

Vakblad **v&vn** AMBULANCEZORG

Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting: een reactie

Een patiënt met acuut geheugenverlies

Realistisch trainen in Tsjechië: de Rallye Rejviz 2023

De metamorfose naar de gele ambulance

Onderzoek stimuleren voor excellente patiëntenzorg

Niet luchtig over lucht





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 3, september 2023

Hoofredacteur

Gerard Pijnenburg

Redactieteam

Gerard Pijnenburg
Thijs Gras

Vaste medewerkers

Vakgroepen V&VN Ambulancezorg
Afd. communicatie V&VN

Aanleveren kopij

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

Uitgever

Britt van de Langkruis

Auteursmanager

Ilse Wenderhold

Abonnementen:

(Ere)leden V&VN Ambulancezorg: gratis
Opgave en adreswijziging leden:
ledenservice@venvn.nl
Overig: € 54 Buitenland € 65
(excl. 9 % BTW, inclusief verzendkosten.
Prijspeil 2023).
Opgave en adreswijziging abonnement:
Sdu Klantenservice, Postbus 20025, 2500 EA
Den Haag, tel. (070) 378 98 80,
e-mail: sdu@sdu.nl,

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

Opgave van advertenties

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

© Sdu B.V. 2023

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

ISSN 2212 – 1714

Sdu

Inhoudsopgave

- 10 Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting: een reactie
De redactie ontving hierop een reactie van Mr. Drs. Marlies Morsink, SEH-arts KNMG en jurist, Radboudumc en Dr. mr. Jan Bollen, Anesthesioloog en jurist, Radboudumc.
- 13 Een patiënt met acuut geheugenverlies
In deze praktijkcasus laat collega Thiemo Brouwer ons zien wat we moeten met iemand die lijdt aan Transient Global Amnesia, oftewel, iemand die het allemaal niet meer weet.
- 15 Realistisch trainen in Tsjechië: de Rallye Rejviz 2023
Afgelopen mei heeft Ambulance Amsterdam met twee teams opnieuw deelgenomen aan de 26e editie van Rallye Rejviz in Tsjechië. De organisatie van de Rallye heeft de gave om de casuïstieken die ze ensceneren heel realistisch neer te zetten.
- 20 De metamorfose naar de gele ambulance
In de periode vóór 1998 bestond geen regelgeving over het uiterlijk van ambulances. Elke dienst kon de kleuren kiezen die men zelf wilde. Deze konden gebaseerd zijn op het ziekenhuis waaraan de ambulancedienst was verbonden, maar ook om lokale herkenbaarheid te benadrukken.
- 24 Brainspotting
De effectiviteit van Brainspotting bij traumaverwerking is aangetoond in verschillende onderzoeken en klinische praktijken. Het stelt ambulanceprofessionals in staat om op een dieper gelegen niveau trauma's te verwerken zonder expliciete gesprekken te voeren over gevoelens.
- 26 De (spoed)ambulance van Jansdaal uit 1972
Begin jaren zeventig van de vorige eeuw deed de tussenafdeling Technische en Industriële Vormgeving van de TH Delft een studie naar de ontwerpcriteria voor een preklinische transportaccommodatie, oftewel een ambulance.
- 30 Gastcolumn door Femke Merel van Kooten-Arissen
- 28 Onderzoek stimuleren voor excellente patiëntenzorg
Wetenschappelijk onderzoek in de ambulancezorg is cruciaal. In dit artikel lees je hoe de Wetenschapscommissie onderzoek in de ambulancezorg stimuleert en waarvoor je bij de commissie terecht kunt.
- 33 Interview met Annemiek Valent: Trek aan de bel, praat erover!
In februari 2021 presenteerde Annemiek Valent, ambulancechauffeur bij Ambulance Amsterdam, haar bijzondere boek "En dan is het jouw kind dat alles overstijgt". Door de reacties op dit boek is er nu het project mentale gezondheid binnen haar dienst.
- 35 Proefschrift: Niet luchtig over lucht
Als basis voor het proefschrift van Hans van Schuppen, dat handelt over het belang van ventilatie en de bijdrage die een gespecialiseerde arts in de preklinische fase kan bieden, diende een vijftal publicaties en een ongepubliceerde studie naar het gebruik van devices voor het scenario dat iemand niet te intuberen of te ventileren is.
- 38 Boek: 'Wie snurkt daar zo'
Debuut kinderboek van Inge Straatman, verpleegkundige waarin Vosje de hoofdrol speelt. Vosje probeert te slapen maar het lukt niet omdat er iemand in het bos megahard aan het snurken is. Wie snurkt daar toch zo hard?

En verder in deze uitgave

- 5 Column 'Introview' van Gerard Pijnenburg, hoofredacteur
- 6 Voorwoord Mischa Knol, Voorzitter V&VN Ambulancezorg

8 Nieuws van de Vakgroep Ambulancechauffeurs

34, 37, 38 Kort Nieuws

39 Geef de pen door aan... Arrand Klein

Coverfoto: Eén van de 10 casuïstieken die de deelnemende teams van Ambulance Amsterdam aan de 'Rallye Rejviz 2023' in Tsjechië moesten uitvoeren.
Foto: Saskia Rood, ambulanceverpleegkundige bij Ambulance Amsterdam.

GAAT U GOED VOORBEREID DE VERKIEZINGEN IN?

Kieswet en Kiesbesluit

EDITIE 2023

Direct
leverbaar

Kieswet en Kiesbesluit bevat de volledige en actuele teksten van zowel de Kieswet als het Kiesbesluit zoals die gelden op 1 januari 2023.



HANDIG IN GEBRUIK:

- Bijna alle wetsartikelen zijn voorzien van kopjes in de marge. U ziet in één oogopslag precies waar het artikel over gaat.
- Een uitgebreid en overzichtelijk trefwoordenregister maakt het extra praktisch.
- Onmisbaar voor de afdeling Burgerzaken en op de tafel van elk stembureau!

ISBN 978 90 12 40870 7

TE BESTELLEN VIA: WWW.SDU.NL

Sdu

INTROVIEW



Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur

Wiens wil is wet?

Nog een paar weken en dan is het zover... Dinsdag 10 oktober, het congres 'Van Triage naar Transfer' georganiseerd door de verschillende vakgroepen van V&VN Ambulancezorg. Plaats delict: het congrescentrum Gooiland in Hilversum. Onze beroepsvereniging wil een bindende factor zijn voor alle betrokkenen bij de ambulancezorg. Nou, er is genoeg wat ons bindt. Bijvoorbeeld in het bieden van optimale en excellente zorg aan de patiënt. Professionaliteit, patiëntgerichtheid, servicegerichtheid, initiatiefrijk zijn en het gericht zijn op samenwerking staan bij V&VN hoog in het vaandel. In het vorige vakblad, dat van juni, staat het uitgebreide en gevarieerde programma voor 10 oktober. Lees het nog eens! Inschrijven op de valreep? Het kan nog... Bonus: er is inmiddels een accreditatie van 5 punten toegekend voor het Kwaliteitsregister V&VN, VSR, BMH en zorgregister.

Bekend geworden is dat Femke Merel van Kooten-Arissen de dagvoorzitter zal zijn en ook de paneldiscussie aan het einde van de congresdag zal leiden. Vraag je jezelf af 'wie is Femke Merel'? Je herinnert je vast nog wel dat er 1000 euro netto werd bijgeschreven op je bankrekening tijdens de eerste coronagolf? Dat was dus op initiatief van deze politica en duizendpoot! Ze zorgde er met haar inzet ook nog voor dat een motie aangenomen werd waardoor persoonlijke beschermingsmiddelen zoals FFP2-maskers in onder andere de ambulancezorg beschikbaar kwamen. Femke Merel van Kooten-Arissen zit nu even niet meer in de Tweede Kamer maar hoopt daar na de verkiezingen van 22 november weer terug te keren met haar politieke partij Splinter. Deze bezige bij is daarnaast ook gemeenteraadslid en fractievoorzitter namens Splinter in Woerden en interim-voorzitter van NU'91, een collega-organisatie van V&VN. Over samenwerking gesproken! Om de beoogd dagvoorzitter op voorhand wat beter te leren kennen vroeg ik Femke Merel een gastcolumn te schrijven, zie pagina 30...

Vanaf pagina 10 lees je een reactie van twee specialisten, Morsink en Bollen uit het Radboud UMC, op een artikel van Galotta, Van Vliet en Piersma, alle drie Verpleegkundig Specialisten. Het artikel van deze drie werd in ons Vakblad van juni gepubliceerd onder de kop 'Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting'. De reagerende Morsink en Bollen zijn respectievelijk SEH-arts en anesthesioloog en beide ook nog eens jurist. Op zich al een bijzondere combinatie lijkt mij. Reacties juich ik toe: het maakt discussie los en kan leiden tot verdieping. Ik vraag mij stiekem wel altijd af wat de achterliggende gedachte is van zo'n reactie. Sommigen zijn overtuigd van de inzet van artsen in het preklinisch veld: "zelfs als ze niets doen, zijn ze nuttig", zo lijkt de stelling. Ik vind dat we daar wel kritisch naar moeten kijken. En Morsink en Bollen, feitelijk ook hulpverleners: natuurlijk hebben ze juridisch gezien gelijk. Zo hebben we het nu eenmaal wettelijk in Nederland vastgelegd. Maar wiens wil is wet? De wet bepaalt de grenzen maar wordt gemaakt door mensen die de wet bepalen! Met andere woorden: grenzen, ook juridische, kunnen verlegd worden. Als we de starheid van de wet accepteren: prima, maar dan moeten we niet zeggen dat we de patiënt centraal zetten. Dan stellen we de hulpverlener centraal. Wat overigens een hele goede keuze kan zijn, omdat we ook zuinig moeten zijn op onze hulpverleners, die we anders met nog meer verantwoordelijkheden opzadelen. Net zoals we er ook voor zouden kunnen kiezen de gezondheidszorginstelling centraal te stellen, wat in feite ook gebeurt maar wat niemand openlijk wil erkennen. Artsen hebben blijkbaar toch veel moeite met het uit handen geven van competenties. Denk maar eens aan de discussie over defibrilleren: dat was altijd heel erg een 'artsending', daarna werd het in de uitvoering getransfereerd naar gespecialiseerde verpleegkundigen en uiteindelijk defibrilleert nu Jan en alleman als het nodig is: de AED's hangen overal. Natuurlijk, daar is ook de voortschrijdende techniek een factor bij en ook hebben de collega's van de ambulance er ook heel lang tegenaan gehikt dat 'leken' mochten klappen, maar inmiddels zijn we het er allemaal wel over eens dat het zeer ten goede komt aan de patiënt. Hier heeft het patiëntenbelang het wel gewonnen van andere belangen.

Mooie herfst en hou je veilig!
Gerard Pijnenburg
Hoofdredacteur



Voorwoord

Binnen de ambulancezorg is de zomer die achter ons ligt ook vaak een periode van wat rust. Hoewel dit helaas niet geldt voor inwoners die (acute) zorg nodig hebben, is dit wel merkbaar tijdens de diensten op de auto. Het is toch vaak nét iets rustiger; iets minder of juist een ander ritaanbod. Een fijn moment om eens vaker met collega's van gedachten te wisselen of gewoon van het zonnetje te genieten. Het is zeker ook een moment om te overzien waar we allemaal mee bezig zijn, ook binnen het bestuur, en daarbij even de tijd te nemen voor wat er allemaal aankomt in het najaar.

Kwaliteitskader ambulancezorg opnieuw bekeken

Zo staan we binnen onze sector bijvoorbeeld tegenover de herijking van het kwaliteitskader. Van het wat? Ja, we hebben binnen de sector een eigen kwaliteitskader. Dit kader (uit 2019) geeft inzicht in hoe de kwaliteit van de zorg binnen de ambulancedienst ervoor staat. Goede zaak, zeker omdat alleen de aanrijtijden niet zoveel zeggen over wat we thuis bij de patiënt aan zorg geven. Daarnaast ook wel ingewikkeld om dit te vangen in een kader met enkele meetbare punten. Toch is daartoe een poging gedaan. Nagenoeg het hele kwaliteitskader is de afgelopen jaren binnen elke RAV geïmplementeerd. Grote kans dat je er nog nooit van

gehoord hebt, al kan het ook zijn dat je het al wel eens ergens voorbij hebt zien komen. De uitkomsten worden onder andere gepresenteerd in het Sectorkompas Ambulancezorg (onlangs is de meest recente versie uitgegeven over 2022, zie de website van AZN).

Best eens interessant om doorheen te scrollen, want er staat een hoop informatie in die ons werk in cijfers weerspiegelt. Is ons werk dan in cijfers te vangen? Dat is dus de vraag. Maar de tijd en maatschappij vragen er wel om; er is een toenemende vraag naar data om hier vervolgens mee onderling zaken te kunnen vergelijken en te verbeteren. Daarnaast is het een manier om andere partijen (lees: gemeenten, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, de IGJ en het ministerie van VWS) deze informatie te tonen. Niet onbelangrijk dus.

Het kwaliteitskader ambulancezorg heeft 26 meetpunten (signalen worden deze genoemd).

Er zijn drie jaren van implementatie aan vooraf gegaan. Inmiddels is er al best wat informatie verzameld en zijn er ook trends zichtbaar. Meest interessante vraag is of dit nu daadwerkelijk weer geeft wat kwalitatief goede ambulancezorg inhoudt: natuurlijk geeft bijvoorbeeld de snelheid waarmee we met een CVA-patiënt in het ziekenhuis zijn iets aan, want 'time is brain' zegt de wetenschap. Maar wat gebeurt er in de tijd tussen aankomst ambulance en aankomst ziekenhuis? Dat is ook, of juist waar kwaliteit van zorg over gaat. Daarnaast is het de vraag of de ambulancediensten onderling vergelijkbaar zijn want de ene RAV ligt in een stedelijk gebied met veel ziekenhuizen, terwijl een andere dienst een meer landelijk werkgebied heeft en langer moet rijden voordat een ziekenhuis bereikt is.

Lang verhaal kort: na een periode van enkele jaren waarin het hele kwaliteitskader ingevoerd is, wordt deze nu geëvalueerd. Hiervoor worden ook verpleegkundigen (en verpleegkundig centralisten) gevraagd om er een mening over te vormen. Meet het kader wat we

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

willen weten en weerspiegelt het iets van de kwaliteit van de zorg die we leveren en waar patiënten heel tevreden over zijn (zoals blijkt uit de resultaten die het NIVEL ons dit jaar heeft laten zien in het laatstgehouden patiënttevredenheids-onderzoek)? Het is goed om hierover een beeld en mening te vormen als professional, ook in combinatie met hoe je de (toenemende?) registratie van data in je ritformulier ervaart en hoe deze vervolgens teruggekoppeld wordt.

Meer dan aanrijtijden alleen

Deze ontwikkelingen lopen parallel met uitingen van sommige bestuurders van ambulancediensten in de media, die melden dat de toestroom van ritten onhoudbaar aan het worden is. Ze willen niet meer alleen beoordeeld worden op de aanrijtijden en bijbehorende 15 minuten norm. Terechte roep, want deze 15 minuten gaan over alle A1- ritten samen, een soort bulk-informatie. Het maakt geen onderscheid in soort ritten, waar tijd een echt belangrijk onderdeel is zoals een CVA, STEMI of het geruptureerd aneurysma). Ook de ritten die eindigen in een eerste-hulp-geen-vervoer (mobiel zorgconsult) zijn hier onderdeel van. Het

zegt dus niet zoveel over de inhoud van ons werk.

Het is goed dat we als sector dit signaal afgeven, en het eerder genoemde kwaliteitskader kan ons helpen om de focus te verschuiven. Ons werk is meer, veel meer dan hoe snel we ter plaatse zijn. Tegelijkertijd vergt het ook een blik naar binnen: hoe defensief zijn we geworden in het aannemen en triëren van binnenstromende zorgvragen? Wat doet de druk op de o.a. huisartsen en huisartsenposten met ons rittenaanbod? Ondanks de kwalitatief hoogstaande uitvraagssystemen die we hebben op de meldkamers, worden hier wel de binnenkomende ritten beoordeeld en uitgegeven. De vernieuwde urgentiecodes, waar momenteel hard aan de invoering gewerkt wordt, kunnen hier mogelijk ook al een eerste goede stap in zijn.

De hoeveelheid ritten is op de werkvloer, maar ook op de meldkamer, regelmatig onderwerp van het gesprek van de dag, zeker binnen de diensten waar dit goed voelbaar is. Het bepaalt mede of je je werk op de ambulance nog leuk vindt of niet. Tevredenheid in je werk is ontzettend belangrijk om te zorgen dat je wilt blijven werken in de zorg en op de

ambulance. Dezelfde ambulancediensten zullen daarmee ook actiever moeten gaan kijken wat ons drijft om te blijven werken waar je werkt en hoe wij het werk ervaren. Hierin volstaat een jaarlijks medewerkers-tevredenheidsonderzoekje niet meer. Het vraagt oprechte interesse in mogelijke oplossingen in hoe we het werk indelen en vormgeven. Inspraak dus van ons als professional. Ervaar jij dit binnen jouw organisatie, dat je mee mag praten over je werk-privé balans en je rooster? Dat je mee kan denken over uitdagingen binnen en de inhoud van je werk en wat daarin anders of zelfs beter kan?

Zo maar een greep waar we ons als bestuur op zullen gaan focussen komende maanden en wat ook thema's zullen zijn op het congres V&VN ambulancezorg van 'Triage tot Transfer' wat al snel plaatsvindt op 10 oktober in Hilversum. Fijn om jullie daar te ontmoeten en deze actuele onderwerpen met elkaar te bespreken!

Met collegiale groet namens het bestuur,
Mischa Knol
Voorzitter V&VN Ambulancezorg

Nieuws van de Vakgroep Ambulancechauffeurs

Opleidingseisen rijden met OGS

De mogelijkheid om veilig over de weg te kunnen rijden, is van cruciaal belang voor vrijwel de hele samenleving. Het rijden met optische en geluidssignalen (OGS) door hulpdiensten zorgt voor een sterke afwijking van het normale verkeersbeeld en kan bij ondeskundige toepassing potentieel gevaar opleveren. Het rijden met OGS legt daarom een grote verantwoordelijkheid bij de bestuurder van de hulpdienst. Het is daarom van essentieel belang dat zij de juiste vaardigheden en het vereiste inzicht bezitten om deze signalen correct te gebruiken. Hiermee kan het veilig gebruik van de weg voor eenieder, ook onder die omstandigheden, zoveel mogelijk gewaarborgd worden. De vakgroep ACH vroeg Rob de Kleine, voorzitter van de BKOGS (Branchevereniging Kwaliteitsborging OGS-rijopleidingen) zijn visie te geven over de opleidingseisen

Door Rob de Kleine

Op dit moment ontbreekt er een landelijke normering met vaststelling van de minimale eisen waaraan een bestuurder van een hulpdienst dient te voldoen alvorens hij/zij met OGS mag rijden. Daarnaast zijn de eisen die gesteld worden aan rijinstructeurs om in het bezit te komen van de bevoegdheid om les te mogen geven in het rijden met OGS erg laag.

Dit alles leidt er in de praktijk toe dat commerciële belangen zoals onttrekkingstijd, snelheid van inzetbaarheid, budget en concurrentie, een sterke, vaak negatieve, invloed hebben op de keuze die werkgevers maken. Hetgeen vervolgens zijn weerslag heeft op het rijniveau van de OGS-bestuurders. Er worden nu zelfs OGS-rijopleidingen gevolgd van slechts 1 of 2 dagen.

Gezien de werkgeversaansprakelijkheid die er bestaat om voor een passende opleiding te zorgen, waarmee de chauffeurs hun werk naar behoren uit kunnen voeren, maar zeker ook gezien de aansprakelijkheid en verantwoording die de chauffeur zelf draagt, is een professionele invulling van de rijopleidingen van groot belang.

Wat is er nodig?

Een landelijk vastgestelde normering en onafhankelijk examen voor bestuurders die willen gaan rijden met OGS en vrijstellingen, zou een gestandaardiseerde beoordeling moeten bieden voor het vaststellen van de bekwaamheid. Iedere OGS-bestuurder zal dan aan die (minimale)eisen moeten voldoen. De kans op slagen na het volgen van een één- of tweedaagse rijopleiding lijkt in dat geval

gering. Met zo'n examen wordt het speelveld voor iedereen gelijk. De BKOGS (Branchevereniging Kwaliteitsborging OGS-rijopleidingen) heeft daarom een voorstel om te komen tot dit examen ingediend bij het CBR/CCV.

Aanscherping exameneisen

Daarnaast zouden de eisen van het IBKI-examen (Innovam Branche Kwalificatie Instituut) om in het bezit te komen van de bevoegdheid om rijinstructie te mogen verzorgen in het rijden met OGS en met vrijstellingen, fors verhoogd moeten worden.

Op dit moment bestaat het examen slechts uit een, door de instructeur zelf te rijden, relatief korte OGS-rit. Er wordt helemaal niets getoetst met betrekking tot de instructiebekwaamheid op dit gebied. Het is vreemd dat voor het verkrijgen van de bevoegdheid om gewone rijlessen te geven wel heel veel belang wordt gehecht aan de toetsing van een praktijkles, terwijl voor het geven van OGS-rijinstructie er helemaal geen praktijkles getoetst wordt. De aankomend OGS-rijinstructeur wordt dus in het geheel niet getoetst op zijn vaardigheid in het instrueren van bijvoorbeeld het inhalen, het T.O.N.-methode (Tegengesteld Opvallend Naderen), het rijden door rood en het rijden met hogere snelheden,



etc. De BKOOGS (Branchevereniging Kwaliteitsborging OGS-rijopleidingen) heeft daarom een voorstel ingediend bij het Kenniscentrum Voorrangsvoertuigen, om te komen tot een aanscherping van deze exameneisen

Tot slot

Het is aan niemand uit te leggen dat voor het rijden met OGS en het opleiden van OGS-chauffeurs op dit moment zo weinig geregeld is en er geen minimale eisen zijn vastgesteld, terwijl de impact

op het verkeer en de verkeersveiligheid zo groot is.

Het kan toch niet zo zijn dat bestuurders, die nagenoeg geen opleiding hebben genoten, gaan rijden met OGS? En dat rijinstructeurs, die zelf minder dan twee dagen hebben gereden met OGS, OGS-rijinstructie kunnen verzorgen? Wachten we met z'n allen tot het echt mis gaat of zorgen we nu voor een professionele aanpak?

De BKOOGS stelt dat er een dringende noodzaak is om te komen tot een

landelijke normering en onafhankelijk examen om de bekwaamheid van bestuurders in het rijden met OGS te beoordelen. Ook zullen de eisen waaraan een rijinstructeur dient te voldoen om in bezit te komen van de OGS-lesbevoegdheid omhoog moeten.

Dit is uiteindelijk in het belang van iedereen: de weggebruikers, de opdrachtgevers, de opleiders, maar bovenal voor de bestuurders van OGS-voertuigen.

De Vakgroep ACH wil graag met jou in gesprek...

In het vorige vakblad stond de column "Snelkookpan" van onze hoofdredacteur, te lezen als een 'schreeuw om hulp van de meldkamercentralisten ambulancezorg in Nederland. Zoals je weet is de meldkamer de levenslijn voor de uitvoerenden in het veld, een 'lifeline' die onder spanning staat.

Als voorzitter van de vakgroep Ambulancechauffeurs heb ik de column gelezen en miste een belangrijk onderdeel, of belangrijke schakel zo je wil. Want de geluiden en ervaringen die wij horen zijn dat de uitbreiding op de meldkamer onder andere geleverd wordt door ambulancechauffeurs.

Dit is een welkome aanvulling: ze brengen ervaring mee, hebben kennis van de werkwijze op de ambulance, zijn goed in communicatie, kunnen hoofd- en bijzaken van elkaar scheiden, kunnen prioriteiten stellen, kennen het wegennet, gebouwen en hebben een goed inzicht en overzicht met betrekking tot de regio. Zie hier een kans: zo worden vele vliegen in één klap geslagen. Want dit biedt ook mogelijkheden voor loopbaanplanning, duurzame inzetbaarheid en natuurlijk, niet onbelangrijk: we gaan we met elkaar in gesprek! De ambulancechauffeurs zijn zo eigenlijk de ambassadeurs van de meldkamer.

Er zijn nog meer ontwikkelingen in de ambulancesector. Het Zorg Coördinatie



Centrum ZCC, aangekondigd door het Ministerie van Volksgezondheid. De juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste moment. Dit in navolging van differentiatie in de ambulancesector door de komst van Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA-ers), die de anderhalvelijnszorg leveren als solist. De komst van de Midden Complex Ambulance, die geheel zelfstandig meedraait in het proces van goede ambulancezorg, waardoor er een belangrijke stap gezet is om de ALS-ambulances beschikbaar te houden voor acute zorg en spoedmeldingen waarbij de patiënt nog instabiel is, of kan zijn. Alles om aan de hulpvraag te voldoen

en de kwaliteit op een excellent peil te houden. Essentieel in dit hele proces is de coördinatie van al die zorgverleners, waarin de dispatcher/uitgiftecentralist een essentiële rol speelt.

Daarom ook zijn we blij dat het congres van V&VN Ambulancezorg met de titel "Van Triage naar Transfer", dat georganiseerd wordt op 10 oktober 2023, de mogelijkheid biedt om met elkaar in gesprek te gaan. De diverse vakgroepen hebben hun uiterste best gedaan om een gevarieerd programma neer te zetten. Kijk hoe je zelf een actieve bijdrage kunt leveren aan de beroepsgroep, want het leveren van input en het positioneren van de professional in de sector is super belangrijk.

Voor de vakgroep Ambulancechauffeurs zijn we nog op zoek naar vertegenwoordigers uit de verschillende regio's. Wil je meer informatie of je aanmelden voor de vakgroep stuur dan een mail naar Ambulancechauffeurs@venvn.nl

Hartelijke groet,
Peter van der Vloet
Voorzitter / coördinator Vakgroep ACH

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

Reactie op het artikel Acute elektrische cardioversie

Met veel interesse hebben wij het artikel van Galotta, van Vliet en Piersma gelezen over 'Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting'. We bewonderen het streven naar innovatie in de ambulancezorg en we zijn er net zoals de auteurs van overtuigd dat er ruimte is om de prehospital setting verder te optimaliseren. Toch willen we bij deze specifieke setting, de sedatie bij cardioversie, enkele juridische kanttekeningen zetten. Wij zijn van mening dat de mogelijke voordelen voor de patiënt niet opwegen tegen de medische en tuchtrechtelijke nadelen voor de hulpverlener, en daar willen we bewustwording over creëren.

Door Mr. Drs. Marlies Morsink, SEH-arts KNMG en jurist, Radboudumc en Dr. mr. Jan Bollen, Anesthesioloog en jurist, Radboudumc

We beginnen bij het begin. Volgens de Wet BIG zijn er voorbehouden handelingen waar een bevoegdheid (lees: diploma en wettelijke grond) voor vereist is. De physician assistant (verder; PA) en verpleegkundig specialisten (verder; VS) kunnen inderdaad een cardioversie verrichten, maar dan wel in een electieve setting. De in het artikel beschreven situatie is géén electieve, maar een acute setting. Art. 36 lid 9 Wet BIG, dat gaat over de electieve cardioversie, is niet van toepassing op de beschreven situatie. Bovendien geldt er in het algemeen een beperking voor handelingen die PA's of VS mogen verrichten. Voor de PA geldt dat ze handelingen mogen doen van beperkte complexiteit, die routinematig zijn, waarvan de risico's te overzien zijn, en die uitgeoefend worden volgens geldende richtlijnen¹. Ook moeten de handelingen zich bevinden in het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de PA is opgeleid en moet het gaan over een patiënt met een veelvoorkomende aandoening. Ook een VS mag slechts handelingen verrichten die routinematig zijn, van beperkte complexiteit, waarvan de risico's te overzien zijn, en conform de relevante protocollen². Zonder verder waardeoordeel voldoet het uitvoeren van sedatie bij cardioversie bij een instabiele patiënt op geen enkele manier aan deze voorwaarden.

Laten we vervolgens een blik werpen op het gebruik van propofol. Dit is een geneesmiddel waarmee ook narcose wordt toegepast. Indien we opnieuw kijken naar de Wet BIG staat er in art. 36 lid 7 dat alleen artsen bevoegd zijn tot het brengen onder narcose (en deels ook tandartsen). Door een combinatie van de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG kan een zelfstandig bevoegd hulpverlener, dus een arts, een opdracht geven aan een ander

om een specifieke voorbehouden handeling uit te voeren. Het is echter daarbij ook vereist dat de uitvoerder redelijkerwijs bekwaam is en dat de opdrachtgever in de mogelijkheid is om op de handeling toe te zien en fysiek in te grijpen indien nodig. Door slechts telefonisch te overleggen met de MMA, is ook aan deze vereiste in de beschreven casus niet voldaan. Toch wordt propofol wel degelijk ook in andere situaties dan alleen op de operatiekamer gebruikt, bijvoorbeeld in geval van Procedurele Sedatie en/of Analgesie (PSA). Hiertoe bestaat de richtlijn 'PSA bij volwassenen op locaties buiten de OK'. Daarin wordt beschreven dat de uitvoerder géén andere taken mag hebben dan de sedatie, dat matige tot diepe sedatie uitgevoerd moet worden door een opgeleid PSA praktijkspecialist (bijvoorbeeld een PA anesthesiologie of SEH-arts), dat een anesthesioloog als medebehandelaar betrokken moet worden indien het een ASA 3 of 4 patiënt betreft, en dat een verant-

In het Vakblad van afgelopen juni verscheen het artikel 'Acute elektrische cardioversie in de prehospital setting', geschreven door Rosetta Galotta, Risco van Vliet en Femke Piersma. De redactie ontving hierop een reactie van Mr. Drs. Marlies Morsink, SEH-arts KNMG en jurist, Radboudumc en Dr. mr. Jan Bollen, Anesthesioloog en jurist, Radboudumc. De redactie vindt het een interessante discussie: zetten we de patiënt centraal (Galotta & Van Vliet & Piersma) of zetten we de hulpverlener centraal (Bollen & Morsink)? We roepen als ambulancezorgverleners het eerste, maar kunnen niet anders doen dan het tweede... Omdat de redactie een inhoudelijke discussie van groot belang acht en daarvoor graag ruimte biedt, volgt hier integraal de reactie Bollen en Morsink op het bovengenoemde artikel.



Marlies Morsink

woordelijk arts te allen tijde moet kunnen ingrijpen. Uit de beschreven casus is duidelijk dat niet aan alle voorwaarden voldaan was (de patiënt viel wellicht onder de categorie ASA 3) en in ieder geval kan volgens deze landelijk geaccepteerde en geldende richtlijn degene die de sedatie uitvoert, niet ook de persoon zijn die de cardioversie uitvoert. Bestaat er dan geen zelfstandige bevoegdheid voor de ambulanceverpleegkundige? Er bestaat wel een 'Besluit functionele

zelfstandigheid', maar dit betreft geen zelfstandige bevoegdheid. Dit impliceert dat een ambulanceverpleegkundige meer bevoegdheden heeft dan een 'reguliere' verpleegkundige, maar dit betreft nog steeds handelingen in de vorm van opdracht – door een persoon met een zelfstandige bevoegdheid – in de praktijk vorm gegeven met de protocollen uit het LPA. In dit Besluit staat opnieuw dat een ambulanceverpleegkundige een cardioversie slechts electief kan toepassen.

Belangrijk is te vermelden dat de voorgaande paragrafen gingen over de bevoegdheid. De definitie van voorbehouden handelingen is "handelingen die, als een ondeskundige ze zou uitvoeren, onaanvaardbare risico's met zich meebrengen voor de patiënt". Men moet om deze te kunnen verrichten zowel bevoegd als bekwaam zijn. Hoewel er ongetwijfeld zorgprofessionals actief zijn in de prehospitalische zorg die zeer ervaren zijn met cardioversies en/of sedatie, is het de vraag of iedere VS voldoende bekwaam is om deze handeling uit te voeren, aangezien dit geen dagelijks gebruik is. Ook het prospectief onderzoek waarnaar in het artikel verwezen wordt spreekt over 22 patiënten in een tijdspanne van 2 jaar die door een spoedarts (dus geen VS of PA!) behandeld werden met midazolam, etomidat of propofol. Van deze patiënten hadden er negen reeds een verminderd bewustzijn en was soms ook meer dan één cardioversie nodig. Indien de handeling door een VS succesvol verloopt, zoals in de casus, zal er niet gemakkelijk gediscussieerd worden over 'bekwaamheid', maar indien het mis loopt zal dit ongetwijfeld consequenties hebben.

Onze oproep is dan ook: bezint eert ge begint. Ga na of aan de hierboven beschreven eisen is voldaan, en bedenk of je je voldoende bekwaam en bevoegd voelt om deze handelingen te verrichten. Een cardioversie kan ook mis gaan, en back-up kan dan ver weg zijn. Hoewel we ons bewust zijn van de uitdaging die gecreëerd wordt door het vervoeren van deze patiënt, gaat het wel om transport van een patiënt onder bewaakte



Jan Bollen

omstandigheden naar een veilig omgeving, met veel bevoegde en bekwame 'handjes'. Uit het tijdsverloop van de beschreven casus leiden we af dat het men zich op maximaal 16 minuten van het ziekenhuis bevond. Dit kunnen toch lange minuten zijn indien de gegeven hoeveelheid propofol iets te veel blijkt te zijn. Het zou een verspilling van mensen en middelen zijn indien het MMT zou moeten uitrukken omdat de patiënt in de problemen komt doordat er prehospitalaal propofol is gegeven. Uiteraard willen we ons constructief opstellen en niet als boze dokter-juristen met het vingertje zwaaien. We zijn ons bewust van en hebben veel waardering voor de moeilijke situaties waarin ambulancehulpverleners zich kunnen bevinden. Hoewel er gesteld wordt dat de besproken patiënt een tensie had van 50/20 mmHg en geagiteerd was, wordt hij ook aanspreekbaar genoemd. Indien men zich toch gedwongen voelt om ter plaatse te blijven tijdens het toedienen van amiodaron (wat een inlooptijd van 2x15 minuten heeft om het effect te kunnen beoordelen) en men vervolgens cardioversie noodzakelijk acht, zouden wij eerder opteren voor het toedienen van midazolam. Hiermee hebben ambulanceverpleegkundigen meer ervaring, het heeft minder hemodynamische en respiratoire effecten en het kan ook mede voor amnesie zorgen. Concluderend vinden wij dat we de zorg voor instabiele patiënten met een ritmestoornis in de acute zorgketen nu al goed geregeld hebben en dat een cardioversie in de thuisituatie bij een instabiele patiënt door een VS in de beschreven setting niet de beste zorg is die we in deze keten kunnen bieden. Omdat er

1. Art. 5 Besluit van 19 april 2018, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de physician assistant en wijziging van enkele daarmee samenhangende besluiten (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant)
2. Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 9 juli 2018, kenmerk 1376127-178814-WJZ, houdende de zelfstandige bevoegdheid van verpleegkundig specialisten tot het verrichten van handelingen die zijn voorbehouden aan bepaalde beroepen (Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten)

in strijd wordt gehandeld met richtlijnen en de wet, ben je als VS (of PA) zeer kwetsbaar voor de (tucht)rechter, ondanks het feit dat je het beste voor hebt met de patiënt. Net omdat we het beste voor hebben met alle prehospitalale zorgverleners en het verschrikkelijk zouden vinden mochten zij voor de tuchtrechter belanden, hebben we het volgende advies: maak een veilige keuze. Door voor de inzet van (pre-hospitaal) medisch specialistisch personeel te kiezen (het MMT) of de patiënt bewaakt naar het juiste ziekenhuis te vervoeren kan de hulpverlener achteraf niets verweten worden. Het gebruik van propofol in de prehospitalale setting is voorbehouden aan een bevoegde arts, en het LPA biedt geen enkel aanknopingspunt voor het gebruik hiervan.



Vic
Nu ook interne audits als onderdeel van de PDCA kwaliteitscyclus

Eva
Actueel overzicht van de totale vakbewaamheid op 1 centrale plek

Ivo NIEUW
De eerste complete oplossing speciaal voor de GHOR

Sky
Bekijk alle applicaties voor de ambulancezorg op [skysuite.nl](https://www.skysuite.nl)

Een patiënt met acuut geheugenverlies

Door Thiemo Brouwer BSc, ambulanceverpleegkundige UMCG
Ambulancezorg met medewerking van Drs. Mark Kloosterziel
neuroloog Wilhelmina ziekenhuis Assen.
Correspondentie: t.brouwer@rav.nl

Casus

Het is zondagmorgen wanneer er een A1 urgentie binnenkomt met de melding van een 67-jarige vrouw die plotseling geheugenverlies heeft. Bij aankomst in de woning loopt mevrouw zelfstandig door het huis, zichtbaar in paniek. Ze geeft aan dat ze zich niks meer kan herinneren en denkt dat ze een beroerte heeft. Mevrouw vraagt meermalen wat er precies gebeurd is en lijkt geen nieuwe informatie vast te houden. Haar partner geeft aan dat ze de afgelopen dagen erg emotioneel is na het horen van slecht nieuws over de gezondheid van haar hartsvriendin. 's Ochtends is mevrouw goed opgestaan en na het aankleden erg emotioneel geweest. Hierna kan zij zich plotseling niks meer herinneren. Mevrouw is continu bij bewustzijn geweest en er was geen sprake van hoofdpijn. Ook zijn er geen neurologische symptomen zoals bewustzijnsverlies, moeite met praten, smakken of staren waargenomen door partner. De primary survey geeft behoudens een initiële tachycardie, die geweten wordt aan de emotie, geen afwijkingen. Bij neurologisch onderzoek is mevrouw goed georiënteerd in persoon en plaats. Mevrouw voert opdrachten uit en er zijn geen focale neurologische of epileptische symptomen aanwezig, behoudens anterograde en retrograde amnesie. Er is geen recente geschiedenis van hoofdletsel of syncope. Na het stellen van de voorlopige werkdiagnose "Per acuut algeheel geheugenverlies zonder alarmsymptomen" vindt overleg plaats met de huisartsenpost vanwege het vermoeden van Transient Global Amnesia (TGA). Na instructie van het vangnetadvies voor de tussenliggende periode door de ambulanceverpleegkundige, gaat mevrouw samen met haar partner naar de huisartsenpost. Aldaar stelt de huisarts de definitieve diagnose TGA, en volgt uitgebreide voorlichting over het beloop en vervolgcontact voor mevrouw en haar partner.

Wat is Transient Global Amnesia (TGA)?

Een TGA is een syndroom dat gekenmerkt wordt door een plots ontstaan van anterograde amnesie (een onvermogen om nieuwe herinneringen op te slaan) met een duur van hooguit 24 uur, zonder voorafgaand hoofdtrauma of andere neurologische symptomen. Vaak is er tevens een beperkte retrograde component, wat wil zeggen dat patiënten soms ook geen herinneringen heeft van de periode kort voor het ontstaan van de TGA. De patiënt blijft vragen herhalen over wat hij of zij zojuist gezegd of meegemaakt heeft. Patiënten weten echter altijd hun

In deze praktijkcasus laat collega Thiemo Brouwer ons zien wat we moeten met iemand die lijdt aan Transient Global Amnesia, oftewel, iemand die het allemaal niet meer weet. Een bijzondere, maar gelukkig onschuldige aandoening, waarbij iemand zeer veel baat heeft bij een deskundige die het allemaal wel weet.

eigen naam en herkennen hun familieleden.⁵ Een TGA roept begrijpelijkerwijs angst en bezorgdheid op bij de patiënt en diens omgeving, waarna contact gezocht wordt met de huisarts of 112, omdat dikwijls aan een beroerte gedacht wordt^{1,2}. De duur van de klachten varieert tussen een tot een aantal uur, maar duurt niet langer dan 24 uur. De incidentie is 5 tot 10 per 100.000 patiënten per jaar¹. Het syndroom komt het meeste voor bij patiënten boven de 50 jaar en wordt relatief iets vaker gezien bij vrouwen dan bij mannen⁷.

Oorzaak van TGA

Een TGA is een onschuldige aandoening. Diverse onderliggende pathofysiologische mechanismen zijn onderzocht als mogelijke oorzaak, maar tot op heden blijft het syndroom onvoldoende verklaard³. Een mogelijke hypothese is dat er een tijdelijk probleem is in de hippocampus, die een belangrijke rol speelt bij het geheugen^{1,6,7}. Wel zijn er duidelijke aanwijzingen dat een TGA uitgelokt kan worden door een aantal factoren waaronder de volgende vier:

- Lichamelijke inspanning, zoals intensief sporten.
- Een stressvolle gebeurtenis.
- Heftige pijn.
- Een drukverhogend moment, zoals hoesten en veters strikken.

Wanneer spreken we van een TGA?

De zeven diagnostische criteria waaraan een TGA moet voldoen zijn⁸:

- De aanval is door een ooggetuige waargenomen.
- Tijdens de aanval is er anterograde amnesie.
- Het geheugenverlies heeft betrekking op een beperkte periode voor de aanval, maar de patiënt weet heel goed wie zij of hij is.
- Het bewustzijn is helder en er zijn geen andere neurologische uitvalsverschijnselen, zoals lateralisatie of visusklachten.



- Er is geen voorafgaand hoofdtrauma of intoxicatie.
- Er zijn geen op epilepsie wijzende kenmerken zoals smaken, een starende blik of repetitieve handelingen.
- De duur van de aanval is beperkt tot maximaal 24 uur.

Prognose

Over het algemeen keert na enkele uren het vermogen om nieuwe informatie op te slaan, langzaam terug. De patiënt kan de periode van de TGA zelf niet herinneren, maar vaak komt de herinnering aan het grootste deel van de gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden voorafgaand aan de tijdelijke geheugenstoornis wel terug³. Tot een week na een TGA kan een milde hoofdpijn voorkomen. Meestal komt een TGA één keer voor en is de kans op herhaling klein. Omdat er geen aanwijzingen zijn voor een trombo-embolische oorzaak, is er geen reden tot behandeling met een bloedverdunner^{5,7}. Als getwijfeld wordt aan de oorzaak van de verschijnselen of als de aanvallen vaker terugkomen, wordt soms EEG-onderzoek naar epilepsie aanbevolen⁵.

Concluderend

Het stellen van de werkdiagnose TGA is niet moeilijk wanneer men het syndroom kent, omdat de klinische kenmerken scherp omschreven staan. Vaak zijn de klachten nog aanwezig als het ambulanceteam arriveert. Aangezien de definitieve diagnose TGA pas gesteld kan worden als de duur van de aanval beperkt blijft tot 24 uur, is het raadzaam om de patiënt door te verwijzen naar de huisarts. Deze kan afspraken maken over het beloop en het vervolgcontact met de patiënt. Geruststelling over de aanval door de ambulancehulpverleners is op dat moment een belangrijke interventie voor zowel patiënt als

diens omgeving. Bij twijfel over de voorlopige diagnose is het advies om contact te zoeken met de neuroloog voor overleg.

Samengevat

Het syndroom 'Transient Global Amnesia' (TGA) wordt gekenmerkt door voorbijgaand geheugenverlies bij gezonde mensen. Het is een onschuldige aandoening. De diagnose is, als men het beeld herkent, gemakkelijk te stellen, met name op basis van de anamnese. Indien aan alle diagnostische criteria is voldaan is aanvullend onderzoek in een ziekenhuis is niet nodig. De behandeling bestaat uit uitleg, waarbij controle van het voorbijgaande karakter van het beeld noodzakelijk is en een geruststellende werking heeft.

Literatuur

1. Arena, J. E., & Rabinstein, A. A. (2015). Transient Global Amnesia. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(2), 264–272. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.12.001>
2. Herhaaldelijk geheugenverlies. (z.d.). Huisarts & Wetenschap. <https://www.henw.org/artikelen/herhaaldelijk-geheugenverlies>
3. Tijdelijk algeheel geheugenverlies. (z.d.). Spaarne Gasthuis. Geraadpleegd op 19 juli 2023, van <https://www.spaarnegasthuis.nl/Transient+Global+Amnesia>
4. Transient Global Amnesia. (z.d.). Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Geraadpleegd op 19 juli 2023, van <https://www.neurologie.nl/wp-content/uploads/2022/03/Transient-global-amnesia-TGA.pdf>
5. Transient Global Amnesia. (z.d.-a). Neurologen Alrijne. Geraadpleegd op 19 juli 2023, van <https://www.neurologen-alrijne.nl/ziekte-info/transient-global-amnesia-tga>
6. Transient Global Amnesia. (z.d.-b). Cleveland Clinic. Geraadpleegd op 19 juli 2023, van <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21028-transient-global-amnesia>
7. Transient Global Amnesia. (2022). In NHG-Standaard Beroerte (M103) (Versie 3.0, p. 66). https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/19_Beroerte_augustus-2022.pdf

Realistisch trainen in Tsjechië: de Rallye Rejviz 2023



Rallye Rejviz is een internationale professionele ‘wedstrijd’ voor medisch studenten, artsen, ambulance- en medische hulpteams en is voor het eerst georganiseerd in 1997. Ook is er een nationale EHBO-competitie voor kinderen. Door de jaren heen heeft de Rallye zich uitgebreid doordat brandweer en politie deel zijn gaan uit maken van de organisatie en ook van de casuïstieken. Het trainen van de samenwerking met de ketenpartners werd zo ook een belangrijk onderdeel. De gedachte achter de Rallye is dat we als hulpdiensten internationaal van elkaar kunnen leren en energie krijgen door elkaar te ontmoeten.

Door Saskia Rood, ambulanceverpleegkundige bij Ambulance Amsterdam

Afgelopen mei heeft Ambulance Amsterdam met twee teams opnieuw deelgenomen aan de 26^e editie van Rallye Rejviz in Tsjechië. Vanuit Amsterdam is er diverse jaren deelgenomen aan de competitie, in 2006 is dit geïnitieerd door een Canadese arts die werkzaam was op de SEH van het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis in Amsterdam. Bij latere edities is de organisatie opgepakt door Rick v.d. Wildenberg, ambulancechauffeur bij

de toenmalige GGD Amsterdam. Ikzelf heb voor de eerste keer deelgenomen in 2013 en ben toen ‘besmet’ geraakt met het Tsjechië-virus. Ik was net twee jaar klaar met mijn ambulanceopleiding en vond het best spannend. Maar wat een machtig mooie manier om al je vaardigheden te trainen!

Realistische casuïstiek

De organisatie van de Rallye heeft de gave om de casuïstieken die ze ensceneren heel realistisch neer te zetten. De lotusslachtenoffers zijn voornamelijk medisch studenten en spelen hun rol

dusdanig goed, dat je de kans niet krijgt om het gevoel te hebben dat er geacteed wordt of dat het om een oefensituatie gaat. Dat maakt dat de casus voelt als “echt” en je gaat aan de slag zoals je dat real-life ook zou doen. Na de eerste ervaringen in Tsjechië was ik mij in de dagelijkse praktijk veel bewuster van mijn omgeving en alle informatie die deze je kan geven. Door de deelname wordt, eenmaal terug in Nederland, aanspraak gemaakt op je improvisatievermogen en je flexibiliteit onder bijzondere omstandigheden.

Rallye 2023



In mei zijn we met twee teams van Ambulance Amsterdam afgereisd naar Tsjechië en met gezonde spanning hebben we ons allemaal voorbereid. Na een pittige reis van 1100 km kwamen we op donderdag laat in de middag aan en na installatie in het hotel kregen de teams in de avond schriftelijk de casuïstieken uitgereikt. Dat lijkt dan heel fijn: je denkt dat je je Pre Arrival Preparation alvast een beetje kunt doen. Later zou blijken dat de dynamiek in de casuïstieken zou zorgen voor veel onverwachte situaties en een brede open blik vraagt van de teams. Vrijdagmorgen om 07.00 uur startte de eerste ‘taak’ zoals de casuïstieken worden genoemd tijdens de Rallye. Het dagprogramma is dan bekend en later wordt de avondindeling en een eventueel nachtelijk tijdstip bekend gemaakt. Uiteindelijk zijn er tien taken gedraaid en iedere taak heeft een eigen unieke naam.



“Hermione”

Een kasteelmanager is door iemand in het kasteel met een mes in thorax en lies gestoken. De dader is gevlucht. Politie is aanwezig, situatie is veilig.



Patiënt zit tegen een muur waarbij een agent de lieswond afdrukt, dit blijkt een slagaderlijke bloeding. Deze is niet te stoppen en wond-pakking is noodzakelijk, waarbij continue manueel moet worden afgedrukt. Tevens heeft de patiënt een zuigende borstwond, een spanningspneumothorax en hij is in shock.

“Plum”

Huiseigenaar treft vier ogenschijnlijk dronken maar ook gewonde jongeren aan in zijn tuin. Hij heeft 112 gebeld. Twee slachtoffers zitten op een bankje en zijn flink onder invloed van alcohol. Een van hen heeft oppervlakkige snijwonden op de buik en de andere heeft een haematoom bij de oogkas. Beiden zijn 15 jaar en ze blijken te hebben gevochten. Een derde slachtoffer zit in een tuinhuisje, is onder invloed maar stabiel. Een vierde slachtoffer maakt een epileptisch insult door, ziet rood, heeft blauwe lippen en schuim op de mond. Blijkt bij de metingen een bradycardie te hebben en is hypotensief. Indien goed gezocht, kan men ontdekken dat het slachtoffer een cyanide-intoxicatie heeft.

“Liberty”

Een vrachtwagen is ingereden op mensen die stonden te wachten bij een bushalte.



Drie kinderen lopen rond, zijn in paniek want hun moeder ligt onder de vrachtwagen. De moeder ligt onder de wielbasis, heeft een slagaderlijke bloeding en een fractuur van de arm/schouder. Licht niet bekneld, is aanspreekbaar maar wel bleek, transpireert, weke pols. Slachtoffer 2 is aanspreekbaar, ziet bleek, transpireert, ademt snel, blijkt een pneumothorax te hebben, zwakke snelle pols. Op de buik, die plankhard aanvoelt, is een groot haematoom zichtbaar. Slachtoffer 3 heeft fors aangezichtsletsel, snelle weke pols en een bedreigde A, die alleen vrij te krijgen is middels het doen van een coniotomie. Indien niet snel behandeld overlijdt het slachtoffer. Slachtoffer 4 is wel aanspreekbaar maar ziet ook bleek en heeft een zwakke trage pols. Blijkt geen gevoel in de benen te hebben en heeft een neurogene shock. Slachtoffer 5 is de chauffeur van de vrachtwagen. Deze is uitgestapt en ziet bleek, heeft een zwakke pols. Gaat tijdens de casus achteruit en komt in een reanimatieting, heeft een myocardinfarct.

“Little Bad”

Het ambulance team krijgt een andere rol toebedeeld en is in deze casus een team op een Spoedeisende hulp. Er wordt een patiënt binnengebracht die verminderd aanspreekbaar is, snel ademhaalt en een lage zuurstofsaturatie heeft. Bij auscultatie van de longen vindt men verminderd ademgeruis en rhonchi en de patiënt lijkt niet op te knappen na toediening van zuurstof. Heeft een lage bloeddruk en een temperatuur van 39,5 C. In de rechterarm bevindt zich een PICC-lijn. Betreft een oncologische patiënt met uitzaaiingen. De oncoloog is telefonisch niet bereikbaar voor beleid. Het team besluit onderzoek te gaan doen middels bloedgas, X-thorax, eventueel een CT. De patiënt blijkt een respiratoire acidose te hebben met een verhoogde BE, moet geïntubeerd worden en behandeld met een breed spectrum antibiotica. Er wordt ingezet op een pneumosepsis met in de d.d. een infectie van de PICC-lijn.

“Paper bag”

Een jongen van 6 jaar oud, bekend met astma is benauwd en ziet blauw. De moeder doet de melding en geeft aan geen medicijnen meer te hebben. Hierna wordt de verbinding verbroken en krijgt men geen gehoor meer.



Als extra uitdaging wordt het team (voor aanvang casus) geconfronteerd met het gebruik van een andere monitor en een ander beademingstoestel. De teams krijgen een korte instructie over de werking van de apparatuur. Bij aankomst bij moeder en kind (op de vierde etage) is de moeder gestart met reanimeren. Na onderzoek blijkt het kind een spanningspneumothorax te hebben. Indien deze adequaat behandeld wordt krijgt het kind ROSC.

“Shaken, not stirred”

Een auto staat tegen een boom geparkeerd.



Bestuurder is aanspreekbaar maar heeft veel bloed op zich en er zit ook veel bloed tegen de voorruit. In de auto liggen op de bijrijdersstoel meerdere lege flessen alcohol. De bestuurder kan uitstappen, is tachypnoeïsch, braakt veel bloed, ziet bleek en transpireert. Blijkt ook hypotensief. Heeft een plankharde buik en bij navraag melaena. De werkdiaagnose is een actieve gastro-intestinale bloeding bij alcohol abus. Achter in de auto zitten twee jonge mensen; een van hen heeft een kleine verwonding aan zijn jukbeen, is goed aanspreekbaar en lijkt na onderzoek verder geen letsel te hebben. De andere ziet bleek, ademt snel en heeft een snelle pols. Is bekend met Diabetes type I en heeft vlak voordat ze weg gingen insuline gespoten maar nog niets gegeten. Hebben geen eten en drinken bij zich en na



toediening van glucose knapt hij op. De inzittenden vertellen dat de bestuurder hun coach is en onderweg begon te braken waardoor de auto tot stilstand kwam. Dit zou met een trage snelheid zijn gebeurd.

Na de casus krijgen de teams een klinische les over het gebruik van een Sengstaken-tube die ingezet kan worden bij een acute bloeding vanuit de slokdarm.

“Civil Defence”

Deze casus is een fysieke uitdaging, inclusief het oplossen van een puzzel. De teams moeten een isolatiepak aantrekken en een parcours afleggen (over een bankje, onder een bankje door, door een buis kruipen...). Hierna moeten ze 1x schieten en een granaat gooien. Uiteindelijk moeten ze (zonder te praten) morsecodes ontcijferen waarbij een deel van het team de zender is en het andere deel de ontvanger. De casus diende zo snel mogelijk te worden afgelegd.



“Tiramisu”

Moeder heeft de hulpdiensten gebeld voor haar dochter van 15 jaar oud die forse buikpijn heeft, onbekend hoelang dit al bestaat.

Bij aankomst wordt de deur opgedaan door een man die geïrriteerd reageert, niet weet waarom het team er is en ze aanvankelijk niet binnen wil laten, dus het vergt enige overtuigingskracht om binnen te komen. In de woning bevinden zich nog meer dronken mannen. Treffen een jongedame aan op bed, kreunend en met opgetrokken knieën. Geeft veel pijn aan in de buik. Is qua metingen wel stabiel, maar wat opvalt is dat ze blauwe plekken heeft op beide onderarmen. Ook de moeder blijkt blauwe plekken te hebben op haar onderarmen. De man in het huis blijft geïrriteerd reageren. Er lijkt sprake van huiselijk geweld en hierop wordt politie ingeschakeld. De

jongedame zou mogelijk zwanger kunnen zijn, kan een EUG hebben. Zowel moeder als dochter worden meegenomen door de ambulance, zodat in ieder geval beiden weg zijn uit de situatie.



“St. John's Fly”

E-callsysteem heeft de melding gedaan: mogelijk auto-ongeval. Bij aankomst treft men een tegen een aantal omgehakte bomen. Op de auto is een gele driehoek zichtbaar met waarschuwing voor radioactieve stof. De bestuurder is aanspreekbaar, vertelt in slaap te zijn gevallen maar heeft geen letsel. Het slachtoffer wordt uit de auto gedirigeerd maar de teams blijven op afstand. Brandweer en de GAGS worden ingeschakeld. De bestuurder geeft aan dat er cassettes voor röntgenapparatuur in de kofferbak liggen.

“Miracle”

Deze casus speelt zich voor alle teams in de nacht af.

Een vader belt de alarmdiensten: hij heeft zijn zoon bewusteloos aangetroffen, ademt niet. Reanimatie is gestart en meer info volgt.

Bij aankomst treft men de zoon aan in een bed, moeder zit naast de patiënt. De patiënt blijkt een asystolie te hebben en een lage lichaamstemperatuur, is meer dan 12 uur door niemand gezien. Op het moment dat de teams besluiten te stoppen met reanimeren, trekt de vader een pistool en houdt de hulpdiensten onder schot. Hij dwingt hen om zijn zoon te redden. Hierop besluiten de teams door te gaan met reanimeren en de patiënt te transporteren naar het ziekenhuis. Ook probeert men hulp in te schakelen, in te praten op de vader en de hulp van moeder in te schakelen. Een uiterst heftige casus voor de teams.

Ontspannen

Tussen alle taken door proberen de teams wat te ontspannen en hebben soms hele leuke gesprekken met teams uit de andere landen. Zaterdagochtend worden alle deelnemers verzameld voor de uitslagen en de prijsuitreiking. Trots zijn we, als we geëindigd zijn op een 6^e en een 13^e plaats! Wat een mooi resultaat na een geweldig uitdagende dag. In de middag rijden alle deelnemende hulpdiensten in konvooi door de omgeving met optische en geluidssignalen. Dit wordt gezien als dank naar alle bewoners in de omgeving voor hun medewerking, maar ook als dank naar alle deelnemers en hulpverleners. Niet alleen voor hun deelname, maar vooral voor hun inzet en toewijding



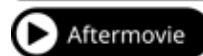
in hun dagelijkse werk. Zaterdagavond volgde een avond van ontspanning en ontmoeting, een uitermate gezellig eindfeest! Zondagochtend zijn we in alle vroegte weer huiswaarts vertrokken.



Beide teams kijken terug op een enerverend en enorm leerzaam evenement. Allen geven aan dat de Rallye positief bijdraagt aan hun eigen ontwikkeling en zijn enthousiast over de organisatie en de impact van Rallye Rejviz. Hopelijk gaat het lukken om er een traditie van te maken om jaarlijks kunnen deelnemen aan de Rallye.



Aftermovie : <https://www.youtube.com/watch?v=4dAgnBASPw> of via de QR-code.



Mensen die meer informatie willen over de Rallye kunnen contact opnemen met Saskia Rood:
SRood-vanWalstijn@ambulanceamsterdam.nl

De metamorfose naar de gele ambulance

Een fragment uit de geschiedenis van de Nederlandse ambulancezorg

De professionalisering van de Nederlandse ambulancezorg begon aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw. Het beschikbaar komen van draagbare apparatuur, maar ook de opkomst van specialistische opleidingen in de ziekenhuizen voor verpleegkundigen die vervolgens op ambulances gingen werken, maakte hoogwaardige medische hulpverlening buiten het ziekenhuis mogelijk. Op eigen initiatief werden technieken als endotracheale intubatie en interventies met intraveneuze medicatie geïntroduceerd. Dit leidde uiteindelijk tot een Landelijke Protocol Ambulancezorg. De eerste versie daarvan verscheen in 1992. Het nieuwe elan zorgde ook voor andere vormen van uniformering, zoals de kleur van het ambulancevoertuig.

Door Dennie Wulterkens

In de periode vóór 1998 bestond geen regelgeving over het uiterlijk van ambulances. Elke dienst kon de kleuren kiezen die men zelf wilde. Deze konden gebaseerd zijn op het ziekenhuis waaraan de ambulancedienst was verbonden, maar ook om lokale herkenbaarheid te benadrukken, zoals de zilvergrijze ambulances uit Druten.



Afbeelding 1. Mercedes-Benz W124 met een afwijkende Type I-carrosserie van Visser van de Ambulancedienst Druten (bron: Edgar Boonstra, Burgum).

In Ede werd gekozen voor dezelfde kleur geel, cadmiumgeel, als Rijkswaterstaat.



Afbeelding 2. Mercedes-Benz W123 met een carrosserie van Visser van G.G.D. Westveluwe-Valleigebied in Ede in een Rijkswaterstaat-gele kleur (bron: Kees Verhoef, Katwijk aan Zee).

Zichtbaarheid in de bosrijke omgeving is daarvoor waarschijnlijk de motivatie geweest. De meeste ambulancediensten lieten zich qua kleurstelling echter gewillig leiden door de ambulanceleveranciers, waarvan er in de jaren tachtig vier waren: Gebroeders Visser uit Leeuwarden, de firma Miesen via autobedrijf Nedam in Roermond, De Vries Ambulances uit Assen en Carrosseriebedrijf Akkermans uit Oud Gastel (voorziet in die jaren eigenlijk alleen Rotterdam van ambulances). De meeste ambulances werden afgeleverd in een witte kleur met daarop een (soms fluorescerend) rode striping.

Al vanaf de eerste....

De gele kleur wordt al langer gebruikt om de attentiewaarde van hulpverleningsvoertuigen te verhogen. De allereerste ambulance die in Nederland in dienst werd gesteld reed vanaf 1907 in Den Haag. Dat voertuig was voorzien van een gele bies rondom de gehele carrosserie. Hoewel het slechts een rand was, noemde de Haagse bevolking de ambulance “Het gele gevaar”! Het verhogen van de attentiewaarde was daarmee dus duidelijk bereikt! (Bron: M.F. de Bruyne, De auto voor ziekenvervoer. Deel I. In: Het Ziekenhuis 19e jrg (1928) 111)
Vanaf de jaren '60 wordt de standaardkleur ivoor. Deze kleur wordt ook in Nederland overgenomen van de Duitse ambulancefabrikanten. Abusievelijk wordt deze kleur nogal eens verward met geel. Zo wordt op 23 oktober 1964 door het Rode Kruisziekenhuis in Zierikzee een nieuwe ambulance in gebruik genomen, die in de krant “opvallend geel” wordt genoemd.



Afbeelding 3. Mercedes-Benz W123 met een carrosserie van Visser van de G.G. & G.D. Utrecht in de witte kleur met een rode band (coll: Dennie Wulterkens, Houten).

In 1989 bracht de werkgroep Voertuigen van de GG&GD Utrecht een werkbezoek aan de carrosseriefabriek Miesen in Bonn, Duitsland. De eerste Miesen-ambulances waren toen al aan Utrecht geleverd. De drie leden van de werkgroep, René Boomars, Max Esveld en Dennie Wulterkens, zagen in Bonn een ambulance bestemd voor het toenmalige Tsjecho-Slowakije klaarstaan voor aflevering. Wat hen vooral opviel aan die auto was de gele kleur. De ambulancebouw bij Miesen stond onder scherp toezicht van Dr. Hölling. In gesprek met deze technicus vernamen de werkgroepleden dat de kleurstelling was gebaseerd op een wetenschappelijk onderzoek dat was verricht door het Zweedse TNO. Als gevolg van dit onderzoek waren ook de ambulances in Zweden van die gele kleur voorzien. Tevens had het onderzoek aangetoond dat de combinatie van zwavelgeel (RAL 1016) met fluorescerend oranje (RAL 2005) een aantal unieke eigenschappen bij elkaar brengt. Bij een rijdend voertuig geven de beide kleuren een hoge attentiewaarde waardoor de menselijk hersenen sneller reageren en het voertuig dus sneller opvalt. Hierdoor anticiperen mensen sneller bij het zien van zo'n voertuig. Daarnaast was de kleurencombinatie het beste en het langste zichtbaar bij regen en mist, waardoor de veiligheid voor zowel de ambulance als de overige

weggebruikers wordt versterkt. Om dit effect te bereiken was het belangrijk om de kleuren geel en oranje in een bepaalde verhouding op het voertuig aan te brengen.

Naast deze wetenschappelijke gronden realiseerden we ons ook nog een heel andere betekenis van de kleurencombinatie. Politieauto's waren ook wit met rood en de brandweer reed met rode auto's en daarom leek het een goed idee om de herkenbaarheid van de ambulancezorg een duwtje in de rug te geven door te kiezen voor een geheel nieuwe en vooral afwijkende basiskleur: geel!

In dezelfde periode speelden grote veranderingen bij de Utrechtse ambulancedienst. Er werd gefuseerd met de Biltse Ambulance Dienst en de Ambulancedienst Zuid-West Utrecht (Nieuwegein-IJsselstein). De naam veranderde in Ambulancedienst Regio Utrecht. De opmaat naar schaalvergroting was ingezet. De man aan het roer was Bert Gelink, adjunct-directeur van de GG&GD Utrecht. De leiding over het wagenpark had Wim Sijtsma, de voormalig leidinggevende van Zuid-West Utrecht.

Toen de werkgroep zich meldde bij Sijtsma, was hij al snel overtuigd. Maar groen licht voor een nieuw uiterlijk moest van Gelink komen. Gelink had als strateeg een duidelijke visie en vond dat een nieuwe kleurencombinatie daarbij goed paste. Maar hij stelde ook nog een andere eis die ingewilligd moest worden, voordat overgegaan kon worden op de nieuwe kleurencombinatie. Voor Gelink was het overduidelijk. Een auto die er zo uitzag was onmiskenbaar een ambulance. Daarom was zijn eis, dat nergens op het voertuig het woord “AMBULANCE” mocht worden gezet. Hij zette zijn eis kracht bij door te zeggen: “Als je een paard in de wei ziet lopen, herken je dat als een paard. Niet omdat er “PAARD” op zijn buik staat geschreven!”. En met die clauseule werd de goedkeuring voor het nieuwe uiterlijk gegeven.

Echter, juist in die periode stapte de Utrechtse dienst weer over op haar “oude leverancier”. Visser Leeuwarden. Esveld en Wulterkens gingen naar Leeuwarden voor een ontmoeting met Ger Visser, de toenmalige directeur. Visser was onverbiddelijk. Een ambulance in felgele kleuren paste niet bij het imago van

Collegiale kleurstelling

Naast ambulances hebben ook diverse gele brandweerwagens rondgereden. Zo zijn er korpsen geweest die vanwege de vele snelwegen in hun verzorgingsgebied kozen voor de gele kleur ter vergroting van de zichtbaarheid (o.a. Purmerend, Raamsdonksveer en Renkum). Al in 1959 reed in Velsen een gele brandweerwagen, met het oog op de Velsertunnel. En vanaf halverwege de jaren '60 werden brandweervoertuigen voor vliegtuigbrandbestrijding in de gele kleur geleverd. Pas met de introductie van de landelijke striping in 1998 kwam aan deze bijzondere kleurstellingen een einde. Bij de brandweer stapte men maar al te graag van de afwijkende kleuren af. Grote, rode auto's worden toch vanzelfsprekender geassocieerd met de brandweer.

Visser en hij ging niet akkoord met de gevraagde geel-oranje kleurencombinatie. Juist in deze periode was Visser bezig met een baanbrekend concept, de Visser II. Dit was een maximaal uitgebouwde carrosserie van een ambulance op limousinebasis. Daarbij tarte Visser de grenzen van de specificaties van het limousinechassis.

Maar Gelink hield vol en stelde dat hij de Visser II wel wilde afnemen, maar alleen in de gele kleur. Schoorvoetend ging Visser overstag. Eind 1990 riep hij Esveld en Wulterkens weer naar Leeuwarden. Na een korte introductie werden ze meegenomen naar de spuitstraat en daar stond een ambulance, die zojuist in onberispelijk geel was gespoten. Er zat nog geen striping op, de lak was nog nat. De combinatie van kleur en omvang waren imponerend. Sceptisch zei Visser: "Dit is wat jullie wilden...". Maar er was ook geen weg meer terug. Een week later ging de fluorescerend oranje striping erop. Om tot voldoende oranje te komen, werd de diagonale streep aan de zijkant van de auto dubbel aangebracht en ook de voorbumper werd helemaal oranje gespoten.

En weer reisden Esveld en Wulterkens naar Leeuwarden. Visser was toen echt anders gestemd. Hij was aangenaam verrast en onder de indruk van het uiterlijk van de ambulance. Hij werd zelfs een ambassadeur van de gele kleur. En zo komen de eerste twee ambulances van het type Visser II in het voorjaar van 1991 naar Utrecht. Eén werd gestationeerd in Nieuwegein, de andere in Utrecht zelf.



Afbeelding 4. Mercedes-Benz W124 met de oorspronkelijke Type II-carrosserie van Visser van de G.G. & G.D. Utrecht (bron: coll. Dennie Wulterkens, Houten).

De auto's bleken uniek te zijn: Mercedes-Benz eiste van Visser de klassieke carrosserielijn in het voertuig terug waardoor de volgende modellen allemaal iets minder breed qua opbouw werden. Visser deed de concessie.

De eerste Utrechtse auto's hadden die lijn niet en waren daarom in de opbouw net iets breder. Maar het woord "AMBU-LANCE" was nergens te bekennen!

De reacties van collega's op het nieuwe uiterlijk, zowel binnen de eigen dienst als van andere diensten, waren wisselend. De één vond het walgelijk, de ander adoorde het kleurenpalet. Geleidelijk gingen steeds meer diensten over op deze gele kleur. En voor wat de striping betreft zagen we vele varianten.



Afbeelding 5. Mercedes-Benz W124 met de uiteindelijke Type II-carrosserie van Visser van de G.G. & D. Utrecht (bron: coll. Dennie Wulterkens, Houten).



Afbeelding 6. Mercedes-Benz Sprinter met een carrosserie van Visser van Het Witte Kruis in Den Haag (bron: Edgar Boonstra, Burgum).



Afbeelding 7. Ford E350 Econoline van de G.G.D. Zaanstreek (bron: Edgar Boonstra, Burgum).

Daarmee was helaas wel de wetenschappelijke onderbouwing voor de kleurencombinatie verlaten.

In 1992 gaf het Ministerie van Binnenlandse zaken de opdracht aan een ontwerpbureau om een nieuwe huisstijl voor de politie te ontwerpen. Deze was zo succesvol dat werd besloten om vanaf 1998 alle hulpdiensten van de overheid en de zogenaamde 'erkende derden' hetzelfde type striping te geven maar voor elke dienst in een andere kleurvariant. De ambulancezorg had

toen al als basiskleur voor zwavelgeel gekozen. De Ambulancedienst Texel kreeg in 1997 als eerste een ambulance met de nieuwe BiZa-stripping (tegenwoordig BZK-stripping).



Afbeelding 8. Chevrolet Chevy Van met een Vanguard 2-carrosserie van Wheeled Coach met de striping van SAVE van de ambulancedienst Van Bochove uit Harderwijk (bron: Kees Verhoef, Katwijk aan Zee).



Afbeelding 9. Chevrolet Chevy Van met een carrosserie van Bosmans van Borikamp uit Rotterdam (bron: Kees Verhoef, Katwijk aan Zee).

En inmiddels is de gele kleur op voertuigen met de bekende striping gemeengoed en wordt deze herkend als ambulancezorg. We zien het terug op alle vervoersmiddelen die we nu tot onze beschikking hebben: van fietsen tot helikopters en van motoren tot bussen.

De gele kleur heeft op zichzelf niet bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg in het Nederlandse ambulancediensten. Maar juist in een periode dat in een korte tijd veel van die verbeteringen werden aangedragen en ingevoerd, heeft de gele kleur ertoe bijgedragen dat ook voor de buitenwereld de overgang duidelijk zichtbaar was. Die duidelijkheid bestaat tot op de dag van vandaag. Voertuigen voor kwalitatief hoogwaardige dringende medische zorg zijn zwavelgeel (RAL1016)!

Over de auteur: Dennie Wulterkens is oud-ambulanceverpleegkundige en was werkzaam bij GG & GD Utrecht. Correspondentie: dennie.wulterkens@qtime.nl Met dank aan Hans Waldeck.



International trade fair and congress for safety and health at work.



GOED VOORBEREID?

Of het nu gaat om een technische fout, een menselijke fout of een zware storm - zorg dat u overal goed op voorbereid bent! Van abseiltechniek tot PBM, op het nr. 1-evenement voor de branche vindt u oplossingen voor optimaal crisismanagement bij calamiteiten en de juiste uitrusting voor rampsituaties.

Bestel nu uw ticket!
Immers: **DE MENS TELT.**

24 - 27 OKTOBER 2023
DÜSSELDORF, DUITSLAND

www.aplusa.de/2197

Fairwise B.V.
President Kennedylaan 19
2517 JK Den Haag
Tel.: +31 70 350 11 00
info@fairwise.nl | www.fairwise.nl


**Messe
Düsseldorf**

Brainspotting

Een effectieve benadering voor traumaverwerking in de ambulancezorg

In de ambulancezorg worden professionals regelmatig geconfronteerd met traumatische ervaringen tijdens het uitvoeren van hun werk. Deze ervaringen kunnen een langdurige impact hebben op hun fitheid en emotionele gezondheid. Naast bestaande vormen van ondersteuning, zoals gesprekken met het Team Collegiale Opvang (TCO) of het Bedrijfsopvangteam (BOT), wil ik in dit artikel de aandacht vestigen op Brainspotting (BSP) als een effectieve aanvulling op deze initiatieven. Als eerste leg ik uit wat BSP is en hoe het ontstaan is. Daarna wordt aandacht besteed aan hoe BSP ambulanceprofessionals kan helpen bij de verwerking van trauma als aanvulling op opvanggesprekken.

Door René Aldewereld, auteur van 'Eerste Hulp bij Schokkende Gebeurtenissen (2021)

Wat is Brainspotting en hoe is het ontstaan?

Brainspotting werd in het begin van de jaren 2000 ontwikkeld door psycholoog en therapeut David Grand. Grand was oorspronkelijk betrokken bij de EMDR-therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), een therapie die gericht is op de verwerking van trauma's. Terwijl hij EMDR toepaste, ontdekte hij dat de oogposities van zijn cliënten een aanzienlijke impact hadden op de resultaten van de therapie. - "Where you look affects how you feel" -. Dit bracht hem ertoe om verder onderzoek te doen naar dit fenomeen en uiteindelijk Brainspotting te ontwikkelen. Brainspotting is gebaseerd op de overtuiging dat oogposities gekoppeld zijn aan specifieke neurofysiologische reacties in de hersenen die verband houden met trauma. Door zich te richten op "brainspots" in het gezichtsveld, kunnen opgeslagen trauma's worden geïdentificeerd en het verwerkingsproces worden gestimuleerd. David Grand heeft sindsdien Brainspotting verder ontwikkeld en wereldwijd (52 landen al) verspreid als een effectieve therapeutische benadering voor traumaverwerking.

Impact op ambulanceprofessionals

Stel je een situatie voor waarin een ambulanceprofessional reageert op een ernstig ongeval. De collega wordt geconfronteerd met de chaos, verwondingen en intense emoties van slachtoffers en omstanders. Deze traumatische ervaring kan diepgaande emotionele gevolgen hebben voor de professional, zoals angst, stress en mogelijk posttraumatische symptomen.

Ook het aspect mental injury, wat soms bij een rit komt kijken, kan ontwikkelen tot PTSS.

Trauma-opvang en de rol van Brainspotting

TCO of het BOT spelen een belangrijke rol bij het bieden van ondersteuning aan ambulanceprofessionals na traumatische ervaringen. Een ervaring hoeft niet persé traumatisch te zijn, een patiënt die je aan iemand of een situatie doet denken, waarbij plotsklaps een herinnering met heftige emoties naar boven komt, kan evengoed een behoorlijke impact geven. Tijdens opvanggesprekken wordt een veilige ruimte gecreëerd om ervaringen te delen, emoties te uiten en onderlinge steun of praktische hulp te vinden. Hoewel deze initiatieven waardevol zijn, kan het verwerkingsproces van trauma complex zijn en baat hebben bij aanvullende benaderingen zoals BSP. De effectiviteit van Brainspotting bij traumaverwerking is aangetoond in verschillende onderzoeken en klinische praktijken. Het stelt ambulanceprofessionals in staat om op een dieper gelegen niveau trauma's te verwerken zonder expliciete gesprekken te voeren over gevoelens.

De toegevoegde waarde van Brainspotting

Brainspotting kan op verschillende manieren bijdragen aan een verwerkingsproces:

1. Tijdens Brainspotting kunnen ambulanceprofessionals specifieke brainspots verkennen die gerelateerd zijn aan hun traumatische ervaringen. Dit helpt bij het lokaliseren en verwerken van opgeslagen trauma's op een dieper niveau, wat kan bijdragen aan een meer volledige en effectieve verwerking. Het hoeft niet te gaan over de laatste rit, vaak ligt het trauma in een ver verleden.

2. Non-verbale benadering: Brainspotting maakt het mogelijk om trauma's te verwerken zonder uitgebreide gesprekken over gevoelens, waardoor het toegankelijk is voor diegenen die moeite hebben met het uiten van emoties. Door zich te richten op het onbewuste niveau van de hersenen, maakt BSP een diepgaande verwerking van trauma mogelijk.

3. Veerkracht en welzijn bevorderen: Door zich te richten op de specifieke brainspots die verband houden met trauma, kan BSP helpen bij het verminderen van de emotionele lading en het bevorderen van veerkracht en welzijn.

4. Effectiviteit van Brainspotting op de langere termijn (bijvoorbeeld na het pensioen):

Een interessant aspect van BSP is de effectiviteit ervan bij het verwerken van trauma's die pas op latere leeftijd naar boven komen, zoals na het pensioen. Veel ambulanceprofessionals ervaren tijdens hun actieve dienstperiodes van intense druk en stress, waardoor ze mogelijk geen tijd hebben om traumatische ervaringen volledig te verwerken. Wanneer ze met pensioen gaan en de dagelijkse verantwoordelijkheden verminderen, kunnen deze opgeslagen trauma's naar boven komen. Brainspotting biedt een geschikte benadering om deze verlate traumaverwerking aan te pakken, zonder de noodzaak om uitgebreid over emoties te praten. Het helpt dan om nieuwe coping strategieën te ontwikkelen en de weerbaarheid te vergroten.

Implementatie van Brainspotting als onderdeel van trauma-opvang

Het integreren van Brainspotting in het bestaande traumabeleid en de opvanggesprekken binnen de ambulancezorg vereist enkele praktische overwegingen:

- Bewustwording en training: Zorg ervoor dat ambulanceprofessionals zich bewust zijn van de mogelijkheden van BSP als aanvullende benadering voor traumaverwerking. Net zoals EMDR een goede therapievorm is om een snelle interventie te doen, is BSP een goede vorm voor hulpverleners. - Samenwerking met therapeuten: Werk samen met gekwalificeerde Brainspotting-therapeuten om ambulanceprofessionals de juiste ondersteuning te bieden. Kies voor een multidisciplinaire aanpak waarbij BSP wordt geïntegreerd in bestaande opvangstructuren, waardoor de effectiviteit van de behandeling wordt vergroot.

Conclusie

Gesprekken met het Team Collegiale Opvang of het Bedrijfsopvangteam zijn belangrijke initiatieven in de ambulancezorg om ambulanceprofessionals te ondersteunen bij het verwerken van trauma na heftige ervaringen. Als aanvulling op deze initiatieven kan BSP een waardevolle benadering zijn om het verwerkingsproces te versterken. Door zich te richten op specifieke brainspots verbonden aan trauma, biedt Brainspotting een non-verbale benadering, die diepgaande verwerking en welzijn bevordert. Het integreren van BSP in het traumabeleid en de opvanggesprekken vergt bewustwording en samenwerking met therapeuten. Door deze aanpak te implementeren, kunnen ambulanceprofessionals profiteren van een meer uitgebreide en effectieve verwerking van traumatische ervaringen, ter ondersteuning van hun welzijn en veerkracht in de ambulancezorg en daarbuiten.

Voor meer informatie: www.brainspot.nu



OMGEVINGSWET

WIJ MAKEN DE WETTEN EN REGELS BEGRIJPELIJK

De omvang en impact van de Omgevingswet zijn behoorlijk groot en dus is een goede voorbereiding van belang. Met het cursusaanbod van Sdu Opleidingen ben je altijd op de hoogte.

ONLINE CURSUS ENERGIETRANSITIE EN JURIDISCH INSTRUMENTARIUM
In drie uur op de hoogte van privaot- en bestuursrechtelijke aspecten | 28 september 2023 | Online | 3 NOV

VERGUNNINGVERLENING ONDER DE OMGEVINGSWET
Goed voorbereid op de omgevingsvergunning onder Omgevingswet | 10 oktober 2023 | Veenendaal | 5 NOV

OPSTELLEN VAN HET OMGEVINGSPLAN
Belangrijkste instrument voor normering van de fysieke leefomgeving al op orde?
9 november 2023 | locatie nnb | 5 NOV

ONLINE CURSUS BESTUURLIJKE HANDHAVING IN HET OMGEVINGSRECHT
Praktijkgerichte verdiepingscursus voor juristen die werkzaam zijn op het gebied van het omgevingsrecht
15 november 2023 | Online | 4 NOV

ACTUALITEITEN OMGEVINGSRECHT
Blik op de Omgevingswet | 29 november 2023
Breukelen | 6 NOV, 6 KNB (in aanvraag)

SCAN DE QR CODE EN GA DIRECT NAAR ONS AANBOD

Sdu
SDUJURIDISCHEOPLEIDINGEN.NL/OMGEVINGSWET

De (spoed)ambulance van Jansdaal uit 1972

De behoefte aan een ander ambulancevoertuig

Begin jaren zeventig van de vorige eeuw verzocht de toenmalige hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid dr. R. Vos aan de tussenafdeling Technische en Industriële Vormgeving van de TH Delft een studie te doen naar de ontwerpcriteria voor een preklinische transportaccommodatie, oftewel een ambulance. De hoogleraar Ir. B.B. Schierbeek gaf als hoofd van deze toen splinternieuwe afdeling de onderzoeksopdracht als afstudeerproject aan Paul Jansdaal. Hij zou op deze studie in mei 1972 cum laude afstuderen als ingenieur industriële vormgeving¹.

Door Hans Waldeck (uit het Nederlands Ambulance Archief)

De onderzoeksopdracht van Schierbeek aan Jansdaal kwam niet uit de lucht vallen. In dezelfde periode, dat in Amerika gewerkt werd aan een normering voor ambulancevoertuigen – de ‘Specification KKK-A-1822’ – kwam ook in Nederland, vooral vanwege het grote aantal dodelijke verkeersslachtoffers, een discussie op gang over de noodzaak van een drastische verbetering van de ambulancehulpverlening. Deze discussie kreeg een impuls door de treinramp bij Harmelen op 8 januari 1962, waarbij 91 dodelijke en 54 zwaargewonde slachtoffers te betreuren waren en de hulpverlening chaotisch verliep². De bij de verzorging van de gewonde slachtoffers betrokken geraakte chirurg van het Woerdense Hofpoort-ziekenhuis Jo Dijkstra³

had al een jaar eerder een gezaghebbend en richtinggevend artikel in het tijdschrift Huisarts en wetenschap over ‘Spoedeisende gevallen bij de behandeling van verkeersslachtoffers’ geschreven⁴. Hij zag zijn praktijk toen al overspoeld door verkeersslachtoffers van rijksweg 12, de autosnelweg van Den Haag naar Utrecht. Hij pleitte daarin – en ook in latere publicaties – overeenkomstig de genoemde Amerikaanse aanbevelingen voor behalve een betere organisatie van de ambulancehulpverlening, ook voor hoogwaardiger personeel en voor een heel ander type ambulanceauto dan de verbouwde stationcar, die tot dan toe gebruikelijk was. Het zou in 1970 in zijn eigen woonplaats leiden tot een op dat moment vooruitstrevende ambulanceauto van het type Mercedes-Benz 406 ‘Düsseldorfer’ van de plaatselijke ambulancedienst Hoek⁵. In datzelfde jaar



Afbeelding 1 en 2. De Mercedes-Benz 406 uit 1970 van de ambulancedienst Hoek uit Woerden, zoals gerealiseerd door de Gebroeders Visser uit Leeuwarden (fotograaf: ©Frans Poken†, Leeuwarden).



Afbeeldingen 3 en 4. Het schaalmodel van de SAM, zoals dat tijdens de verdediging van het afstudeerproject van Paul Jansdaal in 1972 werd gedemonstreerd (bron: coll. Hans Waldeck).

schreef de auteur van dit artikel een notitie voor het Staatstoezicht op de Volksgezondheid op basis van zijn ervaringen bij diverse ambulancediensten met aanbevelingen voor een verbetering van het ambulancevoertuig⁶. Die aanbevelingen bleken in belangrijke mate overeen te komen met die van Dijkstra. Het waren deze aanbevelingen, die de genoemde hoofdinspecteur tot zijn opdracht aan de TH Delft bracht.

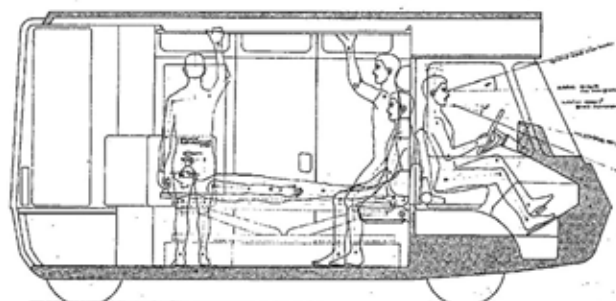
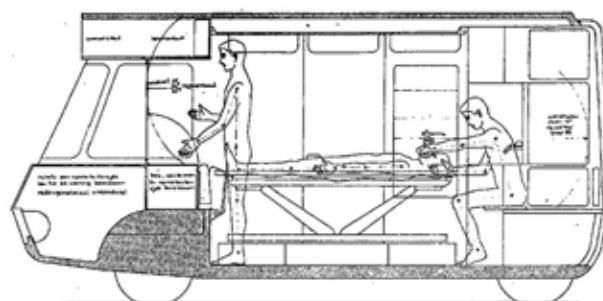
De kenmerken van de SAM

Paul Jansdaal verdiepte zich vergaand in de organisatie van de ambulancehulpverlening en het gebruik van ambulanceauto's. In een lijvig rapport van drie delen met uitvoerige analyses van werkelijk alle aspecten, die bij het ambulancevervoer een rol spelen, kwam hij tot een baanbrekend ontwerp voor een (spoed)ambulance: de SAM⁷.

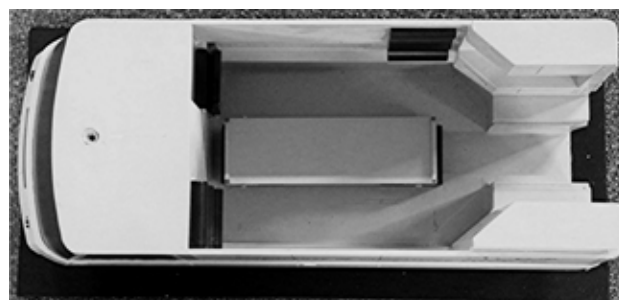
Hij was tot de slotsom gekomen, dat in de hele wereld alle ambulanceauto's – overigens tot op de dag van vandaag – aan de patiënt en zijn hulpverlener(s) om aanpassingen vragen in plaats van dat het voertuig zo ontworpen was, dat het voertuig volledig voldeed aan de eisen, die de patiënt en diens hulpverlener(s) aan het voertuig stellen. Dat besef leidde tot een compleet ander voertuig dan tot dan – en tot nu – als ambulanceauto werd gebruikt. Iedere ambulanceauto was – en is – hoe je het ook wendt of keert een verbouwde personen- dan wel bestelauto, of zelfs vrachtauto. In dergelijke auto's konden en kunnen de meest basale eisen voor een verantwoord vervoer van patiënten en ongevalsslachtoffers en de werkomstandigheden van zijn hulpverlener(s) nu eenmaal niet vervuld worden. De patiënt kwam en komt altijd terecht op de achteras van het voertuig, de grootste bron van ongewenste schokken en trillingen en algemeen ervaren discomfort tijdens de rit. De hulpverlener(s) hadden werkomstandigheden, die niet voldeden aan de elementaire voorwaarden voor een gezond arbeidsklimaat. De 168 centimeter stahoogte, die later in de Wet ambulancevervoer werd vastgelegd, was ten enenmale onvoldoende voor de gewenste 186 centimeter om tenminste 50% van de mannelijke bevolking werkelijk rechtop te kunnen laten staan⁸.

Paul Jansdaal moest in zijn analyses tot de conclusie komen, dat de patiënt tussen de assen van het voertuig gepositioneerd moest worden, zo laag mogelijk bij de grond en met zijn voeten in de rijrichting. Pas dan zou het voertuig in de rit naar het ziekenhuis maximaal bijdragen aan een succesvolle behandeling

en verzorging. De patiëntaccommodatie kreeg de noodzakelijke stahoogte en de positie van de hulpverlener was of aan het hoofd of aan beide zijden van de patiënt. Pas dan werd voldaan



Afbeeldingen 5 en 6. Dwarsdoorsneden uit de set ontwerptekeningen voor een spoedambulance van Paul Jansdaal uit 1972, waarin de gewenste positionering van de patiënt tussen de wielassen, zo laag mogelijk bij de grond en met de voeten in de rijrichting gevisualiseerd wordt (bron: Jansdaal, Paul - : Spoedambulance project: een analyse van een preklinische behandlings- en vervoers-akkommodatie voor spoedeisende patiënten, Afstudeerwerk Tussenafdeling Technische en Industriële



Afbeelding 7. Het interieur van het schaalmodel van de spoedambulance van Paul Jansdaal (bron: coll. Hans Waldeck).

aan de eisen, die de patiënt en zijn hulpverlener(s) aan een ambulancevoertuig stellen.

Een prototype van de SAM

Het ontwerp van Paul Jansdaal was niet direct uitvoerbaar vanwege zijn zeer principiële conclusies en keuzes, maar wel zo veelbelovend, dat een vervolg gewenst was. Ik verzocht professor Schierbeek dan ook opnieuw een afstudeerproject op te dragen aan een student industriële vormgeving om het ontwerp van Jansdaal te operationaliseren tot een functionerend prototype van een dergelijk ambulancevoertuig. Die studie werd in 1978 en 1979 uitgevoerd door Hans Pijpers⁹. In samenwerking met de G.G. & G.D. Den Haag, Citroën – de leverancier van het basisvoertuig een Citroën C35 – en Unihef – de leverancier van een zwevende brancarddrager – werd in 1980 het prototype getoond op de Bedrijfsauto-RAI van dat jaar.

Na de presentatie zou deze ambulance worden opgenomen in het wagenpark van de genoemde G.G. & G.D. voor evaluatie. Op de RAI ging de aandacht vooral uit naar de Unihef brancarddrager in dit voertuig en niet naar het oorspronkelijke doel van dit project, dat helaas ook niet gevolgd was¹⁰. Dit prototype kwam vermoedelijk bij het Snelwegproject van het Nederlandse Rode Kruis terecht en niet bij de G.G. & G.D. Den Haag. Zo ver bekend heeft een evaluatie nooit plaatsgevonden.

Ambulance of Comforting Excellence

Binnen de commissie spoedeisende geneeskunde van de VVAA (Vereniging van Artsen-Automobilisten) werd regelmatig gesproken over de (spoed)ambulance van Jansdaal. Twee ambu-



Afbeelding 8. Het prototype van de SAM als ontworpen door Hans Pijpers uitgevoerd op een Citroën C35 en uitgerust met een Unihef zwevende brancarddrager. Let op: de patiënt ligt (helaas) nog steeds op de achteras (fotograaf: ©Piet Hoving, Nijmegen).

lanceverpleegkundigen van de ARU (Ambulancedienst Regio Utrecht) Dennie Wulterkens en René Boomars, die ook betrokken waren bij de destijds door de genoemde commissie regelmatig georganiseerde reanimatie- en andere spoedeisende geneeskundecursussen in de Blijde Werelt in Lunteren hebben uiteindelijk in 1994 in een daarvoor opgerichte v.o.f. Medivac geprobeerd alsnog een (spoed)ambulance van Jansdaal te realiseren. Ze werden daarbij aangemoedigd en financieel gesteund door Bert Gelink, de adjunct-directeur van de G.G. & G.D. Utrecht. Er werd een patent aangevraagd en verkregen voor het zijwaarts laden van de patiënt in plaats van via de achterkant. Met het CAB (Centraal Automobiel Bedrijf) in Utrecht werd onderzocht hoe het project met de naam Ambulance of Comforting Excellence oftewel ACE op te zetten. Er werd onderzocht in hoeverre een modificatie van de Neoplan Citybus uit 1991 mogelijk was. Een dergelijke bus was in 1985 door het Duitse ambulancedarrosseriebedrijf Binz voor de Frankfurter Feuerwehr omgebouwd tot Notarztwagen.



Afbeelding 9. De Neoplan N 907-ambulance van de Frankfurter Feuerwehr met een inrichting van Binz (bron: Oswald, Werner - : Kraftfahrzeuge fer Feuerwehr und des Rettungsdienstes seit 1900, Stuttgart – 1992

Tijdens de ambulancevakbeurs in Hattem werd een Neoplan Citybus nog gedemonstreerd. Het bleek een te groot voertuig, zodat samen met het CAB verder werd gezocht naar een geschikt basisvoertuig om de uitgangspunten van Jansdaal te kunnen realiseren. Er werd zelfs een reis naar Zweden gemaakt om besprekingen met Volvo in Gothenburg te voeren, omdat zij met een taxicab-project bezig waren dat voor ons mogelijkheden bood om aan te haken. Dat project heeft bij Volvo geen vervolg gekregen.

In Nederland werd bij Q-bus¹¹ en Antilope afgetast wat daar de mogelijkheden waren in hun projecten voor kleine, wendbare stadsbussen met lage vloer. Op de Q-bus Q96 werden zelfs tekeningen gemaakt van een mogelijke uitvoering.

En toen waren daar plotseling de Europese richtlijnen voor ambulances gedictieerd door Mercedes-Benz en Miesen, die iedere innovatie voor een andere dan de conventionele ambulance onmogelijk maakte. Een gesprek in Brussel om de commissie tot andere gedachten te brengen, haalde niets uit. De stekker moest uit het project worden getrokken.

Alsnog een ultieme poging

Een aantal jaren later werden we via een stimuleringsprogramma van de Kamer van Koophandel opnieuw in de gelegenheid gesteld een poging te wagen met een zeer innovatieve sandwich-techniek van Fokker uit Hoogeveen. Fokker was zeer vertrouwd met deze technieken vanuit hun expertise in de vliegtuigbouw en bezig deze toe te passen in de bouw van bussen. Deze ontwikkeling leek ook zeer veel belovend voor de realisering van de (spoed)ambulance van Jansdaal. Er vonden serieuze gesprekken plaats, waarbij ook de ziektekostenverze-



Afbeelding 12. Een artist-impression van de ACE op een Q96- van Q-bus (bron: coll. Hans Waldeck, de Wijk).



Afbeelding 10. Een Q-bus Q96 uit 1992 op basis van een Peugeot Boxer als citybus in Charleroi (bron: wikipedia).

kerars en enkele grote ambulancediensten betrokken waren. Er werd zelfs gesproken over een zogenoemde nul-serie van vijftig exemplaren. Maar ook dit project stierf uiteindelijk een stille dood, omdat het bij Fokker geen vervolg kreeg.

Nog een succesvolle toekomst voor de (spoed)ambulance van Jansdaal?

Een (spoed)ambulance van Jansdaal, die gebaseerd was op de noden van de patiënt en zijn hulpverlener(s) heeft het levenslicht dus nog steeds niet gezien. Het verleden is geweest, de toekomst zal het leren.

Met dank aan Dennie Wulterkens voor zijn bijdrage aan de totstandkoming van dit artikel.

Literatuur en noten

- Jansdaal, Paul - : (spoed)ambulance project: een analyse van een preklinische behandelings- en vervoers-accommodatie voor spoedeisende patiënten, Afstudeerwerk Tussenafdeling Technische en Industriële Vormgeving TH Delft, Delft - 1972.
- https://nl.wikipedia.org/wiki/Treinramp_bij_Harmelen.
- <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1972100860002a.pdf>.
- Dijkstra, J. - : Spoedeisende gevallen bij de behandeling van verkeersslachtoffer', Huisarts en Wetenschap 4(1961): (261-266, 305-311 en 339-348).
- Geschiedenis Ambulancezorg Woerden - Utrecht 1960 - 1971 (<http://ambulance.digitalise.net/index2.html>).
- Waldeck, K.J.J. - : Begripsvorming omtrent en functionering van een ambulance-eenheid, nota op verzoek van de Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Volksgezondheid, 's-Gravenhage 1970.
- Oorspronkelijk noemde hij zijn ontwerp de SA, maar dat was gezien de gevaren uit de Tweede Wereldoorlog een ongelukkige keuze.
- Jansdaal, Paul - : (spoed)ambulance project: een analyse van een preklinische behandelings- en vervoers-accommodatie voor spoedeisende patiënten, Afstudeerwerk Tussenafdeling Technische en Industriële Vormgeving TH Delft, Delft - 1972, pg. 65.
- Pijpers, Hans - : SA. (spoed)ambulance, Afstudeeropdracht Technische Hogeschool Delft, Tussenafdeling der industriële vormgeving - 1979.
- Anoniem: Unihef presenteert nieuwe brancarddrager, de Ambulance 1(1980): 2 (11-12).
- https://nl.wikipedia.org/wiki/Q-Bus_Q96.

Troostberen en geen beloften maar daden



Het is 16 maart 2021, dag twee van de Tweede Kamerverkiezingen, en nog één dag van drie dagen stemmen te gaan. Als lijsttrekker van Splinter neem ik deel aan het NOS “Kleine partijen” slotdebat. Een aantal zwevende kiezers, waaronder ambulanceverpleegkundige Ben van Omme, laten hun stem bepalen op basis van het debat. Hij zegt: ‘Ik zweef eigenlijk niet meer, ik heb besloten om mijn stem te geven aan diegene die de afgelopen vier jaar wat gepresteerd heeft. Ik ga af op de daad en niet meer op de belofte. En dan zou in dit gezelschap mevrouw Van Kooten het meeste kans hebben.’ Ben doelt waarschijnlijk onder andere op de €1.000,- zorgbonus, de FFP2 maskers buiten de ziekenhuizen en de eerste kritische vragen over hoognodig onderzoek naar long covid. De volgende dag wordt duidelijk: Splinter haalt ruim 30.000 stemmen, een halve zetel. Mijn bekendheid is helaas niet groot genoeg en evenmin die van Splinter, slechts twee maanden voor de verkiezingen opgericht...

Wat “presteren” en “daden” dagelijks betekenen in het werk van een ambulanceverpleegkundige zou ik aan het eind van 2021, helaas, zelf ondervinden. Het is de nachtmerrrie van elke ouder: de ambulance moeten bellen voor je kind. Olivier was destijds net drie jaar. We hadden geluk: de ambulance stond dichtbij op de ambulancepost Woerden. Amper vijf minuten na mijn gesprek met de meldkamer, liepen de twee ambulancezorgverleners kordaat naar binnen, de situatie in ogenschouw nemend en direct professioneel handelend. Ze straalden de rust uit die wij, als ouders, hard nodig hadden. Het was een vreselijk incident, maar het is gelukkig allemaal weer goed gekomen met Olivier. Zijn lievelingsbeer heet “Troostbeertje”, gekregen van de ambulancebemanning. En als ik een ambulance zie, voel ik iedere keer weer die dankbaarheid voor de mensen die dag in dag uit dit levensreddende werk doen.



Het is vandaag, nu ik dit schrijf, zondag 27 augustus 2023. Inmiddels ben ik sinds drie maanden interim-voorzitter van collega beroepsorganisatie NU’91. En ik lees in de krant dat de ambulanceverpleegkundige die de lovende woorden sprak op verkiezingsavond, sinds april 2021 ziek thuis zit door long covid. Hij is volledig arbeidsongeschikt. En komt hoogstwaarschijnlijk niet in aanmerking voor de €15.000,- long covid vergoeding, omdat hij nog lang heeft geprobeerd door te werken. De druk op de zorg was te hoog, het plichtsbesef was te groot. Het is een groot onrecht als verpleegkundigen zoals Ben niet in aanmerking zouden komen voor een long covid vergoeding. Nu vind ik €15.000,- bij lange na niet genoeg als vergoeding voor de zorgprofessionals die met gevaar voor eigen gezondheid en leven in de frontlinie stonden en daardoor long covid hebben opgelopen.

Ik zal daar als interim-voorzitter van NU’91 en straks na de verkiezingen in november, als hopelijk Splinter in de Tweede Kamer gekozen wordt, keihard voor blijven vechten. Het kan en móet anders. Ik beschouw het als een grote eer dat ik de dagvoorzitter mag zijn op het komende congres van V&VN Ambulancezorg voor ambulanceprofessionals: ‘Van Triage naar Transfer’. Tot 10 oktober!



Femke Merel van Kooten-Arissen

Onderzoek stimuleren voor excellente patiëntenzorg

Wetenschappelijk onderzoek in de ambulancezorg is cruciaal. Om de kwaliteit van de ambulancezorg te verbeteren en om evidence-based beslissingen te nemen. De Wetenschapscommissie speelt een belangrijke rol als het gaat om onderzoek doen in de ambulancezorg. In dit artikel lees je hoe de Wetenschapscommissie onderzoek in de ambulancezorg stimuleert en waarvoor je bij de commissie terecht kunt.

Om onderzoek in de ambulancezorg te bevorderen, heeft Ambulancezorg Nederland (AZN) samen met diverse andere partijen de onderzoeksagenda 2021-2026. De Wetenschapscommissie ambulancezorg is een van de gremia waarbij je terecht kunt als het gaat om onderzoek doen. De commissie heeft zich onder meer als doel gesteld de onderzoekscultuur in de sector te stimuleren, zodat de kennisontwikkeling in de ambulancezorg verder wordt uitgebouwd. Ook fungeert de commissie als brug tussen het wetenschapsveld en de ambulancezorg. Binnen elke regionale ambulancevoorziening (RAV) is iemand aangewezen die voor de Wetenschapscommissie als contactpersoon fungeert.

Wetenschappelijke onderbouwing

Onderzoek in de ambulancezorg is om verschillende redenen belangrijk. Voorzitter van de Wetenschapscommissie Lisette Schoonhoven vertelt: “Onderzoek levert een bijdrage aan de onderbouwing van ons vak. Binnen onze sector vinden allerlei nieuwe ontwikkelingen en verbeteringen plaats. Zo wordt ambulancezorg allang niet meer alleen ingezet voor traumabehandeling. Het is belangrijk dat deze wijzigingen wetenschappelijk worden onderbouwd.”

Researchverpleegkundige Jan Bosch van RAV Hollands Midden vult aan: “Het belang van onderzoek in de ambulancezorg kan worden onderverdeeld in verschillende aspecten. Ten eerste komt onderzoek ten goede aan de patiënt, want door wetenschappelijke studies identificeren we de beste benaderingen en behandelingen, waardoor patiënten de best



Jan Bosch



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

mogelijke zorg ontvangen. Ten tweede komt onderzoek ten goede aan de organisatie, want door onderzoek kunnen we onze diensten verbeteren, efficiënter werken en betere resultaten behalen. Dit alles doen we voor zoveel mogelijk gezondheidswinst voor de patiënt.”

Samenwerking essentieel

De intentie om onderzoek uit te voeren is absoluut aanwezig in de ambulancezorg. Jan legt uit: “De ambulancezorg wil graag snel vooruit en wil de patiëntenzorg continu verder optimaliseren. Het ontbreekt RAV's en ziekenhuizen echter

regelmatig aan fysieke middelen, zoals geld en personeel. De zorgdruk is namelijk hoog. Ambulancevoorzieningen zijn daarom voornamelijk gericht op het verlenen van ambulancezorg. Onderzoek doen onder hoge zorgdruk is een uitdaging. Daarom is het ook zo essentieel om de samenwerking te zoeken, zowel met organisaties binnen als buiten de ambulancesector. Door samen te werken delen we de kennis en mankracht met elkaar én doen we zo efficiënt mogelijk onderzoek, samenwerken levert dus een win-win situatie op.”

Sturen en ondersteunen

Hier komt de Wetenschapscommissie in beeld. Nancy van der Waarden, verpleegkun-

dig specialist AGZ en klinisch epidemioloog bij Ambulance Rotterdam-Rijnmond, legt uit: “We willen de onderzoekscultuur écht stimuleren binnen de ambulancezorg. Onze uitdaging ligt in het vinden van een balans tussen het sturen van de onderzoeken en het bieden van ondersteuning. Om de toekomst van onderzoek in de ambulancezorg te waarborgen, moeten we ideeën en initiatieven toetsen voordat het onderzoek bij meerdere RAV’s, of landelijk, wordt uitgerold.” Een regionale inspanning is daarom ook noodzakelijk, waarbij verschillende regio’s samenwerken en kennis en resultaten delen. Lisette gaat verder: “Het delen van goede ideeën met collega’s en het ontvangen van ideeën en resultaten van anderen is een essentiële stap naar vooruitgang. We moeten niet telkens het wiel opnieuw willen uitvinden.” Nancy vult aan: “Wat we bijvoorbeeld zien, is dat er heel veel regio’s zijn waar dezelfde thema’s spelen. Bijvoorbeeld mobiele zorg, of de verbetering van triage. Omdat het zorglandschap verandert, nemen zulke specifieke vragen toe. Daarom is het belangrijk om te onderzoeken: welke patiënt moet waar naartoe en waar krijgen zij de juiste zorg? Kan dat wellicht gewoon thuis? Of moet je toch naar een gespecialiseerd centrum? Zodat we dit wetenschappelijk kunnen onderbouwen.”



Nancy van der Waarden

Blik op de toekomst

Het jaar 2027 is een belangrijke stip op de horizon voor de Wetenschapscommissie. Jan vertelt: “Dan is het idealiter zo dat een onderzoek van RAV’s of (academische) ziekenhuizen eerst door ons wordt beoordeeld, vóórdat het aan de ambulancevoorzieningen wordt aangeboden. We kijken dan bijvoorbeeld of het onderzoek past binnen de ambulancezorg en of het toepasbaar is in onze sector. Als het onderzoek veelbelovend is, wordt het overhandigd aan de ambulancevoorzieningen. Of we geven advies welke verbeteringen of aanpassingen nog nodig zijn. Op dit moment bevindt onderzoek doen in de ambulancezorg zich nog in een soort tussenfase. Er is nu vooral vraag naar kennis en expertise op het gebied van onderzoek. Daarom ligt de focus nu vooral op samenwerken.” Lisette vult aan: “Omdat alle onderzoeken in de toekomst in eerste instantie bij ons terecht komen, weten we precies wie welk onderzoek uitvoert. Zodat er geen dubbel werk geleverd wordt, maar het onderzoek wel écht vanuit de RAV wordt georganiseerd. Mijn wens is dat in de toekomst de onderzoeken vooral uit de ambulancezorg zelf komen, in plaats van vanuit ziekenhuizen of universiteiten.”

Wetenschapscommissie: vraagbaak en sparringpartner

Over het belang van onderzoek in de ambulancezorg zijn Lisette, Jan en Nancy het roerend eens. Alle drie zeggen ze: “Onderzoek zorgt voor onderbouwing van behandelingstechnieken en -protocollen. Uiteindelijk zorgt dit alles voor de beste patiëntenzorg. En daar streven we als gehele sector naar! De Wetenschapscommissie dient hierbij in deze fase vooral als vraagbaak en sparringpartner. We delen onze kennis op het gebied van onderzoek én brengen de onderzoekers in contact met ons brede netwerk. Doe je onderzoek binnen een bepaald thema? Dan koppelen wij je aan de regio die hier al mee bezig is. Zo voeren we snel én efficiënt onderzoek uit.”

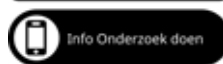


Lisette Schoonhoven

Vertel je plan en stel je vragen!

Heb je zelf een idee of loop je ergens tegenaan en lijkt dit onderwerp je geschikt om wetenschappelijk onderzoek naar te doen? Lisette: “Zoek contact met de contactpersoon onderzoek binnen jouw RAV. Zo creëer je draagvlak binnen jouw RAV. Nadat de contactpersoon onderzoek je idee of onderwerp heeft beoordeeld, zijn wij als Wetenschapscommissie razend benieuwd naar je plan! Wij ondersteunen je bij de uitvoering van je onderzoek aan de hand van onze kennis en expertise. Mail hiervoor naar: wetenschapscommissie@ambulancezorg.nl.”

Nieuwsgierig geworden? Lees meer informatie over onderzoek doen in de ambulancezorg via de QR code:



Lees het nieuwsbericht van 04-05-2023: ‘Onderzoek in de ambulancezorg doet ertoe!’ via de QR code:



Interview

Trek aan de bel, praat erover!

In februari 2021 presenteerde Annemiek Valent, ambulancechauffeur bij Ambulance Amsterdam, haar bijzondere boek “En dan is het jouw kind dat alles overstijgt”. Daarin beschrijft ze haar ervaringen nadat zij met haar collega gestuurd was naar het ongeval waarbij haar zoon bleek te zijn omgekomen. In het decembernummer van 2019 hebben we uitgebreid bij deze gebeurtenis en haar verwerking ervan stilgestaan en in het maartnummer van 2021 is aandacht besteed aan het uitkomen van het boek. Mede door de reacties op dit boek, heeft het nu een vervolg gekregen in het project mentale gezondheid dat binnen Ambulance Amsterdam, de ambulancedienst waar Annemiek bij werkt, is opgestart en waar zij de kartrekster van is. De redactie van het vakblad sprak met Annemiek.



Je boek heeft blijkbaar heel wat losgemaakt?

“Klopt. Ik kreeg ontzettend veel reacties, vooral op Facebook. Met sommige kon ik niet zoveel zoals iemand die schreef ‘mijn kind is ook dood’, maar ik heb ze allemaal beantwoord. Er waren ook heel veel collega’s die reageerden, zowel binnen mijn eigen dienst als uit het hele land. Ja, wij hebben een heel gek beroep waarin we heel wat meemaken. Daar staan we soms niet altijd bij stil, maar het heeft dus blijkbaar wel degelijk impact. Veel collega’s hebben schokkende situaties meegemaakt en vroegen mij: ‘heb je nog tips en trucs?’ En toen ben ik gaan nadenken: hier moet ik wat mee. Blijkbaar zitten veel mensen met onverwerkte ervaringen en dat is niet goed. Hoe kan ik hier wat aan doen?”

En wat heb je toen gedaan?

“Eerst ben ik me er helemaal in gaan verdiepen. Ik heb veel gelezen, ik heb contact gezocht met mensen van de Marechaussee die hier ook mee bezig waren. Ook met collega’s uit het land die iets heftigs hadden meegemaakt en daarmee worstelden. Sommigen hadden daar binnen hun dienst ook wat mee gedaan. Politie, leger, brandweer, ook die organisaties hebben ermee te maken en ook daar waren mensen die zich in de materie hadden verdiept.

Daarna ben ik er met een leidinggevende van ons over gaan praten. Die was enthousiast. Ik zei: ‘we moeten iets van een werkgroep starten, maar wie moet die gaan voorzitten?’ Toen

lachte ze naar mij en zei: ‘jij dus!’ Samen hebben we ons binnen de dienst hier sterk voor gemaakt en directie en management stonden er positief tegenover. Ze waren ook bereid hier geld voor vrij te maken.

Voor mij was het belangrijkste dat de collega’s over dit soort dingen met elkaar gingen praten, dat het normaal was om het hierover te hebben. Veel mensen vonden het toch niet makkelijk zich kwetsbaar op te stellen en moesten over een drempel getrokken worden.”

Hoe hebben jullie de collega’s aan het praten gebracht?

“We hebben verschillende dingen gedaan. We zijn begonnen met het drukken van kaartjes met vragen aan de collega’s zoals: ‘Hoe gaat het nou écht met je?’ en ‘Neem je een casus mee naar huis? Praat erover’. Die hebben we ook aan de binnenkant van de WC-deuren geplakt.



Verder hebben we op elke post op de grote tafels een glazen pot gezet met daarin kaartjes, waarop vragen stonden om het gesprek mee op gang te brengen. Dat heeft wel gewerkt: een keer was het op onze post rustig en veel ploegen zaten binnen, iedereen verdiept in zijn of haar mobieltje. Toen riep een col-

lega: ‘Wat gezellig is het hier! Zullen we een spelletje doen en de vragen uit de pot eens aan elkaar gaan stellen?’ Dat is toen een heel geanimeerd gesprek geworden. Op andere posten hebben ze alle kaartjes uit de pot gehaald en opgehangen zodat iedereen ze kon zien.”



En verder?

“Wat ook tot veel reacties leidde was dat we collega’s gevraagd hebben om een heftige ervaring te delen op het intranet, dat uiteraard alleen toegankelijk is voor onze collega’s. De eerste die met zijn verhaal kwam kreeg enorm veel reacties. Daaruit bleek wel dat het erg leefde. Daarna hebben andere collega’s, ook bijvoorbeeld van de Middencomplexe Ambulancezorg, hun heftige verhalen gedeeld en ook zij kregen veel reacties.

Van het budget hebben we een vrij dure massagestoel gekocht om optimaal te ontspannen. Die maakt een rondgang langs onze zes posten en wordt om de zoveel tijd door een koeriersbedrijf verhuisd. Het is een hele speciale ervaring en als er iemand in ligt hoor je allerlei geluiden uit de stoel komen, want je lichaam wordt goed gemasseerd. Je hebt allerlei standen en programma’s, het is een hele bijzondere ervaring. Je ontspant er echt van!

Binnen ons bedrijf is nu iemand aangenomen die een preventieplan gaat opstellen. Want voor het bedrijf is het natuurlijk ook heel belangrijk om hier aandacht voor te hebben: het kan erg schelen in ziekteverzuim.”

Wat is de volgende stap?

“Op dit moment zijn we bezig met het voorbereiden van een

symposium, gecombineerd met een partnerdag. Want die partners hebben vaak als eerste door dat er iets met iemand aan de hand is; dat de verwerking niet goed gaat. Zij weten vaak niet hoe ze hierop moeten reageren, maar zijn wel heel belangrijk. Ik hoorde laatst van een partner dat die had gemerkt hoeveel beter het met iemand ging na therapie: die persoon toonde weer belangstelling voor de partner, ze gingen weer samen dingen doen, echt een hele verandering!

Wel is het jammer dat we geen sponsors voor het symposium hebben gevonden. We hebben een heleboel partijen benaderd zoals leveranciers en zorgverzekeraars, maar allemaal zeiden ze: ‘nee, daar gaan we geen geld in steken, het staat nog te veel in de kinderschoenen.’”

Hebben jullie nog meer plannen?

“Ja natuurlijk. Liefst zou ik het landelijk willen trekken en ervoor zorgen dat er bij alle ambulancediensten in het land aandacht komt voor mentale gezondheid. Graag zou ik in andere keukens kijken, contacten leggen en misschien jaarlijks een landelijk symposium, maar dan wel met sponsors organiseren. Ik vind het superleuk om de kar te trekken, maar het vreet energie. Gelukkig merk je wel dat er iets aan het veranderen is. Zo heeft ook ‘Ambulancedepodcast’ al diverse afleveringen aan dit fenomeen gewijd. Die zijn heel leuk om te luisteren, kan ik iedereen aanbevelen.”

Wat is nu je belangrijkste boodschap?

“Eigenlijk heel simpel: trek aan de bel, praat erover!”

Annemiek, heel erg bedankt en veel succes!

Voor de podcasts hier de link:

<https://www.ambulancedepodcast.nl>

Kort Nieuws

Lifeline 1 verhuisd

Na 28 jaar vanaf het dak van het VUMC te zijn opgestegen, vertrekt de Lifeline 1 sinds 19 juli vanaf de Heliport in het Westelijk Havengebied. Daar staat ook het MMT-voertuig. Het MMT verblijft daar op de Hornweg 24, in een geheel nieuw opgetrokken pand met garage en hangar. Beneden is een ruimte met computers en twee grote schermen. Bij een inzet is op één van de schermen meteen te zien waar die is en hoe de omgeving eruit ziet, zodat het team snel kan besluiten per helikopter of MMT-voertuig ter plaatse te gaan. Verder heeft het gebouw een ontspanningsruimte, een keuken met eetruimte en kleedruimten. Er is ook een ruimte voor de leidinggevenden. Boven bevinden zich zes kleine slaapkamers met eigen sanitair en een les/vergaderingruimte.

Handig is dat hier getankt kan worden en dat alles gelijkvloers is, zodat de ploeg snel aan boord kan gaan van de heli of in het

MMT-voertuig kan stappen. Hoewel de locatie afgelegen lijkt, valt dit erg mee: je zit met de auto snel op de A10 of de A5, van daaruit kun je veel kanten op.



Niet luchtig over lucht

Op 13 juli vond de promotie plaats van Hans van Schuppen, anesthesioloog en MMT-arts bij de Lifeliner 1 (standplaats Amsterdam), ook bekend in reanimatieland als voorzitter van de Medische Adviesraad van de Nederlandse Reanimatieraad en directeur van de ARREST-studie, de langlopende Nederlandse studie naar reanimaties. Als basis voor zijn proefschrift, dat handelt over het belang van ventilatie en de bijdrage die een gespecialiseerde arts in de preklinische fase kan bieden, diende een vijftal publicaties en een ongepubliceerde studie naar het gebruik van devices voor het scenario dat iemand niet te intuberen of te ventileren is.

30 om 2

In hoofdstuk 2 bespreekt Van Schuppen enkele nieuwe ontwikkelingen binnen het wetenschappelijk onderzoek naar reanimaties¹. Sommige van die aspecten worden in de andere hoofdstukken uitgewerkt. Bij het behandelen van de luchtweg passeren vier opties de revue. Een reanimatie begint doorgaans met masker-ballonbeademing, soms ondersteund door oro- of nasopharyngeale tubes. De '30 om 2' is nog steeds optimaal voor het opbouwen van druk en adequaat ventileren. Dit ventileren kan met een masker wel beter als de hulpverleners een andere techniek toepassen, waarbij de een het masker met twee handen stevig om de mond drukt en de ander beademt en thoraxcompressies geeft.

Supraglottische airways zoals de I-gel zijn prima: snel en ook door minder ervaren mensen goed toe te passen. Let wel op lekkage en blijf liefst '30 om 2' aanhouden.

Een endotracheale tube heeft weliswaar de nodige voordelen, maar ook nadelen en vereist een niveau van oefening en ervaring, dat de meeste preklinische hulpverleners niet bereiken. In hoofdstuk 3 bespreekt hij de voordelen van videolaryngoscopie en hoe deze techniek ertoe leidt dat ook minder ervaren hulpverleners een hoger slagingspercentage kunnen halen en de tube sneller kunnen plaatsen, waardoor de reanimatie niet onderbroken hoeft te worden².

Het rampenscenario dat je niet kunt intuberen of oxygeneren (CICO ofwel can't intubate can't oxygenate) wordt in hoofdstuk 4 behandeld. In deze sectie worden twee hulpmiddelen met elkaar vergeleken: de QuickTrach en Ventrain. Hoewel dit onderzoek niet kon worden voltooid door externe factoren, vonden de deelnemers de Ventrain makkelijker toe te passen.

Gouden standaard

Dan gaat hij in op de beademing waarvan hij acht aspecten bespreekt. Er zijn onderzoeken die zeggen dat alleen thoraxcompressies voldoende zijn bij een reanimatie. Van Schuppen is niet van deze benadering. Groot probleem is de hypercapnie die dan kan ontstaan. Dan de verhouding compressies en beademingen: '30 om 2' is en blijft de gouden standaard en beter dan continu beademen en masseren omdat de ventilatie dan toch minder

optimaal is. De invloed van de langere pauze ten behoeve van het beademen, op de carotidenflow, blijkt niet heel groot.

Pauze van drie naar vijf seconden?

Interessant zijn Van Schuppens bevindingen over de ventilatie bij gebruik van de mechanische thoraxcompressie devices zoals de LUCAS en de Autopulse³.

Standaard hanteren die drie seconden pauze voor twee

beademingen in het 30 om 2-scenario. Van Schuppen acht dit onvoldoende om twee goede ventilaties te geven en adviseert in hoofdstuk 5 om deze pauze naar vijf seconden op te rekken. Ook wat betreft de frequentie van de beademing lijkt het tegenwoordige onderzoek te neigen naar een iets hogere frequentie dan de tien per minuut die nu wordt aangehouden.

Verder is het teugvolume ook belangrijk, 500-600ml is prima. Alleen letten op omhoog komen van de thorax is niet voldoende. En beadem met 100% zuurstof, maar streef naar een saturatie van 94-98% na verkrijgen van ROSC. PEEP is over het algemeen niet geïndiceerd bij een reanimatie, al zijn er studies die verrassend positieve resultaten geven met geringe PEEP. Voor inzet van Impedance Threshold devices die verhoging van de cardiac output en de cerebrale circulatie zouden geven, is nog meer onderzoek nodig.

Op al deze punten moet nog verder onderzoek gedaan worden dan wel de resultaten van lopend onderzoek worden afgewacht.

Verpleegkundige/paramedic versus arts

In de hoofdstukken 6 en 7 kijkt Van Schuppen naar de meerwaarde van artsen in het preklinische veld. Er zijn systemen die nauwelijks artsen in het preklinisch veld actief hebben, zoals in Engeland (alleen MMT's) en de VS (geen artsen actief buiten het ziekenhuis) en er zijn landen waar de arts vrijwel alle meer bijzondere inzetten doet, zoals Frankrijk en Duitsland. Nederland zit daar een beetje tussenin met een nurse-based systeem.





Samen met Bierens vergeleek Van Schuppen de preklinisch relevante competenties van ambulanceverpleegkundigen met die van gespecialiseerde artsen⁴. Hieruit kwam naar voren dat de Nederlandse ambulanceverpleegkundigen 438 competenties hebben en de artsen 500. De artsen beheersten alle verpleegkundige competenties en hadden er dus 62, waar alleen zij over beschikten. Daarna is hij met deze lijst competenties gaan kijken hoe dit in de praktijk uitpakte⁵. Daarbij zijn 78 inzetten van het MMT geanalyseerd. In 24% van de gevallen gebruikte de arts een competentie waar alleen deze over beschikte, in 12% voerde de arts een handeling uit op verzoek van de ambulanceverpleegkundige, terwijl deze die zelf ook had kunnen doen en in 9% van de inzetten betrof dit inzet van een combinatie van handelingen. Zelfs als de arts geen handeling uitvoerde (in 55%, dus meer dan de helft van de inzetten), werd diens aanwezigheid als zinvol ervaren, zo concludeert Van Schuppen op basis van interviews.

Gemiste kans

Tijdens de verdediging van zijn proefschrift trof Van Schuppen een opponent die hem op het punt van de competenties wees op enkele zwakheden in zijn verhaal: waarom had hij alleen met een andere arts naar deze competenties gekeken en waarom had hij hier ook niet een verpleegkundige in laten participeren? En hadden ze geen competenties gevonden waar een verpleegkundige wel over beschikte en een arts niet? Van Schuppen bleef erbij dat dit wat hem betrof niet hoefde en dat de arts alles kon wat een verpleegkundige ook kon. Mogelijk is dit toch een gemiste kans. Juist nu de verpleegkunde zich ook op wetenschappelijk vlak aan het manifesteren is, was die verpleegkundige inbreng zeer nuttig geweest. Het betrof immers verpleegkundige competenties! Verder is er in zijn onderzoek niet naar gekeken of bepaalde nu exclusief artsencompetenties niet ook door verpleegkundigen zouden kunnen worden beheerst, zodat het verschil kleiner wordt en daarmee mogelijk meer patiënten van zo'n competentie zouden kunnen profiteren. Voor een patiënt die een bepaalde handeling nodig heeft maakt het namelijk niet zoveel uit wie



Hans van Schuppen



Een trotse Hans van Schuppen met zijn doctorsbul, omringd door familie, paranijfen en promotiecommissie.

het doet, als het maar iemand is die er bevoegd en bekwaam toe is en weet wat-ie doet. Uiteraard moet een en ander ook juridisch goed ingekaderd worden.

Tot slot

Het proefschrift van Hans van Schuppen biedt een mooi overzicht van de huidige stand van zaken betreffende het onderzoek naar reanimaties en trends op dat gebied. Hij doet enkele interessante praktische aanbevelingen zoals het gebruik van een andere techniek van masker-ballon beademen en verlenging van het ventilatie-interval bij mechanische borstcompressie devices. Verder heeft hij onderzoek gedaan naar de meerwaarde van enkele beschikbare devices voor het zekeren van de A zoals inzet van videolaryngoscopie bij endotracheale intubatie en welk device het beste is wanneer je in een Can't intubate can't oxygenate-scenario komt.

De meerwaarde van een preklinisch ingezette arts is een punt waar nog veel over te discussiëren valt. Met het overzicht van competenties legt Van Schuppen hier een basis voor. Het zou mooi zijn als verpleegkundigen met wetenschappelijke ambities hierop voort gaan borduren.

Bron

Schuppen, J.L. van, Prehospital Advanced Life Support. Optimizing airway management and ventilation during resuscitation and the role of prehospital physicians. Amsterdam, 2023.

Het proefschrift bevat de volgende publicaties:

1. Schuppen, H. van, Boomars, R., Kooij, F.O., Tex, P. den, Koster, R.W., Hollmann, M.W., Optimizing airway management and ventilation during prehospital advanced life support in out-of-hospital cardiac arrest: A narrative review. In: Best Pract Res Clin Anesthesiol. 2021;35:67-82.
2. Schuppen, H. van, Wojciechowicz, K., Hollmann, M.W., Preckel, B., Tracheal intubation during Advanced Life Support using direct laryngoscopy versus Glidescope® videolaryngoscopy by providers with limited intubation experience: A systematic review and meta-analysis. In: Journal of Clinical Medicine 2022;11:62-91.
3. Manual Chest compression pause duration for ventilations during prehospital advanced life support – an observational study to explore optimal ventilation pause duration for medical chest compression devices. In: Resuscitation 2022;180:20-30.
4. Schuppen, H. van, Bierens, J., Understanding the prehospital physician controversy. Step 1: comparing competencies of ambulance nurses and prehospital physicians. In: Eur J Emerg Med 2011;18:322-327.
5. Schuppen, H. van, Bierens, J., Understanding the prehospital physician controversy. Step 2: of on-scene treatment by ambulance nurses and helicopter emergency medical service physicians. In: Eur J Emerg Med 2015;22:384-390.

Bijzondere Chevrolet overgedragen aan Korpora

Op zaterdag 12 augustus vond in Apeldoorn de overdracht plaats van een bijzonder voertuig aan Korpora. Korpora is de nieuwe naam van voorheen de stichting Nationaal Veiligheids Instituut (NVI), die velen misschien kennen vanwege het PIT-museum (Nationaal Veiligheidsmuseum), tot een paar jaar terug gevestigd in Almere.

Korpora werpt zich op als de hoeder van het erfgoed van de publieke veiligheid in Nederland en heeft hiertoe een professionaliseringsslag gemaakt. In een grote hal met kantoren in Apeldoorn is een enorme collectie documenten, boeken, tijdschriften, folders en foto's ondergebracht. Ook veel objecten zoals politiewapens en uniformen van de parate diensten maken deel uit van de collectie. Daarnaast staan daar voertuigen, vooral van politie en brandweer, maar ook enkele ambulances. Wat Korpora beheert omvat de collecties van het Nationaal Politie museum, het Nationaal Brandweer Documentatiecentrum, de BB, een deel Historische Collectie van het Nederlandse Rode Kruis en Het Oranje Kruis en de collectie van het brandweermuseum in Hellevoetsluis en een tweetal BB-collecties.

In Apeldoorn zijn dagelijks vele beroepskrachten, waaronder enkele academisch geschoolde conservatoren en documentaristen, bezig de collectie te inventariseren, te catalogiseren en toegankelijk te maken voor een breed publiek.

Omdat de ambulancesector nog niet echt goed vertegenwoordigd was in de collectie, zijn de Stichting het Nederlands Ambulance Archief (NAA) en Korpora nu hard bezig om intensief op dit terrein te gaan samenwerken. Daarbij is ook aandacht voor de collectie van het Nationaal Ambulance en Eerste Hulp museum (NA+EHm), die nu in Leiden is ondergebracht.

Dankzij deze verbanden is nu een bijzonder ambulancevoertuig aan de collectie van Korpora toegevoegd. Het gaat om een VC-wagen op Chevrolet Chevy Van-chassis (LWB). Dit unieke voertuig is in 1991 door de Carrosseriefabriek Veth in Arnhem opgebouwd voor de GG&GD Groningen in het kader van de rampenbestrijding. In 2012 werd de auto overgedragen aan het district Groningen van het Nederlandse Rode Kruis ten behoeve van haar verbindingdienst.

Onlangs besloot het Groningse Rode Kruis om het voertuig af te stoten, maar gezien haar unieke karakter, zocht ze naar een manier om dit erfgoed te bewaren voor de toekomst. Via het NA+EHm en door bemiddeling van het NAA is deze VC-wagen nu onderdeel van de collectie van Korpora geworden, waarmee zij op verantwoorde wijze behouden blijft.

De auto kwam op eigen kracht naar Apeldoorn. De medewerkers van het Rode Kruis toonden dat alle functionaliteiten nog werkten. Een grote delegatie van Groningen deed haar auto uitgeleide. Voor de ontvangst was een belangrijk deel van de personeelsleden van Korpora aanwezig, alsmede vertegenwoordigers van het NAA en NA+EHm.

Voor meer informatie over Korpora en de overdracht van het voertuig zie de site van Korpora: <https://www.korpora.nl>.



Foto's: Stephan ten Have

Wie snurkt daar zo?

Het kan zijn dat je werkzaam bent als centralist op de meldkamer ambulancezorg, als ambulancezorgverlener op de auto of misschien als verpleegkundige in een ziekenhuis. En dan hoor je ineens dat een collega over onvermoede talenten beschikt naast het werkzaam zijn in de zorg en, in het voorbeeld van Inge Straatman, debuteert met een boek. De redactie ging op onderzoek uit...

Bio

Inge Straatman werd geboren in 1989 en groeide op in Arnhem als middelste kind met een oudere broer en een jongere zus. Een aantal jaren geleden werkte Inge met plezier als verpleegkundig centralist op een meldkamer ambulancezorg gecombineerd met het werken als medium care ambulanceverpleegkundige. Daarna switchte zij naar een zorgfunctie als verpleegkundige in een ziekenhuis, eerst op een medium care afdeling en tegenwoordig op de SEH. Ze is de trotse moeder van één- en binnenkort van twee zoons. Inge bakt graag taarten en andere lekkernijen, fotografeert graag en praat sneller dan dat ze eet, dat laatste vooral van de groenten en fruit uit haar eigen moestuin.

Sinds haar jeugd koestert ze al een passie voor schrijven. Dat resulteert nu, met haar debuut als kinderboekenschrijfster, in het boek "Wie snurkt daar zo?" dat deze maand uitkomt. Haar broer Robert Straatman verzorgd de illustraties.



Fotograaf: Nina Caris

Het verhaal

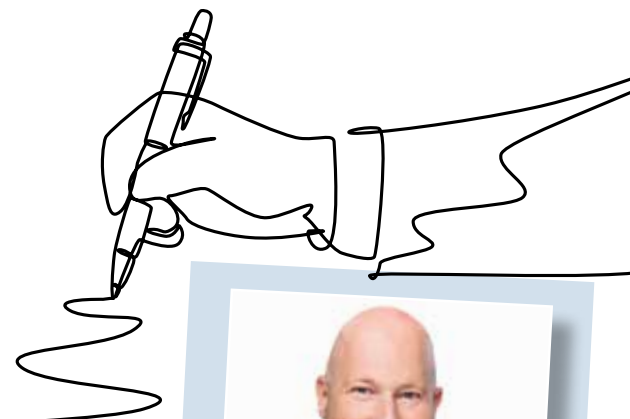
Vosje probeert te slapen maar het lukt niet omdat er iemand in het bos megahard aan het snurken is. Wie snurkt daar toch zo hard? Iedereen kent vast wel zo'n familielid dat hard ligt te snurken terwijl jij wil slapen. Midden in de nacht besluit Vosje op zoek te gaan naar deze nachtelijke verstoorde. Tijdens zijn zoektocht door het bos ontmoet hij verschillende dieren en hoort hij allerlei gesnurk. Zal Vosje erachter komen waar het megaharde gesnurk vandaan komt?

"Wie snurkt daar zo" door Inge Straatman is vanaf 15 september 2023 als pre-order te bestellen bij Boekscout (www.boekscout.nl) en is daar, en ook op Bol.com, te koop vanaf de verschijningsdatum op 29 september. Een EAN-code en/of ISBN nummer was bij het ter perse gaan van dit Vakblad nog niet bekend, de prijs van 'Wie snurkt daar zo' zal rond de €16 liggen.

Wie de schrijfster rechtstreeks wil benaderen kan dat doen via LinkedIn:



Geef de pen door aan ...



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

Wie ben je?

Arrand Klein 47 jaar wonende in Enschede.

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

Ik ben in 2001 begonnen in de ambulancezorg sinds 2002 bij Ambulance Oost als ambulancechauffeur en werk er momenteel als innovatiemedewerker. Daarnaast ben ik lid van de voertuig- en materialen commissie. Ik werk veelal samen met andere medewerkers van het staf en bedrijfsbureau en natuurlijk ook met collega's uit het land, o.a. het innovatieplatform van Axira.

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

Mijn doel is om zo goed mogelijk ondersteuning te kunnen geven aan het primaire proces: het leveren van patiëntenzorg. Samen met collega's zoek ik naar innovaties en vernieuwingen die hieraan kunnen bijdragen.

Wat is de minst leuke kant van het werk?

Dat het een acht tot vijf baan is, ik mis het onregelmatige en het werken op straat.



Mooiste plek van de regio...

Wat wilde je worden toen je klein was?

Electriciën...

Hoe houd je het hoofd fris en koel?

Voor de mensen die mij kennen is dat niet zo moeilijk: sinas :-) !!!

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

De laatste keer was tijdens een inzet waarbij ik twee extra ambulances wilde aanvragen.

Foto van mooiste plek van je regio en waarom daar?

Twente is heel mooi, er zijn veel plaatsen die de moeite waard zijn te bezoeken. Deze foto is gemaakt in "Het Witte Veen" en natuurgebied ten zuiden van Enschede.

Koffie score op de post? (0-10)

Geen commentaar, ik drink al 47 jaar geen koffie!

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

Zorgen dat alle pijlen gericht staan op patiëntenzorg en de ondersteuning van de medewerkers. Deels een utopie, omdat het personeelstekort nijpend is, maar ik zou dat heel graag oplossen. De komst van een landelijk "zorg" nummer zou ik toejuichen, om zo zorgcoördinatie meer tot z'n recht te laten komen.

Meest grappige uitspraak van een patiënt?

Dat is al ééntje van een paar jaar geleden: "Stop de auto ff op een mooi plaatsje, ik wil ff roken, heb je vuur bij je?"



Vandaag aan de pen
RAV Ambulance Oost

Wat wil je nog kwijt?

We werken in een prachtige sector welke continue onderhevig is aan verandering, maar door op die manier mee te veranderen met de maatschappij hebben we de ambulancezorg wel op de kaart weten te zetten.

Er wacht ons nog veel verandering en de frequentie zal op sommige vlakken sneller gaan dat we hebben kunnen vermoeden, maar ook wij zijn een afspiegeling van hetgeen er om ons heen gebeurt. Door mee te denken in veranderprocessen kun je hier invloed op uitoefenen, waardoor zowel de medewerkers als de patiëntenzorg centraal blijven staan, ongeacht de volgorde.

Waar gaat 'De Pen' nu heen?

Ik geef de pen door aan Demian Lijse naar van ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen.

VAN TRIAGE NAAR TRANSFER

**10 OKTOBER
2023
GOOILAND
HILVERSUM**

