

Veldnorm Evenementenzorg

Verslag bijeenkomst expertgroep zorgniveaus en competenties

27 januari 2018

Aanwezig

Dutch Medical Event Service
Event Medical Service
FASE
KNV EHBO
NIKTA
Omnia Cura
Reddingsbrigade Nederland
Rode Kruis
Stichting DMH Nederland
Stichting Medical Rescue
Veiligheidsregio Utrecht (GHOR)
Veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland (GHOR)

Stuurgroepleden:

Isabelle Huig: MMT arts
Pieter van Exter, oud MMA, vertegenwoordigt AZN

Projectgroepleden:

Pim de Ruijter, voorzitter
Hans van der Pols, notulen

Veldnormontwikkeling

Het is de bedoeling dat de Veldnorm Evenementenzorg in gezamenlijkheid wordt vastgesteld. Overigens kan een minderheidsstandpunt ook belangrijk zijn om mee te nemen in de ontwikkeling.

Het is belangrijk dat belangenverstremming vermeden wordt. De projectgroep is op diverse manieren betrokken bij evenementenzorg. Pim is initiatiefnemer, hij is anesthesioloog i.o. en betrokken bij Rode Kruis evenementen. Vincent is ambulanceverpleegkundige en gedetacheerd vanuit het Rode Kruis. Hans is oud-ambulanceverpleegkundige en gedetacheerd vanuit het Oranje Kruis.

De stuurgroep ziet er op toe dat de procesgang correct verloopt en de projectgroep geen partijen bevoordeeld.

De stuurgroep heeft geen directe betrokkenheid bij zorgaanbieders of certificerende instellingen. Een ieder die twijfel heeft over de onafhankelijke koers wordt verzocht om tijdig aan de bel te trekken.

Definities

Voor de ontwikkeling van de Veldnorm is het belangrijk dat de definities rondom evenementenzorg duidelijk zijn. Er worden door diverse partijen eigen definities gehanteerd.

Wat verstaan we bijvoorbeeld onder een evenement? De gemeentes hebben het over een evenement als er tegelijkertijd meer dan 50 deelnemers zijn. Een evenement in het uitgaansgebied is iets heel anders dan een motorcross. Elk soort evenement stelt specifieke eisen aan de zorgverleners. Een belangrijk kenmerk van evenementenzorg is dat het gaat over de georganiseerde inzet van zorgverleners (zowel eerstehulpverleners als medisch professionals). Structurele inzet van



zorgverleners in bijvoorbeeld uitgaansgelegenheden zou ook als evenementenzorg gezien moeten worden.

Uit de vragenlijsten blijkt dat het begrip Advanced Life Support (ALS) ook op vele manieren gehanteerd wordt, wat de vraag oproept of het wel het juiste begrip is om te hanteren. De GHOR hanteert op dit moment 3 zorgniveaus, BLS, BLS + en ALS. Als er verschillende definities bestaan, is er meteen onduidelijk welke zorg nu eigenlijk geboden wordt.

Begrippen kunnen ook een verschillende lading hebben, dus voor de ene groep iets anders betekenen dan voor een andere groep (suction bijvoorbeeld).

Zorgniveaus

Tijdens de bijeenkomst op 29 november 2017 is al een eerste opzet gemaakt voor een mogelijke zorgniveau indeling. Misschien dat er meerdere niveaus zijn of dat niveaus samen te voegen zijn. Een scheiding kan zijn: wel of niet Big-geregistreerd, maar waar plaats je dan niet-BIG-geregistreerde zorgprofessionals als ambulancechauffeurs, anesthesiemedewerkers en doktersassistenten? De aanwezigen erkennen de Nederlandse Richtlijnen Eerste Hulp (NREH) als minimum en voor de meeste evenementen toereikend niveau voor de EHBO. Dit wordt ondersteund door de vragenlijsten die verspreid zijn onder het veld. De NREH zijn op initiatief van het Rode en Oranje Kruis ontwikkeld en worden ook door het NIBHV ondersteund. De richtlijnen zijn vastgesteld door alle relevante medische beroepsgroepen.

Referentiekader voor de zorg op evenementen is de reguliere zorg, met als kanttekening dat de context op een evenement evident anders is en dat dit soms bijzondere competenties vereist van de zorgverlener.

Misschien dat een indeling in zorgniveaus gebaseerd moet zijn op competenties en niet op functieprofielen. Het zorgteam heeft alle door de vergunning gewenste competenties in huis. Het team moet ingesteld zijn op de zorgvraag. Als je ingehuurd bent, moet je wel de beloofde zorg leveren.

De eindverantwoordelijkheid moet in ieder geval duidelijk zijn.

Sommige competenties zijn teamvaardigheden (zoals wervelimmobilisatie), waarbij regelmatige teamtraining belangrijk is. Bij een hoog-risico evenement past een georganiseerde inzet. Er zijn dan ook bij dit soort evenementen EHBO'ers aanwezig die door de loop van de tijd extra (team)vaardigheden hebben ontwikkeld.

In ieder geval is een overzichtelijke indeling voor de GHOR belangrijk. Het blijkt overigens dat veel zorgaanbieders niet bekend zijn met het gegeven GHOR advies, omdat dit door de evenementenorganisator niet altijd wordt verstrekt.

Verpleegkundigen acute zorg gerelateerd (geen ambulanceverpleegkundigen)

Er zijn diverse specialisaties in de verpleegkunde. De verpleegkundigen die mogelijk in de Veldnorm genoemd gaan worden zijn verpleegkundigen wiens specialisaties gerelateerd zijn aan acute zorg/ABC problematieken.

Zijn ziekenhuisvaardigheden zonder meer te gebruiken op een evenement? Hoe ver reikt de verantwoordelijkheid zoals deze in het ziekenhuis geregeld is? Zijn er ketenafspraken?

Voor de ambulanceverpleegkundige zijn de bevoegdheden via functionele zelfstandigheid en het vigerende LPA geregeld. Het is minder duidelijk wanneer de ambulanceverpleegkundige niet via de RAV (dus niet onder zijn eigen Medisch Manager) wordt ingezet.

De gespecialiseerde verpleegkundige indiceert niet/bepaalt geen medisch beleid, maar beschikt over meerdere vaardigheden die ook in de LPA staan. Kunnen deze vaardigheden via een (landelijk gestandaardiseerd en door een arts geaccordeerd) protocol ingezet worden als direct medisch



toezicht ontbreekt? Het doel van dit zorgniveau zou kunnen worden gedefinieerd als: het opstarten van zorg op het niveau van 'Immediate Life Support' (ILS, conform de ERC eindtermen), in afwachting van de ambulance dan wel het ALS-team. In ieder geval moet de zorgaanbieder competenties toetsen, wanneer de ziekenhuiswerkgever dit al niet doet.

Over welke competenties moet je beschikken en hoe blijf je bekwaam?

Wanneer het toelaatbaar is dat voorbehouden of risicovolle handelingen worden uitgevoerd door een gespecialiseerd verpleegkundige en onder direct toezicht van een arts, betekent dat een grote uitbreiding van de capaciteit van de evenementenzorg.

Maar er moeten wel aanvullende eisen worden gesteld naast de scholingseisen aan (trauma) ervaring. Het is niet te verwachten dat een pas gediplomeerde zorgverlener ook al is dat onder toezicht van een arts al voldoende bekwaam is voor dit soort handelingen. Ervaring moet worden opgedaan in reguliere zorg.

Zijn er vaardigheden die deze verpleegkundige zelfstandig zou kunnen uitvoeren, welke interventies koppel je aan hem of haar? Welke medisch beroepsgroepen mogen deze verpleegkundige aansturen. Mag de ambulanceverpleegkundige eigenlijk wel gespecialiseerde verpleegkundigen acute zorg aansturen? Nee. Ook om deze reden kan een verpleegkundige geen Medisch Leider zijn.

Wanneer de zorgverlening de inzet van een Big-geregistreeerde verlangt, dan moet de zorgaanbieder de beschikking hebben over een Medisch Leider. Een ML dient wel een arts van een relevant medisch specialisme te zijn.

Kan een verpleegkundige als EHBO'er worden ingezet? Dat kan wel als dit in het curriculum van de opleiding zit. Maar de verpleegkundige blijft als BIG-geregistreeerde evengoed onder het tuchtrecht vallen. Het kan best zijn dat de verpleegkundige via een snelle route certificaat/diploma kan halen.

Als minimum voor de EHBO geldt de NREH. Het is binnen de BHV opleidingen onduidelijk of het eerste hulp deel dit niveau haalt. Er kan daarom geen uitspraak worden gedaan over structurele inzet van BHV'ers op evenementen.

Voor een zorgaanbieder is het van belang inzicht te hebben in de competenties van de eigen zorgverleners. Je kunt dan ook de zorg bieden die gevraagd wordt. Dit vraagt om een adequate registratie en een scholingsprogramma om competent te blijven.

In principe mag een EHBO'er zelfstandig geen risicovolle handelingen uitvoeren, tenzij de relevante medische beroepsgroepen daar voorwaarden aan hebben gesteld. Nee, tenzij.

De context speelt daarin een grote rol. Voor hulpverleners op zee worden eerder uitzonderingen gemaakt dan voor zorgverleners op evenementen.

Als bepaalde handelingen te verwachten zijn, moeten er zorgverleners aanwezig zijn die deze handelingen uit kunnen voeren.

In ieder geval moet het organisatorisch goed geregeld zijn, zoals het zuurstof toedienen door de Reddingsbrigade.

Het is belangrijk voor de veiligheid van zowel slachtoffer als zorgverlener dat het uitvoeren van bijzondere vaardigheden goed geregeld wordt. Een belangrijk aspect is de mogelijkheid om regelmatig ervaring op te doen met de vaardigheid.

Vrij algemeen is men tegen het uitvoeren van een maskerballonbeademing door een EHBO'er.

Ook zet men vraagtekens bij het uitvoeren van metingen en vervolgens interpreteren van bijvoorbeeld saturatie, bloeddruk, temperatuur, bloedglucose. Het meten zelf kan (in opdracht) al gauw probleemloos worden uitgevoerd. De interpretatie van de meting is een ander verhaal. Degene die de meting interpreteert moet in staat zijn de betrouwbaarheid van de meting te beoordelen, de



meting in de context van de zorgvrager te plaatsen en moet de mogelijkheden hebben om iets met de meting te doen. Men is van mening dat een EHBO'er niet bekwaam geacht mag worden om op grond van een meting te besluiten een zorgprofessional niet in te zetten.

Een uitzondering valt misschien te maken bij de adrenalinepen. Bij de juiste indicatie kan het levensreddend zijn, maar zo niet dan kan het zelfs iemand in een reanimatiesetting brengen. Het heeft de voorkeur om een landelijk scholingsprogramma te organiseren voor het gebruik van de adrenalinepen. Mogelijk ligt hier een rol bij de belangenvereniging.

Welke assisterende vaardigheden zijn belangrijk? Assisterende vaardigheden vinden onder directe supervisie plaats. Deze mogen dus niet zelfstandig worden uitgevoerd. De eindverantwoordelijkheid ligt bij de zorgprofessional die de opdracht geeft.

Juridische vragen:

Kan de functionele zelfstandigheid van een ambulanceverpleegkundige ook via een Medisch Leider worden geregeld? Moet er een verklaring worden ondertekend?

Ben ik als Big-geregistreerde zorgverlener ook automatisch verantwoordelijk voor de EHBO'ers?

Interventies en competenties

Een zelfstandige vaardigheid mag door de eerstehulpverlener zelfstandig en zonder opdracht van of supervisie van een zorgprofessional worden uitgevoerd. De eerstehulpverlener moet in staat zijn om de indicatie tot de handeling te stellen, moet bekwaam zijn om de handeling lege artis uit te voeren en moet weten wat de indicaties, contra-indicaties en beperkingen van de techniek zijn. Hij is hiervoor aanvullend getraind en aantoonbaar competent.

Aangemerkt als (mogelijk) zelfstandige vaardigheid, mits getraind:

- Het meten, maar niet interpreteren, van de bloeddruk middels een automatische bloeddrukmeter
- Het meten, maar niet interpreteren, van de zuurstofsaturatie
- Het meten, maar niet interpreteren, van het bloedglucosegehalte
- Het meten en interpreteren van van de temperatuur (oor)
- Het toedienen van een adrenaline auto-injector bij een slachtoffer met een anafylactische reactie aan wie de auto-injector is voorgeschreven

Een assisterende vaardigheid mag alleen door de eerstehulpverlener worden uitgevoerd onder directe supervisie van de zorgprofessional. De zorgprofessional is altijd opdrachtgever en altijd eindverantwoordelijk voor het stellen van de indicatie, de uitvoering van de handeling en de mogelijke complicaties als gevolg van de handeling. Uitgangspunt is dat risicovolle handelingen aan de zorgvrager in beginsel worden uitgevoerd door de zorgprofessional en dat de eerstehulpverlener hierbij een ondersteunende rol heeft.

Aangemerkt als assisterende vaardigheid:

- Het aansluiten van een Elektrocardiogram (ECG)
- Het aanleggen van een stijve halskraag
- Het immobiliseren van een zorgvrager op een wervelplank of vacuummatras
- Het toedienen van zuurstof
- Het interpreteren van een meting van bloeddruk, zuurstofsaturatie, bloedglucosegehalte



Aangemerkt als vaardigheid die niet tot de zelfstandige competenties van de eerstehulpverlener behoort:

- Het aanleggen van een bekkenband (T-POD of vergelijkbaar device)
- Het toepassen van wondsluiting middels huidlijm
- Het aanleggen en gebruiken van een reanimatie-automaat (zoals LUCAS of Autopulse)

Aangemerkt als vaardigheid die altijd moet worden uitgevoerd door een bevoegd en bekwaam zorgprofessional:

- Het stellen van een indicatie voor een medische handeling of medicatie
- Masker- en ballonbeademing
- Inbrengen van orofaryngeale of nasofaryngeale tube (Mayotube, Guedell)
- Inbrengen van supraglottisch luchtwegdevice (LMA, iGel, larynxtybe)
- Het toedienen van subcutane, intramusculaire of intraveneuze medicatie
- Het interpreteren van een Elektrocardiogram (ECG)

Een zorgverlener moet in zijn reguliere praktijk voldoende ervaring op kunnen doen om bekwaam te zijn in het verrichten van een risicovolle- of voorbehouden handeling.

NB deze lijst is niet volledig, maar bevat alleen de handelingen die tijdens de bijeenkomst besproken zijn.

