

Vakblad **v&vn** **AMBULANCEZORG**



Evidence Based Practice voor betere ambulancezorg

Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting

Congres V&VN Ambulancezorg: 'Van Triage naar Transfer', 10 oktober

Een jaar op de ambulance in Noord-Duitsland: intuberen zonder larynscoop?

Osteogenesis Imperfecta in acute omstandigheden

Riddering Yvonne te Braake

Sdu



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 44, Nummer 2, juni 2023

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.

Opgave van advertenties

Voor opgave van advertenties, voor vragen over combinatiekortingen bij multimediaal adverteren en voor overig mediakeuzeadvies kunt u zich wenden tot:
Cross Media Nederland
010-7421020
info@crossmedianederland.com.
Aanlevering van advertentiemateriaal bij traffic@crossmedianederland.com o.v.v. Vakblad ambulancezorg

© Sdu B.V. 2023

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

ISSN 2212 – 1714

Inhoudsopgave

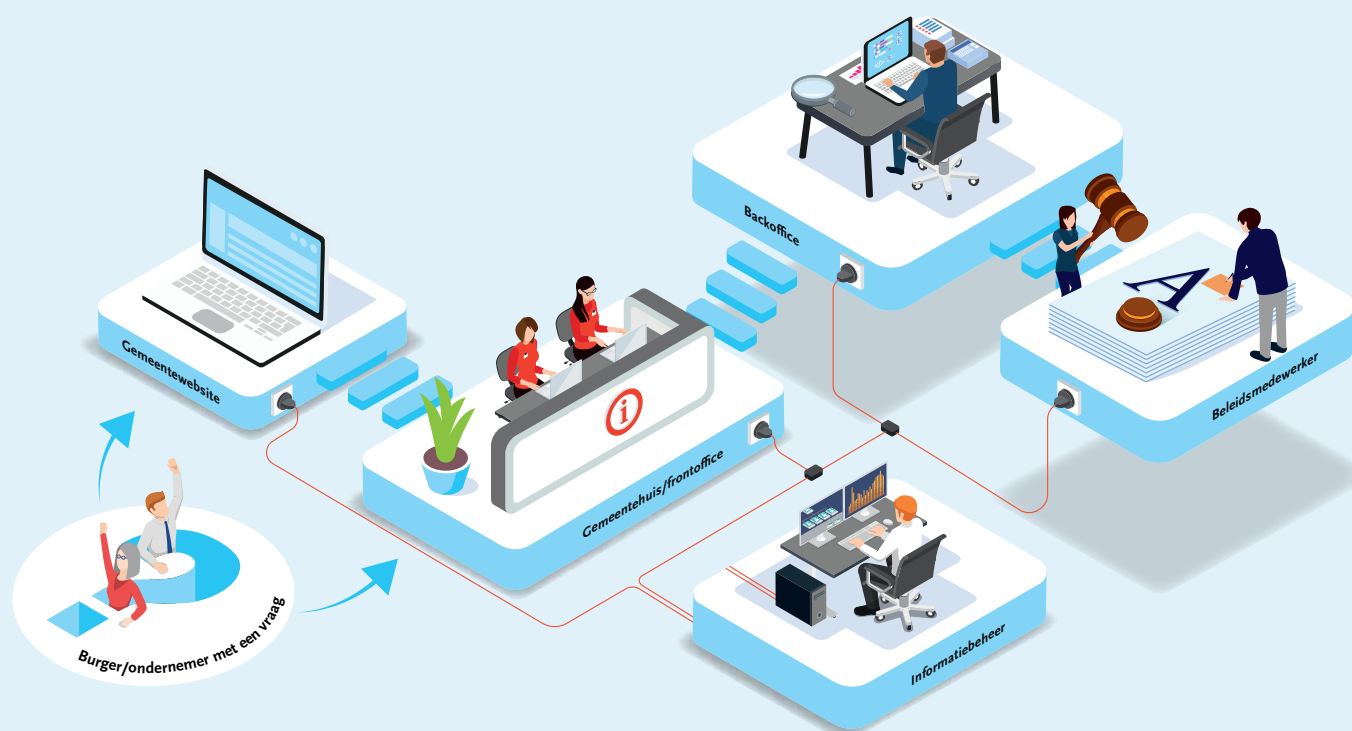
- 10** Lancering nieuw leerboek ambulancezorg
Maandag 8 mei werd in Houten, in het hoofdkantoor van uitgever Bohn Stafleu van Loghum, het eerste exemplaar uitgeleerd van het nieuwe Leerboek Ambulancezorg.
- 11** Evidence based practice voor betere ambulancezorg
Meer aandacht voor evidence based practice. Dat is wat aankomende ambulancezorgprofessionals, die met ingang van dit jaar starten aan een opleiding op de Academie voor Ambulancezorg, gaan ervaren.
- 14** Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting
Levert een vroegtijdige elektrische cardioversie onder procedurele sedatie door een verpleegkundig specialist ambulancezorg een bijdrage in comfort, kostenbesparing en kan het een nieuwe behandelmogelijkheid worden?
- 17** Onderzoek in de ambulancesector doet ertoe!
Goede, veilige en evidence based ambulancezorg is essentieel! Wetenschappelijk onderzoek draagt hieraan bij.
- 19** Congres V&VN Ambulancezorg 'Van Triage tot Transfer' op 10 oktober
V&VN Ambulancezorg organiseert dit grootste ambulancecongres in Nederland voor alle ambulancezorgprofessionals en overige geïnteresseerden.
- 23** Zorgevaluatiemodule verbetert de kwaliteit van zorg
Hoe kunnen we ambulancezorgprofessionals maximaal ondersteunen en de kwaliteit van zorg blijvend verbeteren? Zorgevaluatiemodule Ambuzeus is daarop het antwoord.
- 24** Een jaar op de ambulance in Noord-Duitsland
Een Landelijk Protocol Ambulancezorg zoals we dat in Nederland kennen, is in Duitsland ondenkbaar. Een gekruide verhaal van Thijs Gloger na een jaar ervaring op de ambulance in Noord-Duitsland.
- 28** TECC-training voor ambulancediensten en specialistische teams
In de wereld van de acute medische hulpverlening is het van essentieel belang dat hulpverleners snel en adequaat kunnen handelen in noodsituaties.
- 31** Osteogenesis Imperfecta in acute omstandigheden
Het verhaal van een moeder met een kind met Osteogenesis Imperfecta, wat haar kind overkomen is en hoeveel moeite het haar als moeder gekost heeft om de collega's van de ambulance ervan te overtuigen een andere aanpak te kiezen dan die zij aanvankelijk zelf bedacht hadden.
- 34** Ontwerp een hartrenwagen
Een curieuze prijsvraag uit 1969. In Nederland werd in 1969 druk gesproken over het opzetten van een systeem van hartrenwagens: ambulances voorzien van een monitor/defibrillator die naar patiënten met een acuut myocardinfarct gestuurd zouden moeten worden.
- 36** Patiëntenervaringsonderzoek
De ambulancezorg in Nederland is continu in beweging. Dat geldt ook voor de kwaliteit van zorg. Inzicht in patiëntervaringen met ambulancezorg en de waardering die patiënten hebben voor de ambulancezorg, zijn hierbij van grote waarde.
- 38** Yvonne te Braake geridderd
Het is een drukte van belang is bij de boerderij van Willem en Yvonne te Braake. Er staan gele auto's met blauwe zwaailichten op het terrein, maar dat zijn de mensen daar wel gewend. Want iedereen weet dat Yvonne bij de ambulancedienst werkte.

En verder in deze uitgave

- 6** Voorwoord Mischa Knol, Voorzitter V&VN Ambulancezorg
- 8** Nieuws van de Vakgroep Ambulancechauffeurs
- 30** Kort Nieuws
- 33** Boekbespreking
- 39** Geef de pen door aan...
Maikel Janssen

Coverfoto: Yvonne te Braake geridderd op 12 mei én met pensioen na 45 jaar intense betrokkenheid bij de landelijke ambulancezorg. Fotograaf: Jet Wassink

VIND: Het antwoord op elke vraag



VIND

Vind u 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 het ook en ontdek de voordelen op www.sdu.nl/vind

Sdu

INTROVIEW



Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur

Snelkookpan

Heb jij dat ook wel eens? Dat het ene beeld het andere oproept omdat jouw geest aan het associëren slaat? Ik heb dat nu ik in een reclamefolder een aanbieding van een pressure cooker ofwel snelkookpan zie staan. 'Onder hoge druk wordt alles sneller gaar' schreeuwt de kop in kapitale letters en ook dat 'via een te openen ventiel alle stoom kan worden afgevoerd'. Bij het lezen van deze advertentie gaat mijn associatieve focus meteen naar de meldkamer ambulancezorg; ook een snelkookpan onder hoge druk waarbij menig centralist helemaal gaar is en de stoom inmiddels uit de oren komt. Hoofdoorzaak is personeelstekort in combinatie met een hoog ziekteverzuim. En een gapend gat tussen de 'vernieuwende' theoretische tekentafel-plannetjes op de burelen en de weerbarstige realiteit van de praktijk op de werkvloer van de meldkamer. Waar is het mis gegaan en waar ligt de oplossing?

Centralisten zijn vaker en langer ziek. Werkgerelateerde, vaak psychische, klachten nemen toe. Dat zorgt voor langdurige uitval en de niet-zieke medewerkers krijgen het steeds drukker. Bijspringen dus: anderen uit de brand helpen en anderomans taken op je nemen. Dat is kenmerkend voor werken in de ambulancezorg. Als centralist op de meldkamer ambulancezorg zorg je, als 'spin in het web' niet alleen voor de patiënten maar ook nog eens voor elkaar. Het lijkt 'normaal' te worden om extra diensten te draaien en anderomans taken op zich te nemen. Ook de transitie van de oorspronkelijk 25 kleinere meldkamers ambulancezorg naar 10 grote gemeenschappelijke meldkamers zorgt voor een uittocht van het toch al schaarse aantal centralisten. De centralisten die over blijven moeten te veel geven om alles draaiende te houden. Voor scholing is geen tijd meer. Probleem is dat wanneer je maar hard genoeg blijft dweilen, het de beleidsmakers niet opvalt dat er forse lekkage is. Hoog ziekteverzuim is vaak een alarmbel dat er iets fout zit in de cultuur van de organisatie. Voor een duurzame aanpak van het ziekteverzuim zul je breder moeten kijken dan het individuele ziektegeval en ook breder dan alleen naar de groep mensen die uitvalt of de handdoek in de ring gooit. Misschien moet de hele, goedbedoelde, cultuur van de organisatie doorgelicht worden en wellicht op de schop?

Ook lijkt het trendy dat centralisten in vaste dienst hun baan opzeggen om zzp'er te worden. De nieuwbakken zzp'ers gaan vervolgens via een bemiddelingsbureau voor een hoger uurloon én meer zeggenschap over hun diensten en rooster weer aan de slag. Sommigen op dezelfde meldkamer als waar ze werkten. Daar is, wanneer het een klein percentage zzp'ers betreft, niets op tegen en vanuit het standpunt van de zelfstandige centralist begrijpelijk. Maar voor de RAV als werkgever kan het, als het percentage zzp'ers op gaat lopen, 'dodelijk' zijn voor de continuïteit en ontwikkeling van de organisatie. Dit nog even los van het prijskaartje. Want naast het hogere tarief voor de zzp'er zelf wordt een, vaak forse, bemiddelingsvergoeding betaald aan het bureau dat de zzp'er regelt. Dat kan zomaar oplopen tot tien, elf euro per uur per bemiddelde zzp'er. De exponentiële groei van het aantal zzp'ers begint ook een wig te drijven tussen de zzp'er en de vaste medewerker: verschil in beloning, voorrang bij roosterwensen voor de zzp'er zodat de vaste medewerker ook nog eens om de roosterwensen van uitzendkracht heen moet werken! Want stel je voor, management RAV, dat de zzp'er zegt niet meer te komen werken als hij of zij niet de gewenste diensten krijgt.

Het overgrote deel van de meldkamers ambulancezorg is zwaar onderbezet. Een recent voorbeeld is de meldkamer ambulancezorg Noord-Holland. Aan Ambulance Amsterdam gevraagd om in de zomerperiode te gaan samenwerken als het niet lukt om op korte termijn de bezetting op orde te krijgen. De kans dat die op orde komt schat ik op nul. Eén dezer dagen komt Ambulance Amsterdam met een rapport waarin diverse scenario's zijn uitgewerkt zoals het overnemen van de regio Zaanstreek-Waterland, het tijdelijk samenvoegen van beide meldkamers en/of het uitwisselen van centralisten. Voor alle betrokken centralisten van beide meldkamers ingrijpende scenario's.

Under pressure..., hoe komen we uit deze vicieuze cirkel?

Mooie zomer en hou je veilig!

Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur



Voorwoord

Vanuit V&VN Ambulancezorg willen we meer zichtbaar zijn. Laten zien waar we mee bezig zijn en wat we betekenen voor jou als professional binnen onze ambulancesector. Waar zijn we bijvoorbeeld allemaal bij betrokken, en waar heb je dus - direct of indirect - invloed op? Om een eerste stap te zetten in deze zichtbaarheid is een vormgever in de arm genomen die het huidige logo van V&VN aangevuld heeft met een specifiek beeldmerk. Dit beeldmerk zal dan ook voortaan zichtbaar zijn naast het oorspronkelijk logo van onze moederorganisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Ambulancezorg (AZ) als sterk merk! Zie ons nieuwe logo verderop in dit blad.

Congres V&VN Ambulancezorg

Waarschijnlijk heb je het al via de socials of mail voorbij zien komen: op 10 oktober van dit jaar organiseren we het eerste Ambulancezorg Congres in Gooiland te Hilversum. Inschrijving is inmiddels mogelijk. De vakgroepen hebben een mooi en breed programma opgesteld waar je in dit vakblad meer over kan lezen. Langzamerhand zal het programma compleet worden met sprekers en al. Zodra deze informatie er is, zal deze gecommuniceerd worden. Elkaar ontmoeten is het hoofddoel, waarbij de mogelijkheid geboden wordt om met elkaar te praten en de verdieping te zoeken in actuele onderwerpen die ons mooie vak aangaan, nu en in de nabije toekomst.

Zichtbaarheid en inspraak

Zichtbaarheid van ons als beroepsvereniging is mede belangrijk om contact te houden met de achterban: jij dus. Jij als professional bent belangrijk om signalen aan ons als beroepsvertegenwoordiging af te geven. Deze signalen nemen we mee in overleggen en aan tafels waar we aanschuiven om mee te praten en te beslissen over breed uiteenlopende onderwerpen. Een goed voorbeeld hiervan is momenteel de implementatie van de multitrauma norm, waarover hieronder meer. Onder onze huidige minister Kuipers merken we dat we als beroepsvereniging toenemend gevraagd worden om mee te praten over onderwerpen die beschreven staan in o.a. het Integraal Zorgakkoord (IZA) en wachten op concrete uitwerking. Professionele zeggenschap is hierin, dankzij lobby van V&VN, opge-

nomen. Deze ontwikkeling is vrij nieuw, zeker binnen de ambulancesector, en al voelbaar op landelijk niveau maar heel belangrijk dat deze ook voelbaar wordt voor jouzelf, binnen je dagelijks werk bij de ambulancedienst. Het vergt een zekere cultuurverandering, maar ook echt inzet en moed van ons als professionals. Meedenken hoe we de zorg willen vormgeven, uitvoeren en ook verbeteren. 'Professionele zeggenschap is een positieve manier om de professionele kracht te versterken waar de hele zorg baat bij heeft' (Evelyn Finnema, CNO bij VWS en hoogleraar verplegingswetenschap). De ontwikkeling hierin is onomkeerbaar. De vraagstukken in de zorg worden complexer met daarbij grote zorgen over de continuïteit van de te leveren zorg, vanwege schaarste en ervaren werkdruk. Zonder inspraak loopt het systeem vast en komt daarmee de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar. Wetenschappelijk bewijs ondersteunt deze visie: Het model van Excellente Zorg, uitgevoerd in de Magneetziekenhuizen, waar de tevredenheid van verpleegkundigen aantoonbaar hoger is (lees hierover meer op: <https://www.venvn.nl/excellente-zorg/model/wetenschappelijk-onderbouwd/>).

Binnen V&VN Ambulancezorg regelen we de inspraak over de vormgeving van

Voorzitter: Mischa Knol*Vicevoorzitter:* Jan Hoefnagel*Secretaris:* Anita Kleijweg*Penningmeester:* Andrea Kershaw*Bestuurslid:* Martijn Koopsen*Bestuurslid:* Harry Callenbach*Adviseur:* Nellie Kolk*Beleidsmedewerker:* Heidi Visser

de acute zorg veelal in samenwerking met het Cluster Acute Zorg (CAZ), dat nu ruim twee jaar bijeenkomt. Hierin zijn de krachten gebundeld van afdelingen op het gebied van acute zorg binnen V&VN (IC/MC/Militair verpleegkundigen). Samen sta je sterker in je visievorming en het uitdragen hiervan, maar er zijn ook gewoon gedeelde en overlappende onderwerpen zoals bijvoorbeeld de Basisopleiding Acute Zorg (BAZ). Hierin worden we goed ondersteund door diverse adviseurs en beleidsmedewerkers binnen het bureau van V&VN.

Tijdkritische aandoeningen en multitrauma norm

Momenteel worden er gesprekken gevoerd over de uitvoering van de huidige richtlijnen ten aanzien van de tijdkritische aandoeningen: STEMI, CVA, Acute verloskunde, rAAA en multitrauma. Deze worden onder de loep gelegd door het Zorginstituut Nederland in opdracht van het ministerie van VWS. In het IZA is gesteld dat de 45-minutenorm voor de bereikbaarheid van SEH's en acute verloskunde vervangen moeten worden door een bredere set (kwaliteit)normen ten aanzien van de tijdkritische aandoeningen.

Neem bijvoorbeeld de multitrauma norm. Dit gaat over het behalen van de 90% norm in de multi-traumazorg, wat dus inhoudt dat 90% van de multitraumapatiënten direct naar een traumacentrum vervoerd moeten worden. Deze norm is er overigens al vanaf 2014, dus niet nieuw, maar hij wordt om verschillende redenen niet gehaald (70%). Wij presenteren de traumapatiënt in een ziekenhuis gebaseerd op de richtlijnen van LPA 9. In ons preklinische werkveld is multitrauma niet altijd goed in te schatten. Om de gestelde norm, die overigens geldt voor de multitrauma centra, te verbeteren, zijn enkele aanbevelingen opgesteld. Te denken valt aan de invoering van de Trauma Triage App (enige tijd geleden al in een pilot gedraaid, maar nu in een aangepaste versie), scholing rondom de multitrauma patiënt en vergroten van het draagvlak onder ambulancezorgprofessionals om 'door te rijden' naar een traumacentrum, ook als je hiermee een ander ziekenhuis voorbijrijdt. Dit vraagt om inzicht in het hoe en waarom, maar ook draagkracht voor de in te voeren aanbevelingen en het goed geïnformeerd zijn over de (wetenschappelijke) achtergrond voor ons als professionals. Wij brengen een groot deel van de patiënten naar de desbetreffende centra en ervaren de uitwerking

van de gekozen interventies direct in de praktijk. Dit alles moet passen binnen onze beroepscode en daarbij willen we ons gesteund voelen in de verantwoordelijkheid en mogelijke consequenties. Vanuit V&VN AZ oefenen we dan ook invloed uit op deze aanbevelingen. De invoering van de aanbevelingen heeft haast. Voordeel hiervan is dat bepaalde randvoorwaarden, zoals het krijgen van feedback als verpleegkundige over je gestelde werkdiagnose, hierin een voorwaarde is. Hier wordt al aan gewerkt vanuit het programma 'Met spoed beschikbaar' maar krijgt hiermee een hogere prioriteit om het ook snel in te gaan voeren.

Bovenstaand is maar een van de voorbeelden waar we actief bij betrokken zijn. We merken inmiddels wel dat de vraag naar expertise vanuit het veld onze huidige capaciteit overstijgt. De noodzaak voor meer professionals die mee willen praten is dan ook essentieel! Wil je weten waar je actief over mee kan denken, of wil je kijken of er een onderwerp bij zit wat jouw interesse heeft? Mail ons hierover: info@venvn.nl

Namens het bestuur, met collegiale groet,
Mischa Knol,
voorzitter V&VN Ambulancezorg

Nieuws van de Vakgroep Ambulancechauffeurs

Incident Management als fundament voor veilig werken

Deze keer vanuit de vakgroep een artikel over incidentmanagement geschreven door Richard van Kessel, ambulancechauffeur en lid van de Vakgroep Ambulancechauffeurs. Richard ging hiervoor te rade bij Marcel Kusters, oprichter en directeur van Kusters Opleidingsinstituut. Onderstaand artikel is geschreven voor ambulancehulpverleners met de nadruk op een speciale verantwoordelijkheid voor de ambulancechauffeur binnen IM.

Door Richard van Kessel

Iedere hulpverlener die werkzaam is op de openbare weg heeft ervan gehoord en er regelmatig mee te maken: Incident Management (IM). Dat geldt niet alleen voor politie, brandweer en ambulance, maar ook voor marechaussee, wegbeheerders (Rijkswaterstaat en provincie), bergers en de wegenwacht van de ANWB. De wegbeheerder is trouwens eindverantwoordelijk voor de afhandeling van een incident.

Wat is IM precies?

Incident Management is het geheel aan maatregelen die beogen de weg zo snel mogelijk voor het verkeer vrij te maken nadat een incident heeft plaatsgevonden, daarbij rekening houdend met de verkeersveiligheid, de behartiging van belangen van (mogelijke) slachtoffers en de beheersing van de ontstane schade. Onder incidenten vallen, naast ongevallen, ook pechgevallen, achtergelaten voertuigen, 'kijkersfiles', afgevalen lading en andere onvoorziene situaties, zoals loslopend vee, die de doorstroming van het verkeer verstoren. IM staat syno-

niem voor veiligheid en samenwerking en is ondertussen uitgegroeid tot een breed samenwerkingsverband tussen meerdere publieke en private partijen. Incident Management vindt niet plaats op alle wegen in Nederland. Er zijn zogeheten IM-wegen aangesteld, bestaand uit alle rijkswegen, diverse provinciale wegen (of delen ervan) en verschillende gemeentelijke wegen (of delen ervan).

(Bron: Rijkswaterstaat)

Rond 2004/2005 ontstond behoefte om incidenten op auto(snel)wegen op een gestructureerde en landelijk uniforme manier snel en veilig af te handelen. Een stagnatie in de doorstroming betekent economische schade en extra gevaarstelling. Omdat doorgaans meerdere soorten hulpverlening betrokken zijn bij een incident, is ervoor gekozen om alle ketenpartners (politie, brandweer, ambulance, bergingsbedrijven, marechaussee, ANWB, wegbeheerders) te betrekken bij een te vormen protocol. Hier is Incident Management ontstaan. Als basis diende de "Richtlijn Eerste Veiligheidsmaatregelen bij Verkeersincidenten" (REVI), die op alle wegen in Nederland van toepassing is.



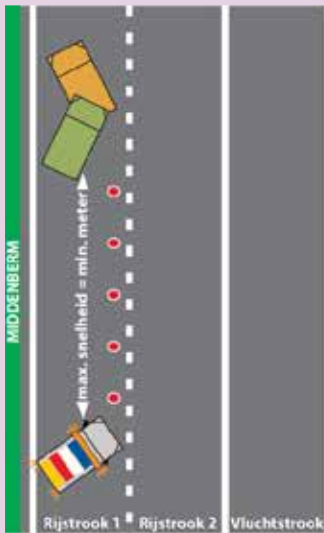
REVI staat voor Richtlijn Eerste Veiligheidsmaatregelen bij Verkeersincidenten. De REVI is één van de belangrijkste richtlijnen waarlangs IM-professionals werken. De REVI en het werken volgens deze richtlijn borgt de veiligheid van IM-professionals, weggebruikers en slachtoffers van incidenten. De richtlijn is samengesteld door een multidisciplinaire werkgroep.

“Deze richtlijn heeft inmiddels een wettelijk kader, en dat weet niet iedereen..!”

Aan het woord is Marcel Kusters. Marcel is oprichter en directeur van Kusters Opleidingsinstituut. Na ervaring in de wegenbouw en als consultant binnen IM, ontwikkelde hij opleidingen, trainingen en oefeningen binnen de verkeersveiligheid. IM-hulpverleners zijn zich onvoldoende bewust van de verantwoordelijkheid voor de veiligheid die men heeft als zij (als eerste) ter plaatse komen bij een incident op een auto(snel)weg. Kusters: “Het gaat gelukkig vaker goed dan fout: er gebeuren relatief weinig ongevallen bij incident afhandeling. Maar daarom worden we allemaal als hulpverleners wat nonchalanter, terwijl bij een verkeerde beveiliging van een ongeval de gevolgen groot kunnen zijn. Daar zijn helaas genoeg voorbeelden van, meestal met materiële schade maar ook met slachtoffers, soms zelfs met dodelijke afloop, waaronder twee ambulanceverplee. En dan krijg jij, als IM-hulpverlener, persoonlijk maar ook je werkgever ermee te maken. Als eerste met de politie: “de Verkeersongevallen Analyse” (VOA) en daarna de Arbeidsinspectie (A.I.) Er wordt gekeken naar kennis van de richtlijnen: wat heeft een



Multidisciplinair IM oefenen



Buffervoertuig in fend-off bij eenzijdig aanrijdgevaar

werknemer gedaan om deze tot parate kennis te maken. Bij de werkgever wordt gekeken wat er is gedaan aan opleidingsmogelijkheden voor de werknemer.”

Zover bij Kusters bekend, is er geen jurisprudentie van een gerechtelijke procedure n.a.v. het niet correct naleven van de REVI-richtlijnen, maar zijn er wel onderzoeken geweest van de VOA en de A.I. In zulke gevallen worden alle handelingen vanaf het eerste moment bij aankomst incident en alle stappen nadien geanalyseerd, zegt Kusters. Als hulpverlener acteer je niet vrijblijvend rondom een incident, maar ben je gehouden aan de gemaakte afspra-

De eerste IM-hulpdienst die aan komt creëert als eerste een ‘veiligheidsruimte’ door zijn/haar voertuig vóór het incident te plaatsen en wordt daarmee beveiligingsvoertuig. De afstand (aantal meters) die aangehouden wordt tussen beveiligingsvoertuig en incident is de max. geldende snelheid ter plaatse. Een beveiligingsvoertuig wordt recht of in fend-off positie geplaatst voor het incident. Fend-off plaatsen betekent het voertuig SCHUIN en zo breed mogelijk over een rijstrook plaatsen ter bescherming van een incident. De voorwielen worden ingedraaid naar de verkeersluwe zijde. Door de stand van het voertuig wordt het verkeer om het incident geleid. Omdat het voertuig een beveiligingsfunctie heeft, mag niemand in het beveiligingsvoertuig blijven zitten.



Buffervoertuig recht bij tweezijdig aanrijdgevaar

ken en werkwijze, die vastgelegd zijn in de REVI. Het afhandelen van een incident geschiedt volgens de genoemde richtlijn, waarbij bij aankomst, naast de eigen veiligheid, de beveiliging van het incident de hoogste prioriteit heeft. Als eerste zet je je voertuig in de juiste positie (recht of fend off positie). Daarna zijn er aanvullende acties en maatregelen, afhankelijk van het wegtype, aantal rijstroken, soort incident enzovoort.

Inmiddels zijn we bijna 20 jaar verder en zijn er door de verschillende IM-disciplines positieve ontwikkelingen te zien, voor wat betreft het uniform afhandelen van incidenten op de auto(snel)wegen. Maar Kusters ziet ook dat de aandacht voor de REVI niet bij iedereen de juiste prioriteit heeft. Politieagenten krijgen gedurende hun hele opleiding maar één dagdeel Incident Management. Bij de brandweer is het afhankelijk van de veiligheidsregio óf en hoe er aandacht aan besteed wordt. Voor de weginspecteurs van Rijkswaterstaat is het een essentieel onderdeel van de opleiding en nadien worden regelmatig bijscholingen gegeven. Bij de ambulancediensten is het voor chauffeurs weliswaar een deel van de primaire opleiding, maar daarna is er nagenoeg geen aandacht meer voor. Daarbij komt dat de ambulanceverpleegkundige in het geheel niet wordt

geschoold in IM. Daar ontstaat -tussen chauffeur en verpleegkundige- een hiaat in kennis en kundig kunnen handelen, en weten welke verantwoordelijkheid er op je schouders rust.

Kusters: “Hierin zie ik wel onderlinge verschillen bij ambulancediensten en de veiligheidsregio’s. Het ontbreekt aan landelijke aansturing voor wat betreft opleiding en nascholingen, alsmede controle op het bijhouden van vaardigheden en het delen van wijzigingen in de REVI. Zo moeilijk hoeft het namelijk niet te zijn. Stel een verantwoordelijk functionaris aan, die binnen een discipline of per veiligheidsregio hierin de regie voert. Neem een oefendag op in het jaarlijkse scholingsprogramma. In Nederland is immers een circuit beschikbaar waar de IM-vaardigheden realistisch beoefend kunnen worden.”
Meer informatie kan je vinden op: www.incidentmanagement.nl. Hier worden alle nieuwe ontwikkelingen actueel gehouden. Komende september komt een nieuwe uitgave van de REVI uit.

TIP voor informatie over de Vakgroep Ambulancechauffeurs van V&VN Ambulancezorg:
www.instagram.com/AmbuChauffeurs
www.twitter.com/AmbuChauffeurs
<https://m.facebook.com/AmbuChauffeurs/>



Lancering nieuw leerboek ambulancezorg

Maandag 8 mei werd in Houten, in het hoofdkantoor van uitgever Bohn Stafleu van Loghum, het eerste exemplaar uitgereikt van het nieuwe Leerboek Ambulancezorg. Dit leerboek sluit aan op de nieuwe systematiek zoals die binnen LPA9 wordt gehanteerd en omvat het volledige vakgebied van de ambulancezorg. De redactie werd gevormd door Rob Lichtveld, Arjan Bruintjes, Albert van Eldik, Yvonne te Braake en Mengalvio Sleswijk, stuk voor stuk bekende en gerenommeerde namen binnen de sector en allen intensief bij scholing betrokken.



Rob Lichtveld roemde de plezierige samenwerking binnen de redactie en pleitte ervoor meer oog te hebben voor het werkplezier van de professionals te veld. Yvonne te Braake zei dat het onontkoombaar is om binnen de sector niet-verpleegkundigen in toenemende mate binnen te halen. Mengalvio Sleswijk zag de anderhalve lijnszorg, zoals die door Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistents geleverd wordt, toenemend belangrijk worden. Albert van Eldik gaf een inkijkje in zijn nieuwe werkkring bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: ondanks van oudsher veel aandacht voor protocollen en regels, laat IGJ steeds meer de context meewegen bij haar inspecties en onderzoeken naar calamiteiten.

Tot slot reikte uitgever Francisco Tjisse Klasen het eerste exemplaar van het boek uit aan redactievoorzitter Rob Lichtveld.

Na een korte introductie door Simon Broersma, uitgever bij Bohn Stafleu van Loghum, gaf Thijs Gras, historicus en auteur van het hoofdstuk in het leerboek over de geschiedenis, een blik op de historie van de ambulancezorg in Nederland aan de hand van vijf actuele thema's: de meldkamer, rampenbestrijding, particulier versus overheid, personeel en opleidingen.

Gras behandelde per thema het verleden, het heden en de uitdagingen voor de toekomst. Tot slot vroeg hij aandacht voor het geestelijk welzijn van de patiënten: moeten we voor iedereen wel maximaal gaan? Daarbij introduceerde hij, naast 'stay and play', 'scoop and run' en 'sweep and treat', een nieuwe optie: 'stay and pray'.

Vervolgens had Simon Broersma een gesprek met de voltallige redactie. Daarin haakte hij in op enkele door Gras opgeworpen thema's. Arjan Bruintjes benadrukte de rol die de mensen uit het veld bij het samenstellen van het boek hadden gespeeld en komt net op het moment dat binnen de ambulancezorg de nieuwe protocollen worden ingevoerd. Het boek is erop gericht om de professionals in het veld op optimale wijze te ondersteunen in een zorggebied dat steeds complexer wordt, waarbij de grenzen tussen thuiszorg, huisartsenzorg en ambulancezorg verder vervagen.

Het boek kost € 99,95 en is te bestellen op de site van Bohn Stafleu van Loghum via de volgende link:
<https://bit.ly/AMBU-BOEK>





Rondetafelgesprek

Evidence based practice voor betere ambulancezorg

Meer aandacht voor evidence based practice. Dat is wat aankomende ambulancezorgprofessionals, die met ingang van dit jaar starten aan een opleiding op de Academie voor Ambulancezorg, gaan ervaren. Dat heeft alles te maken met het nieuwe onderwijsprogramma 'Onderzoekend vermogen en praktijkonderzoek', waarvoor de Academie voor Ambulancezorg en het Lectoraat Acute Intensieve Zorg van de HAN de handen ineen sloegen.

*Deelnemers aan het rondetafelgesprek, van links naar rechts:
Sivera Berben, Associate Professor Critical an Emergency Care, HAN
Lilian Vloet, Lector Acute Intensieve zorg/ Professor Critical an Emergency Care, HAN
Joyce Pitlo, Docent, Academie voor Ambulancezorg
Martijn Forrer, Manager Opleidingen, Academie voor Ambulancezorg*

*Rianne van Boekel, Assistant Professor/ Senior researcher, HAN
Krista Peeters, Adviseur Onderwijs en Kwaliteit, Academie voor Ambulancezorg
Mark-Jan Videler, Programmaleider, Academie voor Ambulancezorg
Paul Daenen, Hoofd Opleidingsbureau, Academie voor Ambulancezorg*

Evidence based practice is het uitgangspunt in dit nieuwe onderwijsprogramma. Waarom was het voor de Academie zo belangrijk hierin samen te werken met het Lectoraat?

Martijn: "Hoewel er binnen de Academie al aandacht was voor het onderzoekend vermogen van onze professionals in opleiding (PIO's), zochten we naar meer verdieping binnen dit thema. Voor het Lectoraat Acute Intensieve Zorg van de HAN is onderzoek dagelijkse kost, dus het leek ons niet meer dan logisch om de samenwerking met hen aan te gaan. Het resultaat is een fantastisch onderwijsprogramma met veel aandacht voor onderzoeksvaardigheden en praktijkonderzoek."

Lilian: "Als Lectoraat is ons doel onder meer om zorgonderwijs en beroepspraktijk met behulp van onderzoek te verbeteren. We kwamen dan ook al geregeld in aanraking met professionals uit het werkveld, zoals docenten van de Academie en mensen die bij verschillende Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) werkzaam zijn. We werkten soms ook al samen met ambulanceprofessionals. Zo deden we vanuit het Lectoraat recentelijk onderzoek naar besluitvorming bij bewustzijnsverlies ter

plaats. Om daar goed antwoord op te kunnen krijgen, was de input van ambulancezorgprofessionals nodig. Er was dus al op meerdere vlakken sprake van een zekere kruisbestuiving."

Wie is wie in het rondetafelgesprek

Martijn Forrer, manager opleidingen bij de Academie voor Ambulancezorg
Lilian Vloet, lector acute intensieve zorg bij de HAN
Sivera Berben, associate lector acute intensieve zorg bij de HAN
Rianne van Boekel, senior onderzoeker bij de HAN
Krista Peeters, adviseur onderwijs & kwaliteit bij de Academie voor Ambulancezorg
Mark-Jan Videler, programmaleider bij de Academie voor Ambulancezorg
Joyce Pitlo, docent/ontwikkelaar voor het meldkameronderwijs bij de Academie voor Ambulancezorg

Sivera: “Ook maakten we in opdracht van Ambulancezorg Nederland de Onderzoeksagenda Ambulancezorg, onder meer om focus te krijgen op onderzoek naar thema’s waar binnen de ambulancezorg behoefte aan is en om te kijken hoe je onderzoeksresultaten kunt gebruiken om de ambulancezorg te verbeteren. De samenwerking met de Academie is daar weer een mooi gevolg van. Het fijne is: we weten wat er speelt, spreken dezelfde taal. We zullen de thema’s uit de onderzoeksagenda ook zeker terug laten komen in de lessen.”

Wat wordt zoal meegenomen uit de Landelijke Onderzoeksagenda?

Lilian: “Eigenlijk alles. We willen PIO’s vooral uitdagen om na te gaan wat er in hun eigen RAV speelt en of er punten in de agenda staan die ze herkennen. Denk aan de indeling van hoog- en laagcomplexiteit zorg, maar ook aan het mobiele zorgconsult. Kortom: praktische zaken die als inspiratie kunnen dienen voor nieuwe onderzoeksvragen. Het interessante aan de Landelijke Onderzoeksagenda is dat deze continu aan verandering onderhevig is, dus dat geldt ook voor de onderzoeksvragen.

Waar zes jaar geleden bijvoorbeeld nog veel aandacht was voor ziektegebonden thema’s als reanimatie, ligt de focus nu meer op organisatorische kwesties.”

Joyce: “Ik merk ook dat er meer aandacht komt voor meldkameronderwerpen. Als docent probeer ik wel te voorkomen dat de opdrachten van PIO’s alléén maar over de geijkte dingen

gaan, bijvoorbeeld het wel of niet dragen van een uniform. Ik hoop mensen te stimuleren om juist over inhoudelijke zaken na te denken, bijvoorbeeld de instructies die gegeven worden. Daar zit namelijk best veel verschil in. Waarom geeft de ene meldkamer een ander advies over verstikking dan de andere meldkamer? Is de richtlijn nog wel zo actueel? Zulke kwesties lenen zich prima voor onderzoek.”

Rianne: “We willen PIO’s ook meegeven dat onderzoek niet moeilijk hoeft te zijn of jarenlang duurt. Juist in hun dagelijkse beroepsvoering kunnen ambulancezorgprofessionals ermee aan de slag.”

Lilian: “We proberen het met z’n allen leuk en praktisch te maken.”

Krista: “Al is onderzoek natuurlijk niet het meest sexy thema.”

Rianne: “Gelukkig krijgen we mensen meestal wel enthousiast.”

Lilian: “We zijn erop voorbereid dat mensen dit niet het meest aantrekkelijke deel van de opleiding vinden. Daarom proberen we ze te prikkelen met voorbeelden uit de praktijk én waartoe het kan leiden. Dus geen onderzoek omdat het ‘moet’, maar omdat het leidt tot betere ambulancezorg.”

Hoe gaat de samenwerking er in de praktijk uit zien?

Mark-Jan: “De voorbereiding is volledig in samenspraak gegaan – we zijn nu bezig met het finetunen van de plannen. De uiteindelijke uitvoering van het onderwijsprogramma ligt bij het Lectoraat, maar de docenten van de Academie participeren daar ook in. Het laatste wat we namelijk willen, is verzui-



Academie voor Ambulancezorg en het Lectoraat Acute Intensieve Zorg van de HAN slaan de handen ineen met het nieuwe onderwijsprogramma ‘Onderzoekend vermogen en praktijkonderzoek’.

ling binnen ons eigen onderwijs. Deze samenwerking is echt een co-creatie – met de expertise daar waar het hoort.”

Rianne: “Het Lectoraat komt tijdens de onderwijsdagen naar de Academie en zorgt dat het onderwijs eruit ziet zoals de PIO’s van de Academie gewend zijn. Het thema Onderzoek bestaat uit twee opleidingsdagen. Daarbij horen opdrachten, die uiteindelijk tot een onderzoeksproduct leiden.”

Lilian: “Een ander, belangrijk onderdeel van dit programma is het principe ‘train de trainer’. Dat betekent dat een deel van de kennis van het Lectoraat wordt overgedragen aan docenten van de Academie, zodat zij uiteindelijk ook een rol gaan spelen in de uitvoering van deze leerlijn.”

Martijn: “We willen de masteropgeleide mensen in de sector ook de kans geven zich aan te melden als beoordelaar van de opgeleverde producten – dat neemt in de toekomst ook wat werkdruk weg bij het Lectoraat. Daarmee krijgt dit programma een echt ‘voor-en-door’ karakter.”

Mark-Jan: “Ik denk dat docenten van de Academie echt iets kunnen leren van deze samenwerking. Nu zijn de ervaringen op onderzoeksvlak nog wisselend. Zo sprak ik laatst een docent die een praktijkopdracht moest nakijken en dat lastig vond. Andere docenten hebben meer ervaring met het doen van onderzoek. Ik denk dat je elkaar daarin gaat meenemen en een constantere, uniforme meetlat krijgt.”

Een ander doel van het onderwijsprogramma is het bouwen

van een databank met alle kennis die door PIO’s wordt opgedaan. Waarom is dat belangrijk?

Sivera: “Het zou mooi zijn als onderzoeksresultaten met collega’s in het werkveld gedeeld kunnen worden. Ook omdat het kan leiden tot een nieuwe werkwijze. Dat geldt waarschijnlijk niet voor ieder klein onderzoek, maar het is misschien wél de basis voor iets groters. Daarbij is de databank een naslagwerk van kennis die tijdens de opleiding door PIO’s wordt opgedaan. Zo voorkomen we dat latere PIO’s het wiel opnieuw moeten uitvinden of dat er tig keer onderzoek wordt gedaan naar hetzelfde onderwerp – maar de informatie kan dus wel als bron dienen.”

Lilian: “Nu laten we de PIO’s bestaande literatuur onderzoeken, maar op de lange termijn hebben we andere ambities. Het kan bijvoorbeeld zijn dat meerdere PIO’s dezelfde vraag hebben, dit in hun eigen RAV willen uitzoeken en er in groepsverband een groot onderzoek wordt opgezet. Dan ziet zo’n databank er alweer anders uit. Die verzameling van gegevens kan immers in een groter onderzoek geanalyseerd of gebruikt worden. Voor nu is dat echter nog toekomstmuziek.”

Sivera: “Overigens plaatsen we wel de kanttekening dat de praktijk razendsnel verandert. Iets wat nu actueel is, kan over twee jaar achterhaald zijn. Ook daarom is het belangrijk om dat onderzoekende vermogen te ontwikkelen en literatuur bij te houden: je hebt het als professional echt nodig om in de toekomst zorg te kunnen leveren.”

Hoe reageren de PIO’s zelf?

Krista: “Het gaat om nieuwe PIO’s, dus zij weten niet hoe de situatie voorheen was. De verschillende RAV’s reageren heel positief: ze zijn blij dat we met elkaar een basis kunnen leggen voor PIO’s die kritischer worden ten aanzien van hun werk. Ook onze eigen docenten zijn enthousiast, blij dat ze het onderzoeksgedeelte niet meer alleen hoeven te doen. Ze kijken er ook naar uit om zich op dat vlak te ontwikkelen. Dat enthousiasme is denk ik terecht: het gaat namelijk écht om betekenisvol onderzoek. Het is niet meer zoals vroeger, waarbij je ontzettend veel tijd in een onderwerp stopte waar vervolgens niemand naar keek. Dit onderzoek heeft nut, meerwaarde en draagt bij aan een groter geheel.”

Joyce: “Het wordt ook op een hele toegankelijke manier gepresenteerd, in de vorm van een poster – wat je ook vaak ziet bij congressen en symposia. Hoe leuk is het als je zo’n poster vervolgens in je eigen werkomgeving kunt presenteren? Dat is echt iets om trots op te zijn – en ik denk dat het veel meer effect binnen een RAV gaat hebben dan een geschreven papiertje.”

Lilian: “Wat ik mooi vind aan deze samenwerking, is dat we het echt sámen doen. Het is niet dat de Academie ons een opdracht heeft gegeven, we vullen het programma gezamenlijk in. Het gaat ook verder dan alleen onderwijs: het draait om de hele onderzoekscultuur in het veld, en hoe je daarmee de kwaliteit van patiëntenzorg kunt verbeteren.”

Martijn: “Als je kijkt naar andere samenwerkingsvormen van de Academie, bijvoorbeeld met de Politieacademie Apeldoorn, zijn die ook voor een hoger doel. Het is geen kwestie van een lesje draaien, maar zorgen dat we elkaar in de praktijk beter begrijpen.”

Krista: “Het overstijgt het leertraject, je legt een basis voor later. En uiteindelijk is het allemaal om betere ambulancezorg te kunnen bieden.”



Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting

Met de komst van verpleegkundig specialisten in de Nederlandse ambulancezorg zijn prehospital meer behandelingen mogelijk. De verpleegkundig specialist levert hier de juiste zorg op de juiste plek en is het wettelijk toegestaan voorbehouden handelingen te combineren. We beschrijven een casus waarin de verpleegkundig specialist een patiënt met een ventrikeltachycardie en lage cardiale output behandelt met een elektrocardioversie. Hiervoor wordt de patiënt kort geseedeerd. Zowel de sedatie als elektrocardioversie zijn in de prehospital setting niet eerder in deze combinatie uitgevoerd door een verpleegkundig specialist. In dit artikel beschrijven we deze casus vanuit verschillende perspectieven, namelijk medisch inhoudelijk en juridisch

Door: Rosetta Galotta, Risco van Vliet en Femke Piersma



ECV in het ziekenhuis versus ECV prehospital

Elektrische cardioversies (ECV) voor levensbedreigende ritmestoornissen, zoals een ventrikeltachycardie met lage output, worden in het ziekenhuis mogelijk door het toepassen van procedurele sedatie (vervolgens PSA genoemd) door een arts of verpleegkundig specialist. Prehospital wordt een ECV alleen uitgevoerd door ambulancebemanning indien de patiënt niet bij bewustzijn is en dus zonder sedatie². De verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA) zijn sinds 2018 wettelijk zelfstandige beroepsbeoefenaars met generalistische en specialistische vaardigheden. In artikel 36 van de wet Big staan 14 voorbehouden handelingen, die door een zelfstandig beroepsbeoefenaar mogen worden uitgevoerd, waaronder de electieve elektrische cardioversie⁴. De VS en PA werken onder andere naast en samen met artsen en medisch specialisten. In sommige gevallen zijn ze zelfstandig gevestigd. De VS van de Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord (RAV Brabant MWN) is zowel als solist dan wel als teamplayer inzetbaar. Zij zijn getraind in het toedienen van PSA³. Bij de RAV Brabant MWN kan een VS als solist naar een melding gestuurd worden. Hier wordt geen vervoer verwacht, maar is wel een

behandeling of interventie nodig, bijvoorbeeld bij hyperventilatie, niersteenkoliëken, thoracale klachten, hechtwondjes etc. De ALS ambulance kan de VS primair of secundair om assistentie/ advies vragen bij bijvoorbeeld een reanimatie voor toedienen van inotropica, een echo maken van het hart, extra pijnstilling geven bij fracturen en luxaties (heup luxatie, habituele schouderluxaties) etc. De VS is tevens laagdrempelig benaderbaar voor de LMC-ambulance voor advies/overleg met betrekking tot pijnstilling, vervoer, elektrocardiogrammen etc.

Een ventrikeltachycardie (VT) is een levensbedreigende ritmestoornis. Indien niet behandeld kan een VT overgaan in ventrikelfibrilleren (VF) dat, zonder reanimatie, tot de dood leidt. Vroegtijdig herkennen en behandelen door middel van medicatie en ECV, dragen bij aan een goede prognose en zo min mogelijk restschade aan het hart. Eerder prospectief onderzoek laat zien dat de ECV prehospital een zinvolle en betrouwbare methode is om een VT te converteren naar een sinusritme. Het is een voorkeursmethode bij instabiele patiënten, die een hoog risico lopen om in een reanimatie setting terecht te komen. De patiënt moet voldoende geseedeerd zijn om een ECV te kunnen ondergaan. In onderstaande casus worden beide handelingen uitgevoerd door de VS; de sedatie in combinatie met cardioversie.

Inzet VS

Inmiddels is de VS ter plaatse gekomen. Gedurende de hulpverlening heeft de man een syncope van enkele seconden, echter te kort voor de uitvoer van de ECV volgens het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA8.1) protocol 6.9, tachycardie volwas-sen². De patiënt reageert niet op Amiodarone, voorgeschreven

Begrippen

Zelfstandige bevoegdheid: dit betreft de mogelijkheid in de Wet BIG om bepaalde voorbehouden handelingen, zoals benoemd in artikel 36 van die wet, zelf te indiceren, uit te voeren en te delegeren zonder tussenkomst van andere beroepsbeoefenaren.

Impact studie: Met de Impactstudie wordt onderzocht wat het effect is van het inzetten van een verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg op gebied van veiligheid en doelmatigheid.

PSA: Procedure Sedatie en Analgesie.

ALS ambulance: Advanced Life Support ambulance. Hierop werken gediplomeerde ambulanceverpleegkundigen en BM'ers (Bachelor Medische Hulpverleners).

LMC ambulance: Laag/Midden Complex ambulance. Hierop werken verpleegkundigen die minstens twee jaar gediplomeerd zijn. Zij krijgen een aanvullende opleiding binnen de RAV.

T-Shaped beroepsbeoefenaar: De verpleegkundig specialist is een T-Shaped beroepsbeoefenaar die in één werkveld veel expertise en in meerdere disciplines een goede basiskennis bezit: een diagnose stellen en behandelen op grond van vooraf gestelde zorguitkomsten, het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en het gebruiken van de resultaten van de wetenschap, het onderwijzen en opleiden van zorgverleners, het optimaliseren van de kwaliteit van zorg en het tonen van leiderschap, van de kliniek tot de politiek.

medicatie volgens LPA. Hij is angstig en geeft meermaals aan het gevoel te hebben dit niet te overleven.

In overleg met de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) is een behandelplan gemaakt om patiënt PSA toe te dienen alvorens te cardioverteren. Op basis van dit plan krijgt de patiënt van de VS 100 mg propofol toegediend en wordt daarna succesvol elektrisch gecardioverteerd met 150 Joules. Hierdoor wordt het ritme geconverteerd naar een sinusbradycardie met PAC's. Op het ECG wordt een linker-as deviatie en ischemie in de voorwand gezien. Na de ECV worden de parameters stabiel (pols van 56 bpm, bloeddruk 100/60 en een maximale Glasgow Coma Score). Daarna wordt de man vervoerd naar de spoedeisende hulp van het Elisabeth ziekenhuis te Tilburg. Opname in het ziekenhuis bevestigt een monomorfe VT, met collaps, waarbij de maximale troponine 2108 ng/L is zonder tekenen van een acuut infarct. De transthoracale echografie laat een matige maar redelijke linker ventrikel functie (LVF) zien zonder nieuw kleplijden. Met een coronair angiografie

Casus

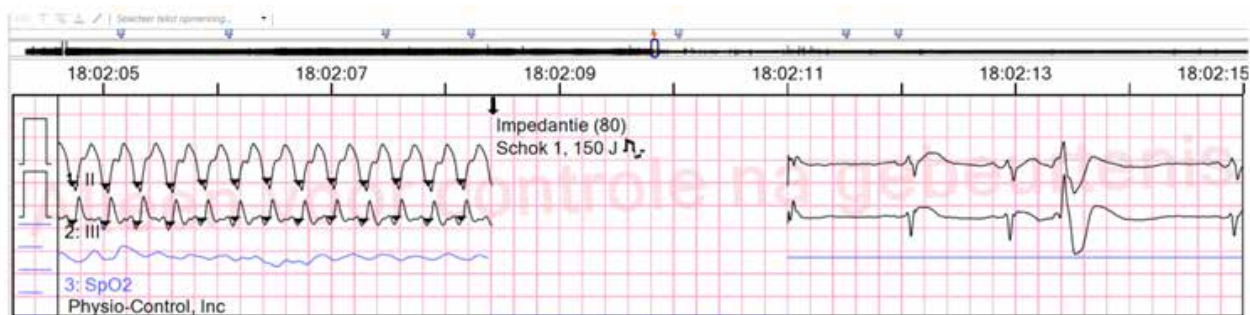
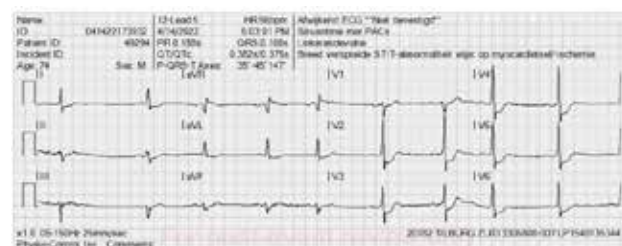
Er wordt 112 gebeld voor een 74-jarige man in verband met acute klachten van ernstige thoracale pijn. Bij aankomst van de ambulance ligt de patiënt in bed, is klam, bleek en nat van het transpireren. Hij is onrustig en meldt forse thoracale pijnklachten. De primary survey laat zien dat de patiënt een vrije ademweg heeft, een tachypneu van 24x per minuut met een niet meetbare saturatie, een snelle moeilijk voelbare puls van > 200 en geagiteerd is. Op basis van deze afwijkende primary survey besluit de ambulanceverpleegkundige (AVP) ter plaatse ondersteuning te vragen van een VS. De AVP vervolgt intussen haar onderzoek en ziet dat de patiënt een ventrikeltachycardie heeft van 218 bpm.



De bloeddruk is 50/20 mmHg. Hij heeft geen allergieën, een blanco cardiale voorgeschiedenis en anamnestic alleen bekend met reuma.

wordt een gekende niet-significante 50% stenose van de LAD gevonden, zonder andere bijzonderheden. De MRI van het hart toont een beeld van perimyocarditis en de PET scan laat scintigrafisch geen aanwijzingen zien voor een actieve sarcoidose in lymfeklieren, longen, hart of elders. Het blijft uiteindelijk onduidelijk of de VT een gevolg is van een eerder stil infarct of van de (actieve) myocarditis.

Tijdens de opname werd er besloten om een 2-kamer inwendige cardioverter defibrillator te implanteren als secundaire preventie bij status na een hemodynamisch niet goed verdragen VT. De patiënt werd twee weken later zonder orgaanschade ontslagen uit het ziekenhuis⁵.



Visie Rosetta Galotta, VS

“Zoals in de casus is beschreven is er zorg op maat geleverd in een complexe levensbedreigende situatie, rekening houdend met de toestand van de patiënt die verslechterde. Volgens de Wet BIG (artikel 36) zijn we zelfstandig bevoegd om een aantal voorbehouden handelingen te indiceren, uit te voeren en te delegeren. Dit biedt voor de verpleegkundig specialist in de ambulancesector anno 2023 mogelijkheden om het pakket aan handelingen uit te breiden, diverse zorgpaden uit te zetten, zorg op maat te leveren en ziekenhuizen ontlasten”.

Conclusie

De verpleegkundig specialist in de ambulancezorg is een nieuwe aanvullende rol in de taakherschikking om patiënten preklinisch te behandelen en ze in een hemodynamisch stabiele conditie in het ziekenhuis te laten komen³.

Discussie

Waarom zouden we de VS ambulancezorg spoed ECV's in de thuissituatie laten doen en waarom wordt er niet een basisarts ingezet? Er is vaak geen basisarts beschikbaar. Daarnaast zijn ze duurder en op dit moment hard nodig in het ziekenhuis. In deze casus heeft de ambulance ter plaatse gelijk om assistentie van de VS gevraagd. De aanrijtijd was 12 minuten voor de ambulance en 7 minuten voor de VS. In totaal zijn er 19 minuten verstreken tussen de 112 melding en het ter plaatse zijn van de VS. Binnen 25 minuten na aankomst van de VS is de ambulance op transport gegaan naar het ziekenhuis met de inmiddels gecardioverteerde patiënt. De patiënt was weliswaar binnen het “golden hour” in het ziekenhuis, maar het had beter gekund. Als de cardioversie middels sedatie in een zorgpad kan worden gerealiseerd dan geeft dit de patiënt de kans om eerder in een stabiele situatie in het ziekenhuis te geraken.

Visie Dr. X.R.J. Moors

Moors is (Kinder) Anesthesioloog in het ErasmusMC – Locatie Sophia Kinderziekenhuis, MMT-arts Lifeliner2 en Medisch manager Ambulancezorg RAV Brabant Midden-West-Noord. “De VS en PA van de RAV Brabant MWN zijn geschoold in PSA. Zij houden zich aan de verplichte scholingen, richtlijnen en bijeenkomsten. PSA wordt gebruikt voor bijvoorbeeld repositie of een pijnlijke verplaatsing. Daarnaast is de ECV en/of defibrillatie een voorbehouden handeling die zij mogen uitvoeren. In deze casus zijn deze twee medische handelingen bij elkaar gekomen. Op dat moment vond de VS dat dit de juiste zorg voor deze patiënt op dat tijdstip was. Omdat deze twee medische handelingen niet eerder beschreven zijn binnen onze RAV, heeft de VS eerst een MMA geconsulteerd en zijn zij samen tot een behandelplan gekomen voor deze patiënt. Het is in de toekomst voor te stellen dat dit (en mogelijk ook andere behandelingen/zorgpaden) reguliere zorg van de VS en PA kan worden.

Visie Dr. W.R.M. Hermans

Hermans is cardioloog in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) te Tilburg. “Er zijn duidelijke richtlijnen hoe een patiënt met een VT in de ambulance te behandelen als deze goed aanspreekbaar is, met normale hemodynamiek en als deze niet meer aanspreekbaar is met een slechte hemodynamiek². Deze patiënt was duidelijk in de ‘grijze zone’, wel aanspreekbaar maar met slechte hemodynamiek.

Conclusie

Het is niet meer dan logisch dat de VS en PA bevoegd zijn om prehospitaal sedatie te geven en elektrisch te cardioverteren. Daardoor kan zo spoedig mogelijk in een pre-reanimatie setting de hemodynamiek hersteld worden, tenslotte “telt elke seconde in de cardiologie”.

In bovenstaande casus heeft een succesvolle cardioversie buiten het ziekenhuis gezorgd voor herstel van bloeddruk en terugkeer van hemodynamische stabiliteit. Maar is dit een eenmalig event? Uit de ambulanceritgegevens van het laatste jaar blijkt dat het veel vaker voorkomt dat een ambulance met spoed naar een eerste hulp rijdt omdat de patiënt een onwenselijk instabiel hartritme heeft, waarbij behoefte is aan direct ingrijpen. Logischerwijze wordt dan gekozen voor snel vervoer naar het ziekenhuis. Met een juiste vooraankondiging wordt een juiste opvang verwacht. Dat is zoals het nu is ingericht. Aan de andere kant zijn er ontwikkelingen die vragen om herindeling van zorgstromen. Hospital at-home bijvoorbeeld. Met dit omdenken staat de zorg in dienst van de behoefte van de patiënt. Wat heeft hij nu nodig en hoe kunnen we dat organiseren, en met welke spelers? Interessante vragen die kunnen leiden tot vernieuwing. De RAV Brabant MWN gaat zich in dit zorgpad verdiepen. Wat is ervoor nodig deze groep patiënten in het grijze gebied de juiste zorg aan te bieden? Wij willen dit aankomende tijd wetenschappelijk gaan onderzoeken en beschrijven. Het is nu nog in de ontwikkelfase, maar we hopen eind dit jaar een eerste onderzoek te starten. Door de komst van de VS wordt een mogelijkheid gecreëerd om vernieuwende zorg aan te bieden en zorgpaden te ontwikkelen.

Over de auteurs

Rosetta E. Galotta, MSc VS AGZ, Regionale Ambulance Voorziening RAV Brabant MWN, Huisartsenpraktijk Keulemans en Geelen, Fonty's Hogescholen FHMG, Tilburg
Risco C.W. van Vliet, MSc, VS AGZ, Regionale Ambulance Voorziening RAV Brabant MWN
Femke Piersma, MSc VS AGZ Amsterdam Universitair Medisch Centrum AUMC locatie AMC

Literatuur

1. Grmec, S., Jelatancy, A., Klemen, P., & Kovac, M. Synchronized cardioversion in a prehospital setting: a safe and reliable method for urgent treatment of tachyarrhythmias. *Critical Care*. 2005;307.
2. Landelijk Protocol Ambulancezorg Nederland (AZN). Zwolle: AZN; 2016. Versie 8.1 Ambulancezorg_Nederland_LPA8.1_herdruk_2019.oktober.wm.bv (1).pdf
3. Vliet, van LBR. Impactstudie Meten effect inzet Verpleegkundig Specialist in de ambulancezorg. *Vakblad Ambulancezorg* [Internet]. 2020 Apr;37-9. Available from: <https://www.ravbrabantmwn.nl/wp-content/uploads/2020/06/vakblad-ambulancezorg-impact-studie-april-2020.pdf>
4. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg [Internet]. Overheid.nl. 02042019 [cited 2022 Jul 5]. Available from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2019-04-02#HoofdstukIV_Artikel36
5. Hoop, de Irma KJ. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist [Internet]. 2019. Available from: <https://cstor.eu/venvnvs/2020/02/1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf>

Onderzoek in de ambulancesector doet ertoe!

Goede, veilige en evidence based ambulancezorg is essentieel! Wetenschappelijk onderzoek draagt hieraan bij. Want met de inzichten en resultaten van de wetenschappelijke onderzoeken die in de ambulancesector plaatsvinden, wordt de evidence base van de ambulancezorgverlening versterkt én kan de ambulancesector zich verder professionaliseren. Onderzoek doen in de ambulancesector is dus van groot belang. In dit artikel vertellen we je er graag meer over.

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 of tot een aanpassing van de landelijke protocol- len ambulancezorg (LPA). Hiermee verbeteren we de zorg- verlening voor onze patiënten en wordt het fundament van de ambulancezorg verder verstevigd. En last but not least: de vertaling van wetenschap naar de ambulancesector draagt bij aan de professionalisering van ambulancezorgprofessionals.

Onderzoeksagenda ambulancezorg 2021-2026

De ambulancesector en acute zorgketen ontwikkelen zich continu. Het is daarom van meerwaarde als onderzoeken zich toespitsen op thema's die aanhaken op deze ontwikkelingen. Om helder te krijgen welke thema's dit zijn, heeft het lectoraat Acute Intensieve Zorg (LAIZ) van de hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), samen met AZN en beroepsverenigingen binnen en buiten de ambulancezorg, de volgende thema's en een special interest group geformuleerd:

1. Registratie en (digitale) uitwisseling van patiëntgegevens in de acute zorgketen
2. Mobiel zorgconsult
3. Zorgcoördinatie
4. Samenwerking met partners binnen het zorgdomein
5. Zorgdifferentiatie
6. Triage en urgentie-indeling
7. Special interest group: kwetsbare ouderen

Bovenstaande thema's zijn opgenomen in de landelijke Onderzoeksagenda Ambulancezorg 2021-2026, 'Ambulancezorg gevoed door onderzoek'. De onderzoeksagenda kan onderzoekers inspireren en helpen bij het kiezen van een onderwerp



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

voor een nieuw onderzoek. Bij de onderzoeksagenda is ook een implementatieplan ontwikkeld, bestaande uit doelstellingen op landelijk en RAV-niveau. Het beschrijft per doelstelling de stippen op de horizon over vijf jaar, zodat we kunnen zien wat we over vijf jaar hebben gerealiseerd. Op deze manier kunnen we sectoraal stappen maken en onderzoek binnen de ambulancezorg verder professionaliseren.

Wie kan een onderzoek doen?

Wat voor profiel moet je hebben om een onderzoek te doen in de ambulancezorg? Nieuwsgierig zijn is de belangrijkste eigenschap die een onderzoeker moet hebben. Waarom doe je de dingen zoals je ze doet? Is dat wel de beste manier? Je neemt niet alles vanzelfsprekend aan. Verder is het van belang dat je volgens een vastgestelde methodiek en kaders kunt werken.

Wil je meer weten over onderzoek doen en wat daarbij komt kijken? Volg de link naar <https://qrco.de/beiQh> of scan de QR-code #1.

Onderzoek doen doe je nooit alleen

Elke RAV heeft een 'contactpersoon onderzoek' aangewezen, die voor RAV-medewerkers die geïnteresseerd zijn onderzoek, het eerste aanspreekpunt is. In de ambulancesector staan ook verschillende 'onderzoeksgremia' klaar om vragen van onderzoekers te beantwoorden en onderzoekers te begeleiden. Een voorbeeld hiervan is de wetenschapscommissie, die erop toeziet dat de nieuwe inzichten en kennis vanuit de onderzoeken

ook daadwerkelijk worden toegepast in de praktijk. Hier kun je ook terecht voor vragen over onderzoek. Een ander voorbeeld is het kennisplatform onderzoek. Hier worden onder meer kennis over de onderzoeken uitgewisseld en ervaringen op het gebied van onderzoek doen gedeeld. Iedereen die interesse heeft in onderzoek doen en zich graag wil aansluiten bij het kennisplatform onderzoek, kan zich aanmelden door een mail te sturen naar info@ambulancezorg.nl

Onderzoeksnetwerken ambulancezorg

Voor elk onderzoeksthema's uit de onderzoeksagenda 2021-2026, is een onderzoeksnetwerk ingericht. Ieder onderzoeksnetwerk wordt gevormd door een aantal RAV's, die hun regionale onderzoeken (zo veel mogelijk) toespitsen op dat specifieke onderzoeksthema. Het samenbrengen van RAV's in onderzoeknetwerken kent veel voordelen: er ontstaat focus, het wordt snel inzichtelijk of alle facetten van een specifiek onderzoeksthema de aandacht hebben in de onderzoeken én, last but not least, door het samenbrengen van de RAV's in de onderzoeksnetwerken kunnen zij onderling kennis uitwisselen over de onderzoeken en van elkaar leren. Ook de landelijke onderzoeken waarbij AZN betrokken is, worden ondergebracht in de verschillende onderzoeksnetwerken. AZN is nu drukdoende

om, mede op basis van input vanuit de RAV's, de regionale onderzoeken inzichtelijk te maken op de AZN-site. Wil je ook een prehospital onderzoek aanmelden? Dat kan op <https://qrco.de/beixO> of scan de QR-code #2.

Meer weten over onderzoek?

De komende periode zullen we vanuit AZN meer nieuwsberichten delen over onderzoek doen. Houd je intranet en de site van AZN daarom goed in de gaten. AZN deelt alle nieuwsberichten met de RAV's en zet ze eveneens op de AZN-site: <https://qrco.de/beij97> of scan de QR-code #3.

Heb je naar aanleiding van dit artikel vragen? Neem dan contact op met je de contactpersoon onderzoek in jouw RAV of mail naar: a.vanderweerd@ambulancezorg.nl



Spoedcongres Italië

Nederland als lichtend voorbeeld

Op uitnodiging van de landelijke beroepsvereniging van ambulancechauffeurs in Italië gaf Thijs Gras op 31 maart een lezing op een groot landelijk spoedcongres in Florence. Hij vertelde aan ongeveer 70 geïnteresseerde collega's over de opleiding, taken en competenties van de Nederlandse ambulancechauffeurs.

In Italië wordt druk gewerkt aan het professionaliseren van de ambulancezorg. Dat is een grote uitdaging want het grootste deel van de ambulancezorg wordt geleverd door vrijwilligersorganisaties die een ambivalente houding op dit punt hebben. Zij willen wel kwaliteit bieden, maar hebben ook rekening te houden met de wensen en mogelijkheden van hun vrijwilligers. Een andere moeilijkheidsfactor is de grootte en uitgestrektheid van het land en het feit dat het in 20 regio's is onderverdeeld die elk hun eigen eigenaardigheden hebben en soms ook vooral zo willen houden.

Voor de Italianen is dit wat hun betreft het streven: geen ambulancechauffeur die pas 18-jaar is en een B-rijbewijs heeft, zoals het nu minimaal in Italië gebruikelijk is, maar een persoon met C-rijbewijs en een gedegen opleiding in het rijden met en zonder OGS, het assisteren van de begeleider -in Italië kan dat

duis van alles zijn, variërend van EHBO-er tot arts- en verantwoordelijk voor de veiligheid van het hele ambulanceteam.



Thijs Gras, ambulanceverpleegkundige geeft een presentatie over de opleiding, taken en competenties van de Nederlandse ambulancechauffeurs.

VAN TRIAGE NAAR TRANSFER

**10 OKTOBER
2023
GOOILAND
HILVERSUM**



OVER V&VN AMBULANCEZORG

OVER ONS

De ambulancezorg is een belangrijke spil in de acute zorg. Of je nu op de meldkamer zit of op weg bent met de ambulance, van jou wordt voortdurend een grote alertheid, creativiteit én passie gevraagd. V&VN Ambulancezorg wil een bindende factor zijn voor alle betrokkenen bij de ambulancezorg.

Wat ons bindt

- Professioneel
- Patiënt- en servicegericht
- Initiatiefrijk
- Gericht op samenwerking

BELEID

Voor V&VN Ambulancezorg en haar leden is de kernboodschap het bieden van optimale zorg aan de patiënt. Daartoe biedt V&VN Ambulancezorg een professionele thuisbasis en een ontmoetingsplaats voor alle beroepsbeoefenaren in de ambulancezorg. V&VN Ambulancezorg wil bevorderen dat de collega's in de ambulancezorg met enthousiast vertrouwen doeltreffende ideeën creëren die met passie (ervoor gaan!) uitgevoerd worden om bijzondere voordelen te behalen voor de patiënt, voor de professional zelf, voor de organisatie en voor de samenleving.

SPEERPUNTEN

- Kwaliteit van zorg verhogen
- Ontmoeting creëren/faciliteren
- Positioneren

CONGRES VAN TRIAGE TOT TRANSFER OP 10/10

V&VN Ambulancezorg organiseert dit congres voor alle ambulancezorgprofessionals en overige geïnteresseerden. Het doel is om elkaar te ontmoeten, ervaringen uit te wisselen kennis op te doen met betrekking tot het vak en professionalisering. Het congres wordt georganiseerd door de verschillende vakgroepen.

08.30 Ontvangst en registratie

09.00 Opening "Van Triage naar Transfer"








09.15 Kwaliteit van zorg - een paneldiscussie

Triage Zorgcoördinatie & innovatie in de ambulancezorg

10.45 Koffiepauze

11.15 Professionalisering







7 parallelsessies

-  Functiedifferentiatie, alternatieven en ontwikkelingen
-  Ontwikkelingen van het zorgcoördinatie centrum
-  Landelijke verkeersofficier: een aanrijding! En dan?
-  Opleidingen in de acute zorg/ambulance zorg
-  Ontwikkelingen Centrum Seksueel Geweld
-  Mobiel zorgconsult en anderhalvelijnszorg
-  Triage & nieuwe urgentie bepalingen

12.30 Lunchpauze

13.30 Kwaliteit, Zeggenschap & Bekwaamheid

6 parallelsessies

-  Hoe blijf je bekwaam?
-  Zeggenschap voor de ambulancezorgprofessional
-  Huidige en toekomstige ontwikkelingen Laag- en Midden-complexe zorg
-  Gezond blijven als zorgverlener
-  Positie en bekwaamheid van de forensisch verpleegkundige als aandachtsfunctionaris
-  Opleiding optische en geluidssignalen

14.45 Theepauze

15.15 De toekomst van de zorg

16.15 Afsluiting & borrel



Ambulancezorg

Registratie & inschrijving:
www.excelcs.nl/Ambulancezorg

OVERIGE INFORMATIE

CONGRESCENTRUM GOOILAND

ADRES

Congrescentrum Gooiland
Emmastraat 2
1211 NG Hilversum

BEREIKBAARHEID

De locatie is op 6 minuten lopen van het Centraal Station Hilversum. Daarnaast beschikt Parking Gooiland over voldoende parkeergelegenheid (8,- per dag).

ONLINE INSCHRIJVEN

www.excelcs.nl/Ambulancezorg

CONGRESKOMMISSIE

Temmo Berends
Sabine van het Bolscher
Nina Eltink
Joffry van Grondelle
Mischa Knol
Ruud van Rijn
Arno Visser
Ellen Vlieger
Peter van der Vloet

ORGANISATIE

Excel Congressservice
www.excelcs.nl
T. 013 - 544 00 13
E. Info@excelcs.nl



REGISTRATIE

Lid V&VN Ambulancezorg	€ 125
Lid V&VN	€ 150
Geen lid V&VN	€ 175

ACCREDITATIE

Accreditatie wordt aangevraagd bij Kwaliteitsregister V&VN en register zorgprofessionals

INSCHRIJVEN

Inschrijven voor deelname kan online. Direct na inschrijving kom je in een betaalomgeving van Ideal. Je ontvangt na inschrijving een email op het door jouw opgegeven mailadres. Als bijlage ontvang je bij die email een factuur.

Deze kan je ook per bank betalen. Wil je dan wel het factuurnummer vermelden bij je betaling zodat wij deze aan je inschrijving kunnen koppelen.

www.excelcs.nl/Ambulancezorg

Zorgevaluatiemodule verbetert de kwaliteit van zorg

Hoe kunnen we ambulancezorgprofessionals maximaal ondersteunen en de kwaliteit van zorg blijvend verbeteren? Met die vraag hield Marieke Verhoef De Groen van Hatcon, een advies- en trainingsorganisatie op het gebied van vlieg- én patiëntveiligheid, zich al lange tijd bezig. Zorgevaluatiemodule Ambuzeus is daarop het antwoord: ontwikkeld en getest door Hatcon, RAV Brabant Midden-West-Noord en Topicus, bekend ICT ontwikkelaar binnen de ambulancezorg. In dit interview met Marieke een inkijk in Ambuzeus.

Evalueren makkelijker maken

Marieke heeft jarenlange ervaring in de luchtvaartveiligheid. In deze sector past zij haar evaluatie- en trainingsmethodiek toe, wat voor veel verbeteringen in de luchtvaart heeft gezorgd. Ze zag ook kansen voor patiëntveiligheid door het structureel evalueren van de geleverde patiëntenzorg, met als doel hier gezamenlijk lering uit te halen. Samen met RAV Brabant Midden-West-Noord (BMWN), Chris Bruggeman (Manager bureau ZIO - Zorg, Innovatie & Onderwijs) en Rogier Evenhuis (Verpleegkundig Specialist en portefeuillehouder Zorgevaluatiebegeleiding binnen ZIO) zochten ze versterking op het gebied van ICT, waarvoor ze bij Topicus terecht kwamen. Zo ontstond Ambuzeus. Deze module analyseert zorgverlening op basis van data en geeft inzicht in het zorgproces, waarmee zorgprofessionals hun processen en manier van werken kunnen aanpassen. Hiermee wordt het huidige arbeidsintensieve zorgevaluatieproces makkelijker gemaakt en verbeterd.

Evalueren met data en training op individueel- en meta-niveau

De zorgevaluatiemodule analyseert zorgverlening op basis van thema's. 'Neem bijvoorbeeld het thema Acuut Coronair Syndroom (ACS),' stelt Marieke. 'Een ambulancezorgprofessional voert de handelingen volgens het protocol uit dat bij ACS hoort en legt dit vast in het ambulance patiëntdossier Ambuforms. Na afronding van het dossier wordt deze data in Ambuzeus automatisch geanalyseerd. De module berekent voor ieder dossier een score, namelijk rood, oranje, geel of groen, wat aangeeft in hoeverre de ambulancezorgprofessional het protocol gevolgd heeft en dit juist heeft geregistreerd in het patiëntdossier. Dit inzicht wordt besproken door een aangewezen en opgeleide zorgevaluatiebegeleider met de desbetreffende ambulanceprofessional. In deze gesprekken worden handelingen, twijfels en risico's besproken, in gegarandeerd vertrouwelijke omgeving. Hierdoor krijgen de ambulancezorgprofessionals inzicht de kwaliteit van hun zorgverlening, worden (herhalings-)fouten in kaart gebracht en kan de zorgverlening worden geoptimaliseerd. De zorgverlener voert hierdoor met meer zelfvertrouwen zijn werk uit. Naast de opbrengst voor het individu, geeft het organisaties

op metaniveau (geanonimiseerd) structureel inzicht in wat er goed gaat (veruit het meeste, maar nu aantoonbaar), en waar er ruimte voor verbetering ligt.'

Evalueren voor betere patiëntveiligheid

'Het doel van deze zorgevaluatiemodule is inzicht krijgen in hoe de zorgverlening is verlopen en wat we hier gezamenlijk van kunnen leren, zodat we patiëntveiligheid blijven waarborgen en verbeteren. Uit de pilot met BMWN bleek bijvoorbeeld al dat sommige protocollen en richtlijnen aan vernieuwing toe zijn of verduidelijkt moesten worden,' deelt Marieke. 'Uiteindelijk willen we met deze module toegevoegde waarde leveren voor de zorg en permanente ondersteuning bieden.' De combinatie van kennis en ervaring van Marieke, de knowhow van gebruikers van BMWN en de kennis over- en ervaring met ICT van Topicus zorgen voor een goede samenwerking. De ambitie is om zoveel mogelijk ambulancediensten gebruik te laten maken van Ambuzeus en ze hiermee te ondersteunen in het optimaliseren of implementeren van een goed zorgevaluatieproces. Zodat patiëntveiligheid vooruitgang blijft boeken. Meer informatie over de zorgevaluatiemodule Ambuzeus via support@topicusambulancezorg.nl of tel. 085 88 88 069.



Scholen om inzicht te krijgen in de werkwijze van Ambuzeus

Een jaar op de ambulance in Noord-Duitsland

Intuberen zonder laryngoscoop

Situatieschets vanuit Noord-Duitsland: 'Goedemiddag, mijn naam is Thijs, ambulancehulpverlener. Ik wil graag overleggen over een patiënt van jullie, is de huisarts kort beschikbaar?' Het blijft even stil aan de andere kant van de lijn. 'U wilt doorverbonden worden met de huisarts,' resumeert de doktersassistente aarzelend. Een ogenblik later krijg ik de huisarts aan de lijn. Ik stel mezelf opnieuw voor en zeg dat ik graag iets wil overleggen over een patiënt, waar we momenteel ter plaatse zijn. De patiënt is ziek, maar mijns inziens niet zodanig dat insturen noodzakelijk is. Ik begin kort mijn bevindingen te schetsen, maar word rap onderbroken. 'U bent spoedarts?' vraagt de huisarts. Nee, dat ben ik niet, ik ben ambulancehulpverlener. 'U bent geen arts?' Correct. Wederom is het even stil aan de andere kant van de lijn. De huisarts vervolgt: 'Ik weet niet hoe u op het idee komt hier zomaar heen te bellen. U neemt de patiënt mee naar het ziekenhuis, dat is bij deze een bevel. Belt u hier niet meer heen.' En de verbinding wordt verbroken.

Door Thijs Gloger

Het is een van mijn eerste ritten, na een korte inwerkperiode. Vers geëmigreerd naar Noord-Duitsland. In Nederland heb ik kort tevoren mijn studie verpleegkunde afgerond en onderwijl vijf jaar als triagist op de huisartsenpost gewerkt. Tussendoor



Opruimen en bijvullen na een reanimatie. De ALS-ambulances beschikken over adequate materialen.

nam ik maanden onbetaald verlof, om in Duitsland de basisopleiding tot ambulancehulpverlener te kunnen volgen. Toen alle papieren en certificaten behaald waren, leek het opdoen van wat buitenlandse werkervaring me een nuttig idee. Zogezegd, zo gedaan. 'Daar sta je dan, met je goeie gedrag,' dacht ik bij mezelf, nadat ik meteen het deksel op de neus kreeg van de huisarts. Hij zal het wel druk hebben...

Dan nemen we de patiënt maar mee - thuislaten zonder overdracht of sociaal vangnet, is ook geen optie. In het ziekenhuis bleek er eveneens geen overdracht van me verwacht te worden: er werd alleen gevraagd naar de hoofdklacht, of de patiënt gevaccineerd was en of er sprake was van corona-symptomen. Leg maar in kamer zeven. 'Wat is er, alles oké? Zo heftig was de inzet toch niet,' schampert mijn collega terwijl we buiten de brancard afnemen. Ik toon me wat verbaasd over de gang van zaken. Mijn collega reageert er nauwelijks op. 'Dat is hier zo. Einladen und abkippen.' Inladen en uitkieperen...

Versnipperd Duits gezondheidssysteem

Tijd voor een wervelend korte inleiding op het Duitse gezondheidssysteem. Dat zal helaas generaliserend moeten, omdat



Het interieur van een Noord-Duitse ALS-ambulance. De inrichting kan sterk verschillen per ambulancedienst.

er nauwelijks sprake is van één gezondheidssysteem. En dat is ook meteen de bron van vele problemen: elk van de zestien bondslanden heeft een eigen wetgeving. Als buitenlanders zien we gewoon Duitsland - de Duitsers zelf zien zestien bondslanden. Binnen die bondslanden is de ambulancezorg verschillend georganiseerd en gereguleerd. Ambulancediensten zijn talrijk en kunnen onder andere op stedelijk, gemeentelijk of bondsniveau georganiseerd zijn. Er kan per gemeente of zelfs per stadsdeel een ander systeem gehanteerd worden. Elke dienst heeft een medisch manager, die eindverantwoordelijk is voor de protocollen waarmee de ambulancehulpverleners werken. Daarin bestaat geen landelijke eenheid: de medisch manager kan naar eigen smaak voorschrijven hoe gewerkt en welke medicatie gebruikt wordt. Mogelijk mag je in je eigen gemeente een instabiele patiënt met een bradycardie pacen onder sedatie met ketanest en midazolam, maar in de aangrenzende gemeente niet eens zonder toestemming een infuus prikken.



Inzetvoertuig van een zogeheten noodarts. Deze worden laagdrempelig meegestuurd door de meldkamer.

Huh? Een landelijk protocol?

Een Landelijk Protocol Ambulancezorg zoals we dat in Nederland kennen, is in Duitsland ondenkbaar. Dit weerspiegelt het wezen van ons oosterbuurland - de naam Duitsland is vooral een paraplueterm voor een volstrekt versnipperd conglomeraat van elkaar tegenwerkende eilandjes. Een algemeen beeld van de ambulancezorg in Duitsland is dan ook niet te schetsen. Het land is enorm, de wet- en regelgeving grillig. De geografie reikt van Oostzee tot Alpen. Werkwijzen, problemen en uitdagingen variëren binnen het enorme spectrum van de Berlijnse binnenstad tot de Beierse bergen.

Samenstelling van de ambulancebemanning

Gelukkig zijn er twee landelijk vaste factoren: de ambulancebemanning en de prehospitalische spoedarts. Te beginnen bij de ambulancebemanning. Deze bestaat doorgaans uit een Notfallsanitäter (behandelaar) en een Rettungssanitäter (assistent). Eerstgenoemde is een ambulancehulpverlener met een driejarige beroepsopleiding. Deze is in inhoud en breedte grofweg analoog aan de Britse paramedic en de Nederlandse ambulancezorgprofessional. De opleiding bestaat sinds 2014 en is met landelijke wetgeving gereguleerd. Dat wil echter niet zeggen dat alle driejarige opgeleiden hetzelfde mogen of kunnen: dat hangt wederom sterk af van de ambulancedienst waarbinnen de zorgverlener opgeleid is, en welke protocollen daar gelden. Bevoegdheid en bekwaamheid kunnen behoorlijk van elkaar losgezongen zijn. Op papier zijn de diploma's echter gelijk. De behandelaar wordt op de ALS-ambulance geflankeerd door een assistent. Deze functie strekt zich, vertaald naar Nederlandse begrippen, uit van ALS-ambulancechauffeur tot zelfstandig begeleider laag- en middencomplex ambulancezorg. Deze assistenten krijgen een opleiding van slechts drie



Naast een ambulance wordt standaard ook een arts naar elke reanimatie gestuurd.

maanden en mogen daarna door de bank genomen relatief veel: onder andere supraglottische luchtwegzekering, infuus prikken en in sommige regio's adrenaline en midazolam geven. Naast een assisterende rol op de ALS-ambulance voert deze beroepsgroep dus ook zelfstandig laag- en middencomplex zorg uit.

De Notarzt

Pièce de résistance van de prehospitalische spoedzorg is de Notarzt (letterlijk: noodarts). De inzetcriteria voor deze noodarts verschillen enorm. In de regio waar ik werk, komt een artsenuitroep ter plaatse bij bijvoorbeeld hevige buikpijn, pijn op de borst en vanaf matig trauma (valpartijen en snijwonden voldoen hier al snel aan). De noodarts kan een anesthesist-intensivist zijn, maar ook een dermatoloog of psychiater. Vereisten om als noodarts te mogen werken, zijn twee jaar werkervaring als arts in de directe patiëntenzorg, een 80-urige basis cursus tot noodarts, 50 inzetten als stagiair en een mondeling examen. Er geldt geen bijscholings- of herregistratieplicht. Eens behaald, blijft het certificaat oneindig geldig. Zaken als narcose en chirurgische handelingen worden veelal niet beheerst - een noodarts is niet equivalent aan een MMT-arts.

Uitwassen als in een dorpsklucht

De uitwassen zijn grotesk en helaas niet zeldzaam. Een uroloog die dienstdoet als noodarts, ter plaatse komt bij een reanimatie en in alle ernst als eerste vraag stelt: 'Heeft de patiënt al een catheter?' Een oudere noodarts arriveert met zijn inzetvoertuig op de snelweg bij een crash tussen een vrachtwagen en twee personenwagens. Hij stapt uit op crocs, in een smetteloos wit pak met lange artsenjas, te midden van glassplinters en rond-



De eisen die aan de medische helikopterbezetting worden gesteld, verschillen sterk per regio.



Een dienst van twaalf uur is lang als je geen pauze hebt.

geslingerde auto-onderdelen, en begint allereerst halskragen aan te leggen, ook bij lopende patiënten. Een bijbeunende plastisch chirurg die zonder laryngoscoop endotracheaal probeert te intuberen, waarna hij de tube met vlakke hand in de patiënt probeert te hameren. Weer een andere noodarts prikt per abuis een infuus in een slagader, en meent vergoelijkend dat we de medicatie ook best intra-arterieel kunnen geven. Het zijn situaties die je verwacht in een dorpsklucht, niet in de prehospitalische spoedzorg anno 2023.

Er zijn ook regio's waar het best goed gaat

Is de complete Duitse ambulancezorg dan een perpetuele tragedie? Nee, uiteraard niet. Er zijn regio's waarin alleen anesthesisten of traumachirurgen dienst mogen doen als noodarts, of waar certificaten als PHTLS, ALS en spoedechografie verplicht gesteld worden. Er zijn regio's waarin de medisch manager progressieve protocollen hanteert, die de ambulancebemanning veel vrijheid geven om zonder arts te werken. Het probleem is niet dat er geen goede prehospitalische zorgverleners zijn, want die zijn er genoeg - het probleem is dat het systeem een zodanig lage ondergrens heeft, dat de excessen ongestoord kunnen voortbestaan.

Grote uitstroom

De inzetcriteria voor noodartsen zijn een complicerende factor. Er komen deels met spoed ook artsen naar patiënten die ik als triagist in Nederland met een zelfzorgadvies had thuisgelaten. Dat is niet alleen een verspilling van zorgcapaciteit, maar vormt ook de basis van een wezenlijker probleem: goed opgeleide ambulancehulpverleners verliezen competenties en motivatie. Recent onderzoek toonde aan dat driejarig opgeleide ambulancehulpverleners het beroep na gemiddeld elf jaar weer verlaten, veelal rond hun dertigste. De uitstroom is gigantisch, de personeelstekorten nijpend. Veelgehoorde klacht onder collega's: we staan er vaak voor joker bij. Gehekeld worden het gebrek aan taakdifferentiatie en het niet mogen uitvoeren van datgene wat men geleerd heeft.

De problematiek vertakt zich ook buiten de concrete ambulancezorg, zoals in het stadium ervoor. Meldkamers doen nauwelijks triage. Ik reed spoedritten voor een dagen eerder verzwikte enkel of diarree sinds twee weken. Onze traumaheli vliegt voor een delier of een COPD-exacerbatie, uitgezet met trefwoorden als bewusteloosheid of verstikking. Maar ook in het stadium na de ambulancezorg loopt het systeem vast: de huisartsenzorg piept en kraakt. De meesten doen geen huis-



Bij grotere ongevallen met meerdere zwaargewonden zijn vaak meerdere artsteamteams aanwezig.

bezoeken. Te ziek om naar de praktijk te komen? Dan moet je naar het ziekenhuis. Dat ik als onbevungen nieuweling in mijn eerste werkweek een huisarts belde voor overleg, bleek dus daadwerkelijk ongehoord.

Een soort van HAP staat nog in de kinderschoenen

Het concept huisartsenpost bestaat niet of nauwelijks. Buiten kantooruren doen artsen die daartoe een contract met de verzekering hebben, dienst als zogeheten achterwacht. Hoewel het hierbij om spoedeisende huisartsenzorg gaat, hoeft je er geen huisarts voor te zijn. Wanneer een bekende gynaecoloog uit onze regio achterwachtendienst heeft, kunnen we hem bij zijn huisbezoeken achterna rijden, omdat iedereen ingestuurd wordt. Op diverse plekken in Duitsland lopen pilotprojecten rondom huisartsenposten in de avond-, nacht- en weekenduren, maar van eenheid en landelijke dekking is nog lang geen sprake.

Het is even wennen...

Voor mij als Nederlandse ex-triagist die veel zelfstandige besluitvorming en oplossingsgericht klinisch redeneren gewend is, is het Duitse systeem even wennen. De huisartsenzorg, ambulancezorg en acute zorg in het ziekenhuis staan

ontkoppeld naast elkaar. Zeldzame uitzonderingen daargelaten is coördinatie van zorg nauwelijks mogelijk. Je kunt de patiënt insturen of zonder overdracht thuislaten, meer smaken zijn er niet. Het laagdrempelig inzetten van noodartsen zorgt ervoor dat goed opgeleide ambulancehulpverleners in een ondergeschikte rol komen, met alle gevolgen van dien. Verlies van motivatie en zowel cognitieve als praktische vaardigheden zijn daarvan indringende voortvloeisels - problemen die versterkt worden door de overweldigende hoeveelheid subacute zorgvragen.

De aanhouder wint

Is mijn uitstapje naar de Duitse ambulancezorg dan een weggegooid jaar? Nee, ik heb meters gemaakt, veel gezien en geleerd. Ik heb van ervaren collega's afgekeken hoe je met creatieve oplossingen om het systeem heen kunt werken. En misschien het belangrijkste: ik ben vele malen mondiger geworden. Ik heb uit pure noodzaak zo vaak de advocaat van de patiënt moeten zijn, dat ik me behoorlijk wat minder laat aanleunen dan toen ik begon. Net zo lang doorgaan tot we een acceptabele oplossing hebben. 'Goedemiddag, opnieuw met Thijs. We hadden elkaar net al aan de lijn. Ik wil toch écht graag iets met u bespreken.'



De riante containeropbouw van de ALS-ambulances biedt veel werkruimte.



Samenwerking met de politie is zeldzaam en beperkt zich tot geweldsdelicten, lijkvindingen en verkeersongevallen.

TECC-training voor ambulancediensten en specialistische teams

Opleiden en trainen in de context

In de wereld van de acute medische hulpverlening is het van essentieel belang dat hulpverleners snel en adequaat kunnen handelen in noodsituaties. Dit geldt niet alleen voor ambulancepersoneel maar ook voor de medici die in specialistische teams werken. Om ook deze hulpverleners voor te bereiden op het bieden van de meest effectieve zorg in een omgeving waarbij de situatie plotseling kan veranderen en men in deze situatie om kan gaan, worden Tactical Emergency Casualty Care trainingen (TECC-trainingen) aangeboden door de Triangular Group Academy (TGA). Deze trainingen zijn gericht op het trainen van medische professionals in het werken onder druk en in moeilijke omstandigheden waarbij wij de focus, naast de kennis en vaardigheden, op het om kunnen gaan met verschillende vormen van stress leggen.

Door: Henrico Mulder, opleidingsmanager TGA

Foto's beschikbaar gesteld door de Triangular Group en zijn gemaakt door Yentl van Maanen.

TECC-training voor ambulancediensten

Ook ambulancemedewerkers staan vaak voor uitdagende situaties waarbij snel en adequaat handelen van levensbelang kan zijn. Een TECC-training is bedoeld om medische professionals op te leiden in het gebruik van medische technieken en procedures in een omgeving waarbij men een vorm van stress kan ervaren. De

TECC-training is gericht op het bieden van de meest effectieve zorg aan patiënten in situaties waarbij Grof en Extreem Geweld heeft plaats gevonden, waarbij de veiligheid van de zorgverlener en het slachtoffer niet altijd gegarandeerd kan worden.

De training bevat onderwerpen zoals luchtwegmanagement, stop-the-bleed, beoordeling en behandeling van traumatische verwondingen, pijnbestrijding en de praktijk van medische interventies in een tactische omgeving. Het doel is om medische professionals te voorzien van de kennis en vaardigheden die nodig zijn om snel te kunnen handelen in noodsituaties.



TECC-training voor specialistische teams

Onze TECC-training voor specialistische teams is gericht op het trainen van medische professionals onder druk en in moeilijke omstandigheden. De training bevat dezelfde onderwerpen als bij de TECC-training voor ambulancediensten, maar is specifiek gericht op de uitdagingen die zij kunnen tegenkomen in hun beroepscontext. De TECC-training bereidt hen voor op het bieden van effectieve medische zorg onder de genoemde omstandigheden.

Triangular Group

Triangular Group Academy (TGA) is in 2018 opgericht door Ray Klaassens en Onno van Boven, beide voormalige officieren



TGA verzorgt o.a. de volgende opleidingen:

1. PHTLS (PreHospital Trauma Life Support): prehospital traumazorg cursus. Deze cursus zorgt voor verbeteren van kwaliteit van traumazorg en verminderen van overlijden prehospital.
2. PHTLS for first responders: deze cursus richt zich op de beroepsgroep die niet medisch zijn opgeleid zoals: politie, brandweer, reddingsbrigade, evenementen hulpverleners, etc.
3. TCCC (Tactical Combat Casualty Care): medisch behandelingsprotocol dat speciaal is ontwikkeld voor militair personeel dat gewond is geraakt op het slagveld.
4. TECC (Tactical Emergency Casualty Care): zorgt ervoor dat je op de juiste manier medisch leert handelen in een tactische situatie zoals tijdens aanslagen, terrorisme of in een setting met extreem geweld.
5. TECC-LEO (Tactical Emergency Casualty Care voor Law Enforcement Officers and first responders): een specifieke versie van de TECC-cursus, die is afgestemd op Law Enforcement Officers zoals Politie, FIOD en Douane die te maken kunnen krijgen met medische noodsituaties in tactische omgevingen.

van de Nederlandse Special Forces en Inlichtingendiensten, en staat onder de dagelijkse leiding van Algemeen Directeur Marlin van Hal. TGA is een opleidings- en kennisinstituut gericht op (overheid)professionals binnen het veiligheids- en weerbaarheidsdomein.

Onze opleiders hebben zelf jaren gewerkt voor de Nederlandse krijgsmacht, inlichtingendiensten of ambulancediensten dan wel verschillende politie-eenheden en zijn daardoor skilled for life. Door middel van advies, begeleiding en kennisdeling ondersteunen zij overheidsinstanties in het opleiden en trainen van hun personeel. Zo helpen wij onze klanten om hun weerbaarheid te verhogen en dragen we bij aan een veilige samenleving. TGA is daarnaast een NAEMT geaccrediteerd trainingscenter.

PHTLS-training 10th edition

PHTLS-training is gericht op het bieden van prehospital traumazorg, het optimaliseren van de behandeling van

traumatische verwondingen en het verbeteren van de overlevingskansen van traumapatiënten. De cursus wordt gegeven in minimaal 80 landen door 9778 instructeurs.

Met ingang van september 2023 zal de 10e editie van PHTLS zijn intrede doen. Elke vier jaar probeert de NAEMT weer een cursus neer te zetten met de meest actuele en beste prehospital zorg die denkbaar is. In deze 10e editie zijn diverse veranderingen verwerkt, die uitgebreid behandeld worden, zoals:

- X-ABCD
- Traumatisch hersenletsel
- Wervelletfels
- Triage bij meerdere trauma slachtoffers
- Trauma assessment bij speciale groepen, zoals: ouderen, kinderen en zwangeren
- Management van een multitrauma patiënt
- HOT-procedure
- Ongevallen met elektrische auto's
- Rapid extrication
- Hypothermie
- Capnografie

Kort samengevat

TGA biedt diverse medische trainingen aan die van essentieel belang zijn voor medische professionals. Het trainen van medische professionals, die beroepsmatig kunnen belanden in tactische en gevaarlijke omgevingen, draagt bij aan een veiligere en weerbare maatschappij. Met onze trainingen bereiden wij hen voor op het bieden van effectieve medische zorg onder druk en in moeilijke omstandigheden, zodat ze vertrouwen hebben in hun eigen kennis en vaardigheden op het gebied van levensreddende zorg in noodsituaties.

Wil je meer weten over onze opleidingen of wat TGA verder voor jouw team kan betekenen? Neem dan contact op met Opleidingsmanager Henrico Mulder, een ervaren oud KCT Operator en Medic, die binnen TGA verantwoordelijk is voor alle medische opleidingen. Wij ontvangen je heel graag op ons HQ in Heerle (NB) voor een sterke kop koffie en een goed gesprek.

E-mail: hm@triangulargroup.com Mobiel: +31 6 16 08 83 32

Ambulancedienst werft verpleegkundigen via Virtual Reality

Ambulancedienst Witte Kruis start vanaf woensdag 7 juni 2023 met de inzet van een Virtual Reality Experience om nieuwe verpleegkundigen te werven. De VR-experience biedt sollicitanten en geïnteresseerde verpleegkundigen een levensechte ervaring vanuit hun eigen interesses en belevingswereld bij het zoeken naar een baan bij de ambulance. De VR Experience werd voor het eerst ingezet tijdens de Venticare beurs voor verpleegkundigen op 7 en 8 juni 2023.



VR-experience ambulancepost en ambulance

De VR-experience voor verpleegkundigen is opgezet vanuit het adagium: “Wanneer mensen je niet kennen kunnen ze ook niet voor je kiezen”. Als geïnteresseerde in een nieuwe baan bij de ambulance zit je vooraf nog met veel vragen. Hoe ziet een dag bij een ambulancedienst er eigenlijk uit? Wat doen andere collega's? Hoe ziet de ambulancepost er van binnen uit? Waar kan ik me omkleden? Wie zijn mijn collega's straks? Hoe is het om mee te rijden in de ambulance?

Het komt allemaal voorbij, zodra een verpleegkundige de VR-bril op zet. De ervaring is virtueel, maar lijkt levensecht qua beleving. Het is alsof kandidaten zelf de ambulancepost binnen lopen en de sfeer voelen. De 360-graden video geeft deelnemers aan de VR-experience een inkijkje in en een daadwerkelijke ervaring van een normale werkdag op de ambulancepost. Zodra ze binnen zijn kunnen ze zelf 360 graden om zich heen kijken en virtueel andere collega's ontmoeten. In de VR-experience spelen huidige medewerkers van de ambulancedienst als ambassadeurs een belangrijke rol. Kandidaten worden lettelijk bij de hand genomen en toegesproken door (toekomstige) collega's.

Moeilijk vervulbare vacatures

Het aantal openstaande vacatures in Nederland blijft oplopen. Onlangs heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bekend gemaakt dat het aantal openstaande vacatures in 2023

is gestegen naar 437.000. Een groot deel (67.000) daarvan komt uit de sector zorg en welzijn. 52% van de vacatures in de zorg en welzijn is moeilijk vervulbaar. Vooral aan gespecialiseerde verpleegkundigen is een extreem tekort. Ambulanceorganisatie Witte kruis heeft op dit moment diverse vacatures open staan voor ambulanceverpleegkundige.

Over Witte Kruis

Witte Kruis is met circa 950 medewerkers en 157.000 ambulanceritten per jaar verdeeld over de regio's Noord-Holland-Noord, Noord-Oost-Gelderland, Zeeland, Den Haag en Kennemerland de grootste ambulancedienst van Nederland. De organisatie werkt met hechte, regionaal gerichte teams die de zorg op het juiste moment dicht bij de patiënt brengen. In alles wat we doen, gaan we voor een betere gezondheid, veiligheid en kwaliteit van leven. Niet voor niets luidt ons motto Driven by care. We zijn uiterst gemotiveerd om de patiënt de beste zorg te leveren op het juiste moment op de juiste plaats. Een goede samenwerking tussen collega's en ketenpartners (o.a. ziekenhuizen, politie en huisartsen) is daarin een belangrijk uitgangspunt.

Meer informatie?

Meer informatie over het werken bij de ambulance is te vinden via: www.kombijdeambulance.nl.

Op de website staat ook een korte online ambulancetest, zodat bezoekers hun geschiktheid voor het vak kunnen toetsen.



Osteogenesis Imperfecta in acute omstandigheden

Ambulance ‘weigert’ pijnstilling...

Over het algemeen zijn mensen erg blij ambulancezorgverleners te zien als hulp dringend gewenst is en er is vaak groot vertrouwen in hun kennis en kunde. Maar juist die zeldzame keren dat men minder tevreden is, kunnen heel leerzaam zijn en ervoor zorgen dat de tevredenheid nog groter wordt. Hieronder het verhaal van een moeder met een kind met Osteogenesis Imperfecta, wat haar kind overkomen is en hoeveel moeite het haar als moeder gekost heeft om de collega's van de ambulance ervan te overtuigen een andere aanpak te kiezen dan die zij aanvankelijk zelf bedacht hadden.



Cindy De Groot-Wan

Door: Cindy De Groot-Wan, oprichter platform Power Of Reflection

Casus

De moeder vertelt: “Onze 16-jarige dochter met OI zat een boek te lezen in een tram die een noodstop maakte, waardoor haar rolstoel kantelde en zij op de grond lag. Zij is helder, aanspreekbaar en kan tot in details goed uitleggen wat er is gebeurd en wat zij voelt. Geen traan en geen ‘gegil met een auw’. Louter kalm en bedachtzaam.” Pijn als een breuk ergens bij mijn heupkom en net onder de knie, was dochters conclusie na de val.

De ambulance arriveert

“Een omstander belde mij op verzoek van onze dochter. Door dat wij, de ouders, er ongeveer 15 minuten over zouden doen om op plaats van ongeval te komen, vroegen we de omstander om alvast 1-1-2 te bellen. Dan zouden we ongeveer tegelijk met de ambulance aankomen om snel en vaardig te kunnen handelen. We waren weliswaar vlakbij, maar dachten opgelucht te kunnen zijn als de ambulance eerder zou arriveren om, in afwachting van ons, alvast adequate pijnstilling toe te dienen. De ambulancebroeders waren inderdaad al ter plaatse voor wij arriveerden. Terwijl wij onderweg waren stonden wij in verbinding met de omstander via de telefoon. Onze dochter legde de ambulancezorgverleners helder uit wat er was gebeurd en

hoe haar lichamelijke toestand er nu voor stond: verdenking van een breuk bij de heupkop en net onder de knie. Tot slot eindigde zij met het verzoek om haar adequate pijnstilling te geven om de pijn te reduceren, in afwachting van haar ouders, want die kwamen eraan.”

Osteogenesis imperfecta

Osteogenesis Imperfecta (afgekort OI) is een aangeboren en erfelijke bindweefselaandoening. Door gebrek aan een bepaald eiwit, verliezen de collageenvezels hun stevigheid, waardoor de drager tal van medische problemen kan oplopen. Het meest voorkomend en het meest bekend is dat botten zeer makkelijk breken, maar er zijn tal van andere symptomen mogelijk zoals afwijkingen van de vorm van botten, dwerggroei, lies- en navelbreuken, overbeweeglijke gewrichten.

Er zijn naar schatting 800-1000 mensen in Nederland die lijden aan OI en per jaar komen er ca. 10-15 bij. De ziekte treft zowel mannen als vrouwen. Er is geen genezing mogelijk. Vooral jonge kinderen (tot de puberteit) lopen fracturen op. Dit kan oplopen van tientallen tot meer dan honderd in hun hele leven.

! ATTENTION !

I have Osteogenesis Imperfecta (Brittle Bones Disease)

My bones are very fragile.
Follow my directions on how to handle me safely.
Pain often indicates a fracture, symptoms are not always obvious.
Lightweight materials are preferred for immobilisation.
Excessive movements and needless lifting must be avoided; can cause fractures.
Determine or exclude a fracture only by X-ray examination.
Patients or their companions are experienced in examinations, let them help you in finding the right/safest body positions transportation and X-rays to be taken.

- Z.O.Z./PTO -

Ambulance weigert pijnstilling

“Nee,” was het resolute antwoord van de ambulancebroeder.

“We gaan je geen pijnstilling geven. We tillen je op de brancard en gaan dan even kijken wat er aan de hand is.”

Onze dochter, al liggend op de grond, smeekte om pijnstilling en niet opgetild te worden tot de ouders gearriveerd waren, want, zo legde zij verder uit, ik heb Osteogenesis Imperfecta, de broze botten aandoening. Ook was al eerder het SOS-pasje met meer informatie over deze aandoening aan de broeders overhandigd. Op dit pasje staat een verkorte weergave van de aandoening en hoe te handelen, namelijk: pijn behandelen als breuk, geen onderzoeken doen, maar naar het ziekenhuis voor röntgenfoto's.

Toen ik dit “Nee” hoorde, herhaalde ik door de luidspreker van de telefoon machteloos dat zij ‘de-broze-botten-ziekte’ heeft, dat ze haar niet zo even moesten optillen en of ze alsjeblieft gehoor wilden geven aan de instructies van onze dochter en haar verzoek om pijnstilling niet wilden negeren. Helaas. De ambulancebroeders waren vastbesloten en zeiden geen enkele vorm van sedatie te gaan geven en wilde haar even op de brancard te tillen om te onderzoeken wat er aan de hand was.

Luister alstublieft naar mijn moeder!

Dat was het moment dat onze dochter emotioneel brak. Vanaf toen kwamen pas de tranen en riep ze vol angst uit: “Luister alstublieft naar mijn moeder!” “Nee, ik heb nu met jou te maken en je moeder is hier niet”, was het definitieve antwoord. Op ditzelfde moment waren we net aan de overkant van het ongeluk geparkeerd en terwijl ik aan de telefoon luid zei dat ik er was, in de hoop dat zij niet zouden handelen zonder overleg, snelde ik naar de tram. Aan de wijze waarop onze dochter erbij lag, zagen we overduidelijk dat ze niet zondermeer opgetild had moeten worden. Ook met de 56e ervaring van een botbreuk is het niet willen toepassen van adequate pijnstilling alvorens een handeling uit te voeren onbegrijpelijk.

Moeder geeft uitleg aan de broeders

“Zonder pijnstilling haar op de brancard tillen geeft onnodige hevige pijscheuten en hierbij extra spierspanningen wat extra breuken of dislocatie kan veroorzaken en bovenal weer een onuitwisbaar trauma voor het brein. En dit op je 16e jaar. Adequate pijnstilling zoals fentanyl, absoluut géén onderzoek op de brancard, maar behandelen als een breuk om erger letsel te voorkomen. Immers, na 56 keren in zestien jaren kunnen we ervan uitgaan dat onze dochter inmiddels wel weet hoe een breuk aanvoelt. Verdere behandelingen volgen in het ziekenhuis op basis van de resultaten op de röntgenfoto's.”

Met deze uitleg heeft de moeder de ambulancebroeders gelukkig alsnog kunnen overtuigen om haar dochter op haar woord te geloven.

Gelukkig toch een goed einde

Na deze conversatie volgde gelukkig fentanyl en werd onze dochter gehoord. Haar pijn werd gereduceerd, waarna vader en de twee ambulancebroeders haar op gepaste wijze op de brancard hebben gelegd. De röntgenfoto's toonden een gebroken heupkom en een haarscheurtje net onder de knie. Het was, zeker achteraf gezien, maar goed dat de ambulancebroeders niet louter op basis van eigen kennis onze dochter, zonder pijnstilling, op de brancard hebben getild en even zouden onderzoeken.

Tot slot

Tot zover het verhaal van de moeder. We hebben in ons vakblad al eerder aandacht besteed aan de problematiek van Osteogenesis Imperfecta en hoe je daar als ambulanceprofessional het beste op kunt inspelen. Zie: Gras, T., Doe normaal, maar wees abnormaal voorzichtig. Ambulancezorg voor patiënten met Osteogenesis Imperfecta. In: Vakblad V&VN Ambulancezorg 41e jrg nr. 1 (april 2020) 24, 25.

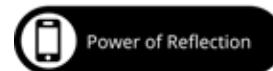
Over de auteur

Cindy De Groot-Wan was zeven jaar voorzitter van de Vereniging Osteogenesis Imperfecta (VOI) en is de oprichter van het platform Power of Reflection. Missie van het platform: concrete verbetering voor de kwaliteit van leven voor iedereen met een zeldzame aandoening, in het bijzonder door een angst- en pijnvrije behandeling in acute omstandigheden.

Meer informatie over Osteogenesis Imperfecta: <https://qrco.de/bdtigI> of via de QR-code



Meer informatie over het Platform Power of reflection: <https://powerofreflection.com/> of via de QR-code



Historie van de Chevrolet Van ambulances

Wie kent ze niet? De Chevrolet Chevy Van ambulances, die tientallen jaren in veel Nederlandse regio's het gezicht van de ambulancedienst hebben bepaald. Hans Waldeck, voorzitter van het Nederlands Ambulance Archief, raakte enkele jaren geleden geïnteresseerd in de Chevrolet Chevy Van en GMC VANDura-ambulances, omdat er wat onduidelijkheid was over de identificatie van de carrosseriebouwer van een van deze ambulances. Er ging een wereld voor hem open, want hoewel je het idee zou kunnen hebben dat al deze ambulances er zo'n beetje hetzelfde uitzagen en geleverd werden door De Vries in Assen, bleek hem bij nader onderzoek al snel dat er veel meer variatie was zowel in chassis als in opbouw, als in leverancier.

Door: Thijs Gras

En zo begon in 2020 een zoektocht naar alle Chevy Vans, die in Nederland hebben rondgereden. Dankzij de leden van het Nederlands Ambulance Archief kon al snel een vrij uitgebreid overzicht worden gemaakt, wat door noeste onderzoeksarbeid en met bijdragen van velen heeft geresulteerd in een totaaloverzicht van 849 Chevy Van- en VANDura-ambulances, die in de periode 1975-1997 aan Nederlandse ambulancediensten zijn geleverd.

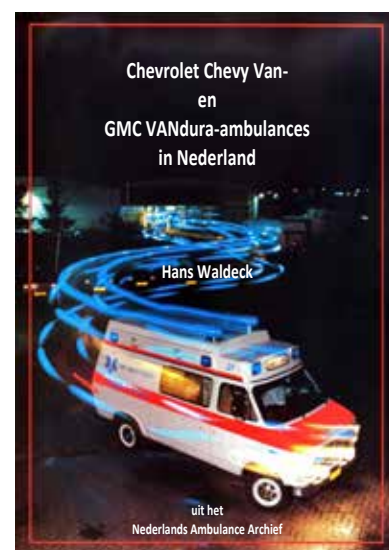
De aanbieders en carrosseriebouwers komen uitgebreid aan bod en er is de nodige aandacht voor het onverwacht grote aantal dakvarianten. Ook is een hoofdstuk gewijd aan bijzondere toepassingen, zoals babylandes en VC-wagens.

In een bijlage zijn alle opgespoorde ambulances beschreven. Meestal kon de determinatie aan de hand van foto's worden bevestigd. Bij ruim 96% van de voertuigen is het gelukt om een complete set gegevens te achterhalen, bestaande uit het kenteken, jaartal in dienst, carrosseriebouwer/leverancier, type Chevrolet en de dienst waar deze bij reed. Van slechts 28 waren deze gegevens deels te vinden en het kan zijn dat er nog Chevrolet Van-ambulances gereden hebben, die op een of andere manier

helemaal buiten beeld zijn gebleven. Veel zullen dit er echter niet zijn.

Het boek van A4-formaat heeft een slappe kaft.

Het telt 276 pagina's en is rijk geïllustreerd met foto's. Voor de liefhebbers van Chevy Van- en VANDura-ambulances is het genieten, maar ook de mensen die geïnteresseerd zijn in de geschiedenis van ambulances of op zoek zijn naar een beetje nostalgie, komen ruim aan hun trekken.



Gegevens van het boek:

Waldeck, Hans, *Chevrolet Chevy Van- en GMC VANDura-ambulances in Nederland*. Uitgave in eigen beheer, De Wijk, 2023.

Het is te bestellen bij de boekwinkel 'Kingfisher' via de site van Boekwinkeltjes.nl (<https://www.boekwinkeltjes.nl>) voor de prijs van € 39,95, exclusief verzendkosten.

Ontwerp een hartrenwagen

Curieuze prijsvraag uit 1969

In Nederland werd in 1969 druk gesproken over het opzetten van een systeem van hartrenwagens: ambulances voorzien van een monitor/defibrillator die naar patiënten met een acuut myocardinfarct gestuurd zouden moeten worden. Het kwam overgewaaid uit het buitenland.

Door: Thijs Gras, ambulanceverpleegkundige en historicus

In de loop van de jaren zestig van de vorige eeuw werd steeds meer bekend over hartinfarcten en hoe die effectief konden worden aangepakt. Van de gevaarlijke en dodelijke complicatie ventrikelfibrilleren was bekend dat dit met een elektrische schok kon worden opgeheven. Liefst moest dat zo snel mogelijk gebeuren. In het ziekenhuis ontstonden speciale Coronary Care Units met gespecialiseerd personeel en gespecialiseerde apparatuur, maar veel infarcten begonnen buiten het ziekenhuis. Wat dan te doen?

De eerste initiatieven om met apparatuur de straat op te gaan kwamen in 1965 in Belfast van de grond, dankzij de inspanningen van dr. F. Pantridge. Daar werd een ambulance uitgerust

met een defibrillator en een team van arts en verpleegkundigen dat werd uitgestuurd naar meldingen van hartproblemen.

Het succes van Pantridge inspireerde de in 1964 opgerichte Nederlandse Hartstichting om ook in ons land zo iets op te zetten. In 1969 drongen de plannen door tot de kranten. Op 16 maart kondigde onder meer De Volkskrant aan dat in Nijmegen een door het rijk gefinancierd experiment zou starten met een hartrenwagen. Ook in Utrecht reed in 1970 zo'n speciale ambulance, die men liever 'cardulance' of 'cardiolance' noemde. In deze beide steden bestond de bemensing uit een arts en twee verpleegkundigen. In Heerlen, waar een derde experiment van start ging, koos men voor twee speciaal getrainde verpleegkundigen, die een ECG naar het ziekenhuis verstuurden voor overleg met een arts.

Bij VF werd uiteraard meteen 'geklapt'. Omdat het even duurde eer alle Heerlense verpleegkundigen geschoold waren, ging dit experiment pas vanaf 1972 echt van start.

Prijsvraag voor 'autofielen'

Het Algemeen Handelsblad van 14 augustus 1969 legde in een artikeltje uit wat een hartrenwagen nu eigenlijk inhield. Helemaal goed had de verslaggever het nog niet begrepen, want deze sprak over 'delibereren' en legde uit: 'Hierbij wordt door een elektrische shock een hart dat niet meer werkt maar nog wel "natrilt" gereactiveerd.'

Dit artikeltje werd twee dagen later gevolgd door een oproep aan de lezers om mee te doen aan een 'luchtige' zomerprijsvraag 'voor oude en jonge autofielen' die luidde: "ontwerp een hartrenwagen". Om de mensen op weg te helpen formuleerde de krant de eisen waar zo'n auto allemaal aan moest voldoen: hoge snelheid, verbijsterende wendbaarheid, perfect veringsysteem, je moest ermee over kleine riviertjes en stroompjes kunnen, opvallend uiterlijk en een auditief systeem waardoor je de auto hoorde naderen, misschien wel uitgerust met een systeem om rode stoplichten om te zetten in groene. Ook voor het interieur formuleerde de krant wensen: de patiënt moest geplaatst worden in een goed beschermde ruimte met airco

Bron: Archief Rijksoverheid, Heerlen.



De 'cardulance' in Heerlen.

waar apparatuur in paste en hartmassage moest kunnen worden uitgevoerd. Er moest plaats zijn voor een medisch team van drie mensen en je moest de beglazing kunnen afsluiten 'voor nieuwsgierige blikken van passanten.'

Vóór 1 september moesten de inzendingen binnen zijn, dus de autofielen hadden amper twee weken om zich op deze 'verrukkelijke uitdaging' te storten. Voor de twee beste ontwerpen werden prijzen die er niet om zouden liegen in het vooruitzicht gesteld. In een vervolgstukje in de krant van 30 augustus 1969 werd een tipje van de sluier opgelicht: de winnaars mochten gratis een hartcardiogram van zichzelf laten maken!

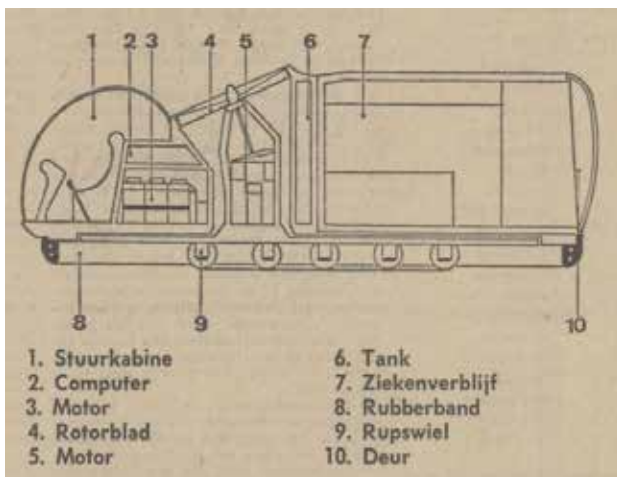
De winnaars

In het Algemeen Handelsblad van 20 september 1969 volgde de uitslag en de presentatie van de twee winnende ontwerpen, uit de maar liefst 70 inzendingen! De jury was zeer onder de indruk van de verbazend hoge kwaliteit. Oké, er zaten ook niet serieuze bijdragen bij zoals iemand uit Amsterdam, die vond dat de hartrenwagen gebrekkig en steeds aan pech onderhevig moest zijn om zo een bijdrage te leveren aan de onrustbarende toenemende overbevolking, maar de meeste inzenders hadden erg hun best gedaan.

J.J. van der Hout uit Nieuw-Loosdrecht sleepte de eerste prijs in de wacht met een ontwerp dat leek op een soort helikopter op rupsbanden, die werd voortbewogen door rotorbladen, geïnspireerd op de Hovercraft. Het voertuig kon ook over water.

Als ziekencompartiment had hij een verwisselbare container voorzien, handig bij panne met het voertuig. Om het extra te laten opvallen moest de buitenkant felgeel worden. Dankzij de gierende rotorbladen, een zwaailicht en een sirene zou het voertuig flink opvallen in het verkeer. Voortgestuwd door minder trillende gevende turbinemotoren en voorzien van een variomatic versnelling, kon de maximumsnelheid 160 km/u bedragen, in het water 15 km/u, maar met een intrekbare

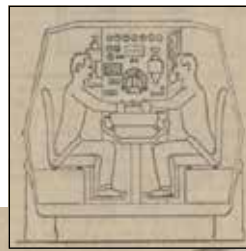
Bron: Algemeen Handelsblad, 20 september 1969 (via Delpher.nl).



Het idee van J.J. van der Hout maakte op de jury een professionele en verzorgde indruk.

schroef op te voeren tot 80 km/u. En dat voor verkeerslichtbeïnvloeding alle verkeerslichten ontvangers moesten hebben, had hij ook al bedacht.

De tweede prijs was voor C.M. Kornmann uit Hoofddorp. Hij had zich veel moeite gegeven een constructie te bedenken

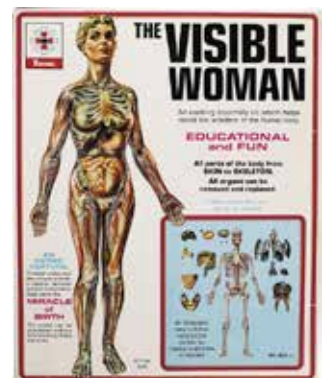


Bij het ontwerp van tweede prijswinnaar Kornmann lag de patiënt in een bak die met een ingenieus wielsysteem niets moest merken van optrekken of remmen.

Bron: Algemeen Handelsblad, 20 september 1969 (via Delpher.nl).

waarbij de patiënt tijdens vervoer zo min mogelijk zou worden blootgesteld aan longitudinale en transversale krachten. De patiënt lag in zijn hartrenwagen in een 'diepgetrokken kunststof bak', die op vier punten op wielen rustte. Deze wielen konden in alle richtingen op vier plateaus zwenken en zo de bewegingen van de auto opvangen, bijvoorbeeld bij krachtig remmen.

Het laten maken van een hartcardiogram stuitte helaas op te veel technische bezwaren. De winnaar kreeg nu een 'Visible Woman' bouwdoos van Renwall, waarmee je een menselijk lichaam kon nabouwen. De tweede prijs was een boekenbon van 25 gulden.



De gelukkige winnaar kreeg dit dure bouwpakket 'Visible woman'.

Er waren nog vijf eervolle vermeldingen, zonder dat de krant inging op de inhoud van deze ontwerpen. Voor zover wij konden zien zaten hier geen bekende namen tussen. Jammer dat we niets weten van de achtergrond van deze mensen.

Wel blijkt uit deze prijsvraag dat het onderwerp 'hartrenwagen' in 1969 tot de verbeelding sprak en velen zich geïnspireerd voelden hierover ideeën te ontwikkelen en op papier te zetten. Niet lang daarna werd dit opgepakt door ingenieur P.W.J. Jansdaal, die in 1973 een heel nieuw spoedambulance-concept ontwierp, maar daarover een andere keer.

Literatuur:

Baskett, P.J.F., Baskett, T.F. (eds), Resuscitation Greats. Clinical Press, Bristol, 2007.
Algemeen Handelsblad van 14, 16, 30 augustus en 20 september 1969 (via Delpher.nl).
J.F. Pantridge J.F. en Geddes, J.S.: A Mobile Intensive-Care Unit in the Management of Myocardial Infarction, The Lancet (5 aug 1967) 271-273.

Patiëntenervaringsonderzoek

Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten

De ambulancezorg in Nederland is continu in beweging. Dat geldt ook voor de kwaliteit van zorg. De sector werkt er voortdurend aan de kwaliteit waar nodig verder te verbeteren. Inzicht in patiëntervaringen met ambulancezorg en de waardering die patiënten hebben voor de ambulancezorg, zijn hierbij van grote waarde. 'De patiënt centraal' is daarom een belangrijke pijler in het kwaliteitskader ambulancezorg (zie figuur 1).

Door: Nanne Bos (Nivel), Merel Engelaar (Nivel), Nadiene Toby (AZN)

Om te weten te komen hoe patiënten ambulancezorg ervaren en waarderen, heeft het Nivel wederom, via het driejaarlijkse landelijke patiëntervaringsonderzoek, gemeten hoe patiënten de spoedeisende en planbare ambulancezorg en het mobiele zorgconsult (voorheen 'eerst hulp geen vervoer-inzet') waarderen. De ervaringen van patiënten met de ambulancezorg zijn gemeten met twee Consumer Quality Index vragenlijsten (de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg). In totaal namen 3882 patiënten uit alle regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) deel aan het onderzoek. Van hen gaven 2283 patiënten hun mening over spoedeisende ambulancezorg en 1599 patiënten over planbare ambulancezorg.

Resultaten onderzoek

De resultaten van het patiëntervaringsonderzoek zijn verwerkt in een landelijk rapport 'Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten', te vinden op websites van Nivel en AZN. Daarnaast heeft elke RAV een eigen, regionaal rapport ontvangen met de eigen, regionale resultaten. De inzichten van het onderzoek biedt de sector als collectief en RAV's individueel handvatten om de kwaliteit van de ambulancezorg waar nodig verder te verbeteren.

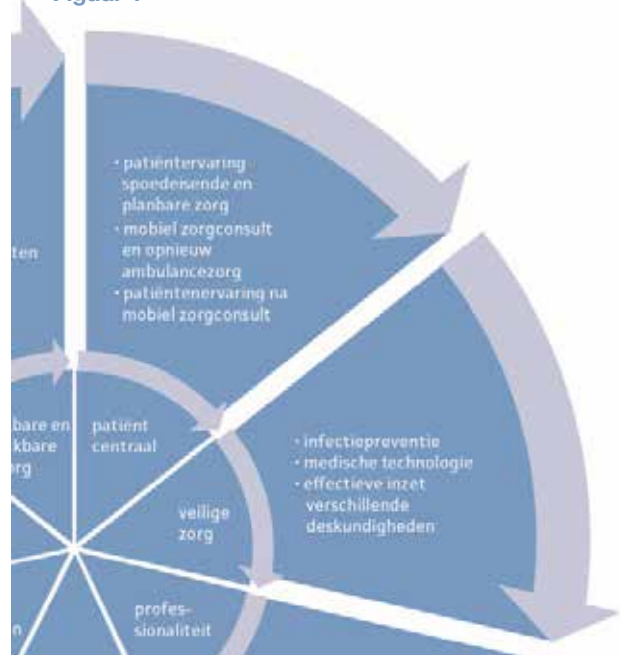
Patiënten wederom zeer tevreden over de ambulancezorg

Ambulancezorgprofessionals mogen wederom tevreden en trots zijn op de waardering die patiënten ambulancezorg geven! Patiënten aan wie spoedeisende of planbare ambulancezorg is verleend, waarderen deze zorg gemiddeld namelijk met een 9,1. Deze waardering is net als in 2016 en 2019 zeer hoog.

Kleine verbeterpunten

Uit het onderzoek komen ook kleine verbeterpunten naar voren. Zo geven patiënten aan dat zij behoefte hebben aan persoonlijke benadering en communicatie op maat. Zij willen geïnformeerd worden over het tijdstip van vervoer (met name van huis naar het ziekenhuis of een andere zorginstelling), de verleende zorg en eventuele vervolgzorg. In het geval van planbare ambulancezorg willen patiënten uitleg over de reden van vervoer. Ook blijkt uit het onderzoek dat de patiënt beter betrokken kan worden bij de keuze voor een mobiel zorgconsult en dat de informatieverstrekking hierover beter kan.

Figuur 1



Burgerplatform ambulancezorg

Aanvullend op het vragenlijst onderzoek is, net als in 2019, een Burgerplatform Ambulancezorg georganiseerd. Tijdens het Burgerplatform wordt met een groep mensen met en zonder ervaring met ambulancezorg in gesprek gegaan over actuele thema's binnen de ambulancezorg. Dit keer werd onder meer gesproken over de positieve ervaringen met ambulancezorg, de redenen waarom ambulancezorg positief wordt gewaardeerd in het landelijke onderzoek en ook de thema's mobiel zorgconsult, kwetsbare ouderen en passende ambulancezorg kwamen aan bod. De opbrengsten van de gesprekken bieden input voor sectoraal beleid vanuit burgerperspectief.

Tijdens de bijeenkomst in september 2022 gaven burgers aan dat zij adequate medische hulp en duidelijkheid over waar de patiënt aan toe is essentieel vinden. Uit de bijeenkomst bleek ook dat burgers zich iets anders voorstellen bij de term 'mobiel zorgconsult' dan dat de ambulancesector hiermee bedoelt. Vanuit het Burgerplatform komt het advies aan de sector om op burgerniveau te communiceren over nieuwe ontwikkelingen binnen de ambulancezorg. Alle informatie over de gesprekken met het Burgerplatform kunt u lezen in het verslag van het Burgerplatform Ambulancezorg 2022: <https://qrco.de/be22qP> of via de QR-code



#1

Informatie over het patienttevredenheidsonderzoek is ook te vinden op de website van Nivel: <https://qrco.de/be22xQ> of via de QR-code

Conclusie en aanbeveling

De landelijke meting met de CQI-vragenlijsten in combinatie met het Burgerplatform is wederom een succesvolle strategie gebleken om de kwaliteit van de ambulancezorg vanuit het perspectief van de patiënten te monitoren en de sector bewust te maken van de beleving van ambulancezorg onder patiënten en burgers. De ambulancesector kan trots zijn op de positieve waardering die zij van patiënten ontvangt. De punten die uit de open vragen van de vragenlijst en het Burgerplatform naar voren komen, zijn voor patiënten belangrijk en bieden een uitnodiging aan de sector om zich hierop te richten.

Referenties

Engelaar, M., Zagt, A., Bos, N. Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten (2022): een onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg. Utrecht: Nivel, 2022.
Zagt, A., Engelaar, M., Bos, N. Kwaliteit Ambulancezorg vanuit het perspectief van burgers: verslag van het Burgerplatform Ambulancezorg 2022. Utrecht: Nivel, 2022.
Kwaliteitskader ambulancezorg versie 1.0 oktober 2019. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2019.



#2

Gemeenschappelijke Meldkamer Amsterdam viert een feestje

De Gemeenschappelijke Meldkamer (GMK) in Amsterdam bestaat 10 jaar. Centralisten van de politie, brandweer en ambulance zitten samen op de hoogste verdieping van het politiehooftbureau aan de Elandsgracht. Wat het in Amsterdam uniek maakt is dat de centralisten van de politie en brandweer elkaars meldingen kunnen aannemen.

Er hangen ballonnen in het hoofdbureau van de politie, want het tienjarig bestaan van de Gemeenschappelijke Meldkamer is best een feestje waard, vindt directeur van de meldkamer Joyce Jong. "Het is een mijlpaal." Tot 10 jaar terug werkten de centralisten van de politie, brandweer en ambulance vanuit drie verschillende meldkamers. Hier aan de Elandsgracht zitten ze allemaal in dezelfde ruimte. Dat is op zich niet zo bijzonder. "Maar wat het in Amsterdam uniek maakt is dat de centralisten

van de politie en brandweer elkaars meldingen kunnen aannemen," zegt Jong. "Die zijn dus uitwisselbaar." De Gemeenschappelijke Meldkamer is hard op zoek nieuwe centralisten. Zo'n tien voor de politie, vijf voor de ambulance en twee voor de brandweer. Sowieso is er meer ruimte nodig en daarom gaat de meldkamer verhuizen. Jong: "We gaan naar een nieuw pand toe. Het is formeel nog niet helemaal rond dus ik kan nog niet veel informatie geven. Maar we hopen binnen nu en een paar maanden een 'go' te krijgen. Het is in ieder geval binnen de stadsgrenzen."

Zie ook de video over 10-jaar GMK Amsterdam via de link <https://qrco.de/be3J3F> of scan de QR-code:

(Bron: AT5)



10 jaar GMK A'dam

Yvonne te Braake geridderd

Het is 12 mei, de Dag van de Verpleging, een mooie middag in het kleine Braamt, waar het een drukte van belang is bij de boerderij van Willem en Yvonne te Braake. Er staan ook een paar gele auto's met blauwe zwaailichten op het terrein, maar dat zijn de mensen daar wel gewend, want iedereen weet dat Yvonne bij de ambulancedienst werkte. Inderdaad, werkte, want deze dag ging Yvonne met pensioen, na 45 jaar intens betrokken te zijn geweest bij de ambulancezorg.

Toen Yvonne in 1978 op de ambulance begon heette het nog ambulancevervoer en dat was het ook gewoon. Ze werkte als verpleegkundige in het kleine ziekenhuis in Groenlo en daar hoorde ook een ambulance bij. De ambulancezusters hadden allerlei taken, assisteerden bij onderzoeken zoals scopieën en verzorgden de opvang van patiënten. Van een SEH was nog helemaal geen sprake. Was er een inzet voor de ambulance, dan sprong iemand van de nabijgelegen garage achter het stuur, reed het korte stukje naar het ziekenhuis, pikte een verpleegster op en racete vervolgens door naar de plaats des onheils. Yvonne's inventiviteit en engagement vielen al snel op. De ambulancedienst professionaliseerde en Yvonne ontwikkelde mee. Zij had inmiddels haar hart aan de ambulance verpand. Tal van vernieuwingen en verbeteringen in de ambulancehulpverlening wist Yvonne aan te dragen. Als verpleegkundige in hart en nieren droeg zij er in belangrijke mate toe bij dat de sector doorgroeide naar ambulancezorg. Daarbij heeft ze zich vooral ingespannen op het gebied van opleidingen, maar ze bleef ook altijd nauw verbonden met de praktijk van de patiëntenzorg.

Ridder Yvonne

Op haar pensionering waren tal van collega's afgekomen die hartelijk werden ontvangen in een mooi aangelegde en ingerichte tuin. Er was één bijzondere bezoeker: burgemeester Harry de Vries van de gemeente Montferland, waartoe Braamt behoort. Voorzien van een glimmende ambtsketen wist hij op ontspannen wijze de aandacht te vangen, al moest hij concurreren met de kleinkinderen van Yvonne. Hij was er niet zomaar. Het had namelijk Zijne Majesteit de Koning behaagd om Yvonne te Braake te benoemen tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau. Ja, je leest het goed, Ridder, een titel



Foto: Jet Wassink

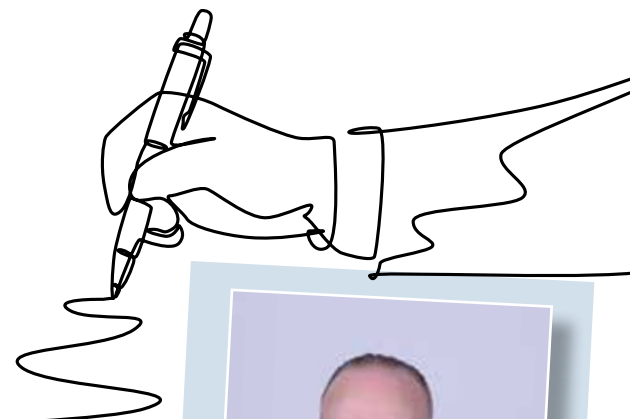
die niet snel wordt verleend. Hij is gereserveerd voor mensen die landelijke verdienste hebben en dat is bij Yvonne zeker het geval. Binnen V&VN Ambulancezorg heeft zijn namelijk de kar getrokken van de vakgroep van ROC-en. Verder heeft ze veel les gegeven en bijdragen geleverd aan lesboeken.

Zichtbaar geroerd

Yvonne was zichtbaar geroerd door het opgespeld krijgen van de koninklijke onderscheiding. In haar speech memoreerde ze de impact van de gijzeling die ze in 1978, helemaal aan het begin van haar carrière, meemaakte. Maar ze noemde ook de onvoorwaardelijke steun van haar echtgenoot en haar familie, die het mogelijk maakte dat zij zich zo onbaatzuchtig voor de ambulancezorg in al haar geledingen heeft kunnen inspannen. Yvonne kan zich nu verheugen op vele jaren weliswaar in kleinere kring, maar nog steeds met veel mensen om zich heen. Mensen die ze heel goed kent, zoals haar man, kinderen, kleinkinderen en alle bijbehorende aanhang, maar ook toevallige gasten, die zich goed verzorgd weten op de Bed & Breakfast die zij samen met haar man op hun boerderij runt. Naast goede verzorging en gulle gastvrijheid altijd ruimte voor een goed gesprek.

Yvonne, namens de redactie van dit vaktijdschrift, enorm bedankt voor je bijdrage aan de professionalisering van het ambulancevak! We wensen je nog vele jaren in goede gezondheid, genietend van alles en iedereen om je heen.

Geef de pen door aan ...



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

Wie ben je?

Ik ben Maikel Janssen, 32 jaar en sinds 9 jaar werkzaam als verpleegkundig centralist in Oost Brabant. Sinds 5 jaar Ovd-G en sinds 6 maanden medium care ambulanceverpleegkundige.

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

Het is een fijne groep om mee samen te werken. We zijn allemaal direct en staan voor elkaar klaar, in goede en slechte tijden.

Wat zijn de 3 minst leuke kant van het werk?

- Onterechte gebruik van 112 en de discussies hieromheen
- Als Ovd-G 's nachts gepagerd worden voor een inzetcriteria waar ik op dat moment niets mee kan of niet voor ingezet hoeft te worden en het pagen alleen ter kennisgeving wordt gedaan.
- Vroeg opstaan in de vroege dienst haha :-)

Wat wilde je worden toen je klein was?

Ik wilde piloot worden.



Mooiste plek van de regio...

Hoe houd je het hoofd fris en koel?

Praten met mijn collega's en lieve vrouw, muziek luisteren, op z'n tijd genieten van een lekker drankje met vrienden op 't terras. De echte Brabantse gezelligheid!

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

Voor assistentie van de ALS. Voor een erg zieke patiënte op een thuisadres.

Wat vind je van de steekwerende vesten op de ambulance?

Het is erg dat het nodig wordt geacht en dat 'we' op straat continue moeten opletten wat er gebeurt om ons heen. Er moet constant op onze veiligheid worden gelet...

Foto van mooiste plek van je regio en waarom daar?

Dat is ongetwijfeld de kroeg van een goede vriendin Netty in mijn woonplaats! Hier komt de lach, de traan, de gezelligheid, flauwe klets en af en toe een dansje, met de nodige versnaperingen.

Naar welke SEH breng je het liefst je patiënten en waarom?

Dat is naar het Maxima Medisch Centrum, voor de goede opvang en de koffie die hier iets beter is.

Koffie score op de post? (0-10)

Een zesje..., dá is niet alles..

Stel je bent morgen directeur van de GGD, welke 3 zaken ga je direct goed regelen?

1. Goede koffie op de ambulanceposten en op de meldkamer. :-)
2. Zichtbaarheid naar buiten, naar de burger op straat. Onder andere informatie geven en nieuwe collega's werven.



Vandaag aan de pen
Meldkamer Ambulancezorg
Oost-Brabant

3. Eens publiekelijk inzage geven, bijvoorbeeld met een TV spotje(?) wat er allemaal gebeurt binnen de ambulancehulpverlening en hoe hectisch het kan zijn op de meldkamer.

Meest grappige uitspraak van een patiënt?

'Ach menneke, het kúmt wel goe, ge bent goe bezig, munne heup is al gemaakt, zet me maar wir thuis af.. dan kunde weer verder..'

Heb jij ook zo'n last van agressie?

Nee, gelukkig niet fysiek. Aan de telefoon op de meldkamer wel, verbale agressie. Dit is ook erg lastig en moeilijk, helemaal omdat we -officieel- de verbinding niet mogen verbreken.

Wat wil je nog kwijt?

Ik zou tegen alle collega's zeggen, kijk eens bij de ander in de keuken met een stagedag. Meldkamer naar de rijdienst en rijdienst naar de meldkamer. Het opent echt je ogen! Je bent welkom om met mij mee te rijden of mee te kijken op de meldkamer.

Waar gaat 'De Pen' nu heen?

Die gaat naar Arrand Klein, Innovatie medewerker bij Ambulance Oost

VAN TRIAGE NAAR TRANSFER

**10 OKTOBER
2023
GOOILAND
HILVERSUM**

