gekomen. De wereldgeschiedenis leert dat soms onorthodoxe stappen nodig zijn om gehoord te worden. Je kunt het hier wel of niet mee eens zijn. Ik hoop dat het op deze wijze aan de bel trekken tot een dialoog leidt, met als resultaat: samenwerking, oplossingen en veranderingen. Immers, wantrouwen en tweespalt zouden hier grote spelbrekers zijn en alleen verliezers opleveren met als grootste slachtoffer diegene waarvoor, met recht, 112 gebeld wordt. De centralist moet weer de spin in het web worden in plaats van erin verward te raken. De centralist moet weer de lead, de tools en professionele zeggenschap krijgen om het werk op een verantwoorde, veilige en gezonde manier uit te voeren. Dat moet beter gefaciliteerd worden door de RAV-en.

Er zijn genoeg opties om over te brainstormen. Zo raad ik je aan om zorgvuldig het artikel 'Zeggenschap', een opiniestuk van onze voorzitter, verderop in dit blad te lezen. En ga samen eens nadenken over het aantrekkelijker maken van het vak. Bijvoorbeeld een kortere werkweek of kortere diensten zodat je op 30 of 32 uren per week uitkomt (minder uur werken voor hetzelfde geld). Diensten van 6 uren? Nu zit je acht uren per dienst zonder pauzes, amper tijd om naar de wc te gaan en eten doe je in happen en brokken aan de meldtafel. Kortom: maak het werk aantrekkelijker! Misschien moeten we wel weer terug naar een afgeschaalde grootte van meldkamers? Geen taboes op de onderwerpen wat mij betreft...

Als collega's moeten we ons met elkaar verbinden. De beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg met haar vakgroepen kan en wil daar graag een rol in spelen. Weg met het onderlinge wantrouwen en de afgunst! Als wij ons verbinden staan we sterk. Samenwerken is de sleutel. Onderling, tussen de disciplines op de werkvloer, én met het management. Daarbij moet de werkvloer de lead hebben, gefaciliteerd door het management.

Mooie zomer en hou je veilig!

Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur



Samen staan we sterker!

Alles staat of valt met samenwerken: de afgelopen jaren hebben aangetoond hoe cruciaal samenwerking is in de acute zorg. En in de nabije toekomst wordt dit nog veel belangrijker. Van regionale plannen tot dagelijkse praktijk - overal zien we het belang van onderlinge afstemming en verbinding tussen ketenpartners. De opgestelde regioplannen sturen hier nog meer op, heb jij ze al gezien? Zet deze link in je zoekbalk <https://qrco.de/bf65Zs> of scan de QR-code:



Als ambulancedienst zijn we een belangrijke speler binnen de ketensamenwerking. Wanneer ergens in het systeem iets vastloopt of vertraagt, merken wij dat direct in onze eigen organisatie. Wachtijden op de spoedeisende hulp, lange telefonische wachtlijsten bij de huisartsenpost en vertraagde inzet van crisisdiensten, hebben onmiddellijke gevolgen voor onze eigen inzet en capaciteit. Deze ontwikkelingen worden besproken in Kamerdebatten en er staan verschillende verbeteringen op stapel, zoals de ontwikkeling van de zorgcoördinatie, de voortgang in de digitalisering van systemen en het feedbackbericht vanuit de ziekenhuizen, dat ons als professionals meer inzicht geeft in de juiste werkdiagnose. Dit is een leerzame en positieve ontwikkeling. Daarnaast blijft de functiedifferentiatie van verschillende soorten professionals binnen de sector zich evolueren.

Functiedifferentiatie en ontwikkelingen binnen de ambulancezorg

In een dynamische sector als de ambulancezorg moeten we voortdurend inspelen op nieuwe uitdagingen. Als afdeling V&VN Ambulancezorg vinden we het cruciaal dat we collega-professionals nauw betrekken bij de ontwikkelingen binnen ons vakgebied. Dit doen we dan ook ten volste. Het is van groot belang dat we open staan voor elkaars perspectieven en gezichtspunten. Hoe accepteren we als collega's bijvoorbeeld functiedifferentiatie in de praktijk? Hoe verdelen we taken en verantwoordelijkheden op een evenwichtige manier? En hoe kunnen we ervoor zorgen dat we elkaars doelen en visies goed begrijpen en elkaar daarin optimaal ondersteunen? In plaats van

'bang te zijn' voor de andere groep en deze tegen te werken of buitenspel te zetten, is het veel belangrijker dat we elkaar supporten en meedenken. Door elkaar te steunen en gezamenlijk op te trekken, vormen we een krachtige stem binnen de sector en onze organisatie en kunnen we de best mogelijke zorg en dienstverlening bieden aan onze patiënten. Alleen door een open, constructieve en samenwerkende houding kunnen we de uitdagingen waar we voor staan het hoofd bieden en ons vakgebied verder versterken.

De ambulancezorg is een nauw verbonden keten, waarin verschillende professionals hun specifieke rol en waarde hebben. De meldkamer, verpleegkundig specialisten en de verschillende zorgniveaus (laag-, midden-, en hoog complex) zijn allemaal onmisbaar in het bieden van hoogwaardige acute zorg. Samen vormen we een hecht net, waarin iedereen zijn bijdrage levert. In de praktijk is de samenwerking in de keten echter niet overal op dezelfde manier georganiseerd. Er zijn verschillen binnen de 25 ambulancediensten. Wat bij de ene RAV vanzelfsprekend is, kan bij een andere dienst tot uitdagingen leiden. Dit maakt het er niet gemakkelijker op, maar biedt ook kansen om van elkaar te leren:

Bestuur V&VN Ambulancezorg

Voorzitter:	Mischa Knol, AVP bij de ARR
Penningmeester:	Andrea Kershaw, AVP via Excellus Group
Bestuurslid:	Maartje Munsterman, AVP bij RAV Brabant MWN
Bestuurslid:	Ilja van Gastel, ACH in Brabant MWN
Bestuurslid:	Harry Callenbach, ACH midden-complex bij de VGGM.
Beleidsondersteuner:	Heidi Visser
Adviseur:	Jacqueline van der Vuurst

V&VN Ambulancezorg bundelt alle meningen die tot ons komen en brengt het gesprek hierover op gang, hoezeer we ook per RAV verschillen.

We moeten binnen de sector het gesprek met elkaar blijven voeren. Laten we elkaars doelen en visies beter begrijpen en samen werken aan de zorg van de toekomst. Door openheid, begrip en ruimte voor elkaar kunnen we de veranderingen in de acute zorg op constructieve wijze vormgeven. Dit is belangrijk, zeker gezien de toekomstige ontwikkelingen rondom de meldkamer. Door als professionals eensgezind naar al deze veranderingen te kijken en mee te denken, geven we een krachtig signaal af over onze visie.

Met collegiale groet namens het bestuur,

Mischa Knol
Voorzitter V&VN Ambulancezorg

Elkaar ontmoeten kan bijvoorbeeld op ons volgende congres op 7 oktober in Gooiland Hilversum. Daar praten we met elkaar over hoe (mentaal) fit te blijven binnen de sector. Ben jij er dit keer ook bij? Zie het hele programma: <https://qrco.de/bf65mw> of QR-code



Je bent ook welkom bij V&VN in Utrecht om aan te sluiten bij één van de vakgroepen. Zie de website voor de diverse vakgroepen, de vergaderdata (4x per jaar) en nog veel meer informatie via <https://qrco.de/bf65yH> of QR-code



Volg ons op LinkedIn via <https://qrco.de/bf661t> of QR-code



Nieuws van de Vakgroep Ambulancechauffeurs

Je moet het samen doen...

'Samenwerken of solistisch bezig zijn', dat is wat mij de laatste maanden bezig houdt. Als ambulancechauffeur en lid van de vakgroep kom ik met verschillende mensen in contact. Het is een verrijking en het geeft voldoening dat ik een bijdrage kan leveren aan de ontwikkelingen binnen de sector.

Door Peter van der Vloet

Zo greep mij in de vorige editie het voorwoord (Introview) aan van een onzer steunpilaren van het vakblad, hoofdredacteur Gerard Pijnenburg. Een blad maken bijvoorbeeld, dat kan je niet alleen: je doet het samen! En hiervoor zijn schrijvers nodig en vakmensen uit de praktijk die input geven aan het vakblad met hun ervaringen en belevenissen. Volgens mij is er veel schrijftalent binnen onze beroepsgroep als ik de social media lees. Dus als je dit leest en denkt ik wil iets met dat talent doen, meld je dan snel bij de redactie (ambu@venvn.nl). Zij ondersteunen jou bij het schrijven van een mooi en inhoudelijk artikel. Uiteindelijk kan het blad alleen maar voortbestaan door samenwerking. Natuurlijk snap ik dat de ontwikkelingen, ook op het communicatieve vlak doorgaan maar is de toekomst dan de Podcast of is dit een tijdelijk fenomeen? Organiseren we alleen nog congressen om elkaar te informeren, of hebben ze een ook een andere functie?

Ontwikkelingen binnen de Ambulancesector

Voor de toekomst is een visie nodig! Alhoewel sommigen daar anders over denken (en dat mag), maar laat het dan weten. De visie van de V&VN Ambulancezorg (V&VN AZ) is helder. Samen met de branchevereniging Ambulance Zorg Nederland (AZN) en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers (NVMMA) vormen we de fundering van het huis van de beroepsinhoud, waarbij ieder een eigen verantwoordelijkheid heeft. Zo geven wij gevraagd en ongevraagd feedback op beleidsstukken. Dit doen wij dan namens de professionals die lid zijn van V&VN AZ. De informatie hiervoor halen we op bij de vakgroepen.

Plan

Ook als V&VN AZ hebben we een Meerjarig Strategisch Beleidsplan 2023 – 2026 omarmd, zie <https://qrco.de/bf67lp> of QR code:



Hierin staan enkele opdrachten die we samen met het veld willen oppakken en daarvoor hebben we jullie nodig. Eén van de zaken die we zouden willen is een PAR (Professionele Advies Raad) in elke RAV. Zie ook het opiniestuk Zeggenschap van onze voorzitter van V&VN Ambulancezorg, Mischa Knol (pagina 8 e.v.). In de regio Rotterdam Rijnmond is men op weg om dit te realiseren. Neem hierover eens contact op met je collega voor een best-practice.

Fundament bekwaamheid

Momenteel wordt het landelijk Fundament Bekwaamheid in de Ambulancezorg, becommentarieerd door de steakhouders, waaronder V&VN AZ en haar vakgroepen. Hierin staan zaken als het aantal uren dat iemand een functie moet uitoefenen, maar ook essentiële elementen zoals de deskundigheid van de individuele zorgprofessional. De oorsprong ligt in documenten die aan herziening toe zijn, tegenwoordig zijn dit de Expertisegebieden van de beroepsbeoefenaar. Zo zijn die van de ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur al vastgesteld en is de vakgroep Laag- en Midden Complex bezig om deze te schrijven. Het fundament geeft een kader voor de minimale eisen voor borging van de bekwaamheid en deskundigheid.

Nota Goede Ambulancezorg

Er wordt ook weer hard gewerkt aan het actualiseren van de nota Goede Ambulancezorg. Ook hiervoor zijn we uitgenodigd om in te participeren. Een gevarieerde groep van beleidsmakers, kwaliteitsfunctionarissen en mensen uit de ambulancepraktijk en de meldkamer nemen deel.

Zorg Coördinatie

En gaan we een nieuwe tak toevoegen aan de sector? De 'zorgcoördinatie', iets wat volop in ontwikkeling is en waar het ministerie van VWS een projectgroep voor in het leven heeft geroepen. Ontwikkelingen die niet te stoppen, maar wel te beïnvloeden zijn.

De vakgroep Verpleegkundig Meldkamer Centralisten (VC-MKA) heeft hier een stem in! Heb jij je, als één van de vele centralisten, hier al bij aangesloten? Of speelt het niet in jouw regio? Ook dan wil de vakgroep VCMKA hier graag meer over horen. Uitwisseling van informatie zijn hier de sleutelwoorden! Want ook binnen het meldkamerdomein zal differentiatie plaatsvinden. De volgende functies heb ik al langs zien komen: Verpleegkundig Centralist Zorg Coördinatie Centrum (VC-ZCC) maar ook Logistiek Centralist Geneeskundige Meldkamer, Uitgiftcentralist/Dispatcher en natuurlijk de Centralist ZCC. Informeer hier eens bij Sabine van het Bolscher van de Vakgroep VC-MKA: s.bolscher@venvn.nl

De ALS-ambulancechauffeur

Niet meer alleen iemand die een ambulance bestuurt maar die continu scholingen volgt om de rijtechnische kant, veilig en verantwoord uit te kunnen voeren. Denk aan alle wet- en regelgeving die van toepassing is én alle richtlijnen die aanvullend zijn. De belangrijkste is de beschikking voor de vrijstellingen. Wat houdt deze precies in? "Gelet op artikel 147 van de Wegenverkeerswet 1994 ben ik bevoegd om vrijstelling te verlenen van de bepalingen van het RVV 1990 voor het gebruik van de weg ten behoeve van

openbare, of door mij daarmee gelijk te stellen, diensten.” Aldus de minister van Verkeer en Waterstaat. In een volgend artikel zullen we hier verder op ingaan. Belangrijk hierbij is het verder ontwikkelen van het eigen professioneel handelen als ambulancechauffeur. Voor groei in de leercurve is jaarlijkse scholing van essentieel belang. Bij- en nascholing op het gebied van praktische rijvaardigheid worden uitgevoerd door een WRM gecertificeerde rijinstructeur met een geldige ‘OGS+ pas’.

Hartelijke groet, Peter van der Vloet, voorzitter / coördinator vakgroep ACH

TIP



Advertentie

An isometric illustration shows two people, a man and a woman, standing on a light green circular platform. They are interacting with several large, vertical digital screens that display various web interfaces, including what looks like a social media feed, a news page, and a dashboard with charts. A blue box with papers and a printer are also on the platform. The background is a solid blue color.

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

Eva
Totale vakbewaamheid op één centrale plek

Ivo
De eerste oplossing speciaal voor de GHOR

Bob
Eenvoudig zelf storingen melden en praktisch afhandelen

Sky
Bekijk alle applicaties op skysuite.nl

Zeggenschap

Zeggenschap binnen de ambulancezorg: de cruciale rol en invloed van professionals.

De term ‘zeggenschap’ heeft de afgelopen jaren een prominente focus gekregen in de gezondheidszorg. Met de wettelijke verankering van deze bepaling in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) op 1 juli 2023, is het belang ervan prangender dan ooit. Maar wat betekent deze toenemende aandacht voor de ambulancesector? Hoe staat het met de inspraak en invloed van ambulanceprofessionals op de aspecten die hun werk direct beïnvloeden? Deze cruciale vragen staan centraal in deze verkenning.

Auteur Mischa Knol



Hoewel de interesse voor zeggenschap van professionals al enkele decennia een aandachtspunt is, en in de afgelopen decennia ook verschillende namen heeft gehad, nam dit tijdens de COVID-pandemie écht een vlucht. In deze periode werd pijnlijk duidelijk dat de zorg vastloopt als er niet voldoende zorgprofessionals beschikbaar zijn. Dit is weliswaar een open deur, aangezien al jarenlang gewezen wordt op te verwachten tekorten aan zorgprofessionals. Blijkbaar was echter een pandemie nodig om deze problematiek echt actueel te maken. Opvallend toen was dat verpleegkundigen (en chauffeurs binnen onze sector vaak toch in één adem genoemd) niet aanschoven aan de crisistafels om mee te beslissen over zaken als beschermende middelen of de aanpak in die onzekere tijd.

Niet zonder ons, met ons

De ontwikkeling van zeggenschap in de zorg na de COVID-periode

Bianca Buurman (destijds Chief Nursing Officer, en momenteel voorzitter van V&VN), adviseerde de toenmalige minister van Medische Zorg (van Ark) al snel over de noodzaak van een integrale aanpak. In haar advies ‘Niet zonder ons, met ons’ benadrukte zij dat concrete acties en investeringen nodig zijn om de vicieuze cirkel van uitstroom onder zorgprofessionals te doorbreken. Volgens haar zijn professionele zeggenschap en positionering essentieel voor deze zorgmedewerkers om zelf de koers voor hun beroep te kunnen uitzetten¹.

Drie centrale thema’s in het advies zijn:

1. Het creëren van tijd en ruimte om er zo voor te zorgen dat professionals gepositioneerd en gefaciliteerd worden om zeggenschap optimaal te kunnen uitoefenen. Zij vraagt daarin om hele praktische zaken zoals het beter regelen van cao-gerelateerde onderwerpen: invloed op roosters, het verkennen van mogelijkheden om professionals te stimuleren om meer uren te werken (wat in Nederland helemaal niet zo aantrekkelijk is voor onze beroepsgroep),
2. Het verankeren van scholings- en loopbaanmogelijkheden.
3. Erkenning van professionele zeggenschap op organisatie- en op landelijk niveau.

Hierna volgden er in rap tempo verschillende kamerbrieven², onderzoeken,

rapporten en werden moties³ ingediend om dit onderwerp op verschillende (politieke) tafels te krijgen.

De Sociaal Economische Raad (SER) doet het advies van Bianca Buurman nog eens dunnetjes over met een rapport genaamd; ‘Aan de slag voor de zorg: een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt’ (2021), met vijf belangrijke punten om de zeggenschap van zorgmedewerkers te versterken. Het rapport beschrijft dat het essentieel is om de professionele ruimte en autonomie van zorgmedewerkers te vergroten door minder regeldruk en meer vertrouwen. Ten tweede is investeren in scholing, ontwikkeling en loopbaanperspectief cruciaal, waarbij geoormerkt geld⁴ vrijgemaakt zou moeten worden. Daarnaast is het belangrijk om zorgprofessionals te behouden door onder andere betere stageplekken, regionale samenwerking en financiering voor een betere werk-privébalans. Ook het verbeteren van de waardering en betrokkenheid van zorgprofessionals door het verhogen van lonen en vertegenwoordiging in besturen van deze groep. Als laatste is het van belang om zorgprofessionals te betrekken bij technologische en sociale innovaties, zodat de nieuwe ontwikkelingen aansluiten bij hun werksituatie⁵.

Alle rapporten, adviezen en moties hebben succes: het parlement neemt bijna unaniem een wetsvoorstel aan dat de zeggenschap van zorgprofessionals wettelijk vastlegt. Volgens deze nieuwe wetgeving, die op 1 juli 2023 in werking is getreden, valt onder ‘goede zorg’ ook de invloed van zorgverleners op het primaire zorgproces en het zorginhoudelijk beleid van de instelling. Het uitgangspunt is dat binnen zorginstellingen niets over de vakinhoud en beroepsontwikkeling van zorgprofessionals wordt besloten zonder hen daarbij te betrekken. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zal toezien op de uitvoering van deze wetwijziging, die is opgenomen in artikel 3 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

De zeggenschap van professionals is weliswaar wettelijk verankerd, maar komt niet vanzelf tot stand. Veel professionals kampen met een hoge werkdruk, mede als gevolg van een tekort aan collega's, zowel op de ambulance als op de meldkamers. Bovendien worden veel besluiten top-down genomen, wat wijst op een sterke hiërarchische cultuur. Het gevoel leeft dat er niet wordt geluisterd of er weinig met aangedragen ideeën wordt gedaan. Er wordt onvoldoende gestimuleerd om zeggenschap te ontwikkelen en er is vaak te weinig ruimte of tijd om deze goed op te zetten. Als professionals meer zeggenschap willen, hebben ze naast ruimte ook begeleiding nodig om te wennen aan deze positie en hierin geschoold en begeleid te worden. Er is een cultuurverandering nodig aan beide kanten. Professionals moeten de ruimte krijgen om initiatief te tonen en een mening te vormen, terwijl leidinggevend en managers deze ruimte moeten bieden en de adviezen serieus moeten nemen in de besluitvorming en het beleid rondom de beroepsuitoefening.

Wat houdt zeggenschap in?

Het woord zeggenschap is inmiddels ook een soort containerbegrip aan het worden. Het is mooi dat onze inspraak nu in wetgeving en allerlei adviezen gepromoot wordt maar wat houdt het eigenlijk in en wat wordt er dan van ons verwacht? De Dikke van Dale omschrijft zeggenschap als 'het recht om mede te beslissen = macht' staat erachter.



Macht heeft een ietwat negatieve connotatie maar uiteindelijk is dit wel waar het over gaat. In Nederland is er nog niet veel onderzoek gedaan naar dit onderwerp, al begint het steeds meer in de belangstelling te komen. Er is dan ook geen eenduidig omarmde definitie vanuit de praktijk. Ik hanteer hier de omschrijving

'Zeggenschap is een breed begrip: het gaat om de mogelijkheden die je in een organisatie hebt om zelf je werk in te delen, zelf te roosteren, de invloed die je hebt op de ontwikkeling van het vak in je eigen team, in de organisatie en landelijk en de manier waarop verpleegkundigen daarin gefaciliteerd worden met formele posities, loopbaanmogelijkheden, opleiding, erkenning en waardering'.

zoals hierboven beschreven in het rapport van B. Buurman (2020).

Volgens experts is er duidelijkheid over waar professionele zeggenschap over zou moeten gaan. Het gaat dan over de inhoud en de ontwikkeling van het beroep en de manier waarop deze in de praktijk wordt uitgeoefend. In de internationale literatuur wordt vaak gesproken over 'Shared Governance' of 'Professional Governance'. Dit zijn termen die gebruikt worden om professionele zeggenschap concreet vorm te geven en te stimuleren. Shared governance betekent dat professionals zeggenschap hebben over hun eigen beroepsuitoefening en de organisatorische context waarin

ze werken. Zo worden de traditionele hiërarchische organisatiemodellen doorbroken en wordt de besluitvorming gedeeltelijk gedecentraliseerd. Dit model is gebaseerd op gelijkwaardigheid, eigenaarschap en verantwoordelijkheid van professionals. Het overzicht dat is bijgevoegd laat goed de verschillen zien tussen shared governance en de meer gebruikelijke vormen van besluitvorming^{7,8}.

Zeggenschap binnen de ambulancesector

Inspraak en invloed hebben op, zijn cruciale thema's in de professionele beroepsontwikkeling. Het blijkt zelfs een

	Participatory Management	Shared Governance
Goals	Leaders request input from staff to determine goals; use of input is optional.	Staff are given the responsibility, authority, and accountability to determine what goals to pursue.
Use of input	Leader is not required to use staff input	Staff obtains input from colleagues and others.
How decisions are made	Final decision lies with leader, who may accept or reject staff input.	Leaders clearly articulate the guidelines for the decision and staff make autonomous decisions that stay within the guidelines.
Leadership style	Hierarchical leader	Servant leader
Level at which decisions are made	Centralized decision making	Decentralized decision making

ANPD: Blogs: Shared Governance: What it is and is Not via <https://ncgovote.org/nl/shared-governance-what-it-is-and-is-not/>

OR moet wettelijk gezien de belangen van werknemers behartigen. Een PAR daarentegen ontleent haar invloed aan de kwaliteit en expertise van de adviseurs die haar leden geven vanuit hun specifieke kennis en expertise vanuit hun beroep. Bovendien wordt de OR vaak pas later betrokken, terwijl een PAR veel eerder meedenkt over veranderingen of nieuw beleid. De leden van een PAR zijn nauw betrokken bij de kerntaken van de organisatie. Daarom kan hun inbreng voordelig zijn voor het management of de directie. Door de rollen van OR en PAR goed te benutten, kunnen we de betrokkenheid van zorgprofessionals in onze sector op een effectieve manier vormgeven.

Professionele Adviesraad (PAR)

Een adviesraad van professionals is binnen de ambulancesector momenteel nog in een pril stadium. Slechts twee Nederlandse ambulancediensten hebben er tot op heden een geïmplementeerd (de RAVU en de ARR). Deze invulling hoeft niet per se door middel van een adviesraad te gebeuren. Maar het opzetten van een PAR kan een goede manier zijn om de stem van de professionals binnen de organisatie te laten horen.

Een PAR kan een waardevolle bijdrage leveren aan de besluitvorming binnen een organisatie, door middel van adviezen vanuit de specifieke expertise van de professionals. Met de juiste aanpak kan een PAR een belangrijke rol spelen in de verdere ontwikkeling en verbetering van de ambulancezorg. De inbreng van professionals, die dagelijks werkzaam zijn in de praktijk, kan immers waardevolle inzichten en perspectieven opleveren die de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening ten goede komen.

Het is dan ook aan te bevelen dat meer ambulancediensten de mogelijkheid onderzoeken om een PAR op te richten. Op deze manier kunnen de ervaringen en ideeën van de professionals optimaal worden benut, ter versterking van de ambulancezorg als geheel.

Laten we ernaar streven dat binnen vijf

jaar in elke RAV een PAR is opgericht. Met alle ontwikkelingen die spelen moeten professionals betrokken worden bij beslissingen die gemaakt worden over hun toekomst en beroepsinhoud. Hierbij is een cultuuromslag nodig binnen onze sector, zodat een merkbare verandering plaats gaat vinden en ervaren wordt op het gebied van zeggenschap. Dit vraagt om actieve inzet van ons als professionals zelf. Zeggenschap krijg je niet, die moet je ook nemen!

Literatuur

1. Buurman, B. (2020, September). 'Niets over ons, zonder ons'. Advies van de Chief Nursing Officer inzake de zeggenschap en positionering van verpleegkundigen en verzorgenden. Geraadpleegd op 8 april 2024 van <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/publicaties/2020/09/02/investeringsagenda-zeggenschap-en-positionering-verpleegkundigen-en-verzorgenden>.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 24 februari). Vergroten van professionele zeggenschap van zorgprofessionals. Publicatie Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/09/03/aanbiedingsbrief-zeggenschap>
3. Initiatiefvoorstel-Ellemeet en Tielen; invloed van zorgverleners (35.660). (z.d.). Eerste Kamer Der Staten-Generaal. Geraadpleegd op 10 april 2024, van https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/35660_initiatiefvoorstel_ellemeet.
4. Geormerkt geld is geld dat speciaal aan een vooraf bepaald doel besteed wordt door middel van bijvoorbeeld subsidies.
5. Sociaal Economische Raad (SER) (2021). Aan de slag voor de zorg. Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt. In <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/aan-de-slag-voor-de-zorg>. SER. Geraadpleegd op 8 april 2024, van <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/aan-de-slag-voor-de-zorg>.
6. Van Dale Nederland (z.d.). Verkregen op 8 april 2024 via <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/zeggenschap>.
7. Buurman, B. (2020). Niets over ons, zonder ons: Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen en verzorgenden. september 2020, 1–9.
8. B.J.M., B. de e. a. (2023). Rapportage Nulmeting 'Landelijke Monitor Zeggenschap Verpleegkundigen, Verzorgenden, Verpleegkundig Specialist en Begeleiders' voor het ministerie van VWS 2023 (Issue december).
9. B.J.M., B. de e. a. (2023). Rapportage Nulmeting 'Landelijke Monitor Zeggenschap Verpleegkundigen, Verzorgenden, Verpleegkundig Specialist en Begeleiders' voor het ministerie van VWS 2023 (Issue december).
10. De Ambulance Rotterdam-Rijnmond (ARR) is de enige RAV die meegedaan heeft aan de Monitor Zeggenschap. Wil je als RAV ook meedoen met de Monitor, dan kun je je organisatie gedurende het hele jaar hiervoor aanmelden. De eerstvolgende meting met de monitor zeggenschap start op 2 september 2024 en eindigt op 31 oktober 2024. Wil je zeker zijn van deelname aan ronde 2, meld je organisatie dan uiterlijk 31 juli 2024 aan via: <https://accuralis.com/accuralis.com/monitor-zeggenschap/>
11. Een VSB functioneert als een formeel en zelfstandig adviesorgaan van de Raad van Bestuur voor inhoudelijke, verpleegkundige aangelegenheden.



Noodzaak en nauwkeurigheid van medische training bij de SAR-helikopters

Enige tijd geleden maakten we in het vakblad Ambulancezorg al kennis met de ambulance-verpleegkundige op de Search and Rescue (SAR)-helikopters van de Nederlandse Kustwacht. De SAR-Nurse, die lid is van de technical crew van de helikopter, heeft, naast verpleegkundige taken, ook verschillende taken op de basis waar zij zorg voor dragen, zoals het onderhouden van eigen currency's (dit zijn reguliere vaardigheden binnen de ambulancezorg zoals intuberen, ALS reanimaties of protocollen kennis), maar ook die van de overige technical crew members en piloten. De auteur van dit artikel, Elroy van Berkel (39 jaar) is naast SAR-Nurse ook Medical Trainer bij Bristow Netherlands, de helikopter provider die de helikopters levert aan de Nederlandse Kustwacht. Van Berkel zette het programma Opleiden en Trainen op bij Bristow.

Na 14 jaar bij defensie te hebben gezeten wou ik mezelf graag meer ontplooiën in het verpleegkundig vak. Hierdoor ben ik op de Spoed eisende Hulp terecht gekomen en niet lang daarna op de ambulance bij RAV Midden West Brabant, locatie Bergen op Zoom. Daar ben ik doorgegroeid naar trainer en assessor. Dit heb ik altijd met veel plezier gedaan. Na mijn overstap naar Bristow, kreeg ik de kans om daar Medical Trainer te worden en deze kans heb ik met beide handen aangegrepen. Omdat de organisatie nieuw was in Nederland, heeft het mij de kans gegeven om het Opleiden en Trainen in zijn geheel op te zetten.

Als Medical Trainer ben ik verantwoordelijk voor alle medische trainingen die binnen de helikopter capaciteit van de Nederlandse Kustwacht gegeven worden. Dit kunnen initiële opleidingen zijn voor Winchman of Winch Operators die bij ons in dienst komen, waarbij ik, samen met onze medische partner Dutch Medical Group, de scholingen verzorgt. Ook het onderhouden van vaardigheden voor de flight crew zoals eerste hulp voor piloten of de (bij)scholingen voor de collega SAR-Nurses, valt onder mijn verantwoordelijkheid.



Stand-by tijd is scholingstijd

De helikoptercrew bestaat uit vijf personen: twee piloten, een winchman (reddingszwemmer), een winch operator (lier bedienaar) en een SAR-Nurse. De crew die operationeel is, gebruikt de “stand-by” tijd voor het onderhouden van medische en vliegtechnische vaardigheden. Het trainen van de medische vaardigheden gebeurt onder toezicht en door aftoetsing van de SAR-Nurse. Hierbij worden naast de vaktechnische skills van de SAR-Nurse, ook de assisterende functie en handelingen van de Winchman of Winch Operator beoefend. De Medical Trainer houdt bij welke vaardigheden zijn beoefend en afgetoetst. Op de basis in Midden-Zeeland wordt ook met de RAV Zeeland getraind. In een twee wekelijkse training, komen ambulancebemanningen van Zeeland kennis maken met de helikopterbemanning en worden gezamenlijk diverse scenario's getraind, waaronder de patiënten-overdracht. Door mensen bekend te maken met de procedures van de helicrew en visa versa, creëer je bewustwording onder beide teams.



Scenario-trainingen op zee

Naast de trainingen op de basis of bij de RAV, heeft de flight crew ook een paar keer per jaar scenario-trainingen aan boord van een zeevarend schip. Hierbij traint de crew op speciale locaties zoals in het ruim, een machinekamer of de kombuizen. Dit geeft een extra dimensie aan het trainen en daarbij moet er ook nagedacht worden over de evacuatie van het slachtoffer. Deze dagen staan geheel onder mijn supervisie, samen met instructeurs van Dutch Medical College. Door op locaties te trainen waarbij wij vaak geconfronteerd worden met complexe situaties, worden deelnemers tijdens deze trainingen meer getriggerd om na te denken over bijvoorbeeld evacuatie mogelijkheden en keuzes te maken over eerste medische behandeling. Dit geeft een extra leerrendement. Ook wordt er gedurende deze training de tijdsdruk opgevoerd. Dit doen we om het presteren onder tijdsdruk te beoefenen. Onze helikopter blijft immers in de lucht hangen tijdens een Medevac op zee en heeft niet oneindig veel brandstof bij zich. Ook moet je als verpleegkundige meedenken met de overige bemanning. Wat heeft het weer voor invloed voor onze vlucht? Naar welk ziekenhuis moeten we vliegen en welke effecten heeft dit op onze brandstof? Of welke behandeling moet ik aan boord van het schip inzetten en welke kan later aan boord van de helikopter? Er komen dan plots veel meer overwegingen bij een hulpverlening kijken.

Verschil in complexiteit

De functie Medical Trainer is wel degelijk anders dan die bij een RAV. Bij het ontwikkelen van trainingen moet ik rekening houden met verschillende factoren. Zo werken we conform LPA-9, maar hebben we ook extensie protocollen waar we mee werken. Maar ook luchtvaartwetgeving (EASA) speelt bij ons een rol. Dit maakt het ontwikkelen van scholingen en trainingen erg uitdagend. Dit kunnen E-Learnings zijn, Powerpoint presentaties of scenario-trainingen. Wat ik zo mooi vind aan het opleiden en trainen is mijn opgedane kennis te delen en mensen te zien groeien in hun vak. Niet alleen op het gebied van kennis maar ook in hun zelfvertrouwen. Als collega's alle casussen aankunnen en daarbij het gevoel hebben alles aan te kunnen, dan is mijn doel bereikt.

AI in de spoedzorg

Terugblik op een inspirerende Avond

Het is essentieel voor professionals in de spoedzorg om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen, zeker in een wereld waarin technologie steeds meer geïntegreerd raakt in ons dagelijks leven. Daarom was er onlangs een bijzondere thema-avond, “AI in de Spoedzorg”, georganiseerd door de ambulancediensten Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid, GHOR Gelderland-Midden en SpoedZorgAcademy.



Reggie Diets

Door Reggie Diets, adviseur onderwijs afdeling Crisisbeheersing, team GHOR Gelderland-Midden

De avond was bedoeld om deelnemers kennis te laten maken met de veelzijdige wereld van Kunstmatige Intelligentie (AI ofwel Artificial Intelligence) en specifiek ChatGPT. Aan het woord kwamen Michiel Tebbes (SEH-arts en Medisch Futuroloog), Marieke Bak (Medisch Ethicus) en Tim Goudriaan (AI en ChatGPT Trainer). Hun inzichten en expertise boden een breed spectrum aan perspectieven op het gebied van AI in de spoedzorg, van de toekomstige mogelijkheden tot de ethische overwegingen.

De mogelijkheden en gevaren van ChatGPT

Jordi Deckert en Gert-Jan Mauritz van SpoedZorgAcademy reflecteren op de avond: “Mensen komen naar deze avond om te horen wat dat hele AI en ChatGPT nou precies kan. Het is dan super om de bezoekers gedurende de avond steeds meer verbazing en enthousiasme te zien krijgen. We kregen te horen dat sommige mensen direct ‘s avonds bij thuiskomst van alles hebben geprobeerd met ChatGPT, dat is fantastisch! Ons doel is om mensen te informeren over de veelzijdige mogelijkheden van AI en ChatGPT en met dit soort avonden belichten we alle kanten, ook de gevaren want die zijn er zeker,” vult Gert-Jan Mauritz aan.

Enthousiast de app installeren

Tim Goudriaan, AI-trainer en één van de sprekers, deelt het enthousiasme: “Het is mooi om te merken dat je op dit soort

avonden mensen bereikt, die nog niets hebben geprobeerd met bijvoorbeeld ChatGPT. Nadat een korte cursus van mij tijdens deze thema-avond zie je dat mensen vanzelf enthousiast worden. Sommigen installeren de app al op hun telefoon voordat ze naar huis gaan, geweldig!”

Ontwikkeling AI gaat als een hogesnelheidstrein

Reggie Diets, van Ambulancezorg Gelderland Midden en Zuid en GHOR Gelderland-Midden, benadrukt het belang van dergelijke evenementen: “We merken dat het hele AI nog niet zo leeft in onze organisatie. Mensen hebben het er wel over maar weten niet precies wat ze ermee moeten. Dit soort thema-avonden zijn uiterst belangrijk voor die bewustwording. Deze hele ontwikkeling heeft de vaart van een hogesnelheidstrein. Als je daar nu niet instapt, gaat het heel lastig worden de ontwikkelingen nog bij te houden. We zijn blij dat we deze avond hebben kunnen organiseren in onze organisatie en dat er zoveel interesse in was vanuit de medewerkers. We kijken terug op een zeer geslaagde avond!”

De rol van AI en ChatGPT in prehospitalale zorg

De avond was niet alleen een kans om te leren, maar ook om te netwerken en ideeën uit te wisselen over hoe AI en ChatGPT een rol kunnen spelen in de toekomst van de prehospitalale zorg. Wij hopen dit jaar een tweede bijeenkomst te organiseren waarin wij als deelnemers zelf kunnen werken met ChatGPT.



V.l.n.r. Tim Goudriaan, AI-adviseur & Trainer, Reggie Diets, Onderwijskundige en AC VGGM, Gert-Jan Mauritz, mede-eigenaar SpoedZorgAcademy en SEH-arts, Marieke Bak, Medisch ethicus en onderzoeker, Michiel Tebbes, Medisch futuroloog en SEH-arts en Jordi Deckert, mede-eigenaar SpoedZorgAcademy en SEH/Anesthesieverpleegkundige.



Overplaatsingen met nCPAP of Optiflow worden begeleid door een verpleegkundige van het UMC Utrecht. Foto: Klaas Jan van der Weij

Help een baby

Ambulancezorg voor de neonat tijdens een overplaatsing

Je krijgt een B1 urgentie voor overplaatsing van een neonat in een couveuse van de NICU naar een perifeer ziekenhuis op ruim een uur rijden. Het gaat om Morris, een jongen die drie weken geleden is geboren bij 26 5/7 week met een geboortegewicht van 712 gram. Morris is een tijd beademd op de NICU en recent afgebouwd van niet-invasieve beademing. Het is druk op de NICU waar je met de couveuse binnenkomt lopen.

Je ziet een erg klein roze baby, met op de monitor een hartfrequentie van 170 p/min en een saturatie van 97%. Je krijgt een vlotte overdracht en krijgt moedermelk mee. Je bent nog geen minuut onderweg of Morris' hartfrequentie zakt naar 100 met een saturatie van 89% bij een ademhalingsfrequentie van 18 p/min. Dit houdt een paar seconden aan waarna de situatie herstelt. Gaan we terug naar de NICU of rijden we door?

In dit artikel willen we je een aantal handvatten geven over de zorg voor een neonat, zoals aan Morris uit de beschreven casus. Hoe kun je je voorbereiden, wanneer moet je je zorgen maken, welke interventies kun je toepassen en wanneer moet je daadwerkelijk omkeren en terug naar de NICU? Een ambulanceprofessional is een specialist in de spoedzorg en tevens een generalist, met beperkte kennis over een breed palet aan patiëntencategorieën. Dat maakt dat de zorg voor een neonat soms uitdagend gevonden kan worden. Het is een categorie die je misschien weinig tegenkomt en zeker niet zo klein als Morris uit de casus.

Door Jozua van Duuren, NIC-verpleegkundige en Ruben Verlangen, ambulanceverpleegkundige en docent/bestuurslid Nederlandse Reanimatie Raad.



Jozua van Duuren



Ruben Verlangen

Ziektebeeld

Om duidelijk te maken hoe je specifieke zorg aan de neonat moet geven, is het in eerste instantie goed om in kaart te brengen welke patiënten er op de NICU liggen. De doelgroep is duidelijk: het gaat om baby's die kort na de geboorte ondersteuning nodig hebben. Deze doelgroep is onder te verdelen in 4 subgroepen:

1. De prematuur (te vroeg geboren)/dysmatuur (te laag geboortegewicht). In Nederland worden baby's opgevangen vanaf 24 weken zwangerschapsduur. Alle baby's onder de 32 weken komen in eerste instantie op een NICU te liggen. Tijdens deze opname hebben praktisch alle baby's een vorm van ademhalingsondersteuning nodig voor een bepaalde periode. Het gewicht van deze kinderen of pasgeborenen kan variëren van rond de 500gr – 2000gr. Vooral bij de hele kleine baby's zijn je materialen een uitdaging, denk hierbij smalle toegang bij de luchtwegen en zeer dunne tubes. Ook hebben we te maken met hele kleine, kronkelende vaatjes, waardoor het plaatsen van een infuus vaak een uitdaging is.
2. De baby met neurologische problemen. Denk hierbij aan hersenbloedingen, infarcten, convulsies en post-reanimatie koeling.
3. De baby met aangeboren afwijkingen. Dit kan chirurgische, urologische of cardiologische aandacht vereisen, maar ook metabole disregulatie geven.
4. De baby met andere specifieke problemen; lage glucoses, hyperbilirubine, meconiumaspiratie, etc.

Al deze problemen laten duidelijk zien dat ouders flink van hun roze wolk af zijn gevallen. Wat een mooie tijd had moeten zijn rondom de geboorte, is veranderd in een diep gat. Dit heeft veel impact op ouders. De ouders van Morris hebben dit duidelijk ervaren, 3 weken heeft Morris op een intensive care gelegen. Meerdere keren hebben zij gevreesd voor het leven van hun kind. Ouders ervaren de NICU opname als een trauma. Zij doen alles om te voorkomen dat hun kind ziek wordt; terugplaatsing naar de NICU zorgt alleen maar voor meer trauma. Eén van de acties die hierin voor ouders erg belangrijk is, is goede handhygiëne, bij ouders wordt hierop enorm gehamerd. Dit is veiligheid voor hun baby.

Het is een kwetsbare patiëntengroep waarmee gewerkt wordt, er is een mogelijkheid dat je onderweg bij Morris moet ingrijpen en daarom willen we graag erop wijzen dat handhygiëne

enorm belangrijk is. Het essentieel dat sieraden en horloges afgaan van de handen/armen en mouwen worden opgestroopt. Liever geen handschoenen, maar handendesinfectie iedere keer voordat je aan de baby komt. Handendesinfectans op handschoenen is nutteloos.

Het wordt enorm gewaardeerd als er ruim voor aankomst gebeld kan worden met de afdeling. Op deze manier kan er ook rekening worden gehouden met alles wat nog geregeld moet worden voor vertrek. Ouders kunnen paraat staan, voeding uit de koelkast halen en de overdracht kan worden uitgeprint. Dit zorgt er dan ook voor dat de ambulance weer sneller kan vertrekken, waardoor sprake is van een win-winsituatie.

Zelfvertrouwen

Doordat de MKA gebeld heeft dat de ambulance er over 10 minuten is, staan de ouders van Morris al paraat op de afdeling. Zij willen aanwezig zijn als het ambulancepersoneel op de afdeling komt, Morris in de transportcouveuse wordt gelegd en wanneer hij richting de ambulance gaat. Vaak gaat dit gepaard met veel foto's en video's maken.

Als ambulanceprofessional heb jij hierin de taak om zelfvertrouwen uit te stralen. Morris is nu net iets meer dan een kilo. Het laten zien dat je een zeer klein baby'tje spannend vindt, geeft ouders veel spanning. Je bent een expert in jouw vakgebied en de zorg van deze baby kan jij ook aan.

Om zelfvertrouwen te kunnen uitstralen is kennis nodig. Ken je apparatuur, zorg ervoor dat je weet hoe de transportcouveuse werkt, hoe je een flowsnor aansluit en hoe je zuurstof- en luchtflessen moet verwisselen. Neem verpleging even apart als toch sprake is van bepaalde onduidelijkheden.

Time out en transfer naar transportcouveuse

Voordat je gaat beginnen met de transfer naar de transportcouveuse is het raadzaam om een time-out uit te voeren, hiermee laat je zien dat jij controle hebt over de situatie en dat je niks over het hoofd ziet. Een onderdeel van deze time-out zijn de monitorinstellingen, de instellingen van de flowsnor, instellingen van de couveuse, het niet vergeten van moedermelk, verpleegkundige en medisch overdracht en eventuele medicatie. Maar neem ook de baby zelf mee in deze time-out, wanneer was de laatste daling, wat is de regelmaat van deze dalingen, welke interventie moet er plaats vinden om de baby uit deze daling te halen en bij welke situatie draai ik de ambulance om en rijden we terug naar de NICU? Vanuit dit oogpunt is het ook raadzaam om het telefoonnummer te vragen van de afdeling vanwaar je vertrekt.

De NICU van Utrecht heeft een time-out formulier in het patiënten data managementsysteem. Wanneer een afdeling niet zo'n time-out formulier heeft, zorg er dan zelf voor als ambulanceprofessional en vraag zelf ook om een time-out. Het geeft houvast!

De verplaatsing van Morris moet met voorzichtigheid worden gedaan, vermijd snelle bewegingen en neem je tijd om hem over te tillen van de couveuse naar de transportcouveuse. Een techniek om een baby veilig te pakken is door met je linkerhand een scheppende beweging te maken onder het hoofdje. Het hoofd ligt dan in de palm van je hand en je kan dan een lichte grijpbeweging ervan maken zodat het hoofdje nergens

heen kan. Met de rechterhand maak je een grijpbeweging naar de luier, waarbij je duim boven op de luier is geplaatst en de rest van je hand onder de luier. Met deze rechterhand kan je dan iets sturen. Zorg dat de couveuse op jouw hoogte staat en nadat je beide handen hebt geplaatst, neem je de baby naar je toe. Terwijl je de transfer maakt, houd je de baby op borsthoogte, veilig in de buurt.

De temperatuur van de transportcouveuse stel je in op dezelfde temperatuur als de couveuse waar de baby in ligt. De vochtigheidsgraad wordt op de afdeling wel ingesteld, onderweg wordt dit niet meegenomen aangezien de verblijfsduur in de transportcouveuse relatief kort is. Voor de veiligheid komt de baby in de gordels te liggen.

Vanwege deze veiligheid worden tweelingen niet meer samen in één transportcouveuse vervoerd.

Mee laten rijden van een ouder

Ouders stellen het zeer op prijs als een ouder mee kan rijden tijdens de rit. Zo ook de moeder van Morris. Een overplaatsing is zeer spannend, de ouders gaan van een veilige plek naar een nieuwe omgeving, met nieuwe hulpverleners en mogelijk ook minder monitoring. Dit wordt als zeer spannend ervaren. De ouders verliezen grip op deze nieuwe situatie en door een ouder mee te laten rijden geef je een vorm van controle.

Dagboekje

Tijdens het verblijf op de NICU werd door de verpleging een dagboekje bijgehouden voor Morris, ook ouders schrijven hierin. Het teruglezen in dit dagboekje wordt vaak door ouders ervaren als traumaverwerking. Op het moment van overplaatsing heb jij ook een belangrijke rol in het leven van deze

ouders, het wordt daarom ook zeer gewaardeerd als je even de tijd neemt om een kort stukje in het dagboek te schrijven als afsluiting van de NICU-periode. Dit hoeft niet veel tijd te kosten, de winst is echter enorm.

Afwijkende monitorwaarde tijdens de rit

De monitorwaardes van baby's op de NICU zijn zelden constant, er is veel variatie in de parameters. Dit is vooral kenmerkend bij prematuren. Wat tevens kenmerkend is voor prematuren zijn apneus. Door het hobbelen van de ambulance kan Morris diep in slaap vallen en daardoor vergeten adem te halen. Vanuit deze apneu kan een diepe bradycardie volgen. Dit is niet direct een teken om je zorgen te maken. Wanneer Morris zelf niet in enkele seconden uit de bradycardie komt is het raadzaam om hem te gaan stimuleren. Schud in eerste instantie licht op de borst met je hand, dit is een lichte stimulans. Wanneer dit weinig tot geen effect heeft, zorg dan voor een wat stevigere stimulans door bijvoorbeeld wat druk aan te brengen op de voetzool. Deze pijn prikkel zorgt er doorgaans voor dat een kind weer normaal gaat ademen. Gebeurt dit zeer regelmatig (elke minuut), neem dan contact op met de NICU. Controleer wel eerst of de flowsnor nog goed bevestigd is: beide sprietjes horen in de neus te zitten. Bij een flow van 1 liter is het mogelijk om deze op te hogen naar 2 liter. Draag dit dan duidelijk over bij het ontvangende ziekenhuis.

Wanneer Morris ten gevolge van de bradycardie ook een saturatiedaling heeft, mag de zuurstof voorzichtig worden opgedraaid. Een flowsnor bij baby's zit vast aan een blender; dit geeft de mogelijkheid om lucht en zuurstof te mixen. Je kunt dus tussen de 21% en 100% zuurstof te geven. Bij een saturatiedaling draai je de zuurstof onder geleide van de saturatie-



Foto Klaas Jan van der Weij

Met 26 weken geboren, nu 4 weken later mag deze neonat naar een post IC centrum



Nasale CPAP in de transportcouveuse, elke neonaat ligt in de gordels

meting op; 5% per keer. Bij een zuurstofbehoefte boven de 45%-50% adviseren we om contact op te nemen met de NICU. Morris zal een saturatie boven de 88% moeten hebben. Denk eraan om tijdig de zuurstof af te bouwen. Te veel zuurstof is voor een baby niet goed. Bij het geven van zuurstof wordt vaak een saturatie bovengrens gehanteerd van 94%, is deze boven de 94, dan kan je geleidelijk gaan afbouwen met je zuurstof. De afspraken rondom de saturatie dienen meegenomen te worden in de time out.

Een tachycardie (hartslag rond de 200) bij baby's is niet verontwaardigend. Vaak is dit het gevolg van huilen en/of extreme onrust. Een hele simpele interventie is in dit geval om je hand op de romp van de baby te leggen, probeer hierin beide armen van de baby onder controle van je hand te houden zodat er geen "maai"-bewegingen meer kunnen worden gemaakt. Hier wordt de baby vaak al rustig van. Ook helpt het om zachtjes tegen de baby te praten en zo nodig te troosten met een fopspeen.

Subtiele veranderingen

De baby's in kwestie kunnen niet aangeven als zij iets niet prettig vinden; het dalen van hartactie en/of saturatie kan soms veroorzaakt worden door kleine dingen, dingen die vooral onrust veroorzaken. Denk hierbij aan de volgende aspecten:

- Het liggen op dopjes en lijnen; het simpel weghalen van een dopje die onder het kind ligt, kan ervoor zorgen dat de baby weer betere monitorwaarden heeft.
- Een volle poepluier kan saturatiedalingen veroorzaken, poep en persen staat gelijk aan ongemak van de baby. Het voor vertrek controleren of de baby geen vieze luier heeft, kan ervoor zorgen dat je onderweg minder dalingen hebt.

Als tijdens de rit toch veel saturatiedalingen optreden, controleer dan even de luier. Onderweg verschonen is lastig, maar je hebt dan in ieder geval wel een verklaring.

- Het kan zijn dat de baby een bepaalde ligging niet lekker vindt. Dit kan gepaard gaan met onrust en ook saturatiedalingen. Door bijvoorbeeld het hoofdje voorzichtig een andere kant op te draaien, kan je bereiken dat de baby weer beter in zijn velletje zit.

Ter afsluiting willen we benadrukken dat de zorg voor neonaten tijdens overplaatsingen een uitdaging is die specifieke aandacht en zorgvuldigheid vereist. Door je bewust te zijn van de subtiele signalen en mogelijke ongemakken van de baby, kun je als ambulanceprofessional een essentiële rol spelen in het waarborgen van de veiligheid en het welzijn van deze kwetsbare patiëntengroep. Jouw toewijding en expertise dragen bij aan het creëren van een positieve ervaring voor zowel de baby als de ouders tijdens deze vaak stressvolle momenten. En in het geval van Morris uit de begin casus: doorrijden lijkt door het snelle en spontane herstel te verantwoorden. Beter is om deze overweging onderweg voor te zijn door voor vertrek goed af te stemmen wat normaal is en wat niet en welke interventies noodzakelijk zijn. Ambulanceprofessionals weten een beetje van veel, dus laagdrempelig overleggen door te bellen met de NICU over wat te doen is natuurlijk altijd mogelijk. Vertrouwen hebben in je kennis en vaardigheden in combinatie met bewust zijn van je onbekwaamheden maken je een professional.

Casus

Brugada

Casus

Vrijdagavond om 19:20 uur worden we gealarmeerd voor een directe inzet (A2) naar een kleine sporthal naast een basisschool. De melding luidt Man, 32 jaar, aan het zaalvoetballen, voelt zich niet lekker, valt steeds weg. Na twee minuten wordt de urgentie verhoogd naar een Ao: reanimatie. Politie, tweede ambulance en het MMT worden ook gealarmeerd.

Door Floor Hess, ambulanceverpleegkundige RAV Hollands Midden en Marloes van Wieringen, verpleegkundig specialist, RAV Hollands Midden

Ter plaatse

Bij aankomst ligt een 32-jarige man op de grond midden in de sporthal. Hij wordt gereanimeerd door de politie. Als eerste ambulance krijgen we een korte overdracht: de man viel neer, vrienden zijn meteen gestart met reanimatie, na drie minuten arriveerde de eerste politie-eenheid met een AED. De AED heeft anderhalve minuut geleden de eerste schok toegediend. We sluiten meteen onze eigen defibrillator aan en nemen de reanimatie over. Op ventrikelfibrillatie (VF) wordt een schok gegeven. De luchtweg wordt vrijgemaakt door middel van een jaw thrust en het inbrengen van een nasofaryngeale tube. De patiënt wordt daarna adequaat beademd door middel van masker-ballon beademing. De Lucas wordt geplaatst en de hartmassage wordt hiermee gecontinueerd. Een gezekerde ademweg door middel van supraglottic airway device of intubatie is niet mogelijk in verband met een kaak-klem. De tweede ambulance komt na een aantal minuten binnen en gaat, na een korte overdracht, aan de slag met de C. Er is geen mogelijkheid tot het plaatsen van een intraveneuze

toegang, waarop wordt gekozen een intra-ossale naald in de proximale tibia te plaatsen. Na in totaal vijf blokken VF (analyse van politie meegerekend), ontstaat ROSC. We hebben op dat moment nog geen medicatie toegediend.

Na ROSC is de ABCDE als volgt:

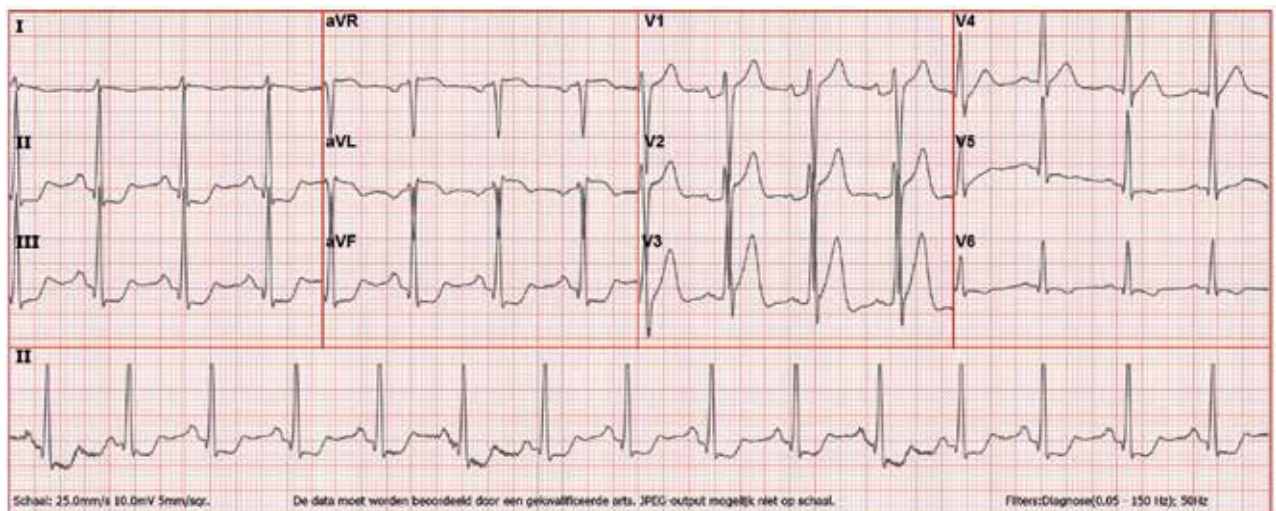
- A. Vrij, met nasofaryngeale tube in situ
- B. Saturatie 92%, diepe symmetrische ademhalingen 7/min, VAG beiderzijds
- C. Sinusritme 80 bpm, RR15/80 mmHG, ECG; tekenen van ischemie, geen tekenen van geleidingsstoornissen
- D. Begint spontaan te bewegen met rechterarm, E1M4V1, blds 6.0 mmol/l, pupillen PEARRL E: T36.5°C

Bij lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De anamnese wordt via de politie verkregen. Zijn in de kleedkamer opgevangen vrienden vertellen dat hij niet lekker werd tijdens zaalvoetballen. Hij was aan de kant gaan zitten en toen in hun bijzijn bewusteloos geraakt. Ze zijn meteen gestart met reanimatie. Inmiddels was ook zijn vriendin aan de telefoon. Zij vertelde dat er geen sprake was van een relevante medische voorgeschiedenis of medicatiegebruik. Wel was hij de afgelopen dagen verkouden en de huisarts had Fluticason neusspray voorgeschreven.

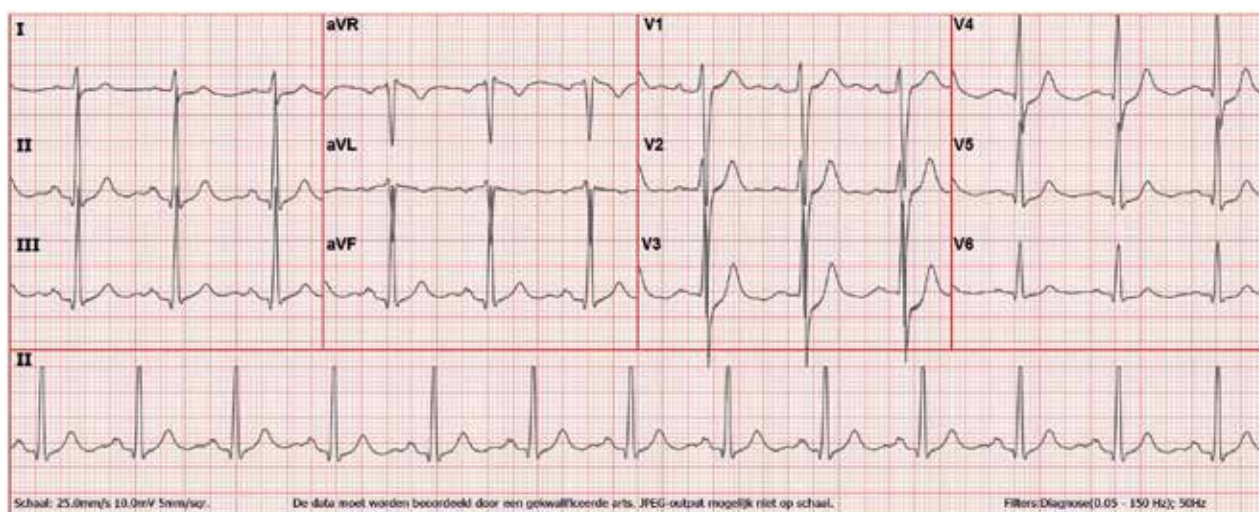
Vervolg hulpverlening

Tien minuten na de eerste auto, arriveert het MMT. Inmiddels heeft de patiënt ROSC, is erg onrustig en heeft een trage ademhalingsfrequentie. Samen met het MMT wordt besloten de patiënt te sederen en te intuberen. Hij krijgt etomidat, lidocaïne, rocuronium, midazolam en fentanyl alsmede ondersteuning van noradrenaline. Magnesium wordt gegeven als antiarythmicum.

Na een verder vlotte intubatie wordt besloten om met spoed



Afbeelding 1 eerste ECG post-reanimatie na ROSC



Afbeelding 2 ECG bij aankomst ziekenhuis

richting het dichtstbijzijnde academisch ziekenhuis te rijden (20 minuten afstand). Om de bloeddruk stabiel te houden wordt onderweg een Noradrenaline pomp gestart en krijgt de patiënt fentanyl ter pijnbestrijding. Bij aankomst in het ziekenhuis wordt het tweede ECG gemaakt. Hierop is een upsloping ST-segment in V3-5 te zien.

De patiënt wordt stabiel overgedragen aan de SEH van het ziekenhuis. Op het moment van overdracht is er niet direct een aanwijzing gevonden voor de reanimatiesetting. Het ECG vertoont geen tekenen meer van acute myocardiischemie en ook geen aanwijzingen voor onderliggende pathologie zoals het Long QT-syndroom, Wolff-Parkinson-White-syndroom of andere aangeboren aandoeningen.

In het ziekenhuis

De patiënt wordt opgenomen op de IC waar al snel diverse premature ventriculaire complexen optreden, gevolgd door korte runnetjes ventrikeltachycardie. Het duurt niet lang tot dat opnieuw een cardiac arrest optreedt op basis van VF. Na de derde shock ontstaat kortdurend ROSC, maar gedurende dertig minuten hierna ontstaat nog zeker twintig keer VF. Een nieuw ECG wordt gemaakt; het zogenoemde "Brugada ECG".

Brugada-syndroom

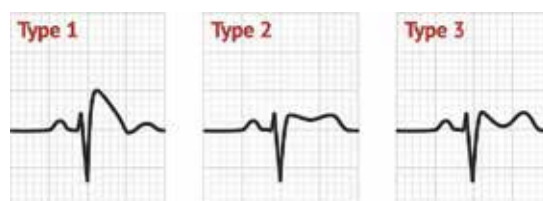
Het Brugada-syndroom is een autosomaal dominante erfelijke hartaandoening met afwijkingen aan het prikkelgeleidingssysteem, vaak veroorzaakt door te weinig instroom van natrium in de hartspiercellen. Bij dit syndroom bestaat een verhoogde kans op ritmestoornissen met plotselinge hartdood tot gevolg. Ritmestoornissen kunnen worden uitgelokt door koorts en bepaalde medicatie zoals amiodarone, esketamine, lidocaïne (met uitzondering van lokaal anesthesie) en tramadol. De ritmestoornissen treden vaak op in rust (in slaap). Symptomen waar mensen zich mee presenteren zijn palpitaatieklachten, duizeligheid en syncope. In sommige gevallen is sprake van een reanimatiesetting.

Bij onderzoek naar het Brugada-syndroom werd een gen gevonden dat mogelijk verantwoordelijk was, doch dit speelde mee in slechts 20-30% van de gevallen. Zeer waarschijnlijk zijn meerdere genen verantwoordelijk, maar hier is nog onvoldoende onderzoek naar gedaan. De mutatie in het gen zorgt ervoor

dat het natriumkanal in de hartspiercellen minder goed functioneert. De elektrische stromen in het hart kunnen hierdoor veranderen, met name in de rechterventrikel-outflowtract (RVOT). Wat er precies verandert is nog niet volledig duidelijk. Het kan zijn dat, door het ontbreken van natriuminstroom (fase 1 van het actiepotentiaal) de elektrische stromen veranderen in het RVOT. Dit kan ervoor zorgen dat een re-entryfenomeen ontstaat, waarna VF zou kunnen ontstaan. Aan de andere kant kan het zijn dat het natriumkanal minder goed werkt en geleidingsvertraging optreedt in het RVOT wat eveneens een re-entryfenomeen zou kunnen veroorzaken met VF tot gevolg.

Brugada ECG

Het is niet makkelijk om Brugada vast te stellen. De diagnose wordt alleen met zekerheid gesteld indien er afwijkingen te zien zijn zoals bij type 1 in combinatie met andere problemen zoals hartritmestoornissen, onverklaarbare syncopes of een afwijkende familieanamnese (acute hartdood <45 jaar).



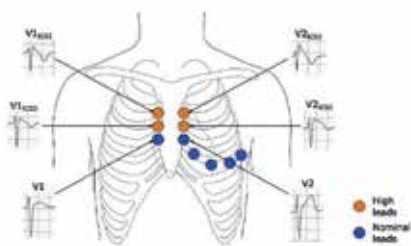
Afbeelding 3 ECG-veranderingen in afleiding V2 bij verschillende typen Brugada

Bij sommige patiënten zijn de afwijkingen op het ECG niet direct zichtbaar, maar alleen na toediening van natriumkanal-blokkers (Flecainide of Ajmaline).

ECG-veranderingen naar type 2 of 3 geven niet direct de diagnose Brugada. Wanneer deze patiënten geen klachten hebben dienen zij wel poliklinisch te worden vervolgd door de cardioloog.

Bij het zogenoemde 'Brugada-ECG' worden twee precordiale leads verplaatst. De 'hogere' positie verbetert de gevoeligheid van deze leads op het detecteren van het type 1 patroon, waarschijnlijk omdat deze dichterbij zit van het rechterventrikel-outflowtract. De exacte anatomische relatie tussen het rechterventrikel en de thorax is individueel bepaald, (ICR 2,3

en 4 kunnen alle drie dicht bij de RVOT liggen), daarom is het 't beste om de afleidingen V1 en V2 in alle ICR op te nemen.



Afbeelding 4 Brugada Lead ECG, (V1 en V2 in ICR 2,3 en 4)

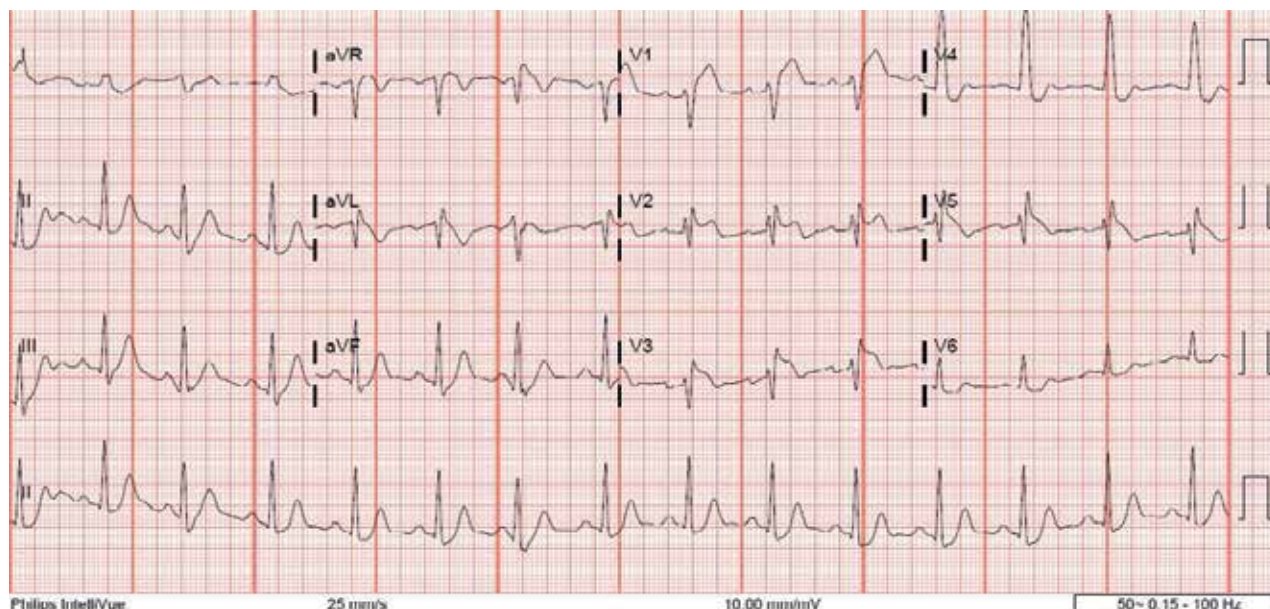
Naar huis met ICD

Op de IC werd een 'Brugada-ECG' gemaakt. Deze toonde nu aanwijzingen voor het Brugada-syndroom met type 2 kenmerken in V2 (Saddleback ST-elevatie).

De patiënt werd hierna gestabiliseerd met Isoprenaline. Tien dagen later werd hij in neurologisch goede conditie en met ICD uit het ziekenhuis ontslagen.

Geraadpleegde literatuur

- Velislav N Batchvarov. 2014. The Brugada Syndrome – Diagnosis, Clinical Implications and Risk Stratification. [10.15420/ecr.2014.9.2.82]
- Behr E.R., Ben-Haim Y., Ackerman M.J., Krahn A.D., and Wilde A.A.M., Brugada syndrome and reduced right ventricular outflow tract conduction reserve: a final common pathway? European Heart Journal (2021) 00, 1–12 STATE OF THE ART REVIEW, [doi:10.1093/eurheartj/ehaa1051]
- Kumar D., Elliott P., Cardiovascular Genetics and Genomics, Principles and Clinical Practice, Springer 2018, pp.413-435
- Drugs to be avoided by Brugada syndrome patients, <https://www.brugadadrugs.org>,
- <https://nl.ecgpedia.org/wiki/Brugada-syndroom>
- <https://www.Brugada.nl>



Afbeelding 5 ECG gemaakt op de IC volgens de methode van afbeelding 3. In afleiding V2 de typerende saddleback elevatie.

Interview

Het zat erop maar nu écht: Huub Gubbels zet er een punt achter •

Huub Gubbels nam in januari 2013 afscheid als Hoofd Ambulancezorg van de GGD Zuid-Limburg, maar het ambulancebloed kruipt waar het niet gaan kan: “Ik weet nog goed dat ik gebeld werd door Koos Reumer, directeur van AZN: kun jij voor een paar maanden de positie van Wiro Gruijters overnemen als projectcoördinator voorrangsvoertuigen? Ik kende immers alle deelnemers al zoals ANWB, politie, brandweer, Defensie en Rijkswaterstaat, omdat ik namens V&VN lid was van het Landelijk Platform Incident Management. Die paar maanden zijn uiteindelijk 10 jaren geworden.” Maar nu achtte Huub de tijd gekomen om er definitief een punt achter te zetten. Reden voor de redactie van ons vakblad om nog eens even met deze bevlogen, van oorsprong ambulanceverpleegkundige, de balans op te maken.

Huub Gubbels (1955) is nog een leidinggevende van de oude stempel die, na zelf eerst als verpleegkundige in het ziekenhuis te zijn opgeleid, in 1989 de overstap maakte naar de ambulancezorg bij de ambulancedienst van de GGD Westelijke Mijnstreek in Geleen. Daar groeide hij, vanuit de praktijk, door naar een leidinggevende positie en kwam zo bij de VCHV (Vereniging van Chef Hoofdverpleegkundigen) terecht, die toen een belangrijke rol had bij het professionaliseren van de ambulancesector.

“Toen Koos Reumer mij eind 2013 vroeg om namens AZN zitting te nemen in de Stuurgroep Kenniscentrum Voorrangsvoertuigen voelde dat een beetje als thuiskomen. Die club mensen lag mij wel. Ik heb het als een enorme verrijking ervaren dat ik heb mogen meewerken aan het vergroten van de veiligheid binnen de sector. Niet alleen voor de mensen op de ambulance, maar ook voor de medeweggebruikers.” Daarop besloot Huub wel om uit het Landelijk Platform Incident Management te stappen. “Ik vond dat daar mensen uit de praktijk in moesten komen; gelukkig is dat nu in goede handen bij Ilja van Gastel vanuit V&VN Ambulancezorg.”

In de stuurgroep ging Huub zich met andere zaken bezighouden. “Uit onderzoek kwam heel duidelijk naar voren dat gelijkwaardige kruisingen of kruisingen met verkeerslichten de gevaarlijkste plekken waren. Als het misging was dat negen

van de tien keer daar. Toen hebben we, in samenspraak met de andere partners als politie en brandweer, afgesproken in de brancherichtlijnen de 20 kilometer per uur de kruising over op te nemen. Niet iedereen was daar blij mee, ik kreeg wel reacties als ‘belachelijk’, maar er waren ook mensen die het een goede zaak vonden en we zien de laatste jaren wel dat er minder ongelukken gebeuren.”

Huub was nauw betrokken bij het samenstellen van de ongevalstatistiek voorrangsvoertuigen zoals die tweejaarlijks werd uitgebracht, dus hij kan het weten! Verder heeft hij bijgedragen aan diverse rapporten over het gebruik van optische en geluidssignalen die door het Nederlands Instituut voor Publieke Veiligheid (NIPV, voorheen IFV, Instituut voor Fysieke Veiligheid) zijn uitgebracht. “Wat ik altijd zeer gewaardeerd heb binnen de kennisgroep voorrangsvoertuigen was de saamhorigheid. Alle partijen hadden dezelfde insteek: hoe maken we het veiliger voor de mensen



aan het stuur van een voorrangsvoertuig en voor de medeweggebruikers, terwijl we ook recht doen aan het verkorten van de aanrijtijden.”

Wat zie je als de belangrijkste resultaten?

“Ik denk dat we, mede door de opleidingen en de aandacht voor de gevaren van het rijden met OGS, bereikt hebben dat er meer bewustzijn is van de kwetsbaarheid van een hulpverleningsvoertuig. Ook zijn we erin geslaagd de brancherichtlijnen breder te trekken en ze ook te laten gelden voor de chauffeurs van HAP-voertuigen, Sanquin en de transplantatieteams. Tot slot dat we bereikt hebben dat de mensen die de OGS-instructie geven ook aan speciale eisen moeten voldoen en een OGS-plus pas moeten halen. Zo hebben we de opleidingen geprofessionaliseerd.”

Wat waren de hoogtepunten voor jou?

“Zonder meer de symposia en congressen die we georganiseerd hebben voor iedereen die met OGS rijdt. Die waren altijd snel uitverkocht en alle disciplines waren aanwezig. Er werden veel onderwerpen aangesneden, er was veel informatie en nieuw onderzoek werd gepresenteerd waarmee richtlijnen weer konden worden aangepast. Vooral dat alle diensten vertegenwoordigd waren was heel belangrijk; zo kon informatie uitgewisseld worden.”

“Wat ik ook altijd heel leuk vond om te doen waren voorlichtingsbijeenkomsten bij diensten. Dat deden we als AZN samen met het OM (Openbaar Ministerie) en het NIPV. We gaven informatie over de brancherichtlijnen, de snelheden, lieten beelden van ongevallen zien en bespraken casuïstiek, ook wat er dan verder gebeurde. Wat het OM dan vertelde over de juridische consequenties was vaak een eyeopener. Het benadrukte het belang van de brancherichtlijnen. Als je je daaraan had gehouden, scheelde dat enorm in de juridische consequenties.”

En nu, Huub?

“Ik heb vanaf 2013 de vijf jaren durende opleiding schilderen aan de kunstacademie in Maasmechelen gevolgd en afgerond. Dat was heel bijzonder om te doen. Ik had sinds mijn schooljaren niet meer getekend. Een van de docentes formuleerde het heel mooi met haar Vlaamse tongval: “Gij zijt van ver gekomen”, maar ik was er dus wel. Het is een fijne uitlaatklep. Ik moet nog een jaar specialisatie in abstracte kunst en dan ben ik helemaal klaar. Daarnaast ben ik nog voorzitter van de stichting Wensambulance Limburg, maar de ambulancesector zeg ik nu definitief vaarwel.”

Huub, bedankt voor dit gesprek en bedankt voor al je inspanningen over al die jaren voor de ambulancezorg. Het ga je goed!

Huub heeft een indrukwekkend aandeel gehad in rapporten, overige publicaties, congressen en scholing, een opsomming:

Rapporten

- Weggebruikers met voorrang benaderd. Een verkennend onderzoek naar het huidige en gewenste gedrag van weggebruikers bij confrontatie met voorrangsvoertuigen (2012).
- Automobilisten geconfronteerd met voorrangsvoertuigen. Een enquêteonderzoek naar de ervaringen, kennis en wensen van auto-

mobiliten bij de confrontatie met voorrangsvoertuigen (2013).

- Gedragsbeïnvloeding van automobilisten bij confrontatie met voorrangsvoertuigen Een simulatoronderzoek naar het effect van early warning, het geven van gedragsadviezen en het rijgedrag van het voorrangsvoertuig (2013).
- Rijopleidingen van de hulpdiensten op weg naar eenduidigheid (2013)
- Automobilisten gewaarschuwd! Een onderzoek naar de visie van Nederlandse automobilisten ten aanzien van early warning bij de confrontatie met voorrangsvoertuigen (2013)
- De weg naar eenheid nader bekeken Een onderzoek naar mogelijkheden en draagvlak voor meer eenheid in rijgedrag en rijopleiding van bestuurders van voorrangsvoertuigen (2014)
- Communicatie over gewenst gedrag bij naderende voorrangsvoertuigen Inhoudelijke adviezen aan weggebruikers en een implementatievoorstel voor de communicatie over deze adviezen (2014)
- Als je niet ter plaatse komt Een inventarisatie van aantal, ernst en kenmerken van ongevallen met voorrangsvoertuigen in de periode van 2010 tot en met 2013 (2014)
- Heet hangijzer of koudwatervrees? Evaluatieonderzoek van de pilot rijden met optische en geluidssignalen op de openbare weg ten behoeve van trainingsdoeleinden (2014)
- Van hulpverlener naar verdachte Een onderzoek naar de juridische consequenties van ongevallen met voorrangsvoertuigen (2015)
- Effectmeting voorlichtingscampagne voorrangsvoertuigen (2016)
- De vakbekwaamheid van voorrangsvoertuigbestuurders Een momentopname van het kennisniveau en rijgedrag bij het rijden met optische en geluidssignalen (2017)
- Het gebruik van optische en geluidssignalen in de nacht Een verkennend onderzoek naar de gedragskeuzes van chauffeurs van hulpverleningsvoertuigen (2018)
- Literatuuronderzoek effectiviteit geluidssignalen (2020)
- Het gebruik van optische en geluidssignalen in de nacht. Een vervolgonderzoek naar de kloof tussen de praktijk en wet- en regelgeving (2021)
- Rijgedrag van chauffeurs van voorrangsvoertuigen (2021)
- De invloed van OGS op de aanrijtijden van voorrangsvoertuigen Een verkenning (2024)

Overige publicaties

- Certificeringssysteem voor rijinstructeurs bestuurder voorrangsvoertuig (2015)
- Richtinggevend Kader Bijzondere verkeersbevoegdheden (2015)
- Multidisciplinair afgestemd tekstdeel Brancherichtlijnen Optische en Geluidssignalen (2015)
- Factsheet Oefenen met optische en geluidssignalen op de openbare weg (2017)
- Overzicht van verkeersbevoegdheden bij gebruik van vrijstellingen Brandweer en spoedeisende medische hulpverleningsdiensten (2017)
- Werkinstructie voor hulpdiensten bij het passeren van een afgesloten tunnel of wegvak bij onderhoud (2020)
- Uitwerking gezamenlijke voorzieningen Talking Traffic voor hulpdiensten (2021)
- Ongevallenstatistiek voorrangsvoertuigen. Elke twee jaar uitgebracht (2014-2021)

Overige activiteiten

- Congressen Voorrangsvoertuigen in 2012, 2014, 2017, 2019, 2022.
- Ontwikkeling e-module bijscholing OGS+ (2020/2021)

Dashboard Deskundig en Bekwaam

Het Dashboard Deskundig en Bekwaam voor ambulancezorgprofessionals is sinds begin januari live. Het Dashboard is ontwikkeld om professionals in de ambulancezorg goed overzicht en inzicht te geven in hun deskundigheid en bekwaamheid. Het biedt hen meer regie en handvatten om zelf actie te ondernemen als dat nodig is. De professional is in the lead.

Door Meike de Boef, projectleider Dashboard Deskundig en Bekwaam Rijdienst en Meldkamer Ambulancezorg

Aanleiding Dashboard

In de praktijk zag je dat de bekwaamheidsverklaring vaak verlengd en/of opnieuw afgegeven werd op basis van de uitslag van het assessment, voorbehouden- en risicovolle handelingen toets en LP(LM)A toets. Dat betekent dat op basis van een selectie van alle elementen waaruit de deskundig- en bekwaamheid van de ambulanceprofessional bestaat besloten werd of iemand deskundig en bekwaam was.

De wens bestaat al langer om alle elementen vanuit opleidingen, operationeel en medisch bij elkaar te brengen in een digitaal overzicht. Deze wens leefde tegelijk in de 5 ambulanceregio's waar Witte Kruis onderdeel van is, namelijk RAV Haaglanden, Zeeland, Noord- en Oost Gelderland, Kennemerland en Noord-Holland Noord. Omdat de bekwaamheid van medewerkers essentieel is voor goede zorgverlening, is besloten om dit project gezamenlijk en overstijgend aan te vliegen.

Parallel hieraan werd sectoraal het gesprek gestart over het opnieuw vormgeven van het fundament bekwaamheid waarin alle functies binnen de ambulancezorg meegenomen zouden worden. Er was namelijk nog niet voor iedere functie een fundament. Dit nieuwe fundament wordt zeer waarschijnlijk en hopelijk in 2024 vastgesteld. De conceptversie hiervan is de basis van het ontwikkelde digitale dashboard.

Hoe ziet het Dashboard eruit?

De bekwaamheid van de ambulancezorgprofessional is opgebouwd uit verschillende elementen, waaronder BIG-registratie, verplichte scholingen en de eigen beoordeling over de bekwaamheid. Voor elke functie verschillen deze elementen. Het online Dashboard

Deskundig en Bekwaam brengt deze elementen in één overzicht bij elkaar. Per functie verschilt de inhoud uit het Dashboard. Als iemand meerdere functies heeft, dan worden alle relevante items getoond. In ieders persoonlijke overzicht staat per element aangegeven of je wel of niet aan de verplichte eisen voldoet. De volgende hoofdkopjes zijn in het Dashboard gebruikt: Voorwaarden, Toetsing, Leer & Ontwikkel, Evaluatie en Exposure. Hieronder vallen vervolgens verschillende items.

Als professional zie je per item de status in je dashboard. Is de status groen? Dan heb je dit element op orde en hoeft je geen actie te ondernemen. Is de status oranje? Dan moet je actie ondernemen. Als professional ben je namelijk zelf eindverantwoordelijk voor jouw deskundig- en bekwaamheid.

Wie ziet wat?

Als ambulancezorgprofessional zie je alleen je eigen Dashboard. Medisch managers en regionaal opleidingscoördinatoren zien de Dashboards van alle medewerkers binnen de RAV, vanwege hun verantwoordelijkheid voor de gehele RAV. Leidinggevend zien de Dashboards van de medewerkers waaraan zij leidinggeven.

Huidige situatie

Na 2,5 jaar voorbereiding, discussie, uitwerking, ontwerpen en testen is het dashboard Deskundig en Bekwaam in januari 2024 als eerste live gegaan in de RAV Zeeland en RAV Haaglanden: een mijlpaal die we mogen vieren. Noord-Holland Noord en RAV Noord- en Oost Gelderland zijn in mei live gegaan, RAV Kennemerland begin van deze maand. Er is hard gewerkt en veel energie in gestoken om met elkaar (zowel opleidingen, operationeel als medisch) tot dit overzichtelijke en onmisbare overzicht te komen voor de ambulancezorgprofessional.



Het Dashboard Deskundig en Bekwaam is ontwikkeld met en ingericht binnen EVA (de opleidingsmodule binnen SKY van Netbasics). Dit omdat alle partners al gebruik maakten van EVA en het binnen dit platform mogelijk was om een Dashboard te ontwikkelen.

Hoe verder?

Het Dashboard voor de Meldkamers zal later in 2024 ontwikkeld en geïmplementeerd gaan worden. Het Dashboard is in eerste instantie ontwikkeld voor de rijdende dienst, omdat de inhoud van bekwaam- en deskundigheid voor de Meldkamerfuncties 1,5 jaar geleden nog niet eenduidig en helder waren. Om deze reden, in combinatie met de nodige uitdagingen rond personeelstekorten en samengevoegde meldkamers is gekozen om de ontwikkeling van het Dashboard voor de Meldkamer in 2024 op te pakken.

Meer willen weten of geïnteresseerd?

Heb je vragen over het project en de inrichting van het dashboard? Neem contact op met Meike de Boef (m.de.boef@wittekruis.nl).

Filmpje

Wil je in tweeëneenhalve minuut zien wat het Dashboard inhoudt? Neem de link over in je browser <https://qrco.de/bf6sAl> of gebruik de QR-code.





Foto Megin Zondervan

Pilot op de meldkamer ambulancezorg van Rotterdam-Rijnmond

Pilot op MKA Rotterdam-Rijnmond

Inzet arts en PA op de meldkamer lijkt tot minder ambulanceritten te leiden

Op de 112-meldkamer Rotterdam-Rijnmond loopt een unieke pilot om bepaalde meldingen voor een ambulance te laten beoordelen door een arts of physician assistant (PA). De eerste resultaten zijn veelbelovend. In 94% van de overlegde ritten kan de patiënt gerichter verwezen worden naar de juiste zorg, zoals bijvoorbeeld de huisarts. Dit betekent dat er 11% minder ambulanceritten nodig zijn.

Foto Megin Zondervan



Olaf van Dijk

Door: Olaf van Dijk

Triage door arts of PA

“Als er een melding bij 112 binnenkomt, kan de meldkamercentralist ervoor kiezen om de melding door te zetten naar de arts of PA. Ook kunnen wij zelf meldingen terugbellen om deze te beoordelen,” zo legt Zaid Kas-

sar uit. Hij is huisarts in Stel-lendam/Dirksland en Medisch Manager Ambulancezorg bij Ambulance Rotterdam-Rijnmond (ARR) en draait in deze pilot mee op de meldkamer. Een arts of PA heeft een zelfstandige bevoegdheid om een uitgebreide triage te doen.



Zaid Kassir

Foto Lennaert Ruinen

Samen met Gerard Moerkerken is hij deze pilot eind 2022 gestart. Gerard is PA bij ARR en medisch adviseur van de meldkamer. Hij legt uit dat de 112-centralisten met ProQA werken.



Gerard Moerkerken

“Dit is een systeem waarbij je aan de melder allerlei van tevoren vastgestelde vragen stelt en daar komt een advies voor hulpverlening uit. Het gebruik van zo’n triagesysteem is wettelijk bepaald. Het werkt echt geweldig goed en snel bij acute noodgevallen. Maar vooral bij de twijfelgevallen en minder acute meldingen is er winst te behalen.”

Onverwacht groot verschil

Zaid vult aan: “Het systeem kent zijn beperkingen. Er zijn steeds meer zieken thuis en de drukte bij ketenpartners neemt toe. Het aantal 112-meldingen stijgt al jaren.” In ProQA zit een veiligheidsmarge, zodat de meldkamercentralist niet iets over het hoofd ziet. “Maar dat betekent automatisch dat het aantal ambulanceritten flink is toegenomen. We zien ook dan men soms niet weet dat een huisartsenpost bestaat en bij 112 krijg je altijd iemand aan de lijn.”

De dienstdoende arts of PA op de meldkamer krijgt zo’n 70 tot 80 ritten ter beoordeling. Bij een avonddienst kan in het geval van een A1 (directe inzet met spoed) zo’n 7,5% en bij A2 (zo spoedig mogelijke inzet) meer dan 17,5% worden afgeschaald. In totaal gaat het om 11% minder ritten. “Zo’n groot verschil hadden we van tevoren niet verwacht,” geeft Gerard toe.

Volgens hem is er nog meer winst te behalen. “In het weekend verwachten we zelfs nog een hoger percentage, omdat je dan te maken hebt met meer alcoholproblematiek en sportongevallen.”

Op dit moment zijn er 12 mensen op de Rotterdamse meldkamer die deze functie uit kunnen voeren, zowel artsen als PA’s. Zij nemen vijf avonden per week voor hun rekening. “We zijn onlangs ook met de weekenden begonnen. Uiteraard zou 24 uur een arts of PA op de meldkamer het beste zijn, maar dat is met de huidige personele bezetting niet haalbaar,” zo is Zaid realistisch.

Tevreden ‘klant’ en collega

De mensen die 112 bellen, zijn veelal tevreden met de nieuwe manier van werken. Gerard: “Dat was wel even spannend, maar we merkten al snel dat de patiënt voelt dat zij ons aan de lijn krijgen om nog gericht voor de juiste zorg gaan.” Volgens hem is het niet erg als de beller te horen krijgt dat er toch geen ambulance komt, maar dat hij of zij beter naar de huisarts kan gaan. “Je merkt ook bij het terugbellen dat de eerste schok van de gebeurtenis er wel al af is. En ja, ontevreden mensen houd je altijd. Die willen niets anders dan een ambulance.”

Voelen de centralisten van de meldkamer zich gepasseerd? “Nee, dat niet. Maar ze waren wel een bepaalde manier van werken gewend,” reageert Zaid. “Ik wil voorop stellen dat zij experts op hun gebied zijn en ook gewoon de beste zorg willen leveren. De centralist is gewend om een melding van begin tot einde af te handelen, tot de ambulance ter plekke was. Ze voelen zich verantwoordelijk voor de patiënt en kun-

nen dan de melding afsluiten. Nu gaat ineens iemand anders de urgentie bepalen.”

Gerard heeft zelf als centralist gewerkt en kent dit gevoel: “Daarom nemen de centralisten steeds mee in onze denkwijze. Inmiddels loopt het proces goed. Wij overleggen met elkaar en koppelen terug naar de centralisten waarom wij bepaalde keuzes hebben gemaakt. We doen dit echt samen!”

Het gaat om de juiste zorg

“En ook de ambulancecollega’s in het veld merken duidelijk verschil,” zo vult Gerard aan. “Per melding is een ambulanceploeg ongeveer een uur bezig van begin melding tot afhandeling. We kunnen gemiddeld per dienst van een arts of PA zo’n 10 tot 12 ritten voorkomen.” Andersom gebeurt ook. “Een enkele keer merk je dat er toch meer spoed bij een situatie vereist is en moet je toch een ambulance sturen. Dat kan.”

Een goed voorbeeld van deze werkwijze is volgens Gerard een patiënt met hyperventilatie. “Normaal zou je een ambulance sturen. Wij kunnen meer de tijd nemen met verdiepende vragen en mensen echt helpen om de hyperventilatie onder controle te krijgen. Waarom ontstaat de aanval? En moet dit direct bekeken worden als de aanval voorbij is of kan dit puur met geruststellen? Daarbij geven we bijvoorbeeld het advies naar de eigen huisarts te gaan als het vaker gebeurt.”

Zaid wil duidelijk zijn over het doel van de pilot: “Niet puur het afschalen en minder ambulanceritten hoeven maken, maar echt de juiste zorg op de juiste plaats.” Gerard vult aan: “We hopen dat dit de standaard wordt in Nederland. Er moet iets veranderen in de zorg, ook hier is de druk enorm hoog. Deze pilot maakt echt een verschil om de juiste snelle hulpverlening te kunnen blijven bieden,” legt Gerard uit.

Interesse meldkamers en verzekeraars

“Vier of vijf meldkamers hebben ons benaderd en zijn zeer geïnteresseerd in de resultaten. De buurregio Zuid-Holland Zuid zit in dezelfde meldkamer en doet al mee met de pilot. We zijn hoopvol dat deze pilot de nieuwe manier van werken wordt in ons land.” Het tweetal erkent dat een volledige bezetting met een PA of arts op de meldkamer een flinke investering is. “Als je kijkt wat het oplevert, heb je dat ruim terug. Per dienst houd je aan ritten zo’n twee ambulances en dus vier collega’s over die je naar echte spoedgevallen kunt sturen.”

Volgens Zaid zijn ook de zorgverzekeraars zeer geïnteresseerd in deze pilot om de acute zorg ook in de toekomst bereikbaar te houden. “We hebben de pilot besproken en zij vergoeden onze inzeturen. Door de toegenomen vraag en de schaarste aan gespecialiseerde verpleegkundigen zijn nieuwe initiatieven noodzakelijk voor de toekomst. Dit vergt een andere vergoedingssystematiek waar de zorgverzekeraars graag in meedenken.”

Last of lust?

Wetenschappelijk onderzoek binnen de acute zorg, wat hebben wij eraan?

Onderzoek doen wordt op allerlei niveaus binnen de acute zorg, al snel als een last gezien, zeker nu de druk op de zorg zo voelbaar toeneemt. Terwijl het enorm veel kan opleveren en ook heeft opgeleverd. Aan de hand van de onderzoekslijn van de Arrest-onderzoeken, geven we een inkijkje in nut en noodzaak voor het meedoen aan wetenschappelijk onderzoek, ook in de drukke praktijk van de ambulancezorg. Arrest staat voor AmsteRdam REsuscitation STudies dat al sinds 1995 onderzoek doet naar plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis in de provincie Noord-Holland.

Door Willem van't Hof



Willem van't Hof

In bijna 30 jaar tijd is de “chain of survival” bij reanimaties buiten het ziekenhuis enorm verbeterd van 9% in 1995 naar maar liefst 23% in 2024. Voor de schokbare ritmes ligt het huidige percentage zelfs al rond de 50%. En de meest recente onderzoeken tonen aan dat het nog beter kan.



Resultaten van Arrest

Arrest heeft tot nu toe tot de volgende veranderingen geleid:

1 Het belang van de meldkamercentralist is internationaal op de kaart gezet. Door het meldkameronderzoek hebben we kunnen laten zien dat snelle herkenning van een reanimatiesetting door de centralist de overlevingskans sterk verbetert.

2 Arrest heeft ervoor gezorgd dat AED-gebruik door leken is gelegaliseerd en dat niet alleen politie/brandweer met AED's ingezet kunnen worden, maar ook buurt-AED's met een Reanimatie-Oproep-Systeem. Tevens heeft Arrest laten zien dat het gebruik van AED's vele levens redt en kosteneffectief is.

3 Arrest heeft het belang van afstemming van protocollen laten zien. Vroeger begon ambulancepersoneel met zijn eigen protocol zodra ze binnen liepen bij een setting waarbij een AED was aangesloten. De stekker werd eruit getrokken en ambulance begon met intuberen en IV-toegang creëren. Arrest heeft laten zien dat hierdoor schokken worden uitgesteld, en dat de overlevingskans tot driemaal toe kan nemen als ambulancepersoneel de tijdslijnen van het AED-(schok)protocol volgt.

4 Arrest heeft altijd de tijd genomen om op verzoek feedback te geven op reanimaties. We konden zien hoe goed het invoeren van nieuwe richtlijnen ging: of er te veel of te weinig werd geventileerd en of de hartmassagefrequentie goed zat. Dit gaf een significante kwaliteitsimpuls aan reanimaties.

5 Arrest draagt bij aan de genetische voorspelbaarheid van een plotse hartstilstand. Door het DNA-onderzoek weten we beter wat mogelijke genetische markers zijn voor plotse hartstilstand. Deze kennis kan in de toekomst weer bijdragen aan het in kaart brengen van risicogroepen en het voorkomen van plotse hartstilstand.

6 Arrest heeft inzicht gegeven in hoe vaak en waarom plotse hartstilstand eigenlijk voorkomt bij bijzondere groepen zoals kinderen en sporters. Dat draagt bij

aan herkenbaarheid en tijdige herkenning draagt weer bij aan overleving.

7 Arrest heeft laten zien dat vrouwen met een hartstilstand minder goed geholpen worden. Ook hier geldt: eerder herkennen draagt bij aan voorkomen. De bekendheid hiervan draagt bij aan de herkenbaarheid van plotse hartstilstand bij vrouwen en het eerder herkennen van symptomen.

8 Arrest heeft laten zien dat het veilig is om mechanische hartcompressie te geven.

9 Arrest heeft relaties aangetoond tussen plotse hartstilstand en andere ziekten zoals atriumfibrilleren of obstructieve longziekten, of bijvoorbeeld dat mensen met type II diabetes een lagere overlevingskans hebben.

10 Doordat Arrest onderdeel is van een langlopend traject, kun je ook meten of bepaalde interventies verbetering geven. Tevens zorgt het onderzoek voor bewustzijn bij hulpverleners, wat de kwaliteit van zorg indirect verhoogt.

11 De kwaliteit van leven van de survivors van OHCA (out of hospital cardiac arrest) is veel beter dan veel mensen verwachten. Aangetoond is dat de uitspraak: "met reanimatie creëren we mensen die leven als kasplantjes" echt onjuist is. De meeste mensen die na een OHCA levend het ziekenhuis verlaten maken het wonderbaarlijk goed.

12 Arrest heeft aangetoond dat het beter is om, na een toegediende shock, geen tijd te verliezen door eerst opnieuw ritme en/of output te gaan beoordelen, maar de hartmassage direct weer te hervatten.

Bijdrage vanuit het veld onontbeerlijk

Meewerken aan wetenschappelijk onderzoek door professionals uit de praktijk, is voor het Arrest-onderzoek altijd onontbeerlijk geweest: het zenden van de E.C.G.'s, het doorbellen van gegevens, het bewaren van de gebruikte beademingstubes en het beantwoorden van vragen. Het kost tijd en energie, maar het heeft een enorme gezondheidswinst opgeleverd en het heeft de praktijk veranderd. Verandering kan weerstand oproepen. Alles wat we dus vanuit de psychologie weten over "verandermanagement" moet gebruikt worden om de weerstand die verandering nu eenmaal op kan roepen, te verminderen. Goede communicatie is daarbij essentieel. Communicatie is niet eendimensionaal. Iedereen die betrokken is, heeft zijn/haar rol. Het plaatje van de "muur van communicatie" geeft daarvan een mooi beeld. Door hier binnen onderzoeksprogramma's rekening mee te houden kan al veel van de weerstand verminderen.

Als we naar de resultaten van de Arrest-onderzoeken kijken kan de last die we van het onderzoek soms hebben ervaren, zelfs wel veranderen in lust. Iedere procent meer overleving is immers waar we het allemaal voor doen. Het brengt ouders terug bij hun kinderen, geeft vrienden terug aan vrienden en

brengt geliefden weer bijeen. Alle reden dus, om als je eens weerstand tegen weer zo'n onderzoek voelt, over je eigen schaduw en ongemak heen te stappen en eraan mee te werken.

Ik wil iedereen die heeft bijgedragen aan alle Arrest-onderzoeken de afgelopen decennia nogmaals heel hartelijk danken voor de bijdrage die is geleverd. Er is een schat aan data verzameld, waarmee de deur open staat voor verder onderzoek en daarmee verdere verbetering van de overlevingscijfers van patiënten, binnen ons mooie werk in de acute zorgketen. En daar doen we het voor: **samen!**

Communicatiemuur Derveaux & De Sadeleer, 1993



Muur van (mis-)communicatie

Nieuwe onderzoeken

Recente wetenschappelijke studies waar een bijdrage vanuit de ambulancezorgsector wordt gevraagd, zijn onder meer de toepassing van een slimme badmuts met elektrodes, waarmee al in de ambulance een beroerte kan worden gediagnosticeerd, waardoor sneller de juiste behandeling kan worden gestart (zie het decembernummer). Ook het onderzoek rondom reanimaties gaat door, o.a. door te kijken naar de beste wijze van ventilatie, ook bij gebruik van automatische hartmassage apparatuur zoals de Lucas® (CAVENT-studie). Ook binnen de traumatologie wordt gewerkt aan wetenschappelijk onderzoek, om zo de kwaliteit van de traumazorg nog verder te verbeteren. Voorbeeld hiervan is het HIGH5-project, waarbij onderzocht wordt of de informatieoverdracht tussen de ambulance en de spoedeisende hulp verder kan worden verbeterd.

Over de auteur

Willem van't Hof is opgeleid als ambulanceverpleegkundige en werkzaam als hoofd meldkamer ambulancezorg in Amsterdam-Amstelland. Daarnaast studeerde hij Psychologie Arbeid en Organisatie.

Een overzicht van alle artikelen waar Arrest direct of indirect aan heeft meegewerkt, vind je door deze link in je browser te zetten: <https://qrco.de/bf6tur> of via de QR-code:



SOS Toegang

Al 10 jaar snelle toegang in noodsituaties

Een gesloten slagboom of hek zorgde er tien jaar geleden voor dat hulpdiensten vaak kostbare tijd verloren. Dankzij het systeem van SOS Toegang is dit probleem op heel veel plekken opgelost. Gerard Berendschot, bedenker SOS Toegang en voormalig manager Kwaliteit en Beleid bij Ambulance IJsselland, herinnert zich het begin van dit initiatief nog goed.

Door Anne Faber, contentspecialist Newrise

Enorme sleutelbossen

Op 13 augustus 2009 kopte het Algemeen Dagblad: 'Navigatie ambulances chaos'. Het artikel beschreef hoe een ambulance bij een reanimatie het betreffende huis niet kon vinden, doordat de nieuwe straat nog niet in het navigatiesysteem stond. Dit was voor Gerard de aanzet om zich te verdiepen in hoe het traject van 112-melding tot aan de patiënt zonder vertragingen kan worden afgelegd.

Uit gesprekken met ambulancepersoneel van Ambulance IJsselland bleek dat slagbomen op campings en vakantieparken geregeld een probleem vormden voor hulpverleners. In elke ambulance lag een oerwoud aan pasjes en tags van verschillende locaties, een inefficiënte en tijdrovende situatie. Pim Ursem, ICT-coördinator bij de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord herkent dit maar al te goed. "Voorheen hadden we enorme sleutelbossen. Er was letterlijk een zak met sleutels voor campings en paaltjes. Stond je voor zo'n paaltje, moest je eerst de juiste sleutel zoeken. Soms had je zelfs twee sleutels nodig voor één paaltje. Dat was enorm veel gedoe. Met de komst van SOS Toegang is dat verleden tijd. Nu is SOS Toegang aangesloten op ons navigatiesysteem SafetyNAV."

Met één druk op de knop

In 2011 introduceerde Gerard een baanbrekend systeem: een zender in de ambulance gekoppeld aan een ontvanger in de elektrische slagboom. Dit eenvoudige, maar doeltreffende concept stelde ambulancepersoneel in staat om met slechts één druk op de knop de slagbomen te openen, dankzij de integratie met het navigatiesysteem CityGis. Deze innovatie bespaarde veel kostbare tijd in noodsituaties.

Bijna alle organisaties in IJsselland, waarvan de ambulance dienst een pasje of tag in bezit had, omarmden het idee direct. Echter, één bungalowpark bleef terughoudend. Dat lag op de grens met regio Twente en zag het niet zitten om in de toekomst meerdere ontvangers voor verschillende hulpdiensten in te bouwen. Deze bedenking was voor Gerard

een eyeopener. Hij besloot om ook de omliggende ambulance regio's te benaderen. Daarna sloten steeds meer regio's in Nederland aan.

Niet meer weg te denken

In 2014 werd de Stichting SOS Toegang opgericht. Dit markeerde een mijlpaal in de ontwikkeling. Wat begon als een lokaal initiatief in IJsselland, verspreidde zich door heel Nederland. Tegenwoordig is SOS Toegang onmisbaar binnen de ambulancesector en sluiten ook steeds meer brandweerkorpsen aan.

Binnen de ambulancesector is het systeem inmiddels niet meer weg te denken. Feronique Maat, ambulancechauffeur bij Ambulance IJsselland, vertelt: "We maken er enorm veel gebruik van. In deze regio zitten veel vakantieparken met slagbomen. Daarnaast openen we snel de deuren van de ambulancepost, gaan pollers in stadscentra naar beneden en kunnen we de calamiteitendoorgangen langs de N34 en N36 bedienen. Het is zo geïntegreerd in ons werk, dat het niet meer weg te denken is."

De aanrijtijden zijn flink verkort. "We kunnen afgesloten terreinen veel sneller betreden. Dit helpt ons, maar komt ook



Foto Marcel van Saltbommel

Hulpdiensten krijgen in noodsituaties snel toegang met SOS Toegang

de patiënt ten goede. In veel noodsituaties had het anders af kunnen lopen als we eerst opzoek moesten naar de eigenaar of sleutels,” aldus Feronique.

Brandweer

Ook de brandweer heeft belang bij SOS Toegang. Duncan van Leen, Specialist Brandveiligheid bij Brandweer Kennemerland, kwam in aanraking met SOS Toegang via een oud-brandweer collega en zag onmiddellijk de voordelen voor de brandweer. “Op kantoor spraken we vaak over de uitdagingen met de sleutelbuizen en sleutelkluizen. Regelmatig konden we deze buizen niet openen of was er geen sleutel aanwezig. Een oud-collega die nu bij de ambulancedienst werkt, vertelde ons over SOS Toegang. Ik ben meteen meegelopen om het te bekijken. Hij liet de SOS Toegang icoontjes in het navigatiesysteem zien en vertelde hoe slagbomen en hekken dan automatisch opengaan. Ik dacht meteen: dat moeten we bij de brandweer ook hebben!”

SOS Toegang ontwikkelde recent een nieuw type zender. Daarmee is SOS Toegang ook aan te sturen via LIVENAV, het navigatiesysteem van Brandweer Kennemerland. In Kennemerland gaan ze naar verwachting in het tweede kwartaal van 2024 over op SOS Toegang. Duncan raadt de andere brandweerregio's en eigenaren van afgesloten terreinen of gebouwen zeker aan het systeem ook toe te passen. “Ik zie alleen maar voordelen. Terreinen en gebouwen worden toeganke-

lijker voor hulpdiensten als iedereen SOS Toegang aansluit. Daarnaast is het systeem heel veilig, in tegenstelling tot de huidige sleutelbuizen.”

Veilige toekomst

Pim en Feronique zien een veilige toekomst met SOS Toegang voor zich. Pim: “Ik zie voor me dat veel meer organisaties gaan aansluiten.” Feronique beaamt dat. “Laatst stonden we met spoed bij een groot bedrijf vast voor een dicht elektrisch hek. Een paar honderd meter verderop kwam iemand aanfiet- sen met de sleutel. Met SOS Toegang hadden we meteen door kunnen rijden. In dit soort situaties kan het mensenlevens redden.”

Ook Gerard Berendschot, de initiatiefnemer van SOS Toegang, koestert grote ambities voor de komende jaren. “Momenteel rollen we een verbeterde versie van het systeem uit: SOS Toegang 2.0. Daarnaast ontwikkelen we een partner- programma, waar al meer dan 40 grote installatiebedrijven aan mee willen werken.” Het doel is om alle slagbomen en hekken in de toekomst vanuit de fabriek al te voorzien van SOS Toegang. “Samen Nederland veiliger maken, dat is mijn drijfveer,” zegt hij enthousiast. “Ik kijk ernaar uit om hier de komende jaren verder aan te bouwen. Wat dat betreft nog een nieuwtje: binnenkort sluit Bataviastad Lelystad zich bij SOS Toegang aan met een elektronische sleutelbuis. Dat is dan de 300ste deelnemer aan SOS Toegang...”

Koninklijk onderscheiden

Vrijdag 26 april heeft Reggie Diets, of ‘dokter Diets’ zoals burgemeester Jacco van der Tak van Barneveld hem noemde, een koninklijke onderscheiding ontvangen. Diets is benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau, de vijfde graad in de orde. Bij personen die worden benoemd tot Ridder gaat het doorgaans om ver- diensten met een regionale of zelfs landelijke uitstraling en betekenis.

Reggie Diets ontving deze hoge onderscheiding voor zijn regionale en landelijke verdiensten in de prehospitale en spoedzorg. Dat doet hij al 40 jaar. Een woordvoerder van Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden (VGGM), waar Reggie in dienst is: “Reggie kun je bijna 24/7 bellen en als het op zijn werkterrein is, helpt hij je altijd



Reggie Diets, ontving op 26 april van burgemeester Jacco van der Tak een koninklijke onderscheiding

uit de brand. Wij zijn enorm verheugd dat hij deze eretitel heeft ontvangen.”

Diets vertelde dat zijn collega Sandra Thomassen hem vroeg mee te gaan naar de gemeente Barneveld voor een vergadering. Diets: “Ik had niks in de gaten, want dat gebeurt vaker. Sandra zei, weet je nog niet wat er gaat gebeuren? Welke dag is het? En toen kwamen de emoties en tranen. Ik was totaal overdonderd.”

Diets vertelt dat hij heel veel reacties heeft gehad uit het hele land, van collega's maar ook oud-studenten. Hij voelt zich zeer vereerd met deze koninklijke onderscheiding.

Reggie Diets uit Barneveld (63):

- 2021-heden: VGGM, adviseur opleidingen GHOR en opgeschaalde zorg
- 2012-heden: VGGM, ROC RAV/adviseur onderwijs
- 2000-heden: VGGM, hoofd leren en ontwikkelen Ambulancezorg, adviseur onderwijs GHOR
- 2021-2023: VGGM, verpleegkundige, locatie coördinator en medisch ondersteuner
- 2022: Gemeente Ede, adviseur crisisbeheersing
- 1990-2000: GG&GD Utrecht, ambulanceverpleeg- kundige

De Contactpersoon Onderzoek

Hét aanspreekpunt voor onderzoek binnen elke RAV

In de dynamische wereld van de ambulancezorg wordt steeds meer nadruk gelegd op onderzoek en innovatie. Er is een toenemende behoefte aan het initiëren en leiden van onderzoeksprojecten binnen de sector. Ben jij als ambulancezorgprofessional ook geïnteresseerd in onderzoek? Dan is de contactpersoon onderzoek binnen jouw regionale ambulancevoorziening (RAV) je eerste aanspreekpunt. Carien van Well (Kijlstra Ambulancezorg, RAV Fryslân) en Remco Ebben (RAV Gelderland-Midden) zijn contactpersoon onderzoek en vertellen je hier in dit artikel graag meer over.



Remco Ebben, programmamanager Innovatie en Onderzoek, Ambulancezorg Gelderland-Midden, onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



Carien van Well, projectmanager, Kijlstra Ambulancezorg

In de ambulancesector wordt op zowel landelijk- (AZN) als op regionaal niveau (RAV's) (wetenschappelijk) onderzoek gedaan op verschillende thema's. De inzichten en uitkomsten hiervan kunnen bijvoorbeeld leiden tot de ontwikkeling van nieuw beleid, aanpassingen in scholingen, of tot een aanpassing van de landelijke protocollen ambulancezorg (LPA). Hiermee verbetert de zorgverlening en wordt het fundament van de ambulancezorg verder verstevigd. De afgelopen jaren heeft een flinke verschuiving plaatsgevonden rond onderzoek in de ambulancezorg. Carien legt uit: "De ambulancezorg is van pure vervoerder naar een volwaardige zorginstelling geëvolueerd. De ontwikkelingen in de sector hebben geleid tot groeiende aandacht voor (wetenschappelijk) onderzoek in de ambulancezorg".

De contactpersoon onderzoek: het eerste aanspreekpunt

Om onderzoek te faciliteren en coördineren, is in elke RAV een zogenaamde 'contactpersoon onderzoek' beschikbaar. Voor ambulancezorgprofessionals die geïnteresseerd zijn in een onderzoek van een collega, een onderzoek uit het buitenland, of zelf onderzoek willen doen, is de eigen regionale contactpersoon onderzoek het eerste aanspreekpunt. Goed om te weten: de mate waarin RAV's met onderzoek bezig zijn verschilt. De invulling van de rol van contactpersoon onderzoek en diens taken, kan daarom per RAV verschillend zijn.

Ondersteuning bij onderzoek door ambulancezorgprofessionals

Remco: "Ik ben contactpersoon onderzoek binnen RAV Gelderland-Midden. Vanuit deze rol informeer ik ambulancezorgprofessionals binnen mijn RAV regelmatig over lopende onderzoeken. Daarnaast kunnen ze bij mij terecht als ze algemene vragen hebben over onderzoek in het algemeen, of als ze specifieke vragen hebben over hun eigen onderzoek. En ze kunnen bij mij terecht voor ideeën en vragen voor nieuw onderzoek. Ook neem ik in sommige gevallen de begeleiding op me. In dat geval ben ik betrokken bij de opzet, uitvoering en afronding van het onderzoek. Dan zie ik de onderzoekers eens in de twee á drie weken en kijk ik onder meer mee of het onderzoek aansluit op de praktijk. Ik vind het vooral belangrijk om collega's enthousiast te maken voor onderzoek en de betrokkenheid te verhogen."

Carien: "Vanuit mijn rol als contactpersoon onderzoek bij Kijlstra Ambulancezorg kan ik onderzoekers helpen met hun onderzoeksplan, door bijvoorbeeld te beoordelen of het plan aansluit bij de onderwerpen die voor onze RAV belangrijk zijn."

Ook kijk ik wie bij het onderzoek betrokken moeten worden en wat de onderzoeker en/of RAV hiervoor moet regelen. Verder vind ik het belangrijk om collega's te enthousiasmeren voor wetenschappelijk onderzoek", aldus Carien.

“Ben je geïnteresseerd in onderzoek of in onderzoek doen? De regionale contactpersoon onderzoek is je eerste aanspreekpunt!”

Ondersteuning onderzoek door studenten en/of externe onderzoekers

Ook studenten en andere onderzoekers van buiten de ambulancesector, die onderzoek willen doen in de ambulanciezorg, kunnen bij de contactpersoon onderzoek terecht.

Remco: “Voor externe onderzoekers is de ambulanciezorg vaak een compleet nieuwe wereld. Wij maken ze hierin graag wegwijs. Nog veel vaker is onderzoek compleet nieuw voor ze, daarom bied ik hen, als contactpersoon onderzoek, begeleiding aan vanuit mijn eigen kennis en expertise.”

Als contactpersonen onderzoek hebben Carien en Remco ook een verbindende rol. Remco vertelt: “Wij zijn de schakel tussen alle betrokken partijen. Onder andere voor RAV's, kennisinstututen, hogescholen, universiteiten en andere ketenpartners. Zo dragen we bij aan een cultuur van onderzoek en innovatie.” Carien vult aan: “We werken dus niet alleen samen met partijen binnen de ambulanciezorg, maar ook met externe partners. Deze samenwerkingen zijn essentieel. Op die manier bevorderen we de kennisontwikkeling en innovatie in de ambulanciezorg. Externe kennis en expertise is daarbij zeer welkom.” “De contactpersonen onderzoek kunnen vragen, ideeën en resultaten van onderzoekers doorgeven aan gremia binnen Ambulanciezorg Nederland, zoals de Wetenschapscommissie of het Kennisplatform Onderzoek”, aldus Remco.

Onderzoek Onderzoeksvragen naar de praktijk trekken

Remco gaat verder: “Onderzoek begint vaak uit nieuwsgierigheid: waarom doe je de dingen die je doet? Het is belangrijk om klein te starten, je onderzoek hoeft niet meteen over grote vraagstukken te gaan. Houd het overzichtelijk. Begin bij vragen en thema's waar je dagelijks mee te maken hebt. Deze onderwerpen laten zich prima vertalen naar onderzoeksvragen, bij die 'vertaling' ondersteunen de contactpersonen onderzoek de onderzoekers graag.”

Carien vertelt: “Ik merk dat het opstellen van onderzoeksvragen vaak nog ingewikkeld wordt gevonden. Gelukkig wordt er binnen de ambulanciezorg steeds meer aandacht besteed aan evidence based werken. Hiermee trekken we onderzoeksvragen naar de praktijk. Wat is voor ons belangrijk? Hoe gaan we om met de (aankomende) schaarste in personeel? Hoe vullen we de verbreding van de zorgvraag in? Belangrijke thema's op onze regionale onderzoeks- en innovatieagenda.”

Waardevolle resultaten

Door onderzoek in de schijnwerpers te plaatsen, krijgt het de plek binnen de ambulanciezorg die het verdient. Carien: “Mooie resultaten uit onderzoeken helpen hier enorm bij. Een voorbeeld hiervan is de PreHEART3-studie, die werd uitgevoerd in UMCG Ambulanciezorg en Kijlstra Ambulanciezorg. Uit deze studie blijkt dat de PreHEART-score als beslissingsondersteuning accuraat en veilig werkt. Maar ook was een -onverwachte- bevinding dat cardiale problemen specifiek bij vrouwen beter werden herkend. In de onderzoeksgroep werden significant meer vrouwen dan in de controlegroep rechtstreeks verwezen naar een PCI centrum. Dat is zo'n resultaat waar ambulanciezorgprofessionals echt enthousiast van kunnen worden”.

“Een onderzoek begint soms met een eenvoudige vraag of uitdaging, niet per se met grote thema's”

Remco vult aan: “Dit soort resultaten maken onderzoek ineens enorm tastbaar. We hopen dat dit de professionals in de ambulanciezorg motiveert om steeds meer onderzoek te doen, want daarmee kunnen we gezamenlijk de ambulanciezorg nóg verder verbeteren en de vertaling van wetenschap naar de ambulancesector draagt bij aan de professionalisering van ambulanciezorgprofessionals!”

Meer weten?

- Op de website van AZN kun je meer informatie vinden over onderzoek doen in de ambulanciezorg.
- Heb je een vraag voor de regionale contactpersoon onderzoek? Vraag intern even tot wie je je moet richten.

Aanmelden onderzoek/publicatie

Wil je jouw onderzoek en/of publicatie aanmelden op de AZN site? Zet deze link in je browser <https://qrco.de/bf6voT> of scan de QR-code:



Eventkalender onderzoek

Ben je nieuwsgierig naar events en bijeenkomsten m.b.t. onderzoek doen? Zet deze link in je browser <https://qrco.de/bf6vxe> of scan de QR-code:



Update over de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg

Medisch-logisch de juiste respons!



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Met de Update Urgenties willen we iedereen werkzaam in de ambulancesector op de hoogte brengen van de ontwikkelingen op het gebied van de verbeterde urgentie-indeling. Onderstaand lees je de recentste Update Urgenties (april 2024), die verspreid is onder alle RAV's. Heb je de eerdere edities van de 'Update Urgenties' gemist en wil je ze graag lezen? Neem dan even contact op met je RAV-implementatiecoördinator of communicatieadviseur.

Jeroen van Tilburg, Voorzitter Adviescommissie Zorgzaken
Bestuurder Ambulancezorg Limburg:

"De afgelopen maanden is in heel Nederland door iedere RAV hard gewerkt om de Ao, B1 en B2 te implementeren. Dit raakt niet alleen het primaire proces, maar ook alle secundaire processen, zoals convenanten, rapportages en werkinstructies die hierdoor moeten worden aangepast. Op het moment dat ik dit schrijf staan we in Limburg aan de vooravond van de implementatie van de Ao, B1 en B2 urgenties. Vanuit de RAV's die de verbeterde urgentie-indeling al geïmplementeerd hebben, hoor ik positieve geluiden. Graag maak ik van deze gelegenheid



Jeroen van Tilburg

gebruik om mijn waardering hiervoor uit te spreken. Chapeau voor ons allen! Naar de toekomst toe staat de verdere ontwikkeling en implementatie van de C-urgenties op de planning. Het zou mooi zijn de C-urgenties te koppelen aan de gezamenlijke opgave die we als acute zorgsector hebben in het kader van zorgcoördinatie."

Wie zijn betrokken in het implementatietraject?

Maak kennis met Christel, lid van het kernteam verbeterde urgentie-indeling: "Na 10 jaar als intensive care verpleegkundige gewerkt te hebben, heb ik, in mijn zoektocht naar wat anders, de meldkamer ambulance Noord-Holland gevonden. Al 12 jaar werk ik met passie en plezier als verpleegkundig centralist. Ik zet mij in voor de verschillende onderdelen van het mooie vak. Zodoende ben ik via de vakgroep verpleegkundig centralisten van V&VN Ambulancezorg, lid geworden van het kernteam verbeterde urgentie-indeling. Met enthousiasme kijk ik uit naar het gebruik van de nieuwe urgenties die ondersteunen wat we op onze meldkamer eigenlijk al doen, namelijk zorgen dat we er zo snel mogelijk zijn als echt iedere seconde telt. Nieuwsgierig ben ik naar de toekomst. Hoe gaat het ons helpen in de groei van de functiedifferentiatie en specialisatie in de ambulancezorg?"



Christel de Lange, Verpleegkundig centralist MKA Noord-Holland, Lid kernteam verbeterde urgentie-indeling

Tijdpad ingebruikname C1 & C2

- Op dit moment gebruiken alle RAV's de Ao, B1 en B2-urgentie.
- De focus ligt nu op de ingebruikname van de C1 en C2-urgentie. In maart 2024 is Ambulance Amsterdam als eerste RAV gestart met de C-urgenties. Hun ervaringen met de C-urgenties worden met belangstelling gevolgd én gedeeld met andere RAV's.
- Uiterlijk eind 2024 gebruiken alle RAV's en MKA's alle nieuwe urgenties.



Veld- en kernteambijeenkomst 5 maart 2024

Het veldteam

Al vanaf het begin van de Taskforce Urgenties (in 2018) is er naast het sectorale kernteam ook een veldteam actief. Aan het veldteam nemen verschillende stakeholders deel. Dit gaat bijvoorbeeld om InEen (Branchevereniging eerstelijnszorg), de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), de NVSHA en de Patiëntenfederatie Nederland. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IG&J) sluit als toehoorder aan. Het veldteam komt regelmatig bijeen, samen met het kernteam. Zo leveren zij input aan de (implementatie van de) verbeterde urgentie-indeling en kunnen ze hun achterban informeren over de ontwikkelingen. Andere ketenpartners, zoals GGD-GHOR Nederland en de FMS (Federatie Medisch Specialisten) zijn in december 2023 geïnformeerd over de voortgang van de implementatie en het invoeren van de verbeterde urgentie-indeling.

Informeren van ketenpartners: regionale ervaringen

Opgetekend door Carien van Well en Hilde Koopmans, werkzaam bij Kijlstra Ambulancezorg:

“De introductie van de Ao-urgentie heeft feitelijk geen gevolgen voor onze ketenpartners, maar ze hebben er soms wel vragen over. Denk aan: “Komen jullie nu patiënten met Ao-urgentie op de SEH brengen?” “Moeten patiënten met Ao voorrang krijgen bij de SEH”? Niet alleen de verbeterde urgentie-indeling roept vragen op, maar ook onze reguliere werkwijze is bij alle ketenpartners niet altijd even goed bekend. Om goed samen te werken, moet je elkaars werkwijze kennen. Onze ervaring is dat het goed informeren van ketenpartners het beste gaat tijdens het dagdagelijkse contact. Om onze medewerkers hierin te faciliteren hebben we een praatplaat gemaakt met een logistieke flowchart. Verder is een flyer beschikbaar over de verschillende vormen van ambulancezorg en de nieuwe urgenties. De inzet van deze middelen is bovendien tweeledig; onze medewerkers beschikken met de middelen over compacte en duidelijke informatie en kunnen de informatie zo snel delen met de zorgprofessionals met wie ze samenwerken. Benieuwd? Check www.mkann.nl.

Monitoring Board

De Monitoring Board (MB) is op 20 maart wederom bijeenge-weest. Vanuit de monitoring formats die iedere RAV-implementatiecoördinator (RAVIC) aanlevert is de MB geïnformeerd over de landelijk voortgang van de implementatie. Daarbij is de

MB geïnteresseerd in het verhaal achter de formats. Vanuit de RAVU sloten daarom Thijs Verhagen (MMA), Michel Huiberts (themawerkgroep primair proces), Sheila Angelista (RAVIC) en Jack Versluis (bestuurder) aan bij het overleg om het een en ander toe te lichten.



De Monitoring Board laat zich informeren over de voortgang van de implementatie

Wat kun je verwachten in de komende Update Urgenties?

In die edities bespreken we onder andere:

- Wetenschappelijk onderzoek
- Monitoring Board: toezicht op veilige implementatie

Heb je nog vragen? Stel ze aan je RAV-implementatiecoördinator, of stuur een mail naar info@ambulancezorg.nl

 Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg		
Spoedeisende ambulancezorg	A0	Directe inzet met grootst mogelijke speed
	A1	Directe inzet met speed
	A2	Zo spoedig mogelijke inzet
Niet-spoedeisende ambulancezorg	B1	Geplande inzet op bepaald tijdstip Hoogcomplex zorgvraag
	B2	Geplande inzet op bepaald tijdstip Midden-/laagcomplex zorgvraag
Hulpkamerzorg	C1	Doorverwijzing
	C2	Zelfzorgadvies

Kan onze zorg de vallende wielrenners nog bijbenen?

Door Jos Benders, arts, journalist/columnist en radiopresentator

Hedendaagse wielrennen: vanuit de helikopter zien wij slachtoffers van wat een feest van de sport had moeten zijn: hulpeloze, kreunende renners, gehuld in kleurige, totaal verscheurde sportpakken. De ontgoocheling in grootbeeld, ze is helaas realiteit. Een voorbeeld van zo'n donkere dag uit de wielersport is het Medisch Bulletin van Sporza betreffende de Ronde van het Baskenland op 4 april jongstleden:

medisch bulletin	
Jay Vine 2 gebroken ruggewervels gebroken rypwervel	Sean Quinn hersenschudding breuk in het borstbeen
Jonas Vingegaard knipting en longheuring enkele gebroken ribben gebroken staafstuur	Steff Cras knipting enkele gebroken ribben 2 gebroken ruggewervels
Remco Evenepoel gebroken staafstuur gebroken schouderblad	

Ik mag mijn favoriete sport al tientallen jaren dienen, als wedstrijdarts. Mijn eerste was het Nederlands Kampioenschap. Twee dagen met mijn artsenkoffertje, geschenk van een artsbezoeker, en gezeten in een gele ploegleidersauto, niet herkenbaar als medisch voertuig. Mijn artsentas was zo groot als een dubbele boterhammentrommel. Aan medicijnen, zo had mijn voorganger me op het hart gedrukt, had ik aan acht soorten voldoende: iets voor de neus, een tablet tegen de misselijkheid, een capsule bij diarree. En natuurlijk de onvermijdelijke paracetamol. Langzaam maar zeker verhevigden de gevaren van deze mooie volkssport en daarmee de inzet.

Camera's van de televisie en de sportfotografen leggen alles tegenwoordig naadloos vast. Namen, rugnummers, en later verschijnt een compleet perscommuniqué, met de aard van de verwondingen, van wat eigenlijk beroepsgeheim hoort te zijn.

Zo verging het mij in de Tour de France met Fabian Cancellara (chip van lendenwervel afgebroken), in de Vuelta met Michael Woods (bloedende oogwond) en met Christophe Péraud in de Giro (bloedende wond gezicht en vermeende hersenschudding). We leven dan reeds in de nieuwe eeuw en, bewust van de grotere gevaren, pasten mijn naaste collega's en ik onze medische inzet grondig aan. Heden ten dage voorzien we een grote ronde van minimaal één ambulancemotor, twee dokterswagens cabrio (soms drie), drie ambulances (soms vier). Al lang ben ik niet meer in m'n uppie, met minstens zestien collega's en-route bemensen we de hulpverleningsvoertuigen en behandelen we met aanvalskracht.

Of ikzelf angst heb in de vaart achter het peloton? Ja, zeker wel. Een paar weken geleden kwam een collega in botsing met een ploegleidersauto en belandde met zijn auto in de greppel. Nieuw is dat plotseling ook wij, als medische hulpverleners, ons vege lijf moeten zien te redden. In die, soms kunstmatig opgedreven hectiek, moet ik soms verspringen om niet omver te worden gereden en daarom moet ik zeer alert blijven



Wat mij brengt bij mijn geliefde collega's van de ambulance. Hun behendigheid zou ik 'kunst' durven noemen. De Fransen zeggen: "La médecine est un art": geneeskunde is een kunst! Dan heb ik dus geen woord teveel gezegd. In het 'nieuwe wielrennen' zijn ambulancezorgverleners een onmisbaar onderdeel van de begeleiding in de wielersport, een sport, die de Formule1 van het rampenpodium heeft verdreven.

Kan de favoriete volkssport de ernstige, soms dodelijke ongevallen van de laatste jaren verantwoorden? Er is misschien geen sport die meer aankan dan wielrennen. De historie heeft dit wel geleerd. Evenwel, de progressie van steeds lichtere materialen, wetenschappelijk ondersteunde trainingsopbouw en toegenomen belangen dragen bij aan een veel gevaarlijkere wielersport. Het cyclisme, de bestuurders daarvan voorop, zal zich blijvend moeten afvragen waar de grens van het (on)menselijke gelegd moet worden. Dat is het minste wat we de slachtoffers van het moderne wielrennen, volkssport bij uitstek, kunnen bieden. Intussen gaan wij door op het hoogste verzet!



Foto: Cor Vos

WEETJES



'Weetjes...' is de rubriek met een samenraapsel van weetjes en nieuws binnen de zorg die de redactie (of de lezer) tegenkomen en waar jij, je collega's, de patiënt, je naasten of anderen iets aan kunnen hebben. Wil je jouw weetje(s) voor het volgende nummer aandragen? Mail ze naar ambu@venvn.nl. De deadline voor het volgende nummer is 1 augustus 2024



7 OKT 2024
GOOILAND HILVERSUM

CONGRES AMBULANCEZORG



Congres V&VN Ambulancezorg: Fit voor ons vak!

Maak je klaar voor een intensieve dag vol inspiratie, ontmoeting en persoonlijke ontwikkeling!

Op maandag 7 oktober organiseren we een belangrijk congres vanuit V&VN Ambulancezorg in Hilversum, Gooiland. Een inspirerend evenement voor alle ambulancezorgprofessionals - van meldkamer tot overdracht in de acute keten. En natuurlijk zijn ook andere geïnteresseerde zorgprofessionals van harte welkom!

Dit jaar staat het thema 'Fit voor ons vak!' centraal, het belang van mentale fitheid voor jou als ambulanceprofessional. Hoe kun je je weerbaarheid en veerkracht behouden in dit uitdagende beroep? Daar gaan we samen over in gesprek.

We hebben een krachtig programma samengesteld met onder meer inspirerende lezingen van experts als SEH-arts David Baden en psychiater Damiaan Denys. Daarnaast kun je deelnemen aan boeiende workshops over welzijn, impact van het

werk op jou als professional en collegiale ondersteuning. Ook worden er twee praktijkcases gepresenteerd over de impact van ernstige incidenten en besteden we aandacht aan wetenschappelijk onderzoek. En...er wordt een prijs uitgereikt voor de beste... ??? Hierover later meer!

Dit congres is hét platform om kennis te delen, nieuwe inzichten op te doen en in verbinding te komen met collega's. Schrijf je snel in, want het aantal plaatsen is beperkt. Laat je inspireren en zorg dat je erbij bent op 7 oktober in Hilversum!

Geef de pen door aan ...



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

Wie ben je?

Ik ben Michel Huiberts, hoofd operatie en verpleegkundig specialist bij de RAVU.

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

'k Werk nu twaalf jaar in Utrecht. Eerst op de auto, daarna gecombineerd met de MKA en nu vooral het zorgcoördinatiecentrum en het hoofdkantoor. Als OvdG blijf ik gelukkig veel collega's tegenkomen. M'n team bestaat dus uit zo'n 550 medewerkers.

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

De betrokkenheid is groot, we weten altijd hoe iets beter kan. Omdat ik op veel plekken in het primaire proces zit/zat, kan ik de afhankelijkheden goed verhelderen en gebruiken als input voor beleid.

Wat vind je de minst leuke kanten van het werk

Veeleisendheid van melders, soms het werk moeten doen met te weinig collega's en 's nachts opstaan.

Wat wilde je worden toen je klein was

Rechercheur of architect.

Hoe houd je het hoofd fris en koel?

'k Ben vrij nuchter, maar als ik met m'n boot op pad ben of ga kamperen in een bos denk ik helemaal niet meer aan werk.

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

Gebeurt niet zo vaak meer, maar 't was denk ik bij een ongeval waar we nog twee auto's extra nodig hadden.

Foto van mooiste plek van jouw regio en waarom daar?

De Utrechtse binnenstad. Lekker varen door de grachten en singels, terrasjes langs de werfkelders, geweldig!

Naar welk ziekenhuis breng je jouw patiënten meestal?

Ik vind de SEH van het UMC Utrecht altijd heel prettig. Hoewel ze er behoorlijk doorwerken, lijkt het er altijd rustig.



Vandaag aan de pen de RAVU

Koffie score op de post? (0-10)

Op de meldkamer hebben we prima koffie uit de automaten van de politie. Voor mij snelkeuze 8, en dat is ook het cijfer.

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

Met de groeten aan Jack en iedereen die er al mee bezig is: Een stabiel rooster waarin er voldoende mensen werken op de momenten dat het nodig is, door-groeimogelijkheden creëren voor alle disciplines en modernisering van de oudste standplaatsen.

Wat gaat heel goed nu?

We steken enorm veel energie in het innoveren van het meldkamerproces binnen zorgcoördinatie. Als het daarmee zou lukken als ambulancedienst te gaan doen waarvoor we bedoeld zijn en in elk geval de groei in aantal ritten af te remmen, zou het heel mooi zijn.

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

Hou op, scheit uit...

Wat wil je nog kwijt?

Always be part of the solution, not the problem.

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

Ik geef de pen door aan Steven Hofman. Steven heeft mij tijdens de VS-opleiding een aantal maanden begeleid. Hij combineert het werken bij de RAV met het werken op de HAP, super interessant!



De Utrechtse binnenstad.



**7 OKT
2024**

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**