

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

USAR.nl teamleden van Ambulance Rotterdam-Rijnmond in Turkije

Implementatie verbeterde urgentie-indeling van start

LPA9 is nu!

Uniformiteit medicatie in het belang van veiligheid

Ambulancezorg op zee vraagt creativiteit en kritische keuzes

(S)-ketamine als analgeticum bij traumapatiënten in de Ambulancezorg



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 1, maart 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

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
bijtraffic@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

Sdu

Inhoudsopgave

- 10 USAR.nl teamleden van Ambulance Rotterdam-Rijnmond in Turkije
Zeven dagen lang zochten teams van het Nederlandse Urban Search and Rescue (USAR.NL) naar slachtoffers. Onder hen verpleegkundige Jasper van Dijk en Verpleegkundig Specialist Floris Leenman van de Ambulance Rotterdam-Rijnmond (ARR). Voor beiden de eerste inzet vanuit USAR.
- 14 Verpleegkundig centralist: toegangs-poort naar acute zorg
Het vergroten van de bekendheid van het vak van de verpleegkundig centralist op de meldkamer ambulancezorg is hard nodig. Door landelijk (AZN) en regionaal (RAV's) de functie onder de aandacht te brengen, hopen we een positieve bijdrage te leveren aan het werven van nieuwe, deskundige collega's op de meldkamer ambulancezorg.
- 16 Implementatie verbeterde urgentie-indeling van start
Het is al bijna vijf jaar geleden dat Ambulancezorg Nederland de Taskforce Urgentie introduceerde in de sector. Dat dit zou leiden tot de start van de implementatie van de verbeterde urgentie-indeling in 2023 had niemand kunnen voorzien.
- 18 De toekomstbestendige meldkamer
Vijf ProQA-meldkamers zijn gestart, of starten dit voorjaar, met 'nieuwe zorgprofessionals' in te zetten als 112-centralist Ambulancezorg (intakecentralist).
- 20 LPA9 is nu!
In de periode februari tot mei 2023 gaan alle RAV's over naar het Landelijk Protocol Ambulancezorg 9. Na negen jaar het LPA8 en 8.1 te hebben gevolgd is het nu de beurt aan LPA9.
- 22 Extended Reality binnen de Ambulancezorg
Simulatie onderwijs is een belangrijk onderdeel voor het zogenoemde contextueel leren binnen de ambulancezorg, juist omdat de context een grote bepalende, maar geen constante factor is. Wat zijn de voor- en nadelen zijn van deze nieuwe vorm van medisch simulatie-onderwijs en wat kunnen we hier als ambulancezorg aan hebben?
- 25 Academies Ambulancezorg en Politie faciliteren gezamenlijke opleidingsdag
Tijdens een speciale gezamenlijke opleidingsdag binnen beide opleidingen, leren studenten van de Academie voor Ambulancezorg én studenten van de Politieacademie Apeldoorn elkaar de kneepjes van het vak.
- 28 Uniformiteit van medicatie in het belang van veiligheid
Het is fijn dat veel zaken goed geregeld zijn binnen Ambulancezorg Nederland, maar we moeten niet stil blijven zitten. Dit wordt gelukkig ook niet gedaan! Er is binnen alle Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) aandacht voor patiëntveiligheid. Helaas zijn er ook grote verschillen zichtbaar...
- 30 Ambulancezorg op zee vraagt creativiteit en kritische keuzes
Het was een reddingsoperatie die zo in een Hollywood-rampenfilm zou passen; de redding van een te water geraakte zeezeiler uit de woeste golven van de Noordzee in het holst van de nacht van 15 januari jl. Het was een 'vliegende start' voor de nieuwe reddingshelikopters en het SAR-team met ambulanceverpleegkundige expertise.
- 34 (S)-ketamine als analgeticum bij traumapatiënten in de ambulancezorg
Vanuit de beroepssector komen signalen dat (s)-ketamine liever niet wordt gebruikt vanwege hallucinaties, angst en onrust bij de patiënt. Is dit terecht?
- 39 Meldkamers besteden besteld vervoer uit aan Dutch Medical Group
In de meldkamer- en ambulance wereld is de werkdruk hoog en de personele bezetting soms een uitdaging. Recent hebben de ambulancemeldkamers Noord-Holland en Lelystad het aannemen van besteld ambulancevervoer op de drukste delen van de dag uitbesteed...
- 40 SAR: wie gaat er redden?
De redding op zee kent, heel toepasselijk, een onstuimige geschiedenis waarbij veel organisaties betrokken zijn geweest. Naar aanleiding van de recente ontwikkeling waarbij het bedrijf Bristow de SAR-taak van Nederland naar zich toe heeft getrokken, duikt redacteur en historicus Thijs Gras in die woelige historische baren.

En verder in deze uitgave

- 6 Voorwoord Mischa Knol, Voorzitter V&VN Ambulancezorg
- 8 Nieuws van de Vakgroep ACH
- 9 Meerjarig Strategisch Beleidsplan Ambulancezorg
- 19-27 Kort Nieuws
- 43 Geef de pen door aan...
Wim van Doren

Coverfoto ter beschikking gesteld door team BRAVO van USAR, met dank aan de fotograaf. Op de foto van links naar rechts: Jasper van Dijk (Medic/SAR Worker), Patrick Gouweleew (SAR Worker) en René Verkerk (SAR Worker).

Bereid u voor op de Omgevingswet



Omgevingswet

Samen op weg naar de Omgevingswet

Gezien de omvang en impact van de Omgevingswet is een goede voorbereiding nodig. Sdu maakt wetten en regels begrijpelijk, zowel voor uw medewerkers als voor uw inwoners en bedrijven. Wij helpen u bij het stroomlijnen van interne en externe informatiestromen. Met informatie op maat: van informeren tot de uiteindelijke toepassing van de Omgevingswet.

Kijk wat wij voor u kunnen betekenen www.sdu.nl/omgevingswet

Sdu

INTROVIEW



Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur

Helden

'Liever laf en levend, dan een held tot elke prijs. Getuigen zijn zelden helden, echte helden getuigen zelden...'

Zo luiden de laatste regels van ieder couplet van 'Helden' (1971) van Herman van Veen. De betekenis van het woord 'held' is breed. We kijken op naar een mens, vol bewondering voor zijn of haar prestaties, realisaties en creaties. Iedereen kan een held zijn of tot held gemaakt worden, door jou of door een ander. En dan zijn er ook nog eens helden op sokken en pantoffelhelden. Vanaf pagina 10 in dit vakblad kun je het interview van Olaf van Dijk met Floris Leenman en Jasper van Dijk van de Ambulance Rotterdam-Rijnmond lezen. Zij kwamen één dag na de vernietigende aardbeving in Turkije en Syrië aan in het zwaar getroffen gebied als leden van een SAR-team van USAR.nl. en redden er 12 mensen en een hond. Ik vind Floris en Jasper helden al denken ze daar zelf heel anders over: 'Ik doe gewoon mijn werk' en 'Het is voor ons een weloverwogen keuze geweest om bij USAR.nl te gaan werken'. Ze zouden zo weer gaan, de dapperen...

In dit vakblad staan relatief veel artikelen die direct of indirect iets met de meldkamer ambulancezorg (MKA) van doen hebben. Op de MKA's is de werkdruk (te) hoog net als het oplopende ziekteverzuim en het structurele personeelstekort. Een neerwaartse spiraal die al jaren zichtbaar is maar waar onvoldoende tot niets mee gedaan is. 'Onbekend maakt onbemind': echte promotie van het mooie, boeiende en uitdagende beroep van verpleegkundig centralist is uitgebleven. Oplossingen werden vooral gezocht in 'vissen in de eigen vijvers' maar de tekorten in de zorg zijn inmiddels zo groot dat we uitgevist zijn. Allerlei oplossingen worden uit de 'hoge hoed' getoverd: niet-verpleegkundigen voor het intakeproces, ambulancechauffeurs op de meldkamer voor het logistieke proces in een combi-functie, ambulanceverpleegkundigen in een combi-functie voor de intake, 1-1-2 meldingen door laten zetten naar een andere regio, diensten uit laten vallen of werktijden aanpassen, extra bonussen of toeslagen in verband met de krapte, uitbesteden van planning besteld vervoer... Ik hoop dat alle nieuwe initiatieven er toe leiden dat het in de toekomst voor iedere centralist op de MKA weer veilig en vertrouwd werken is en dat de kwaliteit en professionaliteit gewaarborgd blijft.

Wie in dit vakblad zoekt naar de strip 'Ambumouse' kan daar mee stoppen: de tekenaar heeft besloten er een punt achter te zetten dus de belevenissen van Elleke, Ebbie, Tieske en Gratje krijgen geen vervolg, helaas... Ter vervanging zoeken we naar een nieuwe invulling voor deze pagina: dat kan een 'nieuwe' strip zijn maar ook een fotopagina. Heb je een idee, laat het weten! Als je dat leuk vindt kun je ook 'beheerder' worden van deze pagina in samenspraak met de redactie. Zo is Rutger van der Pijl, Ambulanceverpleegkundige bij Ambulance IJsselland, beheerder van de rubriek 'Geef de pen door aan...' Dus ben jij, bijvoorbeeld, behalve ambulancezorgverlener, ook (hobby)fotograaf dan zou jij een format kunnen bedenken en beheren voor deze fotopagina.

Per 1 februari is Karel Frijters, 'mijn' eindredacteur en bladmanager bij uitgever Sdu, met pensioen gegaan. In de ruim tien jaar dat Karel en ik samenwerkten heeft hij letterlijk en figuurlijk 'de puntjes op de i' gezet, meegedacht aan creatieve oplossingen en een hoge mate van flexibiliteit getoond wanneer ik weer eens de onontkoombare grenzen van de deadline moest oprekken: Karel, bedankt en geniet van je 'nieuwe' leven...

Mooi voorjaar en hou je veilig!

Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur



Voorwoord

‘Handen af van onze hulpverleners’. Met dit credo gingen we het nieuwe jaar in. Er was rondom de jaarwisseling vanuit de media veel aandacht voor agressie tegen hulpverleners. Eind vorig jaar hebben we (opnieuw) een peiling gedaan vanuit V&VN Ambulancezorg om te inventariseren hoe dit onderwerp wordt ervaren door ons als ambulancezorgprofessionals.

Radioprogramma's, vragen van verschillende kranten en een debat in de Tweede Kamer over dit onderwerp. Genoeg interesse dus. Maar op mijn vraag aan verschillende collega's om hier met mij, een mening over te geven richting die media, reageerden velen terughoudend. Ik herken het wel: we vinden dat het te vaak opgeklopt nieuws is. Veel collega's zeggen er niet of weinig mee te maken te hebben of vinden de vorm van agressie (verbaal en ook fysiek) soms zelfs acceptabel omdat 'het erbij hoort' of 'de patiënt is onder invloed, of heeft een psychische aandoening'. Uiteraard zijn dit onderliggende triggers, die dergelijk gedrag kunnen uitlokken, maar zijn ze daarom acceptabel? Wat doet het met jouzelf als professional?

Verontrustende cijfers

De resultaten van de peiling liegen er in ieder geval niet om: ruim tweederde geeft aan in het afgelopen jaar een of meerdere keren last te hebben gehad van verbale of zelfs fysieke agressie door de patiënt, maar ook door omstanders of familieleden. Dit zijn toch wel verontrustende

cijfers, en niet alleen bij ons, maar het geldt voor alle hulpverleners, zoals politie en op de Spoedeisende Hulp de Huisartsenposten en van Ziekenhuizen. Hier moeten we dus gewoon wat mee. Zijn we het normaal gaan vinden en als onderdeel van ons werk gaan beschouwen? Bagatelliseren we dit onderwerp te veel? Het is belangrijk om onszelf en als collega's onderling die vragen te stellen en het bespreekbaar te maken binnen je RAV. Een duidelijke, eenduidige norm die binnen de gehele branche uitgedragen wordt en helder is voor iedereen, is ook belangrijk: bij agressie in welke vorm dan ook wordt aangifte gedaan.

Nieuwe norm: aangifte door RAV

In de Tweede Kamer is op 18 januari 2023 een debat gevoerd over dit thema. Hierin werd door minister Conny Helder (Langdurige Zorg) aangegeven dat het de norm moet worden dat zorginstellingen aangifte doen voor zorgverleners. Dit kan een goede eerste stap zijn, omdat veel collega's duidelijk aangeven het zelf doen van aangifte 'te veel gedoe' te vinden.

Bij aangifte kan een procedure in gang gezet worden waarbij het tot een veroordeling kan komen. Strenger en langer straffen is niet altijd het doel, al kan de rechter in een VPT-aangifte (Veiliger Publieke Taak waarbij de aangifte meer prioriteit krijgt) beslissen om een strafverzwaring van 200% op te leggen. Geen aangifte betekent geen vervolging en dus geen signaal naar de dader en de samenleving dat we dit niet tolereren. Vanuit V&VN Ambulancezorg zullen we blijven vragen naar jullie ervaringen rondom dit onderwerp en meedenken over mogelijke interventies. Hierin stemmen we af met AZN, maar ook met het OM en de politie, om onze publieke taak gezamenlijk veiliger te kunnen uitvoeren.

Daartegenover bevinden we ons gelukkig merendeels in een fijne werkomgeving, waarin we vaker niet dan wel met agressie te maken hebben. Veel ontwikkelingen vinden hierin plaats. We willen een actieve rol en gehoorde stem hebben in deze ontwikkelingen. Daarom hebben we onze ambities en bijbehorende speerpunten als afdeling binnen V&VN opnieuw beschreven. We willen als beroepsvereniging groeien, om zo onze achterban van ambulancezorgprofessionals goed te kunnen representeren. Op deze manier is onze stem goed vertegenwoordigd binnen alle ontwikkelingen.

Meerjarig Strategisch Beleidsplan

Deze ambities en speerpunten staan beschreven in het vernieuwde Meerjarig Strategisch Beleidsplan van V&VN Ambulancezorg. Hierin maken we als afdeling duidelijk, aan zowel leden als alle stakeholders, waarmee we samenwerken, waar we voor staan en welke speerpunten we nastreven voor de komende jaren.

Deze speerpunten zijn: professionalisering, zeggenschap van de ambulancezorgprofessionals en aandacht voor de kwaliteit van zorg. Samen met de vakgroepen werken we aan de concretisering van de gestelde beleidsdoelen. Op de vorige pagina in dit vakblad een samenvatting van de redactie over het Meerjarig Strategisch Beleidsplan. Je kunt het volledige Meerjarig Strategisch Beleidsplan inzien op onze website.

Professionalisering, Kwaliteit van zorg en Zeggenschap

De ontwikkelingen binnen de acute zorg gaan zo snel dat we hier als beroepsgroep goed op voorbereid moeten zijn. Een nauwe samenwerking met ketenpartners en andere zorgverleners binnen de acute zorg vinden we belangrijk om goede kwaliteit van zorg te leveren. Een belangrijk aspect hierin is zeggen-

schap. We willen en moeten inhoudelijk meepraten over de ontwikkelingen die spelen binnen de RAV's, maar ook binnen de gehele ambulancesector. We merken steeds meer dat we als beroepsvereniging aan de voorkant gehoord en gevraagd worden om hieraan onze bijdrage te leveren.

Kwaliteit van zorg is te allen tijde ons speerpunt. De patiënt en de zorg die we aan deze verlenen, is het belangrijkste uitgangspunt binnen ons werk. Daar doen we het voor. Om deze kwaliteit van hoog niveau te houden, blijven we onszelf ontwikkelen. Denk bijvoorbeeld aan het vernieuwde LPA9 waar we dit jaar mee gaan werken. Maar ook meer investeren in wetenschappelijk onderzoek binnen de ambulancezorg is belangrijk. Onderzoek doen bevordert professionalisering en evidence based werken, wat uiteindelijk weer leidt tot verbeteringen van de kwaliteit van patiëntenzorg. Er is een landelijke onderzoeksagenda opgesteld vanuit AZN (Onderzoeksagenda 2021-2026, zie site AZN).

Als V&VN Ambulancezorg benadrukken we dit en dragen actief bij aan de ontwikkeling van deze agenda en hoe de interesse voor wetenschappelijk onderzoek in de praktijk onder de aandacht van professionals te brengen. Daarnaast wordt binnen V&VN gewerkt aan de oprichting van een Kennisin-

stituut om wetenschap, kennis, beleid en praktijk bij elkaar te brengen. Door hiervoor één centraal punt te maken kunnen we elkaar als zorgprofessionals makkelijker vinden en onderling expertise delen.

Bestuurssamenstelling

Als nieuwe secretaris binnen het bestuur van V&VN Ambulancezorg verwelkomen we Anita Kleijweg. We zijn blij dat zij, als bevlogen zorgprofessional met haar uitgebreide ervaring binnen de acute zorg, ons bestuur komt versterken.

Namens het bestuur en met hartelijke en collegiale groet,

Mischa Knol
 Voorzitter V&VN Ambulancezorg

Nieuws van de Vakgroep Ambulancechauffeurs

Op weg naar de toekomst

In een toenemende veranderende zorgmarkt waar vraag en aanbod continu wijzigen is er ook een kans voor de werknemers/professionals. Dit is er op de beroepsinhoud, door middel van aanvullende scholingen, maar ook vanwege functiewijzigingen.

Op het gebied van scholingen is er voor aankomende ambulancechauffeurs een verbeteringslag gemaakt, opleiden conform de EPA (Entrustable Professional Activities), in het Nederlands te vertalen als 'toe te vertrouwen professionele activiteiten'. EPA's maken duidelijk in welke professionele activiteiten een professional in opleiding bekwaam moet worden en welke kennis, vaardigheden en attitude daarvoor nodig zijn. Je kan dit zien als een o-meting, zodat de elementen die al aanwezig zijn niet extra onderricht hoeven te worden. Ook maakt een EPA duidelijk op basis van welke beoordelings- en toetsinstrumenten of informatiebronnen door een begeleider of supervisor iemand bekwaam kan worden verklaard in de praktijk.

Voor meer informatie hierover kijk eens op <https://www.czoflexlevel.nl>

Blijven leren en deel je ervaring

De ambulancechauffeur is een belangrijke schakel in het proces van de acute zorg en -hulpverlening. Dat we daarin nog te bescheiden zijn, daar kom je achter als je met de vakmensen zelf praat. Verschillende reacties krijg je dan, zoals de droombaan van vroeger en de moeizame weg om uiteindelijk aangenomen te worden bij een RAV. En menigeen komt er dan na jaren achter dat er veel meer mogelijkheden in jezelf zitten, je gaat lesgeven in EHBO/Reanimatie of je wordt instructeur BHV of je went je kennis en ervaring aan om bij interne opleidingen een meerwaarde te zijn. Recent bereikte ons nog een bericht dat verschillende ambulancechauffeurs doorleren om uiteindelijk BMH'er of ambulanceverpleegkundige te worden. De opleiding hiertoe staat voor eenieder open.

Heb je een carrièreswitch gemaakt en wil je hierover schrijven dan word je van

harte uitgenodigd om hier als gastschrijver een stuk voor aan te leveren.

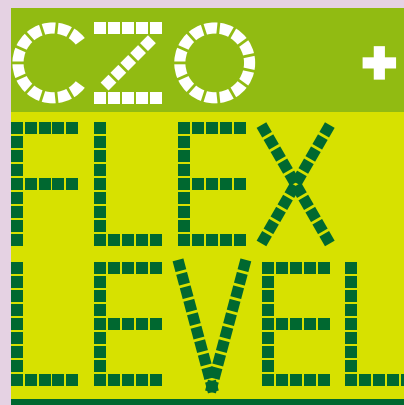
Functiewijziging

Het toenemende personeelstekort op de Meldkamers Ambulancezorg is wederom een kans voor ambulancechauffeurs om hier ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld als uitgifte-centralist of dispatcher. De uitgiftecentralist op de meldkamer verzorgt het logistieke proces, plant de zorg en overlegt over de prioriteiten in de zorgtoewijzing. De uitgifte-centralist werkt volgens vaste procedures en routines. Van de uitgiftecentralist wordt verwacht dat hij of zij via dynamisch ambulancemanagement voortdurend een zo groot mogelijke spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg realiseert in het verzorgingsgebied.

Veranderend vakjargon

Er zijn steeds meer buitenlandse termen en namen die we overnemen. Want de dispatcher: wat mag deze meer of minder dan de uitgiftecentralist? Als dispatcher MKA beschik je over kennis van de ambulancezorgprocessen, kennis van de regio en heb je uitstekende logistieke vaardigheden. De functie vereist inzicht in richtlijnen en procedures en het vermogen om problemen te kunnen oplossen, waarbij afgewogen keuzes moeten worden gemaakt uit verschillende oplossingsmogelijkheden en vindingrijkheid nodig is.

Plannen en organiseren, luisteren en sensitiviteit, probleemanalyse en oordeelsvorming en accuratesse zijn specifieke aanvullende competenties voor de dispatcher waarover je dient te beschikken.



Ambulancechauffeurs en het MSB 2023 - 2026

In het Meerjarig Strategisch Beleidsplan 2023 - 2026 van V&VN Ambulancezorg willen we aan de slag gaan met de volgende speerpunten:

- Professionalisering van de ambulancezorg
- Kwaliteit van de zorgverlening bevorderen
- Zeggenschap vergroten van de ambulancezorgprofessional

Dit kunnen we alleen realiseren als we daar samen in optrekken. Voor de vakgroep ambulancechauffeurs hebben we dus menskracht nodig. Wij streven naar een Professionele Adviesraad (PAR) binnen iedere RAV.

Als we de lasten verdelen en op landelijke schaal onze informatie delen, hoeven we geen zaken dubbelop te doen. Leren van elkaar is een goede eigenschap. Als je hierin wilt participeren stuur dan een mail naar ambu@venvn.nl

Hartelijke groet,
Peter van der Vloet
Voorzitter / coördinator vakgroep V&VN Ambulancechauffeurs

TIP:
www.instagram.com/AmbuChauffeurs
www.twitter.com/AmbuChauffeurs
<https://m.facebook.com/AmbuChauffeurs/>

Meerjarig Strategisch Beleidsplan V&VN Ambulancezorg

Onlangs bracht het bestuur van V&VN Ambulancezorg (V&VN AZ) haar Meerjarig Strategisch Beleidsplan 2023-2026 uit. De redactie heeft de belangrijkste punten uitgelicht.

Ambulancezorg binnen V&VN

Om te beginnen is het goed om de plaats van V&VN Ambulancezorg binnen de koepel V&VN te verduidelijken. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, beter bekend als V&VN, is de beroepsvereniging van alle verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland (105.000 leden). Ze kent verschillende afdelingen waaronder V&VN Ambulancezorg (ruim 2000 leden). Binnen de afdelingen werken vakgroepen. Voor ons vakgebied zijn dit er acht: ambulanceverpleegkundigen, ambulancechauffeurs, meldkamercentralisten, forensisch verpleegkundigen, HEMS-verpleegkundigen, verpleegkundig Specialisten (VS AGZ), zorgambulance en medium care en de Onderwijscommissie (ROC). V&VN Ambulancezorg is licentiehouder van verschillende cursussen die ontwikkeld zijn door de National Association of Emergency Medical Care (NAEMT), zoals de PHTLS, AMLS, GEMS en TECC. Voor het verzorgen hiervan heeft V&VN een uitvoeringsovereenkomst met de Academie voor Ambulancezorg en de Triangular Group Academy.

Vakgroepen en lidmaatschap

De vakgroepen komen geregeld bij elkaar om de nieuwste ontwikkelingen te bespreken en verslag te doen van de projecten waar leden van die vakgroepen aan meedoen. Dit kunnen allerlei onderwerpen zijn van kleinschalige onderzoeken zoals het opstellen van een kwaliteitskader voor psychiatrisch vervoer, tot grootschalige beleidskwesties zoals de invoering van LPA9 of de nieuwe urgenties. Het bestuur vraagt

dan aan de vakgroepen of er leden zijn die hierin willen participeren. Even voor de duidelijkheid: lid worden van V&VN Ambulancezorg staat open voor alle ambulancezorgprofessionals en forensisch verpleegkundigen. Het staat los van het lidmaatschap van V&VN en mensen die lid willen worden van V&VN AZ betalen hiervoor € 42,60. Daarvoor ontvangen zij het Vakblad V&VN AZ viermaal per jaar thuis en kunnen ze namens V&VN deelnemen aan projecten of commentaar op dan wel input geven aan stukken die aan V&VN AZ worden voorgelegd. Verder geeft V&VN gevraagd en ongevraagd advies of wordt (steeds vaker) geconsulteerd door pers, politiek en overheid (ministerie en inspectie). V&VN AZ maakt deel uit van het cluster Acute Zorg binnen V&VN waarin ook andere V&VN-afdelingen participeren zoals de IC- en militair verpleegkundigen. Sommige werkgevers vergoeden dit speciale lidmaatschap, maar anderen alleen het basislidmaatschap aan V&VN (€ 79,40).

Ledenbestand

Een belangrijke ambitie van V&VN AZ is uitbreiding van het ledenbestand zodat meer invloed kan worden uitgeoefend en de stem van V&VN nog zwaarder weegt. Het is merkbaar dat externe stakeholders ons steeds vaker weten te vinden als meepratende partij: 'O ja, er is ook nog een beroepsgroep waar we wat aan kunnen vragen'. Verder staan bevordering van de kwaliteit van zorg en vergroting van de zeggenschap van ambulancezorgprofessionals op het programma. Een thema wat bijvoorbeeld komend jaar veel meer onder de aandacht komt is het doen van en participeren in (weten-

schappelijk) onderzoek als ambulanceprofessionals.

Kwaliteitskaders

V&VN AZ heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkelde kwaliteitskaders Ambulancezorg en Laag- en Midncomplexe ambulancezorg. Met deze kaders is continu werk aan de winkel om ze te implementeren en monitoren.

Zorg Coördinatie Centra

Door het ondertekenen van het Integraal Zorgakkoord heeft V&VN AZ zich gecommitteerd om naar vermogen bij te dragen aan het slagen hiervan. Daarnaast participeert V&VN AZ in de ontwikkeling van de Zorgcoördinatiecentra (ZCC).

Functiedifferentiatie

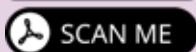
Nog een belangrijk onderwerp de komende jaren wordt de functiedifferentiatie in beide richtingen. Met de toenemende druk op de (ambulance) zorg, vergrijzing en personeelstekorten wordt het een hele uitdaging deze goed uit te werken en kwaliteit van zorg op alle niveaus voor alle patiënten te blijven garanderen.

Vernieuwde urgentie-indeling, EPA's, LPA9 en SPART-model

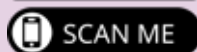
Een andere uitdaging zal de invoering van de vernieuwde urgentie-indeling worden. V&VN AZ houdt op dit punt de vingers aan de pols. Om meer flexibiliteit in de opleidingen te creëren is V&VN AZ intensief betrokken bij het implementeren van de EPA's. Ten slotte zal ook de ontwikkeling van LPA9 en het SPART-model de V&VN AZ-gemoederen de komende jaren flink bezighouden.



Wie meer concreet wil lezen wat de plannen van V&VN AZ op al deze gebieden zijn kan hier terecht: <https://qrco.de/bdjZHI> of scan de QR-code.



Wie zich wil aanmelden als lid van V&VN AZ kan op deze link terecht: <https://qrco.de/bdjZOP> of scan de QR-code.



Interview

USAR.NL teamleden van Ambulance Rotterdam-Rijnmond in Turkije

Twaalf reddingen: “geweldig, maar wat zegt zo’n getal?”

De grond in Turkije en Syrië begon in de vroege ochtend van 6 februari zwaar te beven. Met de kracht van 7.8 op de schaal van Richter zorgde een aardbeving voor enorme schade en tienduizenden slachtoffers. Zeven dagen lang zochten diverse teams van het Nederlandse Urban Search and Rescue (USAR.NL) naar slachtoffers. Onder hen verpleegkundige Jasper van Dijk en Verpleegkundig Specialist Floris Leenman van de Ambulance Rotterdam-Rijnmond (ARR). Voor beiden de eerste inzet vanuit USAR.

Door Olaf van Dijk

Foto's ter beschikking gesteld door o.a. team BRAVO van USAR, met dank aan de fotografen

Ondanks de ellende, is het dan: ‘Yes, we mogen’?

Jasper: “Ja, toch wel. Het leed is al geschied. In Nederland heb je als hulpverlener bij een groot ongeluk of reanimatie hetzelfde. Het liefste wil je dat het nooit meer plaatsvindt. Maar als het gebeurt, dan sta je er.”

Floris: “En dus ook in Turkije. Het was wel spannend! Mijn vak uitoefenen in een enorm gebied met veel naschokken, waar wij direct aan de slag konden om het verschil te maken. De leden vlogen via Vliegbasis Eindhoven naar Turkije. Op 7 februari kwamen 65 mensen en 8 honden van USAR.NL aan in de provincie Hatay.”

Wat trof je aan?

Jasper: “De eerste nacht in het gebied kregen we met een surrealistisch beeld te maken. Het is aardedonker en opvallend rustig.”

Floris: “De sfeer was heel gelaten. Je staat midden in een stad, twee keer zo groot als Rotterdam, die volledig in puin ligt. En dat is nog maar één stad. Bijna niet te bevatten.”



Floris Leenman als Senior Paramedic in de stad Hatay



Jasper van Dijk als Medic/SAR Worker.



Team Bravo (Rotterdam-Rijnmond) tijdens de redding van een 8-jarige jongen, 106 uur na de aardbeving.



Medische zorg "op straat" bij een kindje met koorts. Zij is een dag eerder uit een gebouw gered. (Floris Leenman als Senior Paramedic)

Hoe is jullie taakverdeling?

Jasper: "Binnen USAR.NL zijn vier Search and Rescue-teams aanwezig. Ik was als verpleegkundige onderdeel van een van de teams met zo'n tien experts. Ik gaf medische zorg als we iemand vonden en ik lette op de gezondheid van het team. Is er niks medisch, dan sta ik als SAR-medewerker ook gewoon te hakken en boren."

Floris: "Mijn rol was vooral overkoepelend vanuit het basis-kamp. Ik had de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de hele ploeg en als back-up voor de verpleegkundige in het veld. Komt hij of zij er even niet uit of is er ander soort hulp nodig, dan zijn wij er. Belangrijk bleek daarnaast het klankbord over ethische dilemma's."

Jasper: "We blijven binnen USAR dicht bij de rol die we binnen de ambulancedienst ook hebben. Daar ligt onze kracht."

Konden jullie op andere vlakken hulp bieden?

Floris: "Zeker. Zo heeft Nederland de coördinatie opgepakt van tientallen teams uit andere landen. En we hebben oog voor preventie. Als een gebied infectieziekten kent, zoals rabiës in dit geval, dan geven we dat mee aan het team. Vermijd contact met lokale dieren en let op onze eigen zoekhonden."

Jasper: "Ik ben opgeleid om eerste hulp bij honden te geven. Tijdens deze missie is een van onze honden gewond geraakt aan zijn poot, dus ik heb mijn kennis direct in de praktijk kunnen brengen."

Veel verschil met het werk in Nederland?

Jasper: "Ik moest hier aan de slag in ingestorte gebouwen en krappe ruimtes vol stof. Waar wij in Nederland als verpleegkundige niet naar binnen zouden lopen en de brandweer veel van de taken doet rondom bevrijding, zijn wij getraind om dat in de noodgebieden wél op te pakken."

Floris: "In Turkije liep je met een SAR-team van tien mensen in een totaal verwoeste stad. Dan ben je er écht van en kun je bijvoorbeeld geen MMT ter plaatse vragen."

Was het gevaarlijk?

Floris: "Je kunt niet alle lastige situaties vermijden. Deze missie kende grote risico's."

Jasper: "Normaal maak je een inschatting of een gebouw veilig is. Dat kon hier eigenlijk niet. Een aantal reddenen heeft in gebouwen plaatsgevonden die mogelijk niet veilig waren. Er zijn forse naschokken geweest, dat iedereen het gebouw uitrende. Die momenten waren wel indrukwekkend hoor."

Hoe probeer je dan toch de veiligheid te borgen?

Jasper: "We hebben een mooi buddysysteem. Dus jouw buddy weet altijd waar je bent en hij of zij let ook op je. Dat werkte erg fijn. Je moet steeds scherp blijven op de omgeving. Er werd een patiënt in de valschaduw van een instabiel gebouw gelegd. Ik zei meteen dat ik daar geen medische zorg kon geven, maar 100 meter verderop wel."

Wat is jullie medische houvast?

Jasper: "Het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) was gewoon leidend voor ons in Turkije. Zeker bij hulp aan onze collega's. We probeerden het ook toe te passen bij mensen die je aan het redden bent, maar het is een hele ander situatie."

Floris: "In Nederland tref je niet snel iemand aan die al 100 uur onder het puin ligt en zwaar crush-letsel heeft. Het LPA is niet gemaakt voor een aardbevingszone, dus je werkt vaak in het grijze gebied. Maar dan wel goed overwogen met elkaar. Daar trainen de collega's ook op."



Van links naar rechts: Conny Wachtmeester, Deborah van Rossum, Floris Leenman, Tim van der Steenhoven (chirurg HMC), Jasper van Dijk, Robert Bruines.

Hoe maak je lastige keuzes?

Floris: “Je hebt continu te maken met ethische vraagstukken. Stel je vindt iemand levend, maar deze persoon zit volledig vast. Dat kwam vaak voor. Wat voor perspectief geef je zo’n slachtoffer? Een kind waarvan de gehele familie is omgekomen. Misschien moet je ledematen afzetten. Maar overleeft diegene de ingreep die onder Spartaanse omstandigheden wordt uitgevoerd? Daarna moet iemand naar een ziekenhuis, terwijl er in een straal van 200 kilometer geen ziekenhuis meer overeind staat. En op de lange termijn is uitgebreide revalidatie nodig, vaak gepaard met complicaties. Wat voor kansen maakt diegene dan in dat land?”

Jasper: “Het gaat ook om praktische dilemma’s. Zo zou ik een slachtoffer in Nederland zuurstof geven in een bepaalde situatie. Nu ging dat niet, omdat we met slijptollen bezig waren. Te gevaarlijk in verband met ontploffingsgevaar of een steekvlam. Wat doe je dan? Dat is zoeken met zijn allen.”

Floris: “Over de ethische en praktische vragen hebben we regelmatig met een team uit een ander land kunnen overleggen dat dicht bij ons kamp zat. Daarmee hebben we direct een intervisie opgestart. Het was fijn om te kunnen spiegelen welke keuzes zij zouden maken. Daardoor blijf je beter op de been.”

Ben je als team vrij in die keuzes?

Jasper: “Grotendeels. Soms moet je even een stapje terug doen, dan moet het op de Turkse manier. We zijn als USAR.NL op zoek naar samenwerking, niet naar confrontatie.”

Floris: “Het is ook cultuur. Ondanks dat je soms niks meer voor mensen kunt betekenen, doe je wat je kan. Tegen hoop en beter weten in. Het bieden van hoop, troost en perspectief is een van de drie kerntaken van USAR.”

Jasper: “Ik had bijvoorbeeld een behandeling opgestart voor een beknelde 12-jarig meisje, dat helaas toch overleed in mijn armen. We hebben haar om zes uur dood verklaard en om kwart voor zeven, toen ze volledig was bevrijd, is er door de Turkse hulpverleners alsnog een reanimatie gestart. In mijn ogen totaal niet zinvol. Er kwam een van de Turken naar mij toe om uit te leggen dat dit hier enorm belangrijk is voor de familie, die stond te kijken.”

Hoe ga je met zo’n impact om?

Jasper: “In Nederland zou het ambulanceteam uit dienst gehaald worden voor een debriefing na de redding van zo’n



Instabiele en ingestorte gebouwen. De onderste woonlagen zijn bijna allemaal ingestort.

patiënt. Hier had je geen tijd om na te denken. Er waren nog genoeg nieuwe plekken om te gaan zoeken. Het is onmogelijk om iedereen te redden. Dat moet je accepteren.”

Floris: “Er wordt van tevoren vanuit USAR een inschatting gemaakt of jij dit aankan. Je krijgt een serieuze psychologische screening. Je kunt hier absoluut een kras van op je ziel oplopen.”

Jasper: “Wat wel hielp, is de taalbarrière. Ik spreek de taal niet, dus krijg je alles gefilterd binnen. Dat zorgt toch voor afstand. De smeekbedes van familie kreeg ik niet echt mee. Alles liep op een gegeven moment via tolken.”

Wat merkte je van een cultuurverschil?

Jasper: “Het 8-jarige jongetje Ibrahim lag meer dan 100 uur onder het puin. Omdat ik liet zien dat ik de juiste materialen bij me had, werd ik geaccepteerd door de Turkse ambulancecollega’s. Ik heb bijvoorbeeld een botnaald kunnen plaatsen in zijn onderbeen, omdat een andere locatie onmogelijk bleek. We hebben heel mooi samen kunnen werken. Toen hij bijna gered was, probeerden alle aanwezige Turkse hulpverleners vooraan te staan om hem mee te mogen nemen. Toen heb ik even een stapje terug gedaan. De mensen daar hebben hun eigen waarde en trots.”

Floris: “Ook in Nederland houd je overigens rekening met cultuur en achtergrond. Dat is ons vak. En je bent te gast. Je wordt uitgenodigd door een land om te komen helpen.”



Mobilisatie van het USAR-team in Zoetermeer op maandag 6 februari.



Medische tent voor (kleine) medische ingrepen en/of stabilisatie van gewonde teamleden op het basiskamp.

Veel geleerd?

Jasper: "Dit was één grote leerweek. Vooral hoe je in het leven staat. Vakinhoudelijk was de kennis aanwezig. Ik heb wel veel crush-letsels gezien, dat zie je niet vaak in Nederland. In ons land leer je veel dingen, zoals saturatie meten, bloeddruk, elektrodes erop etc. Dat kan in het aardbevingsgebied niet. Kleur heeft geen zin, want iedereen zat onder het stof."

Floris: "Het is echt terug naar de basis en vertrouwen op je klinische blik. Daarom is het belangrijk dat er mensen met USAR meegaan die veel prehospitala ervaring hebben. Je moet terugvallen op eerder opgedane bagage. Al je technische houvast verlies je in een keer. Op het basiskamp hebben we die apparatuur wel grotendeels voorhanden. Dat was met name voor mogelijk gewonde collega's. In het veld is dat niet aanwezig."

Heb je attributen gemist?

Floris: "We hebben bij USAR de afgelopen tijd een flinke medische ontwikkeling doorgemaakt. Wat Jasper bij zich heeft in zijn tas, is nagenoeg hetzelfde als de uitrusting in de ambulance in Nederland. Alleen heel erg gecompriemd."

Jasper: "Ik heb niks gemist in het veld. Je acteert op wat je hebt. Maar ik had wel alles voorhanden om de hoognodige zorg te leveren."

Floris: "Wat je wel mist, is de opvolging. Stel dat Jasper iemand moet intuberen. Dan komt de vraag waar die patiënt de verdere zorg krijgt. Die is daar niet in de buurt. Als je 'A' zegt, moet je ook B en C kunnen regelen. In Nederland kun je daarop vertrouwen. In zo'n rampgebied moet je daar al over nadenken, voordat je handeling A doet."

Minder opties. Maakt dat het werk makkelijker?

Floris: "Niet echt. Als je weet dat je in Nederland een patiënt wel had kunnen redden en in het rampgebied niet, omdat de opvolging er niet is, dan frustrereert dat. Wij zijn in ons eigen land echt wel verwend."

Jullie hebben 12 reddingen verricht. Een geweldig resultaat!

Jasper: "Er zijn inderdaad 12 mensen en een hond direct door ons gered. Toch is dat getal niet belangrijk. Wat zegt dat eigenlijk? We hebben bijvoorbeeld ook veel advies kunnen geven en met speciale camera's kunnen kijken waar iemand zich bevindt en of deze persoon nog leeft. Voor ons zou het graven te lang duren, maar de lokale mensen hadden zelf de juiste tools en



Team Bravo onderweg naar de "worksites" in de stad Hatay. Groot materieel kwam al na enkele dagen beschikbaar voor het zoeken en redden.

zijn aan de slag gegaan. Als team hebben we indirect veel meer mensen kunnen helpen."

Floris: "Zijn wij dan beter dan een team dat niemand heeft gered, maar verder veel werk heeft verzet? Dat zie ik absoluut niet zo."

Jasper: "Natuurlijk ben je wel blij bij een redding, een euforisch gevoel zelfs. Maar opluchting en verdriet liggen in zo'n rampgebied heel dicht bij elkaar. Een paar minuten nadat wij het jongetje Ibrahim uit het puin hadden gehaald, hoorde ik dat er een paar meter verderop een ventje van dezelfde leeftijd was gestorven. Zijn familie liep met een paar kleine bodybags langs me. Dat raakt je."

Wanneer volgt het besef wat je hebt meegemaakt?

Floris: "We zijn eerst naar Malaga gevlogen, waar we met alle leden even onze rust hebben gepakt. Op dat moment gaat de film zich pas afspelen. Ik heb het zelf gelukkig nog niet heel moeilijk gehad. Af en toe komt er een flits voorbij."

Jasper: "Er is ook plaats voor humor en ontspanning. Net als hier op de ambulance, dat relativeert. Ik lig soms nog wakker om dingen te verwerken. Maar het is goed om je leven weer op te pakken. Ik ga straks weer voetballen. Dat helpt allemaal. Je moet er tijd en ruimte aan geven."

Floris: "Het is zeven dagen lang topsport geweest."

Jasper: "Met een topteam."

En nu weer in het 'veilige' Nederland

Floris: "Je maakt je hier soms druk om punten en komma's. Maar toch moeten wij dat stramien weer in."

Is dat nodig?

Floris: "Je nuanceert wel weer bepaalde dingen. Maar Nederland functioneert op deze manier, daar zijn we onderdeel van. En dan kunnen we als einzelgänger zeggen dat 'wij het beter weten', maar dat is niet zo. We hebben wel anders gezien, maar moeten ook dankbaar zijn dat alles zo goed geregeld is hier."

Jasper: "Zo kreeg het thuisfront al die tijd prima ondersteuning." Floris: "En heel fijn om te merken dat onze werkgever Ambulance Rotterdam-Rijnmond deze missie ook een zeer warm hart toedraagt. Met extra dank aan alle collega's die in onze diensten zijn gesprongen."

Jullie zijn helden!

Floris: "Nee, ik vind van niet. Ik doe gewoon mijn werk. Ik heb er bewust voor gekozen om mensen te helpen."

Jasper: "Een held is iemand die onvoorbereid in een split second een keuze maakt om iemand te redden. Zij hebben er niet voor geleerd. We hebben onder zeer moeilijke omstandigheden gewerkt, maar het is voor ons een weloverwogen keuze geweest om bij USAR.nl te gaan werken."

Zouden jullie het zo weer doen?

Beiden volmondig: "Ja!"



Veel glas en scherpe objecten in het puin. Hechten en verzorgen van diverse verwondingen bij de honden vindt plaats door de (senior-)paramedic op het basiskamp.

Verpleegkundig centralist: toegangspoort naar acute zorg

Het vergroten van de bekendheid van het vak van de verpleegkundig centralist op de meldkamer ambulancezorg is hard nodig. Door landelijk (AZN) en regionaal (RAV's) de functie onder de aandacht te brengen, hopen we een positieve bijdrage te leveren aan het werven van nieuwe, deskundige collega's op de meldkamer ambulancezorg.

Door: AZN

AZN ontwikkelde in 2022, in afstemming met de RAV's, een toolkit met verschillende communicatiemiddelen in de huisstijl van 'De mensen van de ambulance', die de RAV's kunnen inzetten voor het werven van verpleegkundig centralisten. In de toolkit zijn kant-en-klare posts voor social media te vinden, maar ook online banners, advertenties, posters, rollup banners, contactkaartjes en formats voor vacatureteksten. Ook werd de functie via advertorials in het vakblad V&VN en Nursing onder de aandacht gebracht. Kernboodschap in de communicatie: de functie verpleegkundig centralist op de meldkamer ambulancezorg is gevarieerder dan je denkt. Maar ook uitdagend, belangrijk, complex en sociaal.

www.demensenvandeambulance.nl

Ook de website www.demensenvandeambulance.nl kreeg een update. Hier zijn nieuwe interviews met verpleegkundig centralisten te lezen. Zij vertellen in deze verhalen over hun keuze voor dit vak en hun werk op de meldkamer ambulancezorg. Deze verhalen worden goed ontvangen, weten we inmiddels. Ruim 11.000 unieke bezoekers hebben de website na de update bezocht en de pagina verpleegkundig centralist heeft hierbij het hoogst gescoord. Ook de komende drie maanden zetten we weer in op het verder vergroten van de bekendheid met het vak van verpleegkundig centralist.

Even voorstellen

Cathy en Bas zijn de komende periode de gezichten van de uitingen. Cathy: 'Ik doe mee, omdat het vak van verpleegkundig centralist op de meldkamer ambulancezorg zo onbekend is. Een mooie uitdaging om meer bekendheid aan dit prachtige vak te geven. Maar ook: te laten zien wat het vak écht inhoudt. De meldkamer ambulancezorg is een belangrijke schakel in de keten van acute zorg: de zorg begint letterlijk bij ons zodra we de telefoon opnemen.'

Daar is het Bas het mee eens. 'Als verpleegkundig centralist doe je meer dan alleen het protocol volgen. Je staat aan het begin van de hele zorgketen en daarmee heb je een belangrijke rol. Je stuurt de keten aan en hebt dus invloed op het proces.'

Dynamisch vak

Cathy rondde onlangs de opleiding tot verpleegkundig centralist af. Ze werkte hiervoor als verzorgende IG in een verpleeg-



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

huis met ouderen met dementie, in de gehandicaptenzorg en in de psychiatrie en als verpleegkundige op de afdeling cardiologie. 'Als de telefoon gaat heb ik geen idee wie daarachter zit en wat er aan de hand is. Dat maakt mijn werk uitdagend en afwisselend.'

Bas werkte als verpleegkundige in de psychiatrie, wilde iets anders en belandde uiteindelijk op de meldkamer ambulancezorg in Rotterdam. 'De acute zorg heeft me altijd getrokken. Ad-hoc-beslissingen nemen vind ik leuk. Ik blijf daar rustig onder.' Bas heeft geen moment spijt van de overstap. 'De ene keer neem ik de telefoon op en heeft iemand een snee in zijn vinger, de volgende keer is er iemand van een steiger gevallen.'

'Heel veel mensen – en dus ook verpleegkundigen – zijn zich er niet van bewust dat BIG-geregistreerde verpleegkundigen in



Bas werkte in het verleden als verpleegkundige binnen de psychiatrie, nu is hij Verpleegkundig Centralist op een MKA



Cathy werkte binnen diverse disciplines van de gezondheidszorg, eerst als Verzorgende IG en daarna als verpleegkundige. Onlangs is Cathy gediplomeerd, en werkzaam, als Verpleegkundig Centralist

deze prachtige tak van de zorg werken', zegt Jan, coördinator meldkamer ambulancezorg Haaglanden. Als verpleegkundig centralist moet je volgens Jan stressbestendig zijn. Je werkt samen met collega's in een hecht team, maar handelt meldingen zelfstandig af. 'Ik zeg altijd: voor dit vak moet je klantvriendelijkheid in je DNA hebben.'

'Ik vind het belangrijk dat er meer aandacht komt voor dit mooie én dynamische vak. Want onbekend maakt onbemind', vertelt Herman, teamleider meldkamer ambulancezorg Rotterdam. 'Als verpleegkundig centralist ben jij de toegangspoort tot de acute zorg. Jij zorgt ervoor dat de patiënt de juiste zorg krijgt. Doortastend zijn, rust uitstralen, bellers geruststellen, levensreddende instructies geven, dat is allemaal heel belangrijk in deze functie.'

Aan verpleegkundigen die toe zijn aan iets anders, wil Herman graag het volgende meegeven: 'Jouw klinische ervaring komt op de meldkamer ambulancezorg heel goed van pas. Het is een fantastische plek om de kennis en expertise die je tijdens het zorg verlenen aan patiënten op hebt gedaan, te gebruiken!'

Help mee: volg, like en deel

Om de functie van verpleegkundig centralist voor het voetlicht te krijgen, verspreidt AZN via haar socials verschillende berichten. Je vindt ze hieronder via de link of een compleet overzicht via de QR-code:



<https://qrco.de/bdjadz> of scan de QR-code voor een overzicht



MAI medische diensten bv

Wij zoeken ambulancechauffeurs en verpleegkundigen voor onze divisie Evenementenzorg



Wil jij werken op mooie toonaangevende festivals en concerten zoals onder andere Lowlands, Down The Rabbit Hole, NN North Sea Jazz, concerten in het Goffertpark en het Malieveld?

Scan voor meer informatie over deze functies de QR code.

Vacature

Implementatie verbeterde urgentie-indeling van start

Het is al bijna vijf jaar geleden dat Ambulancezorg Nederland de Taskforce Urgentie introduceerde in de sector. Dat dit zou leiden tot de start van de implementatie van de verbeterde urgentie-indeling in 2023 had niemand kunnen voorzien.

Door: **Trudie van Duin MSc, programmamanager AZN** en **Karin Lelieveld, beleidsmedewerker AZN**

Onderzoek naar optimaliseren urgentie-indeling ambulancezorg

In 2018 is een Taskforce Urgenties ingericht met als opdracht het optimaliseren van de (huidige) urgentieclassificatie. Daartoe is een kernteam opgezet waaraan zowel ambulancezorgprofessionals/-experts als medisch managers ambulancezorg en bestuurders van de RAV's deelnemen, ondersteund door het bureau van AZN.

Kernteam:

V&VN Ambulancezorg: Thijs Gras en Christel de Lange
MKA expertise: Willem van 't Hoff en Erik de Leeuw
NVMMA: Bert Dercksen en Harm van der Pas
AZN ALV: Piet Huizinga en Hans Janssen
AZN bureau: Trudie van Duin en Karin Lelieveld

Voor het kernteam was de eerste vraag hoe te verkennen op welke wijze een efficiëntere inzet van spoedeisende- en planbare ambulancezorg te realiseren is, met daarbij een belangrijke rol voor de triage: welke zorg heeft de patiënt nodig, met welke urgentie en wie kan deze zorg het beste leveren? Hiertoe is het kernteam met het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg, het Nivel in gesprek gegaan, wat heeft geleid tot een onderzoeksopdracht.



Huidige indeling is niet wetenschappelijk onderbouwd

Eind 2019 hebben Nanne Bos, onderzoeker bij het Nivel, en Trudie van Duin de resultaten van het Nivel-onderzoek 'Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling' (2019) in dit vakblad gepresenteerd.

Het urgentie-indelingssysteem in de ambulancezorg in Nederland bleek niet wetenschappelijk onderbouwd te zijn, evenmin als in de vier onderzochte landen/regio's Canada, Denemarken, Wales en Zweden. De uiteenlopende responstijden, die uit het Nivel-onderzoek naar voren kwamen, waren planningsnormen gebaseerd op pragmatische, logistieke, politieke en financiële overwegingen. In geen van de onderzochte landen/regio's bleken urgentie-indelingen voor ambulancezorg en acute eerstelijnszorg op elkaar afgestemd. Nederland was bovendien het eerste land dat de ambitie uitsprak om de kwaliteit in de gehele spoedzorgketen te verbeteren door een betere afstemming in urgentie-indelingen. Samengevat stelde het Nivel dat door verfijning van de urgentie-indeling, de ambulancezorg efficiënter zou kunnen worden ingericht.


Het Lectoraat Acute Intensieve Zorg (LAIZ) van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN) heeft daaropvolgend onderzocht wat het draagvlak onder experts/stakeholders in de acute zorgketen was, uitgaande van de bevindingen van het Nivel-onderzoek. Er bleek breed draagvlak te zijn voor de voorgestelde aanpassingen in de urgentie-indeling.

De nieuwe of verbeterde urgentie-indeling

Op basis van de onderzoeksresultaten van zowel het Nivel als het LAIZ, heeft het kernteam van de Taskforce Urgenties een sectoraal advies opgesteld om de huidige urgentie indeling in de ambulancezorg door te ontwikkelen. Daarbij is een onder meer een uitbreiding naar zeven urgentie-categorieën voorgesteld. Het advies is voorgelegd aan de ledenvergadering van AZN en aldaar positief ontvangen.

Urgentie op basis van medisch logisch denken

De nieuwe ofwel verbeterde urgentie-indeling is gebaseerd op medisch logisch denken. Daarnaast biedt het een kader aan de juiste zorgverlener op de juiste plaats op het juiste moment. De indeling omvat de spoedeisende categorieën A0, A1, A2 en de planbare ambulancezorg B1 (hoogcomplex zorg), B2 (laag- en middencomplex zorg). Geheel nieuw is de meldkamerzorg met de C1 (doorverwijzing) en C2 (zelfzorgadvies), beiden zonder ambulance-inzet.

 nieuwe of verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg		vergelijking: huidige urgentie-indeling	vergelijking: HAP-NTS (benadering)	
spoedeisende ambulancezorg	A0	directe inzet met grootst mogelijke spoed	A1	U0
	A1	directe inzet met spoed	A1	U1
	A2	zo spoedig mogelijke inzet	A2	U2
niet spoedeisende ambulancezorg	B1	gepland op bepaald tijdstip hoogcomplex	B	n.v.t.
	B2	gepland op bepaald tijdstip laag-/middencomplex	B	n.v.t.
meldkamerzorg	C1	doorverwijzing, eventueel met inzet zorgtaxi	informele meldkamerzorg	U3/U4
	C2	zelfzorgadvies	informele meldkamerzorg	U5

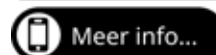
Implementatie van start

De implementatie van de verbeterde urgentie-indeling is begin 2023 landelijk gestart. Deze wordt uitgerold naar alle MKA's en RAV's en loopt door tot eind 2024. Met als een van de eerste acties het inrichten van een landelijke implementatie-organisatie.

Voor het implementatietraject is iedere RAV gevraagd om een implementatiecoördinator aan te stellen en te zorgen voor ten minste één deelnemer aan een van de zes themawerkgroepen: Primair proces, HR, ICT, Kwaliteit en Contractering, Communicatie en Data.

In maart 2023 zal het programmaplan, waarin het implementatietraject verder is toelicht, gedeeld worden met alle RAV's. Het kernteam van de Taskforce Urgenties heeft ook nu weer een eigen rol. Het kernteam begeleidt als het ware de implementatie: ze gaat daarbij na of de initiële wijzigingen van de urgentie-indeling voldoende leidend blijven. Het implementatietraject wordt verder extern begeleid door het adviesbureau IG&H. Het

Nivel is gevraagd om de implementatie van het nieuwe urgentie-indelingssysteem te evalueren. Specifiek wordt onderzocht in hoeverre de kwaliteit en veiligheid van de ambulancezorg door de implementatie worden beïnvloed.



Meer informatie is te vinden op de website van AZN
<https://qrco.de/bdjeSx>
 of via de QR-code.

In een volgende uitgave van het Vakblad V&VN Ambulancezorg meer aandacht voor de implementatie van de nieuwe urgentie-indeling.

De toekomstbestendige meldkamer

Afgelopen oktober zijn de eerste 112-centralisten gestart op de meldkamers Bergen op Zoom en Rotterdam-Rijnmond. Met het aanstellen van de 112-centralisten wordt de werkdruk op de verpleegkundig centralist verlaagd. De huidige verpleegkundig centralisten krijgen de mogelijkheid als neventaak de rol van Coördinerend Verpleegkundig Centralist (CVC) op zich te nemen. De pilot loopt in ieder geval door tot juni 2024. Tussentijds worden de bevindingen geëvalueerd en wordt, zo nodig, bijgestuurd.

Linda (links) en Tijen zijn twee van de 'nieuwe zorgprofessionals' om de intake te doen op een MKA zonder BIG-registratie als verpleegkundige. In een pilot gaan vijf ProQA meldkamers proberen het tekort aan verpleegkundig centralisten te compenseren door HAP-triagisten of verzorgenden IG op te leiden tot intakecentralist.

Door: Fleur van de Velde, marketing- en communicatieadviseur bij Witte Kruis.

Vijf ProQA-meldkamers zijn gestart, of starten dit voorjaar, met 'nieuwe zorgprofessionals' in te zetten als 112-centralist Ambulancezorg (intakecentralist). Op deze manier kunnen zorgprofessionals uit andere beroepsgroepen breder ingezet worden en behoort het werken op de meldkamer voor hen nu ook tot de mogelijkheden. In vier tot zes maanden worden bijvoorbeeld HAP-triagisten of verzorgenden IG opgeleid

tot intakecentralist. Uiteindelijk is de verwachting dat een ideale dienst bestaat uit een mix aan verpleegkundigen, niet-verpleegkundigen en uitgiftecentralisten. "Om deze pilot te laten slagen, hebben we juist de huidige groep centralisten hard nodig", vertelt Yvonne Den Ouden, teammanager van de meldkamer Bergen op Zoom. "Als verpleegkundig centralist is het belangrijk om de nieuwe centralisten goed te begeleiden. Jij bent de ervaren collega, jij bent degene op wie de 112-centralist afstapt als er een vraag is. We moeten dit echt met elkaar doen."

Linda is een van die 112-centralisten die de overstap heeft gemaakt met een andere zorgachtergrond. Begonnen in de gehandicaptenzorg, daarna met een VIG-diploma op zak werkzaam geweest in de ouderenzorg.

"Na een wat rommelige start, zijn wij enthousiast en open ontvangen. De medewerkers waren direct eerlijk tegen ons. Ook over het feit dat ze zich zorgen maken over de toekomst, maar dat ze er samen met ons voor willen gaan. De eerste weken zijn we gestart met het kennismaken van de ambulancezorg, brandweer en meldkamer. Na een aantal lange, maar leerzame dagen cursus ProQA, zijn wij begonnen met inwerken bij de

meldkamer ambulancezorg. Tot op heden leer ik elke dag en komt er elke dag weer een nieuwe soort melding binnen. Het is op de meldkamer gezellig en druk. Maar iedereen is bereid je te helpen waar nodig. We hebben een nauwe samenwerking met de uitgiftecentralisten en onze andere collega's. Met elkaar hebben wij hetzelfde doel: de beste zorg voor de patiënt."

Inwerktraject

Het inwerktraject duurt gemiddeld vier maanden waarin de 112-centralisten intern opgeleid en begeleid worden. Samen met de 112-centralisten van andere meldkamers volgen zij scholingsdagen over communicatie, juridische aspecten, psychosociale druk en CRM.

Daarnaast zijn er intervisiemomenten en wordt het gehele traject geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Eerste ervaringen

Inmiddels nemen de eerste 112-centralisten, onder begeleiding, meldingen aan. “Sommige collega’s ervaren het als spannend en zien het als een bedreiging van het vak. Het is aan ons om te laten zien dat het de zorg ten goede komt, de werkdruk verlaagt en dat het een win-winsituatie is”, vertelt B. Ising, hoofd meldkamer Rotterdam-Rijnmond en projectleider van de pilot. “Met verdere differentiatie binnen het meldkamerdomein, kijken we niet alleen naar het hier en nu, maar ook naar de toekomst. Een Nederlands verpleegkundig tekort van 25.000 FTE in 2031, vraagt echt om actie. De functie uitgiftcentralist was destijds ook een hele stap, maar is inmiddels volledig geaccepteerd. Ook deze pilot heeft succesverhalen nodig en daar gaan we met z’n allen hard voor werken.”

Coördinerend Verpleegkundig Centralist

Nu de eerste maanden voorbij zijn, komt er ruimte om het profiel voor Coördinerend Verpleegkundig Centralist vorm te geven. De CVC gaat zorg dragen voor de coördinatie van het meldkamerproces.

In een tijd waarin het werkveld steeds complexer wordt, de

Ook Tijen, voorheen werkzaam als triagist op de huisartsenpost, heeft de overstap naar de meldkamer ambulancezorg gemaakt.

“Alle langere tijd leek het mij heel leuk om als centralist op de meldkamer te werken, maar zonder BIG-registratie was dit niet mogelijk. Op LinkedIn kwam de vacature 112 centralist voorbij, waarbij niet-verpleegkundige kandidaten gevraagd werden. Ik dacht direct ‘Dit wordt mijn nieuwe baan!’

Vanuit mijn functie als triagist werkte ik ook diensten op het ZCC (Zorg Coördinatie Centrum) en heb ik al mogen proeven aan het werken op de meldkamer. Het afwisselende en acute is wat mij aantrekt in het werk als centralist. Als centralist kan je daadwerkelijk het verschil maken. Ook voor mijn studie zie ik dit traject als waardevolle aanvulling. Ik studeer op dit moment psychologie en zie dit echt als een unieke kans om te zien hoe mensen reageren in paniek en hoe de collega’s van de verschillende disciplines omgaan met de meldingen.”

zorg verder centraliseert en er meer in ketenverband wordt gewerkt, is er behoefte aan processturing op de meldkamer. Hierbij fungeert de CVC ook als aanspreekpunt voor de verpleegkundige, 112-centralist en uitgiftcentralist. Om het proces van coördinatie goed te kunnen borgen, neemt de CVC zelf niet actief meldingen aan.

KORT NIEUWS

Vernieuwd VIPLive Gepland Vervoer verbetert het plannen van niet-spoedeisend ambulancevervoer

Op 22 februari is officieel het vernieuwde online portaal VIPLive Gepland Vervoer (voorheen Ambuplanner) van Topicus van start gegaan in de regio Amsterdam. Met de vernieuwde versie wordt het plannen van niet-spoedeisend ambulancevervoer verder verbeterd op proces, inhoud en veiligheid.

VIPLive Gepland Vervoer is een online portaal waar zorgverleners digitaal een ambulance kunnen aanvragen voor gepland vervoer. De digitale aanvraag vervangt de telefonische aanvraag. Dit verkort de wachttijd voor de aanvrager in het ziekenhuis en kost minder capaciteit op de meldkamer. Voor patiënten en medewerkers in het ziekenhuis is er meer inzicht in de verwachte aankomsttijd van de geplande ambulance. In 2019 nam de regio Haaglanden VIPLive Gepland Vervoer, toen onder de noemer Ambuplanner, in gebruik, later gevolgd door de regio’s Amsterdam, Zeeland en

Oost-Brabant. Het is de bedoeling dat na Ambulance Amsterdam, de ambulance-dienst die de regio Amsterdam-Amsteland bedient, ook de andere regio’s overstappen op de nieuwe versie.

Nieuwe versie

Deze nieuwe versie maakt het nog makkelijker om niet-spoedeisend ambulancevervoer in te plannen. Uniek voor VIPLive Gepland Vervoer is dat de Early Warning Score (EWS) “dynamisch” is gemaakt. De EWS bepaalt op basis van de meetwaarden van de patiënt, zoals bloeddruk en hartslag in combinatie



met een beslisboom, de zorgzwaarte en dus welk type ambulance nodig is. In de nieuwe dynamische versie is er een EWS specifiek voor groepen patiënten; voor volwassenen, kinderen en voor volwassenen met COPD. Dit garandeert de veiligheid voor de patiënt, zorgt voor passende zorg en sluit aan bij de laatste sectorale ontwikkelingen. VIPLive Gepland Vervoer is ontwikkeld conform het kwaliteitskader en landelijk protocol ambulancezorg.

LPA9 is nu!

In de periode februari tot mei 2023 gaan alle RAV's over naar het Landelijk Protocol Ambulancezorg 9, het LPA9. Na negen jaar het LPA8 en 8.1 te hebben gevolgd is het nu de beurt aan LPA9. Na de bestuurlijke vaststelling van het LPA9 in oktober 2022 is de protocollencommissie aan de slag gegaan met het vullen van de nieuwe Ambulancezorg-app, met daarin de LPA9-protocollen, redeneerhulpen, medicatie, C-2000-informatie, verrichtingen, publicaties en nog meer. Dit alles betekent de nodige veranderingen voor alle RAV's en voor alle ambulancezorgprofessionals. In eerdere uitgaven van het vakblad is een serie van vijf artikelen gepubliceerd over SPART, de opzet van de nieuwe Ambulancezorg-app en de LPA9-protocollen. Die artikelen zijn ook op de AZN-website in te zien. Nu de implementatie in de RAV's in volle gang is, volgt hieronder een korte update van de protocollenwijzigingen en het gebruik van de nieuwe app.

Door: Trudie van Duin MSc, programmamanager Ambulancezorg Nederland (AZN), namens de protocollencommissie

Nu: LPA9-protocollen

Als je de nieuwe app opent is het handig om eerst de tutorial te bekijken met uitleg over de opbouw van de LPA9-protocollen en van de nieuwe app. De tutorial is in de app te vinden in het protocol o: 'Verklaring symbolen'. Ook is het doornemen van de uitgangspunten zinvol. De uitgangspunten zijn in de app te vinden onder de Inleiding. Onderaan dit artikel vind je de QR-codes en links naar de nieuwe app.

Protocollen die inhoudelijk een grote wijziging hebben ondergaan zijn: Agitatie/Onrust, Beroerte, Brandwonden, Fluxus Postpartum, Grootschalig Incident (GGB), Pijnbestrijding, Syncope, Toestemming Zorg, Traumatisch Hoofd- en Hersenletsel en Traumatisch Letsel Wervelkolom.

Voorbeeld van een wijziging in de protocollen

Als voorbeeld een korte toelichting op de wijzigingen in het protocol Agitatie/Onrust. Het protocol is gebaseerd op het LPA 8.1 protocol 4.2 Onrust. Aan het LPA9-protocol zijn niet-medicamenteuze interventies toegevoegd. De dosering midazolam is verhoogd en daarbij is het voorbehoud dat na het toedienen van sedatie geen buikligging mag worden toegepast gewijzigd in "na toedienen midazolam: bewaak vitale functies". Er is bovendien een apart LPA9-protocol Excited Delirium Syndroom opgesteld.

Nieuwe protocollen

Er zijn in het LPA9 ook enkele nieuwe protocollen geïntroduceerd: BRUE, Inzet Aanvullende (Ambulance)Zorg, Transfer en Veiligheid. Ook zijn er meerdere regionale protocollen, zoals Keuze Ziekenhuis Non-Trauma, Keuze Ziekenhuis Trauma en Overleden. Bij deze protocollen is altijd het landelijk protocol

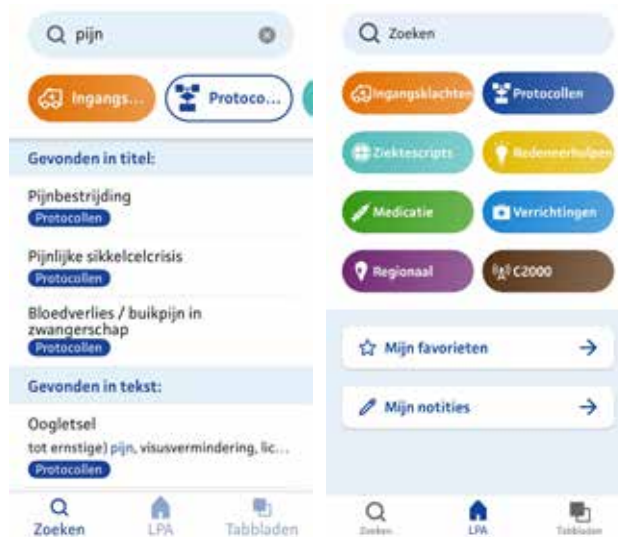
nog in te zien. Bovenaan in het protocol staat de pijl waarmee tussen het regionale en landelijke protocol gewisseld kan worden. Dit geldt niet voor regionale onderzoeksprotocollen, omdat daaraan geen landelijk protocol gekoppeld zal zijn.

Wijzigingsoverzicht

Bij de publicaties in de app is het wijzigingenoverzicht LPA 8.1 – LPA9 toegevoegd, dat eerder al met de ROC's en MMA's is gedeeld. De ROC's beschikken ter ondersteuning bij het implementeren van het LPA9 en de nieuwe app ook over meerdere opdrachtenkaarten en over open-app-toetsvragen.

Sterk verbeterd: de zoekfunctie

Het gebruik van de nieuwe app is op een andere wijze opgebouwd dan de huidige app. Vanuit de ervaringen met de huidige app is door de protocollencommissie, samen met de bedrijven Panton (ontwerpstudio voor de zorg) en AppBakkers, bouwer van (mobiele) applicaties, gewerkt aan een sterkere zoekfunctie. En dat is wat ons betreft gelukt. Er kan in de nieuwe app gezocht worden in de gehele app of specifiek in een van



de onderdelen (buttons) die op het home-screen staan. Klik de gebruiker een button aan, dan krijgt deze een wit binnenvlak. De zoekfunctie is dan alleen actief in het gebied van de button zoals in protocollen, redeneerhulpen of medicatie.

Verrichtingen in de ambulancezorg

Naast de protocollen is, net als nu in het LPA 8.1, het brondocument 'Verrichtingen in de ambulancezorg' (2017) toegevoegd aan de app. Een mooie ontwikkeling bij het LPA9 is dat een verrichting die in een protocol genoemd staat, nu direct aan de uitleg daarvan in het brondocument is gelinkt. Sommige verrichtingen komen in een dusdanig groot aantal protocollen voor dat deze niet telkens gehyperlinkt zijn. Dat zou de leesbaarheid niet ten goede komen. Dit gaat bijvoorbeeld op voor de wijze van medicatie toedienen. Deze verrichting staat alleen gelinkt in de uitgangspunten, onder het kopje Medicatie. Terwijl een verrichting zoals "plaats magneet" in protocol Bradycardie volwassene wel gehyperlinkt is.

De opzet is om later dit jaar het brondocument 'Verrichtingen in de ambulancezorg' te actualiseren. Verrichtingen die in een LPA9-protocol genoemd staan maar niet in het brondocument voorkomen, zullen dan daaraan worden toegevoegd.

LPLMA

Het LPLMA, het Landelijk Protocol Laag- en Middencomplexe Ambulancezorg, zal dit jaar geëvalueerd worden. Daarna zullen de LPLMA-protocollen op een gelijke wijze als het LPA9 worden gepubliceerd in de app. Als voorbeeld zijn twee van de huidige LPLMA-protocollen al wel toegevoegd in de app. Onderaan bij de home-knop is voor de gebruiker altijd zichtbaar of het LPA of LPLMA getoond wordt. De keuze hiervoor moet gemaakt worden bij de instellingen, onder het icoon gebruiker (met het poppetje). In de tussenliggende periode is het huidige LPLMA in de nieuwe app te vinden als publicatie. En daarbij blijft het LPLMA-boek geldend.

Nog verder te ontwikkelen: ingangsklachten & ziektescripts

Bij de start van de ontwikkelingen van het LPA9 is ervoor gekozen om ingangsklachten en ziektescripts aan de app toe te voegen. De invulling hiervan is achtergebleven bij de planning. Dat betekent dat deze op een later moment verder worden aangevuld.

Beschikbaarheid nieuwe app


De nieuwe app heet voluit Ambulancezorg-app. Vanaf december 2022 is deze app al als overgangsversie onder de naam AZN LPA9 beschikbaar in de App Store en Play Store. In februari is de overgangsversie overgegaan in de definitieve versie. Tegelijkertijd is de Ambulancezorg-app met het LPA 8.1 erin ook nog beschikbaar. Gebruikers van LPA 8.1 krijgen begin mei automatisch de nieuwe app aangeboden. Dat betekent dat de Ambulancezorg-app vanaf mei de content heeft van LPA9. De overgangsversie is hier al te bekijken, vanaf mei 2023 is het LPA 8.1 als app niet meer vigerend.



 AZN LPA9 android

<https://qrco.de/bdjhsU>



 AZN LPA9 voor iOS

<https://qrco.deA/bdjhgX>

Toekomst: actualiseren LPA9

Wanneer straks de Ambulancezorg-app en het LPA9 in de hele sector zijn ingevoerd en naar tevredenheid draaien, gaat de protocollencommissie op een andere wijze om met het actueel houden van het LPA. Ieder half jaar zullen protocollen vanuit een of meer aandachtsgebieden beoordeeld worden of er nieuwe inzichten zijn die voor de ambulancezorg van dusdanig belang zijn dat er een aanpassing van het protocol, of een nieuw protocol nodig is. Dit kan dan gaan om bijvoorbeeld de interne protocollen, of de kinderprotocollen. Op deze wijze komt ieder aandachtsgebied ten minste iedere vier jaar aan de beurt.

Op naar de toekomst!



Een nieuwe manier van leren?

Simulatie onderwijs is een belangrijk onderdeel voor het zogenoemde contextueel leren binnen de ambulancezorg, juist omdat de context een grote bepalende, maar geen constante factor is. Het vereist situationeel oordeel, snelle en nauwkeurige besluitvorming en passende levensreddende maatregelen, die moeten worden genomen onder tijdsdruk, vaak in ongunstige externe omstandigheden en met weinig of geen tolerantie voor fouten. Dit artikel beschrijft wat eXtended Reality-technologie is, wat de voor- en nadelen zijn van deze nieuwe vorm van medisch simulatie-onderwijs en wat we hier binnen de ambulancezorg aan zouden kunnen hebben.

Door: Martien Strik

Simulatieonderwijs

Simulatieonderwijs heeft vele voordelen, maar kent ook enkele tekortkomingen en beperkingen, zoals:

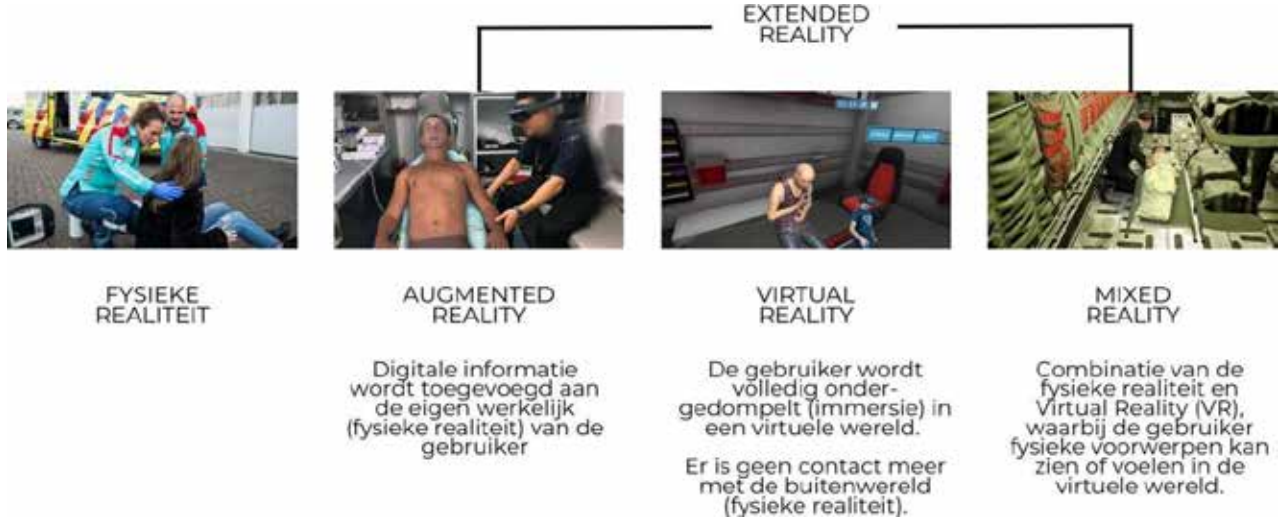
- Beperkt realisme: sommige simulaties geven geen nauwkeurige weergave van situaties uit het echte leven.
- Onvoorspelbare scenario's: simulaties dekken niet alle mogelijke scenario's, wat leidt tot beperkte en mogelijk onvoldoende voorbereiding.
- Gebrek aan praktische ervaring: op simulatie gebaseerde training biedt mogelijk niet dezelfde ervaring als in reële situaties.
- Organisatie: het vinden van geschikte locaties en de logistiek van apparatuur en personeel kan een uitdaging zijn.
- Veiligheidsproblemen: er kunnen veiligheidsrisico's verbonden zijn aan bepaalde simulaties.
- Hoge kosten: het aanschaffen en onderhouden van de benodigde apparatuur en technologie, de personeelskosten van instructeurs, LOTUS-slachtoffers en huur van het oefenterrein kosten allemaal geld.

Voor diverse van deze nadelen biedt virtueel medisch simulatieonderwijs, dat gebruikmaakt van zogenoemde eXtended Reality (XR), een mogelijke aanvulling/oplossing.

Wat is eXtended Reality (XR)?

XR, eXtended Reality, is de verzamelterm voor Virtual Reality (VR), Augmented Reality (AR) en Mixed Reality (MR). Door het dragen van een headset, wordt de fysieke wereld aangevuld met digitale informatie (Augmented Reality) of wordt een geheel virtuele wereld gecreëerd, waarin de deelnemer zich bevindt (Virtual Reality). De deelnemer kan interactie hebben met deze digitale (geprojecteerde) voorwerpen, personen en omgevingen.

Het grote verschil tussen Virtual- en Augmented Reality is het contact met de fysieke wereld. In Virtual Reality (VR) is geen contact mogelijk met de fysieke wereld, in Augmented Reality wel. Huidige technologische ontwikkelingen maken het mogelijk om fysieke voorwerpen in Virtual Reality te voelen en zelfs te zien, dit wordt Mixed Reality genoemd.



Aanvulling op, geen vervanging van...

XR-technologieën kunnen een aanvulling bieden op het bestaande onderwijs voor ambulancezorgprofessionals, maar zijn zeker niet bedoeld om bestaande vormen van theoretische en praktische scholingen te vervangen, noch om de plaats in te nemen van de deskundige instructeur.

Elke vorm van (simulatie)onderwijs heeft een plaats binnen het curriculum, eXtended Reality dus ook. Het is aan de (ambulance)zorgprofessionals, de onderwijsinstellingen en andere betrokken partijen, om te onderzoeken welke functie en plaats XR kan hebben binnen het huidige scholingsaanbod.

Wat maakt eXtended Reality een geschikt medium?

Realisme, immersie en veiligheid

XR-technologie kan een zeer realistische en interactieve trainingsomgeving creëren, waardoor de volledige immersie, ofwel een zeer meeslepende ervaring, wordt geboden, die noodsituaties nauwkeurig nabootst. Deelnemers hebben het gevoel er echt te zijn. Hierdoor kunnen ambulancezorgprofessionals (in opleiding) hun vaardigheden oefenen en ontwikkelen in een veilige en gecontroleerde omgeving, waardoor het risico op letsel voor zichzelf en anderen tijdens echte noodsituaties wordt verminderd. Het biedt zowel voor- als nadelen en heeft ook beperkingen en tekortkomingen. Op onderstaande afbeeldingen worden deze beschreven.

XR: eXtended Reality en High Fidelity scenario-onderwijs

Simulatieonderwijs is bedoeld om bepaalde aspecten van de werkomgeving te reproduceren. Het levert een risicovrije (leer)omgeving op, waarin leerlingen de vaardigheden die relevant zijn voor de klinische praktijk kunnen leren, oefenen en trainen. Het biedt ruimte voor trial-and-error onderwijs, waarbij gemaakte fouten, in triage, diagnose en patiëntbehandeling, geen gevolgen hebben voor de werkelijkheid.

Bij High Fidelity simulatieonderwijs gaat het erom dat je door gebruik te maken van simulatie-apparatuur, een reëel scenario met een geloofwaardige ervaring creëert. Iemand heeft het idee dat hij of zij echt in die situatie zit en handelt daarnaar. eXtended Reality doet precies hetzelfde, alleen wordt alles digitaal genereerd.

In de afgelopen jaren heeft de vooruitgang van eXtended Reality (XR)-technologieën, waaronder Virtual-, Augmented- en Mixed Reality (respectievelijk VR, AR en MR), nieuwe hoogwaardige immersieve simulatietrainingen mogelijk gemaakt. Dit biedt mogelijkheden voor het creëren van virtueel High Fidelity simulatieonderwijs; voor het vergroten van realisme,

het versnellen van leerprocessen en het mogelijk maken van scenario's die eerder moeilijk of zelfs onmogelijk waren te organiseren.

Wat is nodig voor implementatie?

Ondanks de voordelen zijn er nog steeds enkele belemmeringen voor een wijdverspreide acceptatie van XR voor medische simulatietraining, waaronder de onbekendheid met (de mogelijkheden) van XR, de bestaande vooroordelen t.a.v. hoge hardware- en ontwikkelkosten en het idee dat er nog weinig content bestaat; maar ook de behoefte aan aanvullende training om de technologie te gebruiken.

Organisaties en instellingen die eXtended Reality (XR)-technologie willen gebruiken, staan vaak voor verschillende uitdagingen, waaronder implementatietijd en -kosten, weerstand tegen verandering onder docenten en een beperkt begrip van hoe XR effectief in het curriculum kan worden geïntegreerd; maar het is een technologie die potentieel heeft voor het aanleren van verschillende vaardigheden, zoals klinisch redeneren, triage, softskillstraining en procedures.

Welke applicaties zijn er op dit moment (of op korte termijn) beschikbaar?

1. Patiëntsimulatie in Virtual Reality: VRPatients

Deze applicatie dompelt ambulancezorgprofessionals onder in levensechte, educatieve medische scenario's waardoor ze patiënten in realtime kunnen interviewen, beoordelen, diagnosticeren en behandelen, dit zowel in Virtual Reality of een virtuele omgeving via een webbrowser. Het biedt uitgebreide mogelijkheden van het aanpassen van bestaande scenario's, maar ook kunnen volledig nieuwe scenario's worden ontwikkeld met een intuïtieve case authoring tool.

De instructeur kan bestaande scenario's volledig naar vorm aanpassen, of geheel nieuwe scenario's ontwikkelen, waarbij gekozen kan worden uit 25 verschillende omgevingen, kliniek en prehospital, verschillende patient avatars, gewenste medicatie en interventies en communicatiegedrachten.

De instructeur kan de interactie van de patient versimpelen aan de hand van en complexeren, waarbij kan gedacht worden aan huid-techniekgangen (algemene reactie), een scala aan Brand/Stroke/Wonden en/of bloedingen.

Door middel van zijn Case-logic flowchart, waarbij actie (bestelling) A, leidt tot gevolg B, kunnen instructeurs het scenario verloop tot in detail aanpassen aan de gewenste complexiteit, doelgroep en verscheiden: Ook de communicatie (vraag en antwoord) kunnen volledig aangepast worden.

2. Virtual Reality – Rijsimulatie



Het rijden met spoed draagt een grote verantwoordelijkheid en risico met zich mee, enerzijds voor de inzittenden (en patiënt); maar ook voor het overige wegverkeer. Het trainen voor het rijden met spoed is moeilijk na te bootsen. Virtual Reality biedt hierin een technologie die kan zorgen voor een realistische rijervaring, waarin de werkelijke omstandigheden nauwkeurig worden nagebootst. Weggebruikers zullen natuurgetrouw reageren op het rijden met spoed en de chauffeur moet reageren op (instelbare) onverwachte gebeurtenissen. Door de immersie in Virtual Reality, krijgt de deelnemer het gevoel echt aan het verkeer deel te nemen, waarbij dit gevoel verder wordt versterkt door gebruik te maken van zogenoemde bewegingsplateau's.

3. Free Roam Virtual Reality

Deze vorm van simulatie-onderwijs biedt de mogelijkheid om vrij rond kunnen lopen in een volledig virtuele omgeving (Virtual Reality). Wat bijdraagt aan de realiteit, is de integratiemogelijkheid van fysieke voorwerpen/gebouwen en eigen gebruikte materialen en middelen. Dit biedt een aantal voordelen, waaronder de mogelijkheid om elk gewenst scenario en simulatie na te bootsen, zonder beperkingen aan schaal, vorm en aantal deelnemers, zoals grootschalige ongevallen en/of terrorisme gevolg bestrijding.

Een ander voordeel is de mogelijkheid voor multidisciplinaire simulaties, waardoor eenvoudig samengewerkt kan worden met politie, brandweer en/of tactische eenheden bij een terro-

ristische aanslag, zonder de noodzaak in dezelfde ruimte, stad of zelfs land te zijn. Dit betekent dat elke dienst vanuit haar eigen locatie deel kan nemen aan een multidisciplinair scenario, zonder in dezelfde ruimte, stad of zelfs land te hoeven zijn. Het biedt een volledige oplossing voor afstandsonderwijs, maar wel met volledige bewegingsvrijheid.

Op dit moment wordt hard gewerkt aan een unieke hybride vorm van de combinatie van rijsimulatoren in Virtual Reality en de Free Roam simulatie.

4. Het Hybride Learning concept

In deze simulatie wordt de rijsimulatie in Virtual Reality, gecombineerd met scenario-onderwijs in Free Roam Virtual Reality. Een chauffeur start de rijsimulatie en rijdt, met of zonder spoed naar een incident. Daar aangekomen stapt hij/zij uit de fysieke cockpit/fysieke ambulance en start het scenario. Het biedt een naadloze overgang van het rijden met spoed, inclusief bijkomende stress en spanning, naar het daadwerkelijk handelen op een incident, net zoals in het echt.

Samengevat

Gebruik van eXtended Reality in medische opleidingen is niet bedoeld om het theoretische onderwijs in de klas te vervangen, noch om de plaats in te nemen van de deskundige leraar. Een van de sterke punten van XR voor medische training is dat je zorgprofessionals competenties en vaardigheden kunt aanleren zonder de veiligheid van de patiënt in gevaar te brengen. Het gebruik ervan in medische simulatietraining is al effectief gebleken en zal in de toekomst aan belang winnen omdat de ontwikkelingen op dit terrein snel gaan en mensen er steeds meer mee vertrouwd raken.

Over de auteur

Martien Strik is werkzaam als ambulanceverpleegkundige in België en binnen de evenementenzorg en oprichter van VR MedicalSIM.



Academies Ambulancezorg en Politie faciliteren gezamenlijke opleidingsdag

‘We leren elkaars werelden beter kennen...’

Hoewel ambulancezorgprofessionals en politiefunctionarissen elkaar in de dagelijkse praktijk geregeld tegenkomen, werd tijdens de opleiding nog niet eerder met elkaar getraind. Tot nu, want tijdens een speciale gezamenlijke opleidingsdag binnen beide opleidingen, leren studenten van de Academie voor Ambulancezorg én studenten van de Politieacademie Apeldoorn elkaar de kneepjes van het vak.

Door Mirthe Diemel

Foto's beschikbaar gesteld door de Academie voor Ambulancezorg

Van een busongeluk met meerdere slachtoffers tot aan kinderreanimatie met neurotrauma. Zomaar wat voorbeelden van situaties waar ambulancemedewerkers in de praktijk mee te maken krijgen. Daarin staan ze niet alleen, want ook de politie komt tijdens zulke incidenten vaak ter plaatse. Een goede samenwerking tussen beide partijen is dan ook cruciaal. Handig dus, om daar al tijdens de opleiding aandacht aan te besteden, zou een logische gedachte kunnen zijn. Toch kwamen ambulance- en politiestudenten elkaar tot voor kort nooit tegen gedurende de opleiding. Inmiddels is dat deels veranderd en komen studenten van de Academie voor Ambulancezorg

en studenten van de Politieacademie Apeldoorn tijdens hun opleiding één dag samen in het Experium (het vaardigheidstrainingscentrum van de Academie voor Ambulancezorg). Op die dag krijgen ze verschillende, levensechte casussen voorgeschoteld en moeten ze nauw met elkaar samenwerken.

Meerwaarde van samenwerken

Het idee voor deze opleidingsdag ontstond in 2018, vertelt Arie Schipper, programmaleider bij de Academie voor Ambulancezorg. “Het Experium was toen gloednieuw en in eerste instantie bedoeld voor de TECC Course. Die cursus is gericht op de Nederlandse multidisciplinaire werkafspraken tussen de verschillende hulpverleningsdiensten, en in het verlengde daarvan de – voor de Ambulancezorg – primaire prehospitalische zorg aan patiënten bij incidenten door extreme geweldsituaties. We werkten daarvoor ook samen met de Dienst Speciale Interventies (DSI) – zij hadden een aandeel in het lesprogramma, in verband met hun specifieke rol in dit verband. De DSI zei toen al: wil je het écht goed doen, dan moet je ook met een operationeel politieteam trainen. Toevallig was er tijdens de opening van het Experium in 2018 een team van de politie Noordoost Gelderland aanwezig. Zij waren dusdanig enthousiast over een samenwerking tussen ambulance en politie én hadden een link met de Politieacademie Apeldoorn. We moesten natuurlijk het geluk hebben dat ze ook in Apeldoorn de meerwaarde van een samenwerking zagen, maar dat bleek het geval. Het waren kortom allemaal puzzelstukjes die op het juiste moment op hun plaats vielen.”

Schipper kwam in contact met Martin Weissman, destijds docent Eerste Hulp Door Politie (EHDP) op de Politieacademie Apeldoorn. Ook hij was meteen te spreken over een mogelijke samenwerking. Weissman: “Je hebt elkaar in de praktijk gewoon nodig, dus het is niet meer dan logisch om elkaars werkveld beter te leren kennen.”



Hoewel de plannen in 2020 concreet werden, gooide het coronavirus roet in het eten. Uiteindelijk vond in september 2021 de allereerste opleidingsdag plaats. Sindsdien wordt er bijna elke maand één georganiseerd. Op deze dag worden zes verschillende situaties nagebootst, vertellen Schipper en Weissman. “Zo is er onder meer een busongeluk met meerdere slachtoffers en een steekincident in een bioscoop, maar komen studenten ook in aanraking met twee personen die onwel zijn worden en mogelijk onder invloed zijn, én krijgen ze te maken met een peuter die van de trap is gevallen en zwaargewond is.”

Eyeopener

Volgens Jacco Visser, programmaleider bij de Academie voor Ambulancezorg en een van de ontwikkelaars van de casuïstiek, is de opleidingsdag een eyeopener voor beide studentengroepen. “Je krijgt veel meer inzicht in elkaars werkzaamheden. Dat de politie bijvoorbeeld niet alleen maar ter plaatse is om personalia te verzamelen, maar bijvoorbeeld óók naar sporen zoekt. Zij zijn kortom met hele andere dingen bezig dan metéén de hulpverlening, zoals wij. Na afloop van zo’n dag merk je dat er wederzijds begrip ontstaat voor elkaars werkveld.” Weissman herkent dat wel. “Ik kan me voorstellen dat ambulancepersoneel denkt dat agenten alleen maar kunnen helpen met reanimeren of het vasthouden van een infuuszakje. We kunnen echter veel meer. Zo werken we volgens de ABCDE-methodiek en doen we onder andere ook fixatiehandelingen en het toepassen van een tourniquet bij catastrofale bloedingen. Dat sluit aan op de werkzaamheden van ambulance medewerkers. De raakvlakken zijn dus groter dan je denkt.”

“De politie verricht daarnaast ook andere werkzaamheden”, gaat Weissman verder. “Neem dat busongeluk: hoewel de

slachtoffers worden gereanimeerd, komt er één te overlijden. Ook dan komt de politie in beeld. Het lichaam moet immers juridisch in beslag worden genomen volgens de Wet op de lijkbezorging. Dit in verband met sporen, maar ook omdat het om een onnatuurlijk overlijden gaat. Een ambulance medewerker kan dat lichaam dus niet zomaar weghalen – iets wat veel studenten vooraf niet wisten.”

“De opleidingsdag biedt meer nieuwe inzichten”, vervolgt Visser. “Als een verdachte bijvoorbeeld ook slachtoffer is, moet die persoon medisch gezien worden. Daarnaast bestaat er een mogelijkheid dat de politie moet meedelen in de ambulance. Zulke zaken gaan in de praktijk niet altijd even soepel, dus communicatie is uiterst belangrijk. We hebben allebei andere belangen, maar wát moeten we sowieso met elkaar uitwisselen?” Weissman: “Voorheen kwam zulke casuïstiek pas aan bod in de praktijk, op het moment dat je elkaar tegenkwam op straat. Studenten hebben er dus echt profijt van dat ze er nu al mee kunnen oefenen, dat is wel bijzonder. Ze leren elkaars werelden beter kennen.”

Unieke samenwerking

De samenwerking tussen de Academie voor Ambulancezorg en de Politieacademie Apeldoorn is vrij bijzonder, al heeft dat deels ook een logistieke oorzaak. Er is immers maar één Academie voor Ambulancezorg in Nederland, tegenover zeven Politieacademies. Schipper: “En dan hebben wij gemiddeld twaalf intakes per jaar, terwijl de Politieacademie Apeldoorn er zestien á zeventien heeft. Dat is soms al puzzelen – per kwartaal krijgen twee klassen vanuit de Politieacademie Apeldoorn een halve dag in het Experium aangeboden in plaats van een



Martin Weissmann (li.) en Arie Schipper (re.) tonen het Samenwerkingsconvenant Gezamenlijke Interdisciplinaire Training in het trainingscentrum van de Academie voor Ambulancezorg.

hele. Meer dagen lukken niet, we zitten simpelweg vol. Maar het feit dat wij elkaar hebben gevonden – omdat we in elkaars regio zitten, er een wederzijdse behoefte was en wij een Experium hebben, is wel uniek.”

Overigens was het oorspronkelijke idee om politiemensen uit het team van Harderwijk te koppelen aan de Academie, dus eenheden die in de praktijk werken. Weissman: “Dat bleek lastig te organiseren, want je moet politiemensen uit het operationele proces halen voor een oefening op regelmatige basis. Op de Politieacademie hebben we dat probleem niet: onze studenten zijn in het eerste leerjaar veel op de academie te vinden en zijn beschikbaar. Het was voor ons dus logisch om deze opleidingsdag in het curriculum van de Politieacademie Apeldoorn op te nemen.”

Flabbergasted

Zowel ambulance- als politiestudenten zijn enthousiast over de opleidingsdag. Weissman lacht: “Na afloop willen ze het liefst nóg een keer. De casuïstiek spreekt ook wel enorm tot de verbeelding. Kijk, op de Politieacademie oefenen we natuurlijk ook met bepaalde situaties en lotusacteurs, maar daar houdt het op zodra de ambulance komt – zonder echt ambulance-team kun je die communicatie met elkaar nou eenmaal niet simuleren. In het Experium gaat het wél verder.” Ook Schipper hoort het enthousiasme terug van zijn studenten. “Na afloop is er een evaluatiemoment. De studenten evalueren dan multidisciplinair over de samenwerking en onderlinge communicatie, en daarna apart van elkaar over hun eigen processen. Eigenlijk is iedereen altijd positief.” Dat geldt overigens ook voor alle docenten en praktijkbegeleiders. “Die zijn vaak flabbergasted,



zouden het liefst ook een dag meedoen in de casuïstiek. Helaas is die capaciteit er niet”, aldus Weissman.

Beide heren durven daarom vooralsnog geen uitspraken te doen over of deze samenwerking ook op landelijk niveau zou kunnen plaatsvinden. Schipper: “Dat onze samenwerking meerwaarde heeft, is een feit. En ik zie het wel voor me dat studenten, die klaar zijn met hun opleiding en in de praktijk werken, als een soort alumni weer ‘aan bod komen’ tijdens een landelijk nascholingsmoment. Voor nu is dat echter nog toekomstmuziek.” Weissman besluit lachend: “Feit is in elk geval dat de opleidingsdag in het Experium als een lopend vuurtje rondgaat!”

eRIC 2024

Na een succesvolle derde editie in 2022 keert dé multidisciplinaire vakbeurs voor de veiligheidssector terug in 2024. Op 24 & 25 april 2024 zal de vierde editie van eRIC plaatsvinden op Vliegveld Twenthe. Opleiden, oefenen, informatiegestuurd werken en cybersecurity zijn de leidende thema's voor deze editie. De maatschappij wordt kwetsbaarder voor crises en

verstoringen. Incidenten hebben grotere impact en leiden vaker tot escalatie. Kennis en informatie zijn de sleutels om de vakprofessionals in de hulpverlening en crisisbeheersing goed te prepareren op hun veeleisende opgaven.

Het leerlandschap voor hulpverlening en crisismanagement moet meegroeien met de uitdagingen die de samenleving

en de hedendaagse crises en incidenten eraan stellen. Wat zijn de ‘best practices’ en wat kan er beter bij het opleiden van onze hulpverlenings- en crisisbeheersingsprofessionals?

Wil je je organisatie presenteren tijdens eRIC24? Download dan de brochure en bekijk de mogelijkheden op <https://www.exporic.nl/nl>

KORT NIEUWS

Vliegveld Twenthe
24 & 25 april 2024
'Dé vakbeurs voor de veiligheidssector'

Uniformiteit van medicatie in het belang van veiligheid

In opdracht van Ambulancezorg Nederland (AZN) heeft het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg (NIVEL) onderzoek gedaan naar 14 Europese ambulancediensten¹. Hieruit blijkt dat patiëntveiligheid hoog op de agenda staat bij alle ambulancediensten die onderzocht zijn en dat op veel gebieden overeenkomsten zijn tussen de ambulancediensten in de verschillende landen. Het nationaal organiseren van ambulancezorg, zoals wij in Nederland gewend zijn, blijkt niet uniek. Maar met het Landelijke Protocol Ambulancezorg (LPA) hebben wij een stabiele basis om kwaliteit en veiligheid te borgen. Dit sluit aan bij het rapport van The Commonwealth Fund: Mirror 2021² waaruit blijkt dat Nederland wereldwijd als een van de beste scoort op het gebied van gezondheidszorg in vergelijking met andere hoge-inkomstenlanden.

Door Floris Leenman, Verpleegkundig Specialist AGZ bij Ambulance Rotterdam-Rijnmond

Het is fijn dat veel zaken goed geregeld zijn binnen Ambulancezorg Nederland, maar we moeten niet stil blijven zitten. Dit wordt gelukkig ook niet gedaan! Er is binnen alle Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) aandacht voor patiëntveiligheid. Helaas zijn er ook grote verschillen zichtbaar. Dit is niet (altijd) in het belang van de patiënt en komt de patiëntveiligheid niet ten goede. Een duidelijk voorbeeld is het verschil in materialen: gebruik je een koffer? Een tas? Een monitor van Zoll, Corpuls of de Lifepack van Physio-Control? Grote verschillen in een klein land binnen een kleine beroepsgroep.

Het kan beter

Als Ambulance Rotterdam-Rijnmond (ARR) hebben wij door deze verschillen helaas een aantal incidenten gehad. In de praktijk gebeurt het met enige regelmaat dat samengewerkt wordt met een van de vier aangrenzende RAV-en. Iedereen heeft zijn eigen materialen en vaak vindt de samenwerking plaats wanneer sprake is van een reanimatie of groot incident in het grensgebied van beide RAV-en, de zogenoemde “burenhulp”. Het voorbeeld van de reanimatie is kenmerkend: welke afspraken maak je met elkaar als regio's? Werk je met de materialen die de eerste ambulance meeneemt of werk je met eigen materialen en voor jou bekende medicatie/ampullen? Ambulance Rotterdam-Rijnmond werkt namelijk met adrenaline ampullen

die een concentratie hebben van 1mg in 10ml. Aangrenzende regio's met 5mg in 5ml, 10mg in 10ml óf ook 1mg in 10ml. Deze verschillen maken uniformiteit onmogelijk. Als ARR hebben wij naar aanleiding van (deze) incidenten actie ondernomen



Auteur Floris Leenman, Verpleegkundig Specialist AGZ bij Ambulance Rotterdam-Rijnmond

om de veiligheid en kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren. Helaas hebben onder andere communicatie, training en het veranderen van de ampullen in de koffer niet alle problemen opgelost.

Lopen we achter?

Het toedienen van medicatie (parenteralia) in acute situaties geeft een groot risico op het maken van fouten. Binnen de ziekenhuizen is al geruime tijd geleden het VMS-programma voor patiëntveiligheid geïmplementeerd³. Een van de tien thema's was: High Risk Medicatie. Denk hierbij aan toediening van intraveneuze medicatie in een acute setting. Hygiëne tijdens het klaarmaken en toedienen, het vermijden van de naam van het product op de spuit en closed loop communicatie zijn werkafspraken die algemeen bekend zijn. Dit is echter prehospital niet 1:1 over te nemen. De adviezen en richtlijnen die bijna tien jaar geleden al in de ziekenhuizen geïmplementeerd zijn, hebben veelal nog géén vertaalslag gemaakt naar de prehospital zorg. Op dit onderwerp is winst te behalen.

Veilig, efficiënt en snel werken in acute situaties

Zeer recent is ARR overgestapt naar het gebruik van adrenaline in Ready-To-Administer (RTA) spuiten. Dit zijn spuiten die “kant en klaar” zijn met een herkenbare kleur en speciaal lettertype. Doordat ze al klaar voor gebruik zijn, worden de risico's van het klaarmaken van de spuit vermeden. Wij hopen dat deze RTA-spuiten bijdragen aan het veilig, efficiënt en snel werken in acute situaties.



Wij zijn als ARR niet de eerste RAV die ze gebruiken, maar wél de eerste in de Randstad. Deze kwaliteitsstap kost geld en vraagt om een (langere termijn) visie. Ampullen zijn namelijk fors goedkoper dan een RTA-spuit. Maar laten we elkaar de vraag blijven stellen: wat mag patiëntveiligheid onze organisatie kosten en hoe staat dit in verhouding tot wat één incident aan tijd, geld en leed kost? Een reële optie is dat met een toenemend gebruik van deze spuit deze ook in prijs zal dalen. De RTA-spuit vervangt echter niet de adrenaline die (waar nodig) toegediend wordt bij een allergische reactie. Het gaan gebruiken van een EpiPen, als automatische injectiespuit voor éénmalig gebruik, zou hiervoor een overweging kunnen zijn. Een interessant artikel over RTA-medicatie in een voorgevulde steriele spuit en hierbij behorende kostenaspecten werd gevonden op PubMed met als titel: A Cost Minimization Analysis of Ready-to-Administer Prefilled Sterilized Syringes in a Dutch



Hospital⁴. Is RTA-medicatie op termijn echt duurder? Bij deze een stimulans om antwoorden te zoeken op de gestelde vragen met het genoemde artikel als eerste aanzet.

Met elkaar hetzelfde?!

Als een van de beste in de wereld op het gebied van gezondheidszorg, maken we met elkaar het verschil! In Nederland werken wij met het LPA, we spreken letterlijk en figuurlijk dezelfde taal. Hoe mooi zou het zijn om elkaar op te zoeken zodat wij landelijk de eerste stap zetten naar uniformiteit in medicatiegebruik tijdens reanimaties? Welke stappen en interventies zullen hierop volgen? Want de ontwikkelingen staan nooit stil. In iedere koffer of tas de “kant en klare” adrenaline spuit is wat mij betreft de eerste stap!

Literatuur

1. Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijnsgezondheidszorg (2016, 4 februari). Ambulancezorg in Europa: ervaringen van patiënten nog weinig ingezet | Nivel. (z.d.). <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/ambulancezorg-europa-ervaringen-van-patienten-nog-weinig-ingezet>
2. Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. (2021, 4 augustus). Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
3. Medicatieveiligheid. (2021, 13 juli). VMSzorg. geraadpleegd op 16 januari 2023. <https://www.vmszorg.nl/medicatieveiligheid/>
4. Larmené-Beld KHM, Spronk JT, Luttjeboer J, Taxis K, Postma MJ. A Cost Minimization Analysis of Ready-to-Administer Prefilled Sterilized Syringes in a Dutch Hospital. *Clinical Therapeutics*. 2019;41(6):1139-50.

Ambulancezorg op zee vraagt creativiteit en kritische keuzes



Search and Rescue met geborgde zorgkwaliteit

Ambulanceverpleegkundigen opereren als SAR-nurse in een extreme omgeving.

Het was een reddingsoperatie die zo in een Hollywood-rampenfilm zou passen; de redding van een te water geraakte zeezeiler uit de woeste golven van de Noordzee in het holst van de nacht van 15 januari jl. Een mooier succes kon het kersverse Search and Rescue (SAR)-team van helikoptermaatschappij Bristow zich na zijn start op 4 november 2022 niet wensen. Het was een 'vliegende start' voor de nieuwe reddingshelikopters en het SAR-team met ambulanceverpleegkundige expertise. De samenwerking met Dutch Medical Group draagt zorg voor de continuïteit van medische kennis en ervaring.

Door: Rob Jastrzebski

Foto's: Fotograaf Arie van Dijk

Bristow sleepte in 2021 de aanbesteding van de SAR-taken door Kustwacht Nederland in de wacht en is daarmee terug als maritieme dienstverlener in het Nederlandse SAR-gebied. Het bedrijf is internationaal actief in de offshore dienstverlening met logistiek transport, personenvervoer en SAR-taken. In Nederland opereert Bristow voor de uitvoering van SAR-operaties onder de vlag van de Kustwacht vanaf twee bases: Den Helder Airport en vliegveld Midden-Zeeland ten oosten van Middelburg. Op beide standplaatsen staat sinds 4 november jl. 24/7 een reddingshelikopter met SAR-team paraat om, in opdracht van het Kustwachtcentrum, direct in actie te komen bij noodsituaties op de Noordzee, Waddenzee, het IJsselmeer en andere grote wateren waarover de Kustwacht waakt. Zoals aanvaringen, gekapseide schepen, vermiste personen en

medische evacuaties van boord van schepen en booreilanden. Binnen 20 minuten na een alarmering via het Kustwachtcentrum moet de heli 'airborne' zijn.

Bristow voert deze Kustwachttak op contractbasis uit voor een periode van tien jaar, met de mogelijkheid van verlenging na die periode. In de eerste twee maanden kregen de SAR-teams al zo'n 30 inzetten voor de kiezen, variërend van zoekacties tot medische evacuaties en transportdiensten voor de Kustwacht.

Geborgde zorgkwaliteit

De SAR-helikopters van Bristow rukken uit met een vijf koppige bemanning: twee vliegers, een 'winch operator' (bedienaar van de hoist/lierininstallatie), een 'winchman' (redder) en een SAR-nurse (ambulanceverpleegkundige).

"De toevoeging van een ambulanceverpleegkundige aan de SAR-teams was onderdeel van de aanbesteding", verduidelijkt Jaap-Frank Ponstein, algemeen directeur van Dutch Medical

Group (DMG). De particuliere aanbieder van ambulancediensten is medisch partner van Bristow voor de SAR-taak. DMG levert de medisch manager en verzorgt de opleidingen, advisering, medische inrichting van de helikopters en de bevoorrading met medische materialen, medicamenten en zuurstof. De 12 ambulanceverpleegkundigen die bij toerbeurt dienst doen in de SAR-bemanning, zijn in dienst van Bristow.

Ponstein: "De Nederlandse overheid eist dat bij hulpverlening aan gewonden, drenkelingen en zieken op zee de medische kwaliteitsmaatstaven van de ambulancezorg op het land worden gehanteerd. Die kwaliteitszorg, conform de zorgkwaliteitswet WKKGZ, is geborgd door de speciaal voor deze taak geworven en getrainde ambulanceverpleegkundigen. Dutch Medical Group ondersteunt Bristow hierbij. De visie is dat patiënten op zee in principe dezelfde patiëntgerichte kwaliteit zorg moeten krijgen als patiënten op het land."

Uitdagingen

In principe, want het werken op zee en aan boord van een helikopter bij nacht en ontij is bepaald geen sinecure en kent zijn uitdagingen en beperkingen, zo blijkt uit de ervaringen die drie bemanningsleden willen delen op de SAR-basis van Bristow in Den Helder. Verpleegkundig manager Tim de Jonge en SAR-nurses Stephan 't Hooft en Karel Harinck, vertellen vol passie over ambulancezorg in een extreme omgeving en onder soms barre omstandigheden. Het is géén job voor watjes. Vóórdat de verpleegkundigen überhaupt aan boord van de SAR-helikopter komen, is eerst een pittige aanvullende opleiding en training noodzakelijk.

Tim de Jonge: "De verpleegkundigen die we voor deze taak werven en selecteren komen 'blanco' binnen vanuit de ambulancepraktijk, maar hebben vaak al wel affiniteit of ervaring met werken op het water en in de luchtvaart. Dat is geen must, maar wel een pré. Om dit werk te doen moet je uit het juiste



Briefing voor vertrek.

hout gesneden zijn. Je moet een avontuurlijke aanleg hebben, stressbestendig zijn en heel goed kunnen multitasken. Want werken als lid van een SAR-bemanning vraagt andere eigenschappen dan werken in de reguliere ambulancezorg op straat. Om te beginnen ben je een schakel in een team, waarin iedereen elkaar naadloos moet aanvoelen. Primair draait alles om de vliegveiligheid. Vóórdat een reddingsoperatie begint, heeft ieder bemanningslid zijn rol om ervoor te zorgen dat de helikopter met bemanning veilig ter plaatse komt. Vijf paar oren, ogen en handen zijn niet overbodig in de soms zware omstandigheden waaronder we bij reddingen moeten opereren."

Tim legt uit dat de SAR-nurses niet alleen worden getraind in de uitdagende opgave van medische hulpverlening op zee, maar ook kennis moeten hebben van de helikopter, de techniek aan boord en de specifieke veiligheidsprocedures rond een SAR-operatie. Ze hoeven geen vliegers te worden, maar moeten wel snappen hoe een helikopter werkt en hoe ze in noodsitu-



Stephan 't Hooft, Tim de Jonge en Karel Harinck vonden in de combinatie van ambulance-ervaring en SAR een mooie uitdaging.



De SAR-helikopter bevat een complete ambulance-uitrusting met pluspakket.

aties moeten handelen. De SAR-training duurt grofweg drie weken. Pittige extra kost voor ambulanceverpleegkundigen, om te leren werken in een omgeving die ver af staat van de praktijk op straat.

Tim: “Na werving en selectie met ondersteuning van DMG gaan de geselecteerde verpleegkundigen een week naar Finland, voor een opleiding in een geavanceerd trainingscentrum. Ook een ‘Helicopter Underwater Escape training’, kortweg HUET, maakt deel uit van het traject. Daar leren de teamleden hoe ze onder water uit een helikopter kunnen ontsnappen als die te water raakt en omslaat. Dat is verplicht voor iedereen die beroepshalve meevliegt op een offshore- of SAR-helikopter. Verder volgen de leden een tweedaagse cursus ‘crew resource management’ waarin ze als team leren samenwerken rond vliegveiligheid en het opsporen van schepen en drenkelingen met de sensorsystemen aan boord en op zicht. Tijdens het opleidingstraject maken ze vijf trainingsvluchten, waarbij de uit te voeren taken steeds een stapje complexer worden, tot en met een afdaling aan boord van een schip op volle zee bij een gesimuleerde reddingsoperatie.”

Uitrusting

De helikopters waarmee Bristow de SAR-taak uitvoert, zijn fonkelnieuwe Leonardo AW 189-toestellen, met een hightech uitrusting voor opsporing en redding. Op beide standplaatsen staat een operationele helikopter stand-by en in de hangar in Den Helder staat een derde als reservetoestel ‘geparkeerd’. De toestellen zijn voorzien van state-of-the-artapparatuur voor opsporing en redding. Zoals camera’s met nachtzicht en infraroodsensor. De toestellen zijn voorzien van een dubbele ‘hoist’ (lier), waarmee de redder en verpleegkundige aan boord van schepen worden afgezet en waarmee drenkelingen en patiënten worden opgetakeld. Aan boord van de helikopter is, naast de vijfkoppige crew, ruimte voor twee liggende patiënten op brancard en vier zittende personen. In noodsituaties kunnen meer mensen mee.

SAR-nurse Karel Harinck legt uit dat de helikopter voor medische zorg over een volledige ambulance-uitrusting beschikt. “Alles wat we op het land in de wagen hebben aan materialen en medicatie, conform het landelijk protocol ambulancezorg, hebben we ook in de heli ter beschikking. Wel zijn er een paar aanvullingen en aanpassingen vanwege de bijzondere omgeving waarin we werken en de soms lange vliegafstanden. Zo is bijvoorbeeld een grotere voorraad medische zuurstof aan boord en ook zijn enkele behandelprotocollen aangepast. Op het land kunnen we vrijwel altijd een patiënt binnen een half uur op een afdeling Spoedeisende Eerste Hulp van een ziekenhuis hebben. Bij redding en evacuatie vanaf zee lukt dat niet altijd, omdat de vliegtijd kan oplopen tot meerdere uren. De verpleegkundige bepaalt naar welk ziekenhuis een eventuele patiënt wordt gebracht. Bij de meeste ziekenhuizen kunnen we op het terrein landen.”

Tijdfactor en beperkingen

Ambulancezorg op zee is een complexe aangelegenheid, benadrukt Karel. “Het vraagt veel inzicht, flexibiliteit en creativiteit. Op zee moet je met je team volledig ‘self-supporting’ zijn als je aan boord van een schip moet om levensreddend te handelen. Waar je bij incidenten op straat gemakkelijk een tweede wagen



Een geredde opvarende wordt via de hoist in veiligheid gehesen.



Karel Harinck.



Tim de Jonge.



Stephan 't Hooft.

ter assistentie kan vragen, moet je het op zee met zijn tweeën oplossen. Je werkt altijd als koppel. De winchman is als redder verantwoordelijk voor de veiligheid van de 'hoistoperatie' en gaat als eerste aan dek van een schip. Daarna helpt hij bij het veilig aan dek brengen van de verpleegkundige met zijn uitrusting. Alles wat je denkt nodig te hebben voor de hulpverlening moet in tassen mee aan boord."

Tim de Jonge vult aan dat vooral medische evacuatie vanuit een schip soms de nodige improvisatiekracht vraagt: "Als een patiënt vanuit een benarde positie diep in het schip naar buiten moet worden gebracht, kun je niet even de brandweer ter ondersteuning vragen voor tilassistentie of met een autoladder voor horizontaal transport. Je moet het zelf oplossen. De scheepsbemanning kan wel ondersteuning bieden. Alle zeevarenden zijn op grond van de internationale maritieme regelgeving opgeleid en getraind om zelfredzaam te zijn bij noodsituaties en incidenten."

SAR nurse Stephan 't Hooft: "Je bent bij een SAR-operatie op een totaal andere manier met patiëntenzorg bezig. Vakinhoudelijk en qua triage is ambulancezorg op zee niet anders dan op straat, maar de omstandigheden maken het complex en uitdagend. Je moet vooruit kunnen denken en kritische beslissingen kunnen nemen."

Voor de tijdfactor speelt volgens Stephan een rol. Zo moet het team altijd rekening houden met de vliegafstand van de helikopter en de hoeveelheid brandstof. Als de SAR-nurse en de redder aan boord van een schip bezig zijn, blijft de helikopter in de lucht hangen. Soms, op grotere schepen of op booreilanden, is er landingsmogelijkheid. Maar ook dan blijven de motoren altijd aan, want het toestel moet op elk moment weer kunnen opstijgen.

Stephan: "Bij al je beslissingen moet je dus steeds afwegen: hoeveel tijd heb ik? En wat kan ik in die tijd wel doen en wat niet? Een uitgebreid lichamelijk onderzoek is ter plekke bijvoorbeeld niet altijd mogelijk. Elke situatie is anders en heeft zijn eigen uitdagingen, die je beslissingen en manier van werken beïnvloeden."

Het zijn wel die uitdagingen die het 'ambulancewerk op zee' mooi en aantrekkelijk maken, vinden de drie SAR-specialisten met jaren ambulance-ervaring. Stuk voor stuk zijn het 'waterratten' met al de nodige ervaring in het natte element of in de luchtvaart. Karel had 20 jaar een militaire loopbaan met vliegmedische opleiding bij de Koninklijke Landmacht. Stephan werkte jaren als vrijwilliger bij de KNRM en kreeg zo affiniteit met waterredding. Tim, die behalve verpleegkundig manager ook SAR-instructeur is bij Bristow, was van oudsher al geboeid door de combinatie van water en redding. Hij is vrijwilliger bij de Reddingsbrigade en werkte onder andere bij het helikoptersquadron van de Koninklijke Marine en vanaf 2011 bij Bristow, eerst in Nederland en daarna acht jaar in het Verenigd Koninkrijk. Voor alle drie de vliegende redders geldt dat zij met deze combinatie van water, lucht en verpleegkundige kennis een droom hebben kunnen waarmaken.

Win-win

Bristow voert de SAR-taken op het Nederlandse deel van de Noordzee uit met in totaal 75 man, waarvan 12 ambulanceverpleegkundigen. Die verpleegkundigen kunnen, naast hun dienstverband bij de helikoptermaatschappij, via het partnership met Dutch Medical Group ook worden ingezet ter ondersteuning bij regionale ambulancevoorzieningen. Dat gebeurt via uitzendbureau De Zorg BV.

"Een win-winsituatie", legt DMG-directeur Jaap-Frank Ponstein uit: "De verpleegkundigen maken als lid van het SAR-team veel vliegguren, maar niet alle vluchten en reddingsoperaties zijn vanuit medisch oogpunt even spannend. Om hun medische vakbekwaamheid op peil te houden, is het belangrijk dat ze voldoende verpleegkundige ervaring in de ambulancepraktijk behouden. Daarin voorzien we door de mensen via de ambulancedienstverlening van DMG in die dagelijkse praktijk in te zetten als ze geen dienst hebben bij Bristow. Het voordeel voor ons als medisch dienstverlener is dat we met deze pool van hoogopgeleide verpleegkundigen ook onze dienstverlening in de spoedzorg kunnen uitbreiden. We zijn er trots op dat we via deze mooie samenwerking onze bijdrage kunnen leveren aan de veiligheid op zee via een parate state-of-the-artreddingsorganisatie met geborgde verpleegkundige expertise."



DMG-directeur Jaap-Frank Ponstein: "Overheid eiste ambulanceverpleegkundige aan boord."

(S)-ketamine als analgeticum bij traumapatiënten in de Ambulancezorg

Een kwalitatieve studie naar de ervaringen van traumapatiënten en ambulancezorgprofessionals

Protocollair wordt in de ambulancezorg bij pijnbestrijding, naast paracetamol, (s)-ketamine en/of fentanyl toegepast. Vanuit de beroepssector komen signalen dat (s)-ketamine liever niet wordt gebruikt vanwege hallucinaties, angst en onrust bij de patiënt. Is dit terecht?

Wilburt van Hattem onderzocht dit in het kader van zijn opleiding tot verpleegkundig specialist. Samen met zijn praktijkopleider Rudolf Tolsma werd zijn masterthesis tot dit artikel herschreven.

Door: Wilburt van Hattem en Rudolf Tolsma, beiden werkzaam bij Ambulance IJsselland

In bijna 20% van de in Nederland gereden spoedritten is er sprake van traumatologie¹. Hierbij loopt een patiënt trauma op, wat te definiëren valt als schade aan het lichaam door directe dan wel indirecte krachten van buitenaf, die gepaard gaat met verstoring van de normale continuïteit van (weefsel)structuren²⁻³. Trauma geeft vaak pijn als symptoom en kan leiden tot een complexe stressrespons van het immuun- en neurohormonale systeem. Dit heeft negatieve effecten op het cardiovasculaire-, respiratoire- en bloedstollingssysteem²⁻⁴. Inadequate pijnbestrijding kan leiden tot: psychologische veranderingen, angst, controleverlies en het onvermogen om met anderen te communiceren. Het kan het genezings- en herstelproces van traumapatiënten verstoren en geeft een verhoogde kans op het ontwikkelen van chronische pijn^{2-4,5}.

In het verleden werd ketamine gebruikt in de Nederlandse ambulancezorg. Ketamine is een afgeleide van Fencyclidine wat sterke psychotomimetische effecten geeft (zoals hallucinaties, wanen en angst) en verslavender is dan (s)-ketamine⁶. Tegenwoordig is (s)-ketamine beschikbaar, dit geeft minder van dergelijke bijwerkingen dan ketamine^{2,7,8}. (S)-ketamine is een hypnoticum dat de bloed-hersenbarrière snel passeert en het valt onder de psychotrope middelen⁹. Na toediening ontstaat dissociatieve anesthesie: bewustzijnsverlaging waarbij de patiënt wakker lijkt en daarbij kan amnesie optreden^{7,9,10}.



Wilburt van Hattem



Rudolf Tolsma

Daarnaast heeft het een sterk pijnstillend en angstremmend effect, met name bij lagere doseringen, dat langer aanhoudt dan de werkelijke hypnose^{7,9,10}. (S)-ketamine stimuleert het sympathische systeem: er ontstaat toename van cardiale knijpkracht, bronchodilatatie en stijging van de hartfrequentie en de bloeddruk^{9,10}. De luchtwegreflexen blijven intact en er treedt (nagenoeg) geen ademdepressie op¹⁰.

In LPA 8.1 wordt pijnbestrijding geprotocolleerd beschreven. Bij pijn wordt een pijnscore uitgevraagd volgens de Numeric Rating Scale (NRS). Als de NRS-score <4 is kan paracetamol overwogen worden. Wanneer de score tussen de 4-10 is, kiest

Casus

Een 78-jarige patiënt wordt door de huisarts ingestuurd met verdenking collumfractuur.

Bij aankomst ligt de patiënt op zolder met een verkort been in exorotatie. Hij heeft hevige pijn, is zeer angstig en vraagt zich af hoe hij beneden moet komen.

Het eerste ambulanceteam besluit om de patiënt via het escapematras van de trap te laten glijden en vraagt aan de meldkamer om tilassistentie.

Het tweede ambulanceteam komt ter plaatse en vraagt wat het plan is. De ambulanceverpleegkundige van de eerste auto stelt voor om de patiënt (s)-ketamine toe te dienen en hem in het escapematras van de trap te laten glijden. De beginnende ambulanceverpleegkundige van de tweede auto vraagt zich hardop af of dit wel een goed idee is en er niet beter fentanyl gegeven kan worden. “Straks wordt de patiënt angstig, onrustig of gaat hallucineren en hij is al zo bang.” De ambulanceverpleegkundige van de eerste ambulance vraagt of de beginnende ambulanceverpleegkundige deze ervaring heeft, maar zij antwoordt dat zij dit heeft gehoord van collega’s en het daarom nog nooit gebruikt heeft. De ambulanceverpleegkundige van de eerste auto legt uit dat (s)-ketamine juist angstremsmend werkt, een krachtige pijnstillende werking heeft en bewustzijnsverandering geeft. De patiënt zal lekker in slaap vallen

en weinig meekrijgen van het pijnlijke transport van de trap af naar de ambulance. Achteraf zal de patiënt zich de situatie niet meer kunnen herinneren.

Uiteindelijk wordt de knoop doorgemaakt door het eerste ambulanceteam en wordt (s)-ketamine en paracetamol toegediend. De patiënt krijgt een nystagmus en geeft aan weg te zakken. Hij wordt van de trap af gegleden, op de brandcard getild en naar het ziekenhuis vervoerd. In het ziekenhuis slaat hij zijn ogen op en geeft aan niet meer te weten wat er gebeurd is en ook nog geen pijn te hebben. De beginnende ambulanceverpleegkundige reageert enthousiast: “Dit zou ik nooit bereikt hebben met fentanyl. Ik ga het in het vervolg ook maar eens proberen.”

(S)-ketamine is geschikt om toe te passen bij de traumapatiënt voor transport, immobilisatie van breuken en bij (fractuur)repositie, omdat het, naast pijnstilling, ook bewustzijnsverlaging en amnesie^{2,7,10} geeft. Fentanyl daarentegen is primair een pijnstillend middel, werkt licht sedatief en is cardiodepressief⁹. (S)-ketamine werkt niet cardiodepressief en is daarom geschikt om toe te dienen bij een (hypovolemische) traumapatiënt^{9,11}. Als de patiënt naast paracetamol, extra pijnstilling krijgt, wordt eerder gekozen voor fentanyl dan (s)-ketamine^{2,12}.

de ambulancezorgprofessional tussen fentanyl of (s)-ketamine met paracetamol. De keuze wordt gemaakt op basis van zijn of haar expertise, de oorzaak van pijn en persoonlijke voorkeur¹¹.

In de Nederlandse ambulancezorg is sprake van onderbehandeling van acute pijn. De belangrijkste reden hiervan is kennis tekort van de gebruikte middelen^{2,5}. Sommige ambulancezorgprofessionals dienen liever geen (s)-ketamine toe in verband met (vermeende) negatieve effecten zoals hallucinaties, angst en onrust bij de patiënt (zie ook de casus). In onze ogen is dit onterecht. Elke patiënt heeft recht op adequate pijnbestrijding. In dit onderzoek kijken wij welke effecten traumapatiënten ervaren die (s)-ketamine als analgeticum krijgen toegediend en de rol van ambulancezorgprofessionals hierin.

Methode

Onderzoeksperspectieven

De onderzoeksvraag is onderzocht vanuit twee perspectieven: traumapatiënten en ambulancezorgprofessionals. Patiënten die voldeden aan de criteria in Tabel 1 werden geïncludeerd. Patiënten die fentanyl of midazolam kregen toegediend zijn geëxcludeerd, omdat de interactie tussen deze centraal dempende middelen kan leiden tot versterkte centrale effecten en daarmee tot een vertekend beeld⁹. De groep ambulancezorgprofessionals bestond uit ambulanceverpleegkundigen van Ambulance IJssel-land met een divers aantal jaren werkervaring.

Tabel 1

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusie- en exclusiecriteria	
Inclusiecriteria <ul style="list-style-type: none">• Traumapatiënten;• > 18 jaar;• (S)-ketamine met of zonder paracetamol;• Nederlandssprekend;• GCS-score bij aanvang ≥ 15 of beoordeeld door de ambulancezorgprofessional als alert reagerend;• Vervoerd naar SEH.	Exclusiecriteria <ul style="list-style-type: none">• Toediening van fentanyl;• Toediening van midazolam;• Anderstalig dan Nederlands;• <18 jaar.

Methoden van gegevensverzameling

Bij patiënten is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met een topiclijst (Tabel 2). Op basis van literatuur, expert-opinion van een verpleegkundig specialist met aandachtsgebied pijnbestrijding en een ambulanceverpleegkundige zijn interviewtopics opgesteld. Op de inleidende topic na, zat er geen vaste volgorde in het aan de orde brengen van de topics. Aan het begin van ieder topic werd steeds dezelfde vraag gesteld.

Tabel 2
Topiclijst interviews

Topiclijst	
Inleiding • Gebeurtenis • Soort trauma of verwonding	Somatische effecten • Misselijkheid of braken • Tachycardie • Speekselvloed • Tintelingen of doof gevoel • Duizeligheid
Pijn • Ernst • Behandelresultaat	Blijvende herinneringen • Positieve • Negatieve
Psychotrope effecten • Hallucinaties • Angst of paniek • Dissociatie • Amnesie	Afsluiting • Wat wilt u verder nog kwijt?

Bij de ambulancezorgprofessionals is gekozen voor een focusgroep-interview om tot diepere inzichten te komen door onderlinge discussie, het elkaar stellen van vragen en beargumenteren van standpunten. Op de inleidende topics na, zijn dezelfde topics gebruikt als bij de patiënteninterviews (Tabel 3).

Tabel 3
Topiclijst focusgroep-interview

Topiclijst	
Inleiding • Inbreng brainstorm • Ervaring met (s)-ketamine • Indicatie • Bepalend voor de keuze	Somatische effecten • Misselijkheid of braken • Tachycardie • Speekselvloed • Tintelingen of doof gevoel • Duizeligheid
Pijn • Behandelresultaat • Effectiviteit	Blijvende herinneringen • Positieve • Negatieve
Psychotrope effecten • Hallucinaties • Angst of paniek • Dissociatie • Amnesie	Afsluiting • Wat willen jullie verder nog kwijt?

Wijze van dataverzameling

In de database van Ambulance IJsselland is gezocht naar traumapatiënten die (s)-ketamine kregen toegediend in de maanden september, oktober en november van 2021. Patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria hebben een schriftelijke uitnodiging ontvangen. Vanwege de COVID-19 crisis vonden de interviews telefonisch plaats of via Microsoft Teams. De collega's voor het focusgroep-interview zijn via intranet uitgenodigd. Het interview werd geleid door een ervaren externe moderator.

Proces data-analyse

De data van de interviews zijn handmatig getranscribeerd en daarna geanalyseerd door middel van codering en labeling. Tussen de interviews en focusgroep-interviews is gezocht naar verbanden. Dit heeft geleid tot de volgende kernthema's: psychotrope effecten, somatische bijwerkingen, behandelre-

sultaat en professionaliteit. Aan de hand van de kernthema's zijn de resultaten uitgewerkt.

Resultaten

Aan de interviews hebben veertien respondenten (R1-14) deelgenomen in de leeftijd van 21 tot 92 jaar waarvan vier mannen en tien vrouwen. Aan het focusgroep-interview hebben zeven ambulanceverpleegkundigen (F1-7) deelgenomen met twee tot en met negentien jaar werkervaring in de ambulancezorg. Eén heeft een achtergrond als anesthesieverpleegkundige, drie als SEH-verpleegkundige en drie als IC-verpleegkundige.

Psychotrope effecten

Veranderde perceptie

Respondenten (6) spreken van een veranderde perceptie van de omgeving, maar vinden het moeilijk om te definiëren wat zij waarnemen: het wordt niet als levensecht ervaren. Ze spreken bijvoorbeeld over een roze, een zwarte en een heldere mooie wereld. "Ik vond alles heel erg mooi" (R12). "Alles was een beetje wazig en golvend" (R13). Eén respondent spreekt van een levensechte waarneming en ervaring: "Op dat moment zag ik iets van een mooi licht. Ik had alle drie de kleinkinderen bij mij. De jongste is iets van drie weken en die had ik vast" (R1). De andere acht respondenten ervoeren geen veranderde perceptie. Geen enkele ambulanceverpleegkundige geeft aan hallucinaties te herkennen, maar wel een veranderde perceptie. "Wat ze zien, komt anders binnen. Dat is mijn ervaring" (F4). Een andere ambulanceverpleegkundige heeft met de 'oude' ketamine wel hallucinaties ervaren: "Een keer een jongen... Die gaf ik ketamine en die zag allemaal blote vrouwen...Met deze vorm heb ik dat niet meegemaakt" (F1).

Angst en paniek

Eén respondent is bij toediening misselijk en draaierig geworden, heeft dit als een doodservaring beleefd en wil het middel niet meer toegediend krijgen (R6). Geen enkele andere respondent (13) sprak over angst of paniek; ze werden juist rustig. "Ik was echt heel relaxed" (R10).

Ambulanceverpleegkundigen zagen weinig angstige patiënten. Uitleg en begeleiding waren bij toediening belangrijk tegen angst. "Angst en paniek zie ik zelden" (F4). "Angst en paniek ken ik niet" (F7). "Wanneer wel angst of paniek optreedt bij de patiënt, is dit goed te begeleiden en te corrigeren" (F6). Sommige ambulanceverpleegkundigen zagen dat (s)-ketamine ook rust gaf. Een ervaren ambulanceverpleegkundige kende dit uit het verleden: "Toen wij vroeger ketamine gebruikten in plaats van (s)-ketamine kwam dat vaak voor" (F5).

Somatische bijwerkingen

Respondenten ervoeren weinig somatische bijwerkingen van (s)-ketamine. Niemand heeft gebraakt en misselijkheid kwam zelden voor. Slechts één respondent werd zo misselijk en duizelig dat zij het middel niet meer toegediend wil krijgen (R6).

Ambulanceverpleegkundigen zagen ook weinig somatische bijwerkingen. "Misselijkheid en braken zie ik zelden" (F5). "Ik heb misselijkheid nog nooit meegemaakt" (F6).
Behandelresultaat

Pijnbestrijding

Bijna alle respondenten (13) willen (s)-ketamine weer krijgen wanneer dit nodig is. Het is effectief als pijnbestrijding, geeft rust en het bewustzijnsverlies wordt als prettig ervaren. “De pijnstilling was uitstekend” (R4). “Ik was echt heel relaxed. Daarvoor moest ik schreeuwen van de pijn. Toen het echt werkte was ik niet meer aan het schreeuwen” (R10). Ook ervoeren patiënten na het ontwaken nog effect van de pijnbestrijding. “Toen ik in het ziekenhuis op die tafel lag en toen ze foto’s gingen maken, was ik allang weer bij. Toen had ik ook geen pijn” (R5).

Bijna alle ambulanceverpleegkundigen (6) vinden (s)-ketamine een effectief analgeticum, vooral bij pijnlijke interventies waarbij fentanyl onvoldoende werkt, zoals bij reposities en botbreuken “Dan kan ik nog net zo veel fentanyl en paracetamol geven, maar als gebroken botdelen elkaar raken doet het zeer en dat krijg je nooit pijnvrij” (F4).

Bewustzijnsverandering

Respondenten spraken wisselend over de ervaring van het niveau van bewustzijn. “Ik was toen direct helemaal weg” (R10). “Ze hebben mij gewoon onder narcose gebracht” (R11). Bij anderen had het niet geleid tot bewustzijnsverandering. “Ik heb alles meegekregen wat er gezegd werd, maar het was wel van een afstand dat ik het hoorde” (R2). De tijdsduur van bewustzijnsverandering werd verschillend ervaren, variërend van drie tot 20 minuten, totdat zij op de SEH waren.

Ambulanceverpleegkundigen spraken ook over bewustzijnsverandering en pasten het daarom ook toe. “Bewustzijnsverandering vind ik een groot voordeel van dit middel en ik ben er blij mee” (F4). “Ook wat (F5) zegt dat mensen een beetje van de wereld zijn en het ook prettig vinden” (F7). Alle ambulanceverpleegkundigen (7) gaven aan dat amnesie een bekend verschijnsel was. “Vaak weten ze het ongeluk wat gebeurd is in details te vertellen, alleen vanaf het moment dat jij dus die medicatie hebt gegeven zijn ze het verhaaltje kwijt” (F1).

Professionaliteit

Begeleiding, benadering en uitleg door de ambulanceverpleegkundigen benoemden meerdere respondenten als een belangrijk aspect. “Ze waren heel erg duidelijk en ze stelden me goed gerust... Ja daar was ik wel heel blij mee” (R11). Ook het beperken van externe prikkels door de ambulanceverpleegkundige werd besproken door de respondenten “Jullie moeten nu stil zijn want het komt bij haar heel hard binnen” (R8). Enkele respondenten vonden het jammer dat te snel na toediening van het medicijn de interventie toegepast werd omdat de pijnstilling pas daarna werkte. Daarnaast is genoemd dat ze na toediening wakker werden gemaakt en daarbij weer pijn beleefden. “Maar toen tikte ze mij weer op de wang om mij bij te brengen en dat vond ik eigenlijk heel jammer. Ik dacht laat me alsjeblieft even. Ik heb geen pijn” (R3).

Alle ambulanceverpleegkundigen gaven aan dat uitleg, begeleiding en een rustige omgeving belangrijke factoren zijn om angst te voorkomen of te verminderen. “Ik heb wel gehad dat een patiënt rustig wegzakte en daarna kwamen er zes brandweermensen heel lief binnen stampen en baf, de patiënt heel onrustig. Dus de omgeving instrueren is goed, maar ik

blijf heel rustig praten met een monotone lage stem” (F4). Een andere verpleegkundige: “Ik vraag de mensen altijd om aan iets leuks te denken” (F5).

“Ook de omstanders die blijven maar kleppen. Dan zeg ik: even stil en doe de ogen maar dicht en zak maar even lekker weg” (F1). Wanneer een patiënt angstig wakker wordt, is dit goed te begeleiden en te corrigeren door uitleg te geven wat er gebeurd is en door fysiek contact te maken. “Even een hand op de schouder leggen. Of even zeggen wat er gebeurd is, maar ik heb alles goed onder controle” (F1).

Ervaring

Op één na gaven alle ambulanceverpleegkundigen (6) aan dat zij (s)-ketamine moesten leren gebruiken. Zij vonden het spannend om het voor een eerste keer toe te dienen. Een ervaren werkbegeleider vertelde dat nieuwe cursisten het middel vaak eng vinden en daarom niet gebruiken. “Onbekend maakt onbemind” (F1). Een ambulanceverpleegkundige met minder dan drie jaar werkervaring beaamde dit door te lachen en te knikken (F6). Een andere, met minder dan drie jaar ervaring, had geen eerste goede ervaring en zal het daarom niet snel gebruiken. “Ik weet nog dat mijn patiënt enorm schreeuwde en dat ik dacht van wat is dit nou?” (F6). Door ervaring zijn sommige ambulanceverpleegkundigen (s)-ketamine ook anders gaan gebruiken. Bijvoorbeeld langzamer inspuiten, niet geven van de maximale dosering en anders begeleiden. Dit laat andere effecten zien, zoals minder onrust en minder klachten van angstig ontwaken. De meeste ambulanceverpleegkundigen gaven aan dat een combinatie van (s)-ketamine en fentanyl beter werkte en leidde tot minder onrust en misselijkheid.

Discussie

Uit de resultaten blijkt dat de meeste respondenten na toediening van (s)-ketamine als psychotroop effect een veranderde perceptie van de omgeving ervaren, maar niet angstig worden. Somatische bijwerkingen komen zeer incidenteel voor. De mate van bewustzijnsverandering wisselt van volledig bij bewustzijn tot de ervaring onder narcose gebracht te zijn. Bijna alle respondenten vinden (s)-ketamine een effectief analgeticum. Professionaliteit van de ambulancezorgprofessional is een belangrijk aspect, met name aangaande begeleiding, benadering en het geven van uitleg.

De meeste ambulancezorgprofessionals vinden (s)-ketamine een prettig en effectief analgeticum bij traumapatiënten met veel pijn. Hallucinaties, angst en misselijkheid worden zelden gezien met de huidige (s)-ketamine. De professionaliteit van de ambulancezorgprofessional heeft effect op de werking. Beginnende ambulancezorgprofessionals vinden het spannend om (s)-ketamine toe te passen, omdat ze (nog) geen ‘gevoel’ hebben met het middel en bang zijn de controle te verliezen.

Wetenschappelijke onderbouwing

De diverse beleving van traumapatiënten op de mate van bewustzijnsverandering en de veranderde perceptie van de omgeving, hangt waarschijnlijk samen met de dosering; de effecten zijn namelijk dosisafhankelijk⁽⁷⁾. In het protocol pijnbestrijding bestaat de eerste gift uit maximaal 0,25 mg/kg en een tweede gift uit maximaal 0,125 mg/kg⁽¹¹⁾. (S)-ketamine werkt als een krachtig analgeticum bij een dosering van 0,05-0,1 mg/kg. Bij een dosering van 0,1-0,25 mg/kg treedt bewust-

zijnsverandering op en kan de patiënt het gevoel hebben te zweven of buiten zichzelf te treden. Bij een dosering van 0,5-1,5 mg/kg verliest de patiënt zijn bewustzijn⁽⁷⁾. De ene ambulancezorgprofessional geeft de maximale dosering als bolus en de andere titreert op basis van het effect en geeft geen maximale dosering.

In het verleden werd in de ambulancezorg minder 'zuivere' ketamine toegediend, waardoor bij sommige ambulancezorgprofessionals mogelijk nog het beeld bestaat van hallucinaties, angst en onrust. De tegenwoordig toegepaste (s)-ketamine leidt tot minder hallucinaties en derealisatie^{9,13}.

Een ambulancezorgprofessional beschreef dat de patiënt onrustig werd door externe prikkels. De kans op hallucinaties kan verkleind worden door een optisch en akoestisch prikkelarme omgeving⁹. Hierdoor ontstaat de suggestie dat externe prikkels invloed hebben op wat de traumapatiënt beleeft.

Traumapatiënten ervaren geen angst of paniek bij gebruik van (s)-ketamine, maar juist rust of een relaxed gevoel. De huidige (s)-ketamine heeft een angstemmende werking en wordt sinds 2019 in de psychiatrie intrasnaal toegediend bij therapieresistente angststoornissen^{9,10,14}.

Ambulancezorgprofessionals geven aan dat de inspuitingsnelheid van belang is voor het effect van (s)-ketamine en de ervaring van de traumapatiënt. Dit kan mogelijk verklaard worden op basis van de farmacokinetiek^{9,15}. Een snelle intraveneuze toediening leidt tot een hoge lokale plasmaconcentratie. Dit kan voorkomen worden door rustige toediening¹⁵. Het Farmacotherapeutisch Kompas schrijft een toediening van 60 seconden voor¹⁶.

Conclusie en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was om de vraag te beantwoorden welke effecten traumapatiënten ervaren bij (s)-ketamine als analgeticum in de ambulancezorg en welke rol ambulancezorgprofessionals daarin spelen. De resultaten van de interviews en het focusgroep-interview laten een vergelijkbaar beeld zien.

Zowel patiënten als ambulanceverpleegkundigen vinden (S)-ketamine een effectieve pijnstiller, waarbij een veranderde visuele perceptie kan optreden, die niet als angstig wordt ervaren. Andere, somatische dan wel psychische bijwerkingen worden zelden waargenomen.

De professionaliteit van de ambulancezorgprofessionals, waaronder valt de kennis en toepassing van het middel, heeft invloed op de beleefde effecten van de traumapatiënt.

Een groter kwalitatief vervolgonderzoek is nodig om de resultaten te generaliseren over een bredere populatie patiënten met andere dan traumatologische pijnklachten.

Meer scholing onder ambulancezorgprofessionals over (s)-ketamine en de toepassing ervan verdient aanbeveling. Dergelijke scholing moet niet alleen gericht zijn op het middel zelf, maar ook op de overige beschikbare medicijnen, waarbij gecombineerde en getitreerde toepassing aanbevelenswaardig is. Daarnaast is het goed kritisch te kijken naar de doseringsrange van het protocol pijnbestrijding binnen het LPA.

Misschien is het beter om de dosering (s)-ketamine te koppelen aan indicaties: een (lagere) analgetische dosering bij 'normale' pijn en een (hogere) sedatieve dosering als pijnlijke interventies toegepast moeten worden.

Corresponderend auteur: Wilburt van Hattem, e-mailadres: wvanhattem@ambulanceijsselland.nl

Referenties

1. Nederland A. Sectorkompas Ambulancezorg, Tabellen en Grafieken 2021 ambulancezorg.nl: Ambulancezorg Nederland; 2022 [Available from: <https://www.ambulancezorg.nl/themas/sectorkompas-ambulancezorg/sectorkompas-entabellenboeken-%28vanaf-2016%29>].
2. S. Berben LS, L. Vloet. Pijn bij trauma: Gids voor pijnbestrijding in de spoedzorg: Eburon; 2011.
3. Haarman HJTM. Klinische traumatologie: Elsevier gezondheidszorg; 2000.
4. Urien L, Wang J. Top-Down Cortical Control of Acute and Chronic Pain. *Psychosom Med.* 2019;81(9):851-8.
5. F.J.P.M. Huygen MvK, K.C.P. Vissers, W.W.A. Zuurmond, et al. . Handboek pijngeneeskunde: De Tijdstroom; 2014. 390 p.
6. Meaden CW, Barnes S. Ketamine Implicated in New Onset Seizure. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2019;3(4):401-4.
7. Hennis PJ, van Dongen HPA, van Klei WA. Leerboek anesthesiologie: Bohn Stafleu van Loghum; 2018.
8. Pomarol-Clotet E, Honey GD, Murray GK, Corlett PR, Absalom AR, Lee M, et al. Psychological effects of ketamine in healthy volunteers. Phenomenological study. *Br J Psychiatry.* 2006;189:173-9.
9. Noordzij PG, Klimek M, Stamer A, J SA. Klinische anesthesiologie: De Tijdstroom; 2012.
10. Kitch BB. Out-of-hospital ketamine: review of a growing trend in patient care. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2020;1(3):183-9.
11. In 't Veld C, Van Exter, P., Rombouts, M., De Visser, M., De Vos, R., Lelieveld, K., Ten Wolde, W. Landelijk Protocol Ambulancezorg: Stimio; 2016.
12. Oosterwold JT, Sagel DC, van Grunsven PM, Holla M, de Man-van Ginkel J, Berben S. The characteristics and pre-hospital management of blunt trauma patients with suspected spinal column injuries: a retrospective observational study. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2017;43(4):513-24.
13. Paul R, Schaaff N, Padberg F, Moller HJ, Frodl T. Comparison of racemic ketamine and S-ketamine in treatment-resistant major depression: report of two cases. *World J Biol Psychiatry.* 2009;10(3):241-4.
14. Garakani A, Murrough JW, Freire RC, Thom RP, Larkin K, Buono FD, et al. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry.* 2020;11:595584.
15. de Ruiter M. Farmacotherapie Voor de Zorgprofessional: Bohn Stafleu Van Loghum; 2016.
16. Nederland Z. Farmacotherapeutisch Kompas [Available from: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladen/preparaatteksten/e/esketamine__intraveneus_].

Meldkamers besteden besteld vervoer uit aan Dutch Medical Group

Net als in veel andere sectoren is ook in de meldkamer- en ambulancewereld de werkdruk hoog en de personele bezetting soms een uitdaging. Reden voor enkele regionale ambulancemeldkamers om zich te concentreren op het coördineren van het spoedvervoer en andere niet-spoedeisende taken tijdelijk elders onder te brengen. Recent hebben de ambulancemeldkamers Noord-Holland (Kennemerland, Noord-Holland Noord en Zaanstreek-Waterland) en Lelystad (Flevoland/Gooi en Vechtstreek) het aannemen van besteld ambulancevervoer op de drukste delen van de dag uitbesteed aan de zorgmeldkamer van Dutch Medical Group (DMG).

Door: Rob Jastrzebski

Tussen acht uur 's ochtends en acht uur 's avonds worden voor de twee meldkamers alle bestelde ambulanceritten met niet-spoedeisend karakter op contractbasis aangenomen door de meldkamer van Broeder de Vries in Lijnden, onderdeel van DMG. Met verschillende andere regio's zijn volgens algemeen directeur Jaap-Frank Ponstein van DMG gesprekken gaande om het besteld vervoer en andere niet-spoedeisende zorgcontact-taken (deels) over te nemen. Ponstein becijfert dat het bij het besteld vervoer in opdracht van de twee meldkamers jaarlijks al snel om circa 30.000 telefoontjes gaat: "Meldkamers moeten keuzes maken, vanwege de ook daar fors oplopende werkdruk. Een trend is dat zij andere oplossingen en partners zoeken voor niet-spoedeisende taken, met name voor het besteld vervoer en de contactfunctie voor kleine zorgorganisaties zonder 24/7 bereikbaar contactloket. In de daluren gedurende de avond en nacht kunnen de centralisten die niet spoedeisende taken over het algemeen goed uitvoeren, maar overdag is de zorgvraag vaak dermate groot dat de werkdruk op de meldkamers te hoog wordt. Op zoek naar een professionele partner die dergelijke taken voor hen kon overnemen, kwamen Haarlem en Lelystad bij ons terecht. DMG beschikt over een 24/7 parate meldkamer met opgeleide en getrainde centralisten, waarmee we onze eigen ambulanceservices en zorgtaken ondersteunen, zoals de repatriëring van patiënten uit het buitenland, bijvoorbeeld uit wintersportgebieden, via de ambulancedienst van Broeder de Vries. We zijn blij dat we met onze kennis en faciliteiten de meldkamers bij deze taak kunnen ondersteunen."

Ook andere ondersteunende taken mogelijk

Voor een aantal GGD- en RAV-regio's voert DMG al andere contact- en coördinatietaken uit. Voor GGD Amsterdam regelt de zorgmeldkamer in Lijnden bijvoorbeeld de meldingen aan de forensisch geneeskundigen. Ook met de RAV-meldkamers

in Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid is volgens Ponstein een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. Het gaat vooralsnog om tijdelijke ondersteuning bij de intake van het besteld vervoer, in de periode waarin de meldkamers verhuizen naar de nieuwe locatie van meldkamer Oost-Nederland (MON) in Apeldoorn, die naar verwachting komend voorjaar in gebruik wordt genomen.

Ondersteuning

Ponstein: "We hopen onze expertise en faciliteiten voor meer meldkamers te kunnen inzetten om bij te dragen aan het verminderen van de werkdruk en het waarborgen van de kwaliteit van zowel het besteld- als het spoedvervoer. Deze taken sluiten goed aan bij onze ambitie om ambulancediensten en huisartsenposten te ondersteunen bij het, al dan niet tijdelijk, oplossen van operationele knelpunten. Denk hierbij naast onze zorgmeldkamer aan ondersteuning in het hoog- en middencomplexe vervoer en het liggend zorgvervoer zonder medische indicatie." Volgens Huib Kuiper, interim-manager van de meldkamer ambulancezorg Noord-Holland, zijn de eerste ervaringen met de zorgmeldkamer van DMG heel positief. "We worstelen momenteel met een groot personeelsknelpunt. Dat is een landelijk probleem waar alle meldkamers mee kampen. Reden is dat meldkamercentralisten voor de ambulancezorg BIG-geregistreerde verpleegkundigen moeten zijn. Daar is landelijk enorme vraag naar, dus de vijver waaruit we nieuw personeel moeten werven is leeg. Het gevolg is dat centralisten door de onacceptabel hoge werkdruk dermate zwaar belast worden dat ze tijdens hun dienst amper tijd hebben om naar het toilet te gaan of een boterhammetje te eten. Het gaat om zo'n 500 tot 600 meldingen per week. Daar zijn we enorm mee geholpen. De werkdruk voor de centralisten is sterk verminderd, we kunnen ons meer op de spoedeisende 112-meldingen concentreren en de centralisten hebben tijdens hun diensten weer eens tijd om even naar het toilet te gaan of een rustmomentje te pakken."

SAR: wie gaat er redden?

De redding op zee kent, heel toepasselijk, een onstuimige geschiedenis waarbij veel organisaties betrokken zijn geweest. Naar aanleiding van de recente ontwikkeling waarbij het bedrijf Bristow de SAR-taak van Nederland naar zich toe heeft getrokken, duikt redacteur en historicus Thijs Gras in die woelige historische baren.

Marine en luchtmacht

Voor redding midden op zee waren zeelieden altijd afhankelijk geweest van in de buurt varende schepen. Met de komst van watervliegtuigen in de jaren dertig van de vorige eeuw ontstond de mogelijkheid om vanaf land hulp te sturen. In Nederland waren die in handen van de Koninklijke Marine, die in Den Helder een belangrijke thuisbasis had. In 1951 kocht de Marineluchtvaartdienst een Sikorsky helikopter voor de Opsporings- en Reddingsdienst (OSRD). Toen dit toestel bij de Watersnoodramp van 1953 goede diensten had bewezen, breidde de Marine haar luchtvloot uit. Naast het vliegen, verzorgde de Marine ook de coördinatie van de reddingen vanuit haar OSRD-centrum in het Marinevliegkamp Valkenburg.

Na de Tweede Wereldoorlog werd in NAVO-verband veel geoefend boven de Noordzee door gevechtsvliegtuigen, maar af en toe ging dat mis en dan moest een vlieger gered of soms geborgen worden. Zo kwam ook de Koninklijke Luchtmacht in beeld voor redding op zee. In 1959 kreeg dit legeronderdeel zes Alouette helikopters voor deze taak, die aanvankelijk 'Sea Air Rescue', later 'Search and Rescue' (afgekort als SAR) genoemd werd. Bij schietoefeningen in het Waddengebied vlogen deze toestellen vanaf Ypenburg (later Soesterberg) naar Leeuwarden om daar stand-by te staan. Begin jaren zestig verplaatsten ze zich naar een onderkomen op Terschelling en Vlieland, maar alleen als er geoefend werd.



Foto Frans Wolddeck

Deze Alouette van de Koninklijke Luchtmacht stond standby in het Waddengebied als daar door de NAVO vlieg oefeningen gedaan werden. Zij vervoerden dan ook wel ernstig zieke of gewonde burgers vanaf de Waddeneilanden.

Omdat ze er toch waren, kregen ze af en toe verzoeken om ernstig zieke of gewonde burgers van de Waddeneilanden naar de vaste wal te vliegen. Dit werd graag gedaan, ook mede als pleister op de wonde voor de door de schietoefeningen veroorzaakte overlast. Deze neventaak werd nog belangrijker vanaf 1977 toen de helikopters permanent in Leeuwarden werden gestationeerd. Hierdoor konden zij ook buiten de oefentijden voor dit werk worden ingezet. In 1994 kwamen de gele Agusta Bells in dienst, die voor veel mensen het gezicht van de SAR-helikopters bepaald hebben. Deze waren ook meer geschikt voor de zogenaamde 'medevac' zoals het vervoer van burgers werd aangeduid.

Het leger trekt zich terug

Maar ook de Marine had haar helikopter in Den Helder, een Westland Lynx, die uitvloog om drenkelingen te redden of mensen van schepen te halen. Ze werd zelfs waargenomen bij rampen zoals de Bijlmerramp (1992) en de cafébrand in Volendam (2000). Door sluiting van het Marinevliegkamp Valkenburg moest het Reddings-Coördinatie-Centrum (RCC) verhuizen. In januari 1988 kwam het bij het Kustwachtcentrum in IJmuiden terecht. Lang duurde dat niet, want in 1995 was deze functie weer terug bij de Koninklijke Marine en werd ze ondergebracht in het Kustwachtcentrum, dat verplaatst was naar de marinebasis in Den Helder.

Vanaf 2006 zinspeelde de legerleiding op het combineren van de helikoptervloten van luchtmacht en marine, die met verschillende merken vlogen. Dat kon efficiënter en goedkoper. In 2011 schoof men de SAR-taak van de Marine-helikopter naar de SAR-eenheid van de luchtmacht in Leeuwarden. Die deed dit overigens alleen overdag; voor de nachturen viel men terug op het Belgische bedrijf Noordzee Helikopters Vlaanderen (NHV). Er was echter grote behoefte aan een definitieve regeling waarbij Defensie geen uitvoerende rol meer voor haar zag weggelegd.

Aanbesteding

In 2014 werd door Rijkswaterstaat een aanbesteding uitgeschreven voor de SAR-taak aan de Nederlandse kust. Deze werd gewonnen door NHV, die per 1 januari 2015 de taak voor vijf jaar moest gaan uitvoeren. Zij was met 42,5 miljoen euro de laagste inschrijver (de anderen twee zaten 20 miljoen hoger). De speciaal hiervoor opgerichte Nederlandse tak, Noordzee Helikopters

Nederland (NHN), stationeerde een AS 365 Dauphin 2 helikopter in Den Helder en een tweede op heliport Pistoohlhaven bij Rotterdam. Beide toestellen waren felgeel en hadden Belgische registratienummers. Er waren ook nog twee reservetoestellen achter de hand. De KLM Health Services (Airport Medical Services) verzorgde de verpleegkundige (flight nurse genaamd) en leverde de medische uitrusting.

Kritiek

Al snel kwam er kritiek omdat velen niet geloofden dat voor het geboden bedrag aan alle eisen kon worden voldaan. De helikopters zouden te klein zijn, hadden geen infraroodcamera aan boord en de NHN had maar één verpleegkundige beschikbaar voor twee helikopters. En toen die verpleegkundige in 2019 bij een oefening ernstig enkelletsel opliep, werden meer onvolkomenheden blootgelegd.

Deel van de problematiek werd veroorzaakt doordat er veel betrokkenen waren, elk met eigen belangen en al dan niet aanwezige ervaring of expertise op SAR-gebied. Een dodelijk ongeval op zee in juni 2015 was aanleiding voor de Onderzoekszaak voor Veiligheid om de SAR-diensten door te lichten. De resultaten kwamen in de zomer van 2016 beschikbaar en de raad was kritisch. Het ongeval met de verpleegkundige in 2019 was mede aanleiding voor de Minister van Infrastructuur en Waterstaat om onderzoek te doen. Ook hier waren de uitkomsten op enkele punten kritisch.

Ondanks de problemen werd het contract met NHN in 2020 voor twee jaar verlengd, maar er moest een nieuwe aanbesteding worden uitgeschreven. Het Brits-Amerikaanse bedrijf Bristow won deze, maar niet helemaal zonder slag of stoot. NHN eiste in april 2022 in een kort geding dat de gunning zou worden ingetrokken omdat Bristow niet aan alle eisen in de aanbesteding zou kunnen voldoen. NHN verloor de zaak en Bristow kon vanaf 4 november 2022 beginnen met vliegen.

Problemen bij Bristow

Bristow stationeerde in Nederland twee parate helikopters, van het type Agusta Westland 189: een in Den Helder en een op het vliegveld Midden-Zeeland in Arnhem. Een derde toestel (van hetzelfde type) stond reserve. Bristow kon bogen op



De Dauphin helikopter van NHV die vanuit Den Helder vanaf 1 januari 2015 de SAR-taak in Nederlandse wateren uitvoerde.



Op deze kaart het deel van de Noordzee waarin Nederland verantwoordelijk is voor de SAR.

uitgebreide ervaring met SAR-taken elders in de wereld. Voor de medische bemanning ging zij een partnership aan met de Dutch Medical Group.

Toch kwamen er een paar beren op de weg. Bristow voldeed nog niet aan alle Europese operationele en veiligheidsregels. Vooral problematisch was de eis dat een helikopter niet te zwaar mocht zijn om over bewoond gebied te vliegen en reddingsoperaties op zee uit te voeren. Maar om de verste uithoe-

ken van haar verzorgingsgebied binnen 90 minuten te kunnen bereiken (ook een eis) moest de helikopter op het eigenlijk iets te zuidelijk gelegen vliegveld van Arнемuiden volgetankt staan. Die 90-minuten eis zette ook de uitruktijd van de bemanning onder druk, met name in de nachtelijke uren. Daarnaast waren er problemen op de grond gerezen. Omwonenden van het vliegveld in Arнемuiden hadden geklaagd over de geluidsoverlast. Volgens de vergunning zouden alleen SAR-vluchten zijn toegestaan, geen trainings- of transfervluchten.

Goede intenties

Een ding is wel duidelijk: aan goede intenties ontbreekt het niet. Bristow heeft prima helikopters en veel ervaring met redden. Ook aan de toewijding van de piloten, verpleegkundigen en andere bemanningsleden ligt het niet. Die zijn goed getraind en doen hun uiterste best bij elke oproep. De eerste mensen in nood zijn al met succes gered. Toch is het te hopen dat de problemen snel verholpen zijn en dat onder alle omstandigheden aan de hoogste veiligheidseisen zal zijn voldaan.

AANTAL SAR-INZETTEN

Het aantal inzetten voor de SAR-helikopters in het gebied van de Noordzee waar Nederland voor verantwoordelijk is, kende in de afgelopen jaren een behoorlijke stijging. In 2000 ging het om zo'n 70 inzetten, de laatste jaren bedraagt dit aantal rond de 130.

Literatuur:

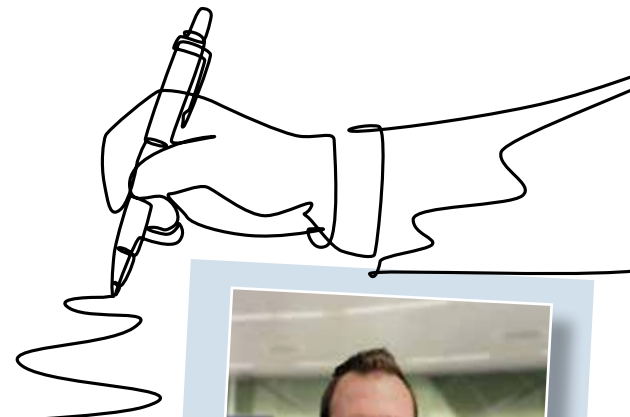
- Geneste, Willem, 60 jaar helikopters bij de Koninklijke Marine. Stichting Vrienden van de Traditiekamer Marine-luchtvaartdienst, s.l., september 2011.
- Schram, P.L., Boven de Wadden, dag en nacht. Belevissen en achtergronden van het vliegende reddingsteam van de Koninklijke Luchtmacht. Koninklijke Luchtmacht, 's Gravenhage, 2003.
- Schram, P.L., Dienen in nood, deel I. Het vliegende reddingsteam van de Klu 1959-1994. Violaero 2015.
- Schram, P.L., Dienen in nood, deel II. Het vliegende reddingsteam van de Koninklijke Luchtmacht 1994-2015. Violaero, 2020.
- Artikelen in NRC Handelsblad, verschenen op 26 september 2015, 15 mei 2019, 27 februari 2020 en 24 januari 2023.



De nieuwe helikopter van Bristow die nu de SAR-dienst in Nederland verzorgt.

Foto Paul ter Morshuizen

Geef de pen door aan ...



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

Wie ben je?

Mijn naam is Wim van Doren, 36 jaar en woon samen met mijn gezin in Veldhoven, Noord-Brabant.

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

Sinds mei 2018 werk ik als Verpleegkundig meldkamercentralist ambulancezorg op de meldkamer Oost-Brabant in 's-Hertogenbosch. Wij zijn een samengesteld meldkamerteam vanuit de ambulanceregio's Brabant-Noord en Brabant-Zuidoost. We zijn met 42 Verpleegkundig centralisten, twee uitgiftecentralisten, twee zorgplanners, twee 112-pilot centralisten en één teammanager.

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

De cultuur op de meldkamer is zoals te verwachten: Brabantse gemoedelijkheid. De meesten zijn al langer binnen de meldkamer werkzaam. Problemen worden opgepakt, collega's zijn kritisch naar elkaar en een grap zorgt voor een prettige sfeer. Een rondje koffie, een dosis humor en kennis over de nodige systemen en processen binnen de meldkamer zijn mijn bijdrage hierin.



Mooiste plek van de regio...

Wat zijn de 3 minst leuke kanten van het werk?

De gehele dienst binnen doorbrengen, het tekort aan centralisten en papieren koffiebekers.

Wat wilde je worden toen je klein was?

Radio DJ

Wat vind jij het allerleukste aan je werk op de meldkamer?

De veelzijdigheid, het is hollen en soms stilstaan op de meldkamer. Wanneer je de uitgifte doet ben je aan het multitasken tussen de verschillende incidenten en tegelijkertijd bezig om de paraatheid en spreiding te garanderen binnen de regio. Bij de intake ben je telefonisch de eerste hulpverlener, je stelt vragen om zo de situatie duidelijk te krijgen, hier de urgentie op te bepalen, de juiste instructies te geven en het ambulancepersoneel van informatie te voorzien. Hierin ben je afhankelijk van de melder en kennis en een luisterend oor draagt bij aan een goede inzet.

Foto van mooiste plek van je regio en waarom daar?

De meldkamer Oost-Brabant, het zenuwcentrum van de hulpverleningsdiensten van de regio Oost-Brabant welke 1,44 miljoen inwoners telt.

Hoeveel meldingen verwerk je gemiddeld op een dag?

Gedurende een gemiddelde dienst op de afdeling verwerk je tussen de 40 en 50 meldingen afhankelijk van welke dienst en periode.

Koffie score op de meldkamer? (0-10)

Koffie is het vloeibare goud welke de kelen doorsmeert op de meldkamer. Het geeft je soms even de break die je nodig



Vandaag aan de pen
Meldkamer Ambulancezorg
Oost-Brabant

hebt. Op de meldkamer kun je kiezen tussen twee verschillende boonsoorten en vele verschillende variaties, voor elk wat wils. Ik geef de koffie een respectievelijke 8.

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

1. Eén landelijke meldkamer ambulancezorg organisatie maken waar alle meldkamers onder vallen, om zo eenduidigheid te creëren in werkprocessen, functies en het bevorderen van de samenwerking tussen de meldkamers.
2. Een landelijke campagne starten wanneer 112 te bellen en wanneer de huisarts. En een landelijk huisartsenposten nummer dat bij iedereen bekend is zoals bijvoorbeeld 0900-8844 van de politie.
3. De FWG van de meldkamer tegen het licht aanhouden om een correcte waardering aan het meldkamerpersoneel te geven.

Wat wil je nog kwijt?

Wil je meer van mij weten of het werken als meldkamercentralist volg me dan via LinkedIn.

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

Ik geef de pen door aan Maikel Janssen; Collega centralist, OvdG en medium care verpleegkundige ambulance binnen de regio Brabant-Zuidoost.



DE TIJD VOORUIT

JOUW INNOVATIEPARTNER

We zijn voorlopers, altijd op zoek naar wat beter kan. Dat zit in onze genen. Want we weten als geen ander dat de toekomst vandaag begint. Daarom werken we voortdurend aan innovaties die het verschil maken in het werkproces van professionals die ook na morgen relevant willen zijn.

Dat doen we samen met onze klanten. Want alleen dan sluiten onze oplossingen echt aan op hun werkproces. **Nu en in de toekomst.**

ONTDEK HET ZELF OP [SDU.NL/DETIJDVOORUIT](https://www.sdu.nl/detijdvooruit)

Sdu