

Bijlage 4 Korte handleiding over de ambulanceprotocollen

Sinds december 2006 is een nieuwe versie van de ambulanceprotocollen beschikbaar; LPA7. De inhoud van LPA 7 verschilt wezenlijk van LPA6.

U kunt deze nieuwste versie tegen betaling bestellen via het bestelformulier op de website van Ambulancezorg Nederland (voorheen stichting LAMP). Als KNOV lid kunt u een digitale versie gratis downloaden van de website van Ambulancezorg Nederland. Let wel, u kunt het digitale bestand niet uitprinten.

U kunt als volgt op de website inloggen:

- U gaat naar de website van Ambulancezorg Nederland: www.ambulancezorg.nl
- Klik rechts op het vakje van LAMP; u komt dan automatisch op de oude website van wat voorheen Stichting LAMP was
- Klik rechtsboven in de menubalk op extranet
- Voer bij loginnaam in K.N.O.V.
- Bij wachtwoord: oktober2004
- Klik links in de menubalk op Ambulance Protocol
- Klik op KNOV versie
- Klik tot slot op LPA7 verloskundigen

In LPA7 zijn met name de volgende rubrieken relevant:

- 5.17 Tilassistentie
- 8.2 Hypovolemische shock
- 17.16 Circulatiearrest pasgeborene
- 17.25 Pasgeborene
- 18 Gynaecologie en Obstetrie
- 21.23 Oxytocine
- 21.27 50% N₂O/O₂
- 22.2 Apgar

Op dezelfde pagina waar LPA7 te vinden is, is ook een speciaal forum voor de KNOV opengesteld waarop u vragen kunt stellen en gediscussieerd kan worden (zie onder "forumdiscussies").

Klik links in het menu op "forum" en kies vervolgens "KNOV".

Bijlage 5

Informatie voor verloskundigen

behorende bij het Landelijke Protocol Ambulancezorg (LPA 7)

KNOV oktober 2007

De ambulancezorg is erg belangrijk voor ons verloskundig systeem. Immers een veilige thuisbevalling wordt onder meer gewaarborgd doordat er bij een eventuele calamiteit adequaat vervoer naar het ziekenhuis mogelijk is. Een goede samenwerking is daarbij belangrijk. Met ingang van 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WT'Zi) in werking getreden. Daarmee is ook het regionaal overleg acute zorgketen een feit. In dit overleg is het de bedoeling dat acute zorgaanbieders onderling afstemmen hoe deze keten effectief vormgegeven moet worden in de regio. Vastgelegd is dat de traumacentra het initiatief nemen om dit overleg te organiseren. Het is de bedoeling dat ook verloskundige hulpverleners betrokken worden bij dit overleg. De gegevens van de traumacentra in Nederland zijn te vinden via www.traumacentrum.nl.

In het algemeen geldt dat om tot een goede samenwerking te komen het noodzakelijk is dat de verschillende hulpverleners kennis hebben van en vervolgens begrip hebben voor elkaars mogelijkheden en beperkingen. Vanuit deze gedachten is het zinnig dat verloskundigen op de hoogte zijn van de landelijke protocollen ambulancezorg.

In deze notitie wil de KNOV u relevante achtergrondinformatie geven bij de ambulanceprotocollen. Daarnaast leert casuïstiek ons dat er met name onduidelijkheden zijn in de samenwerking met het ambulancepersoneel over vervoer, verantwoordelijkheden bij overdracht en communicatie. Omdat dit niet expliciet in de ambulanceprotocollen vermeld staat, vindt u tevens een verduidelijking over de genoemde drie onderwerpen in deze notitie.

Ambulanceprotocollen en het ambulancepersoneel

De ambulancesector heeft zich ontwikkeld van pure vervoersvoorziening tot een belangrijke, niet meer weg te denken zorgvoorziening. Was de ambulance vroeger uitsluitend gericht op het zo snel mogelijk naar een ziekenhuis brengen van patiënten, de laatste jaren is er sprake van het zo vroeg mogelijk inzetten van medische en verpleegkundige behandeling. Deze behandeling is gericht op het in zo goed mogelijke conditie presenteren van de patiënt in het ziekenhuis. Met deze verandering naar zorgvoorziening is ook de noodzaak tot zorginhoudelijke protocollen ontstaan. Ambulancezorg Nederland, heeft in december 2006 de 7^{de} herziene versie van de ambulanceprotocollen uitgegeven. De ambulancesector is één van de weinige sectoren binnen de Nederlandse gezondheidszorg met één versie, landelijke protocollen voor de zorg en behandeling van de patiënt.

Deze protocollen zijn onderdeel van het totale kwaliteitssysteem ambulancezorg. Om de protocollen juist te kunnen gebruiken is het een voorwaarde dat het ambulancepersoneel zich de inhoud van de protocollen heeft eigen gemaakt. De herziene protocollen zijn dan ook geïntegreerd in de opleiding tot ambulancepersoneel en onderdeel van de verplichte nascholing voor ambulancepersoneel. Zo is de implementatie gewaarborgd. De regionale ambulancediensten zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van uitvoering.

Het ambulancepersoneel heeft het nieuwe protocol ontvangen in de vorm van een protocollenboek met stroomdiagrammen en een boek met toelichtingen op de verschillende onderwerpen, het zogenaamde V (verantwoording) LPA7.

Het ambulancepersoneel bestaat uit een ambulanceverpleegkundige die een speciale opleiding gevolgd heeft en een ambulancechauffeur, die tevens opgeleid is tot assistent van de verpleegkundige.

De ambulanceverpleegkundige heeft een functionele zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de voorbehouden handelingen zoals deze zijn vastgelegd in het landelijke protocol. Deze bevoegdheid is vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB 524; 29 oktober 1997) op grond van de wet BIG. Dit betekent dat de ambulanceverpleegkundige bevoegd is, binnen de kaders van het protocol, te indiceren en zonder toezicht en tussenkomst van een opdrachtgever handelingen mag uitvoeren. Aan elke RAV (Regionale Ambulance Voorziening) is een arts, medisch manager ambulancezorg (MMA), verbonden die onder andere medisch verantwoordelijk is voor de protocollaire opdrachten.

De ambulanceverpleegkundige heeft een functionele zelfstandigheid om medisch-verpleegkundige zorg te leveren. Het ambulanceprotocol biedt daartoe ondersteuning. De individuele patiëntenzorg dient aan het protocol te worden getoetst. In de praktijk betekent dit handelen conform protocol, waarbij actuele interpretatie van de toestand en omstandigheden kan leiden tot afwijkende protocollaire-, doch optimaal verantwoorde zorg.¹

Doelgroep

De doelgroep voor deze ambulanceprotocollen is het ambulancepersoneel. De protocollen zijn zowel toepasbaar in situaties waarbij de verloskundige of huisarts aanwezig is bij de patiënt, als in situaties waarbij dat niet het geval is.

Deze protocollen gelden niet voor verloskundigen maar het is wel goed voor verloskundigen om de inhoud van deze ambulancezorgverlening te kennen omdat:

- het in het belang van de patiënt is dat de zorg zo goed mogelijk in elkaar overloopt. Met andere woorden de verloskundige kan al anticiperen op de zorg die de ambulanceverpleegkundige verleent als deze de zorg overneemt;
- inhoudelijke discussies gericht zijn, of wellicht niet nodig zijn, als de verloskundige weet van waaruit de ambulanceverpleegkundige werkt;
- de patiënt juist geïnformeerd kan worden door de verloskundige over wat zij kan verwachten als de ambulanceverpleegkundige de zorg overneemt.

Vervoer

Omdat het ambulancepersoneel verantwoordelijk is voor het starten c.q. overnemen van de medische en verpleegkundige behandeling, is het ambulancepersoneel ook verantwoordelijk voor de patiënt gedurende de rit. In zeer acute situaties kan deze handelwijze wel eens lastig worden ervaren door verloskundigen. Gelet op de ernst van de toestand van de patiënt willen verloskundigen een patiënt zo snel mogelijk in het ziekenhuis zijn, echter het vervoer dient onder zo goed mogelijke condities (lees protocol) plaats te vinden.

Omdat de ambulance een zorgvoorziening is, en geen voorziening om alleen de patiënt te vervoeren, dienen verloskundigen daar zorgvuldig mee om te gaan. Niet alle vrouwen in partu hoeven met een ambulance naar het ziekenhuis (denk alleen al aan de hoge kosten van ambulancegebruik). In principe wordt op basis van de informatie verstrekt aan de meldkamer ambulancezorg (MKA) de indicatie voor ambulancezorg en urgentie bepaald.

¹ VLPA7, versie 1.0, 2006; Ambulancezorg Nederland (voorheen Stichting LAMP), Zwolle, blz.6.

Aanrijtijden

De norm voor de aanrijtijd van de ambulancezorg is nog steeds dat de ambulance binnen 15 minuten (levensbedreigend; A1) ter plaatse van de patiënt moet kunnen zijn. Daaraan is gekoppeld binnen 45 minuten adequate opvang in een ziekenhuis. Deze drie kwartier is inclusief de meldingstijd, aanrijtijd, inlaadtijd en afrijdtijd, waarbij rekening moet worden gehouden met het bestaande wegennet (en de snelheden die op die wegen mogelijk zijn). Bij A2 vervoer wat inhoudt 'spoedeisende zorg zonder direct levensgevaar', is de zorgnorm: binnen 30 minuten ter plaatse van de patiënt kunnen zijn.

In principe beschikt elke ambulancepost over een couveuse die ingezet kan worden. Maar gebruik van de couveuse betekent dat er in diezelfde ambulance geen volwassen patiënt vervoerd kan worden. Bij een slecht kind en een 'zieke' moeder moeten er dus twee ambulances worden aangevraagd bij de MKA.

Wanneer gaat de verloskundige mee in de ambulance?

In principe draagt de verloskundige de zorg van de patiënt voor het vervoer over aan het ambulancepersoneel. Zij zijn dan verantwoordelijk voor de patiënt. De verloskundige zorgt zelf voor de overdracht naar de gynaecoloog. Meerijden van de verloskundige in de ambulance geldt voor situaties wanneer de verloskundige zelf de verantwoordelijkheid over de zorg van de patiënt wil houden of als het ambulancepersoneel aangeeft dat zij de verwachte zorg niet kunnen bieden. Het duidelijkste voorbeeld hierbij is als de verloskundige verwacht dat het kind onderweg geboren kan worden. Als een verloskundige aanwezig is in de ambulance is zij verantwoordelijk voor de verloskundige zorg. Hierbij maakt zij gebruik van de deskundigheid van de ambulanceverpleegkundige bij de behandeling van bijvoorbeeld een hypovolemische shock en status epilepticus (eclampsie).

Transporthouding

Het vervoer met het hoofd naar beneden is geheel verlaten. Het medische belang is hiervan niet aangetoond en het heeft grote technische en psychologische bezwaren. De patiënt de trap af tillen is tijdrovend, intensief voor het ambulancepersoneel en voor de patiënt vaak belastend. Er moet steeds zorgvuldig afgewogen worden of de trap afdragen wel echt nodig is. Het ambulanceprotocol maakt bij 'aanvraag tilassistentie' een onderscheid tussen een 'stabiele patiënt' (zo mogelijk inschakelen omstanders of tweede ambulance: indien niet mogelijk aanvraag brandweer) en een 'instabiele patiënt' (zo spoedig mogelijk vervoer met behulp van Rautek, draagstoel of brancard door ambulancepersoneel). Het inschakelen van de hoogwerker van de brandweer louter als vervanging voor tilwerkzaamheden wordt in LPA7 ontraden en is dus alleen geïndiceerd als alle andere opties niet haalbaar zijn.

Tilassistentie

Voor verloskundigen is de vertraging door het inschakelen van tilassistentie een knelpunt in de samenwerking tussen de verloskundigen en de ambulancezorg. Verloskundigen kunnen proberen deze situaties zoveel mogelijk te voorkomen. Niet elke barendende of bevallende vrouw hoeft gedragen te worden. Er kunnen afspraken met cliënten gemaakt worden over 'hoe hoog' te bevallen. Verloskundigen kunnen laten zorgen voor obstakelvrije trappen en overlopen. Als de kans op behoefte aan een ambulance toeneemt en de cliënt nog mobiel is, is het een optie de cliënt op de bank in de huiskamer te laten wachten. Vooraf moet ingeschat worden of erg zware mensen al op voorhand in de woonkamer moeten bevallen.

Laat in een gesprek met de ambulance ook zien welke acties de verloskundigen nemen om het tillen tot het minimum te beperken. Stem zo nodig deze acties met verloskundige collega's (in de kring) af. Als dit onderwerp besproken wordt in een overleg met de regionale ambulancedienst kan het voor alle partijen verhelderend werken als verloskundigen over een periode registreren hoeveel patiënten, en met welke indicatie, op verzoek van de verloskundige gedragen moeten worden.

Moeder en kind naar het ziekenhuis

Als moeder en kind beiden naar het ziekenhuis gaan, ligt het voor de hand dat ze samen in de ambulance worden vervoerd. Een goed ingepakte baby in de armen van moeder is een mooi plaatje. Echter er zijn bezwaren aan dit plaatje. Moeder en kind gaan niet zomaar naar het ziekenhuis; heeft één van beiden plotseling extra medische zorg nodig dan ontstaat al snel een probleem. Bovendien is in het moderne verkeer een noodstop soms niet te vermijden. Dan verandert die goed ingepakte baby plotseling in een projectiel (uit reader ambulancezorg Verloskundige Academie Amsterdam). Indien moeder post partum naar het ziekenhuis vervoerd moet worden is het advies een *gezonde* baby in een Maxi-Cosi in een personenauto te vervoeren. Als er medische noodzaak is om aan twee patiënten aandacht te besteden, dan zijn hier in principe twee ambulances voor nodig. Het is ongewenst om een kind in *slechte conditie* met behulp van een Maxi-Cosi in de ambulance te vervoeren.

Overdracht

Omdat de verloskundige verantwoordelijk is voor de overdracht naar de tweede lijn, geeft ook de verloskundige aan het ambulancepersoneel aan naar welk ziekenhuis en naar welke afdeling de patiënt vervoerd moet worden. Alleen als er gedurende de rit een zeer ernstige situatie ontstaat, kan het ambulancepersoneel -om dringende medische reden- hier gemotiveerd van afwijken.

Lachgas

In een ambulance is lachgas (Denilox; 50% N₂O/O₂) aanwezig. Dit middel is in de ambulanceprotocollen opgenomen als pijnbestrijdingsmiddel. Hierbij wordt niet specifiek de 'verloskundige patiënt' genoemd. Over het gebruik van lachgas wordt in het land verschillend gedacht. De discussie met betrekking tot een contra-indicatie in de zwangerschap, is met name van toepassing op de zorgverlener en is nauwelijks gebaseerd op evidence. Om deze reden kan de verloskundige een ambulancedienst treffen die Denilox niet langer in gebruik heeft. Maar waar het een plaats in de regio heeft, kan overwogen worden met de ambulancezorg af te stemmen of dit in bepaalde situaties te gebruiken is.

België of Duitsland

Voor het inschakelen van Nederlandse ambulances voor in België of in Duitsland woonachtige cliënten of het inschakelen van Belgische of Duitse ambulances is geen eenduidige norm. Tegenwoordig adviseert Ambulancezorg Nederland de ambulancediensten geen hulp over de grens te leveren behalve in die regio's waar een wederzijdse grensoverschrijdende overeenkomst is afgesloten, de zogenaamde "burenhulp". In geval van calamiteiten geldt namelijk het Belgische of Duitse recht. Ook als verloskundige is uw rechtspositie ten aanzien van het bieden van verloskundige hulp over de grens onduidelijk. Op dit moment moeten er regionaal afspraken gemaakt worden tussen de ambulancezorg, verloskundigen en zorgverzekeraars. Het regionale traumacentrum of de regionale ondersteuningsstructuur kan hier mogelijk een rol in spelen. De

KNOV heeft hiervoor al diverse malen aandacht gevraagd bij het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Verantwoordelijkheden bij overdracht

Van de verloskundige wordt verwacht dat zij na melding aan de MKA, waaruit indicatie voor ambulancezorg blijkt, ter plaatse bij de patiënt blijft.

Als de ambulancehulpverleners ter plaatse komen, moet er een overdracht plaatsvinden ongeacht de urgentie van het vervoer. Deze overdracht bevat minimaal: een (voorlopige) diagnose, de ingezette therapie, relevante voorgeschiedenis van de patiënt en bijzonderheden die van belang zijn voor de verdere zorgverlening. De overdracht kan vergezeld gaan met instructies van de verloskundige. Als deze niet aansluiten bij de ambulanceprotocollen of regionale afspraken, is de ambulanceverpleegkundige niet verplicht deze te volgen.

Na de overdracht is de ambulanceverpleegkundige verantwoordelijk voor de zorgverlening. Als de ambulanceverpleegkundige de verwachte zorg niet kan bieden, of als de verloskundige de verantwoording wil blijven houden, gaat zij mee in de ambulance.

De verloskundige is zelf verantwoordelijk voor de overdracht naar de tweede lijn. Het is ook haar verantwoordelijkheid dat deze overdracht de volledige relevante informatie bevat en op een communicatief juiste manier gebeurt.

Communicatie

Verloskundigen en ambulancehulpverleners zijn alle twee beroepsbeoefenaren die zeer zelfstandig werken. Hoe zelfstandiger de beroepsbeoefenaar gewend is te werken, des te uitgesprokener zijn vaak de ideeën over handelwijze en eigen verantwoordelijkheid.

Problemen tijdens een hulpverleningssituatie zijn regelmatig terug te voeren op problemen in de communicatie tussen hulpverleners. Gebrek aan kennis van elkaars mogelijkheden en bevoegdheden ligt vaak hieraan ten grondslag. Goede communicatie is erg belangrijk in het één op één contact tussen hulpverleners.

Daarnaast is goede communicatie tussen de verloskundige kring en de regionale ambulancezorg (RAV) belangrijk. Periodiek structureel overleg tussen verloskundige kringen en RAV's is in onze ogen hiervoor nodig. Onderwerpen van gesprek kunnen onder andere zijn: evaluatie van casuïstiek, maken van werkafspraken, oplossen van knelpunten, actuele onderwerpen en veranderde inzichten in beide beroepsgroepen. Gesprekspartner voor afstemming van medische zorg (ketenzorg) is de MMA van de RAV. De uitkomsten van dit overleg kunnen ook worden ingebracht ter verbetering van de landelijke protocollen en nascholingen. Alvorens als verloskundigen het gesprek met de ambulancezorg aan te gaan kan het efficiënt zijn om dit in de kring voor te bereiden.

De volgende communicatiepunten zijn bij de inschakeling van een ambulance van belang:

- verstrek duidelijke informatie aan de MKA en geef een duidelijke overdracht aan de ambulanceverpleegkundige;
- geef ter plaatse instructies dan wel suggesties voor het te voeren beleid, maar neem ook suggesties van de ambulanceverpleegkundige in overweging;
- wees op de hoogte van de inhoud van de ambulanceprotocollen zodat je weet van waaruit het ambulancepersoneel werkt;
- maak duidelijk wat er van de medehulpverlener verwacht wordt en maak afspraken wie wat doet;

- overweeg bij een gecompliceerde hulpverlening een evaluatie te houden. Dit kan direct na de hulpverlening plaatsvinden, of op een later moment. Dit kan dan georganiseerd worden via de dienstleiding van de betrokken ambulancedienst.

Besprek ervaren knelpunten in de samenwerking met de ambulance op een constructieve manier. In plaats van discussie over de 'schuldvraag' kan de insteek zijn 'hoe kunnen we dit in de toekomst voorkomen?' waarbij gekeken wordt naar 'wat kunnen beide partijen inbrengen om dit te verbeteren?'. Casuïstiekbespreking kan ook onderdeel van een overleg zijn.

Vaak is het zinnig dit met de kring voor te bespreken.

In de regio's vinden ambulancezorg en verloskundigen elkaar soms al op het gebied van scholing. Verloskundigen die het ambulancepersoneel 'bijscholen' over de verloskundige onderdelen van de ambulancezorg en de ambulancezorg die verloskundigen 'bijscholen' in bijvoorbeeld het infuusprikken. Deze initiatieven onderschrijven we van harte.

Ambulancezorg Nederland is rechtstreeks te benaderen via:

Postbus 489

8000 AL Zwolle

Tel: 038-422 57 72

Fax: 038-422 26 47

Email: info@ambulancezorg.nl

Website: www.ambulancezorg.nl