

# Redactioneel

Waarde Lezers,

2008 was voor de wereld rondom ons een zeer bijzonder jaar; Voor velen onder ons was dit ook een turbulent jaar met hoogtes en laagtes, hoogtepunten en dieptepunten, persoonlijke voor- en tegenspoed. Maar desondanks zijn we er opnieuw goed doorgekomen.

Even terugkijken naar de werking van de VVVS kan ook geen kwaad doen. Ook onze vereniging heeft hoogte en laagtes gekend. Maar we kijken reeds volop uit naar 2009 waar er toch heel wat te gebeuren staat, om te beginnen ons symposium op 1 en 2 april. Jullie lezen hierover meer in dit nummer.

Veel leesgenot.

*Door Lauwaert*

## NAMENS BESTUUR VVVS

### DE BESTE WENSEN VOOR 2009 !!!!



# Dringende Geneeskundige Hulpverlening en prehospitalzorg in Vlaanderen

Wouter Cattoor<sup>1</sup>, Marc Sabbe<sup>2</sup>, Walter Sermeus<sup>3</sup>, Frank Lippens<sup>4</sup>

(1) AZ Damiaan Oostende

(2) Dienst Urgentiegeneeskunde, Universitaire Ziekenhuizen Leuven

(3) Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KULeuven

(4) Algemene directie, Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze

## SAMENVATTING

Sinds de wet betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening (8/06/1964) is de prehospitalzorg voortdurend geëvolueerd. In Vlaanderen zijn er 43 erkende MUG-functies. Maar er zijn meer dan 43 van de 63 ziekenhuizen betrokken bij deze MUG-functies, aangezien er ook ziekenhuizen zijn die via een MUG-associatie participeren.

In deze studie werd de rol van de ziekenhuizen in de prehospitalzorg nagevraagd via een vragenlijst in 37 Vlaamse ziekenhuizen.

Negentien ziekenhuizen in de steekproef baten een 100-ziekenwagen uit, zestien zetten hiervoor verpleegkundigen in. 75% van de verpleegkundigen die instaan voor de ziekenwagen en de MUG-functie zijn respectievelijk voor meer dan 80% en 85% van hun arbeidstijd beschikbaar voor de spoedgevallendienst. Hieruit kan men niet zomaar besluiten dat de financiering van de MUG-functies en 100-diensten sluitend is. In elk geval zou een financiering die naast de permanentie ook rekening houdt met het aantal interventies meer aangewezen zijn.

## INLEIDING

Met het oprichten van de "Nationale Dienst voor Hulpverlening" in 1956 werd de eerste stap gezet naar een georganiseerd systeem van dringend ziekenvervoer. De wet betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening (DGH) van 1964 onttrok het transport van acuut zieken en gekwetsten aan de verantwoordelijkheid van de gemeenten en gaf deze aan de federale overheid (1,2). Sindsdien worden noodoproepen voor dringend vervoer van patiënten naar een ziekenhuis gecoördineerd vanuit de Hulpcentra-100 en beantwoord door erkende 100-ziekenwagens (3,4,5).

Als gevolg hiervan hebben ziekenhuizen spoedgevallendiensten en mobiele urgentiegroepen (MUG) ingericht en uitgebouwd. Daardoor hebben ze hun rol in de DGH feitelijk ingenomen en zijn ze een actieve speler geworden in de prehospitalzorg met MUG-teams en 100-ziekenwagens. Pas in het laatste decennium werden er erkenningsnormen vastgelegd voor de MUG-functies. In tegenstelling hiermee zijn de 100-ziekenwagendiensten nog steeds gebaseerd op de wetgeving van 1964.

Tot nu toe is er nooit systematisch bestudeerd waartoe dit heeft geleid. Welke activiteit realiseren de MUG-functies en ziekenwagens verbonden aan een ziekenhuis? En wat kost dit. Voor dit onderzoek werden enquêtegegevens verwerkt van 37 ziekenhuizen (70 campussen) in de Vlaamse Gemeenschap.

## METHODOLOGIE

Om de huidige situatie van MUG-functies en 100-diensten in kaart te brengen werden verschillende databanken van de FOD Volksgezondheid onderzocht. De "Lijst van de erkende MUG-functies" geeft voor elke erkende MUG-functie of associatie het registratienummer, de naam van de instelling en het adres van de vertrekplaats. In de "Lijst ambulances" worden alle erkende 100-ziekenwagendiensten met hun identificatienummer en standplaats opgesomd. In de databank "Serv Amb Prov" zijn de ziekenwagendiensten "100" geregistreerd, gegroepeerd per provincie. Uit deze databanken werden de gegevens met betrekking tot de Vlaamse Gemeenschap geselecteerd.

Gegevens betreffende de ziekenhuizen werden verzameld aan de hand van een enquête. De steekproef van 37 ziekenhuizen werd in twee stappen samengesteld. In eerste instantie werd aan de private instellingen toestemming gevraagd om hun enquêtegegevens te verkrijgen die ze voor de enquête "Gespecialiseerde spoedgevallenzorg - MUG - 100 ziekenwagen" aan het VVI hadden bezorgd. 27 ziekenhuizen stemden hierin toe. Aan de private ziekenhuizen die nog niet aan de bevraging deelnamen en aan de openbare ziekenhuizen werd gevraagd om een nieuw enquêteformulier in te vullen. Dit nieuw formulier bestond enkel uit de vragen met betrekking tot de verpleegkundigen en de organisatorische aspecten van de prehospitalzorg en de spoedgevallendienst uit de eerste enquête. 10 ziekenhuizen stuurden dit formulier terug.

Deel 1 van deze enquête bevroeg gegevens in verband met financiering, personeelskosten en erkenningen op het niveau van het ziekenhuis. Deel 2 bevroeg de verpleegkundige personeelsinzet en de activiteit van de spoedgevallendienst, de MUG-functie en de 100-ziekenwagen per campus. De verzamelde gegevens refereren naar het jaar 2002 en werden anoniem ingevoerd in een gegevensbestand.

## RESULTATEN

### *Steekproef*

De steekproef bestond uit 37 ziekenhuizen, gespreid over 70 campussen in het Vlaams Gewest. Dit is 58,73% van alle ziekenhuizen en 67,31% van de ziekenhuiscampussen. Van de deelnemende ziekenhuizen zijn er 28 private en 9 openbare instellingen. Twee ervan zijn universitaire ziekenhuizen. Op 33 van de 70 ziekenhuiscampussen is er een MUG gestationeerd.

### *Functie mobiele urgentiegroep*

Uit de "Lijst van de erkende MUG-functies" van de Federale Overheid blijkt dat er in Vlaanderen 43 erkende functies zijn die gestationeerd kunnen worden in 53 ziekenhuizen. Deze 43 MUG-functies bedragen 53,09% van de 81 MUG-functies in België. Daarnaast was er een MUG gestationeerd in twee ziekenhuizen (Sint-Jozefskliniek Izegem en Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Campus

Geraardsbergen) en dit in het kader van een Beleidsondersteunende Studie (BOS-project). Met het oog op een herziening van de programmatie werkten deze experimentele urgentieploegen in hun regio als "satelliet-MUG" in samenwerking met een erkende MUG-functie. In het AZ St-Jan AV in Brugge bevindt zich een MUG-helikopter naast de erkende MUG-functie (tabel 1). Zo komen we aan 46 operationele MUG-functies die permanent beschikbaar zijn voor het Hulpcentrum-100. Het verschil tussen het aantal MUG-functies en het aantal vertrekplaatsen waar een MUG gestationeerd is (55), kan verklaard worden door het feit dat 10 MUG-functies verzekerd worden door een associatie van twee of drie ziekenhuizen. In totaal zijn er in Vlaanderen 21 ziekenhuizen betrokken in een MUG-associatie. In sommige ziekenhuizen bestaat de MUG-functie uit meerdere teams met elk een interventiewagen. In dit onderzoek werd niet nagegaan hoeveel MUG-functies de permanentie met één of meer teams verzekeren.

### *Locatie en activiteiten:*

Het aantal MUG interventies in deze steekproef varieert voor 2002 van 55 tot 2 037 per jaar met als mediaan 653 (n=32; Q1= 534; Q3=778). Dit correspondeert ongeveer met één interventie per week tot meer dan vijf interventies per dag.

### *Verpleegkundige bemanning:*

Volgens het KB dat de erkenningsnormen voor de MUG-functies bepaalt, moet elke MUG-functie 24 uur op 24 voorzien in een eigen verpleegkundige permanentie van ten minste één persoon met de bijzondere beroepstitel gegradueerde verpleegkundige in de intensieve zorgen en spoedgevallenzorg (6). Als we ervan uitgaan dat een verpleegkundige 220 dagen (1 672 uur) per jaar werkt in een 38-urenweek (7,6 uur per dag) dan zijn er 5,23 VTE nodig om aan deze norm te voldoen. De MUG-functies in dit onderzoek beschikken over een mediaan van 6 VTE verpleegkundigen (n=29; Q1=3,88; Q3=6). Het aantal spoedgevallenverpleegkundigen die beschikbaar zijn voor de MUG varieert tussen de ziekenhuizen tussen 2 en 44 VTE. Tien van de 29 diensten zetten minder verpleegkundigen in dan

minimaal nodig om een 24uurs-permanentie te verzekeren.

*Beschikbaarheid voor de spoedgevallendienst:*

De verpleegkundigen van de MUG-functie zijn tussen de interventies beschikbaar voor de spoedgevallendienst. Als we schatten dat een MUG-interventie anderhalf uur in beslag neemt (uitruk, administratie, nazicht wagen en uitrusting) en dat één voltijdse verpleegkundige 1 672 uur per jaar werkt, dan kunnen we het percentage van de arbeidsduur berekenen dat een MUG-verpleegkundige op de spoedgevallendienst kan ingeschakeld worden. Tabel 2 toont deze berekening als het aandeel dat de MUG-interventies innemen in de totale arbeidstijd die de 5,23 VTE verpleegkundigen van de MUG-functie per jaar presteren ( $1\ 672 * 5,23 = 8\ 744,56$  uur). Bij 75% van de MUG-functies is de verpleegkundige voor meer dan 85% van zijn/haar tijd beschikbaar voor klinisch werk op de spoedgevallendienst.

Als we ervan uitgaan dat 1 VTE verpleegkundige per jaar (in 2003) een kostprijs van ongeveer 50 000 Euro vertegenwoordigt, dan kunnen we uit tabel 2 de werkelijke kostprijs van de verpleegkundige permanentie voor de MUG-functie berekenen. In functie van het aantal interventies die de MUG per jaar uitvoert, bedraagt deze theoretische verpleegkundige kostprijs tussen 2 458 en 91 368 Euro/jaar met een mediaan van 27 666 Euro/jaar ( $n=32$ ;  $Q1=23\ 953$  Euro/jaar;  $Q3=34\ 910$  Euro/jaar).

*Personeel van de spoedgevallendienst:*

De verpleegkundigen van de MUG-functie moeten volledig deel uitmaken van het personeel van een gespecialiseerde spoedgevallendienst (6). Uit de gegevens blijkt dat in de meerderheid van de ziekenhuiscampussen dit ook zo is. Echter, zijn er enkele ziekenhuizen die zowel overdag, 's nachts als in het weekend, toch nog verpleegkundigen van het operatiekwartier (1 ziekenhuis) of van de dienst intensieve zorgen (2 ziekenhuizen) laten uitrukken. Vaak gaat het hier om personeelsleden van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg (FGS) die op deze diensten tewerkgesteld worden in een beurtrol omdat er onvoldoende werk is

op de spoedgevallendienst voor meer dan twee verpleegkundigen en er zinvol werk kan gebeuren op deze andere diensten.

*Kostprijs:*

De verpleegkundigen van de MUG-functie betekenden in 2002 een mediane kostprijs voor het ziekenhuis van 257 075 Euro ( $n=21$ ;  $Q1=155\ 099$ ;  $Q3=320\ 764$ ). In 2003 bedroeg dit 259 809 Euro ( $n=19$ ;  $Q1=160\ 813$ ;  $Q3=316\ 520$ ).

**Ziekenhuisgebonden 100-ziekenwagen**

Uit de databanken van de FOD blijkt dat er in Vlaanderen één op vier (37/143) van de erkenningen voor een Dienst 100-ziekenwagen ziekenhuisgebonden zijn. Van de 37 ziekenhuizen met een 100-erkenning bevinden er zich 16 in de provincie Antwerpen. In Limburg wordt de helft van de 18 ambulancediensten door een ziekenhuis uitgebaat. In Vlaams Brabant en West-Vlaanderen staan respectievelijk 1 en 2 erkenningen op naam van een ziekenhuis. Toch worden er nog enkele ambulancediensten van openbare ziekenhuizen over het hoofd gezien omdat ze geregistreerd staan op naam van het gemeentelijk OCMW.

*Lokatie:*

Zestien ziekenhuizen uit de steekproef beschikken over een erkenning voor een 100-ziekenwagen. Deze zijn gestationeerd op 19 campussen. Maar niet alle ziekenhuizen die over een erkenning beschikken, verzekeren ook zelf de 100-dienst. Uit navraag bij private ziekenwagendiensten en Rode Kruis Vlaanderen blijkt dat sommige ziekenhuizen hun 100-dienst aan hen uitbesteden. In dit onderzoek hadden wij geen zicht op het exacte aantal instellingen die al dan niet zelf voor de 100-dienst instaan. Toch rapporteerden drie ziekenhuizen dat zij beschikken over een 100-erkenning maar dat de ziekenwagen wordt bemand door personeel dat niet aan het ziekenhuis verbonden is.

*Bemannig:*

Het personeel dat door de ziekenhuizen ingezet wordt in de 100-ziekenwagen bestaat uit ambulanciers, verpleegkundigen of beide. Vanuit de 19 campussen zijn er 10 die de ziekenwagen bemannen met een

ambulancier en een verpleegkundige. Bij drie worden enkel ambulanciers ingezet, en drie keer enkel verpleegkundigen. De overige drie ziekenhuizen vervangen 's nachts en in het weekend één of beide verpleegkundigen door een ambulancier. Van 15 ziekenhuisgebonden 100-diensten ligt het mediaan aantal verpleegkundigen dat wordt ingezet op 6 VTE (n=15; Q1=3; Q3=10). Zes van deze 15 ziekenhuizen beschikken over minder dan 5 VTE verpleegkundigen wat niet voldoende is om de 100-ziekenwagen 24 uur op 24 met minstens één verpleegkundige te bemannen. Mogelijk worden in deze ziekenhuizen enkel overdag verpleegkundigen ingezet bij 100-ritten, terwijl de ziekenwagen 's nachts en in het weekend wordt bemand door twee ambulanciers.

#### *Beschikbaarheid voor de spoedgevallendienst:*

Net als voor de MUG-functie kunnen de verpleegkundigen van de 100-ziekenwagen tussen de 100 opdrachten door ook ingezet worden op de spoedgevallendienst. Als we veronderstellen dat een ziekenhuisgebonden 100-dienst permanent één verpleegkundige op de ziekenwagen inzet dan geeft tabel 3 het percentage van de arbeidsduur waarop deze 5,23 VTE verpleegkundigen ter beschikking zijn van de spoedgevallendienst. Hiervoor gaan we uit van dezelfde arbeidsvoorwaarden als bij de MUG (7,6 uur per dag; 220 dagen per jaar) en van de schatting dat een interventie gemiddeld 1 uur tijd vergt. De duur van ziekenwageninterventies wordt korter geschat dan deze van MUG-interventies omdat de actieradius (en dus de aanrijtijd) kleiner is dan deze van een MUG-functie en dat er zonder MUG-bijstand minder tijd wordt gependeed aan het ter plaatse stabiliseren van de patiënt. In drie vierden van de ziekenhuisgebonden 100-diensten is een verpleegkundige die met de ziekenwagen uitrukt dus nog voor meer dan 90% van zijn/haar arbeidsduur beschikbaar voor de spoedgevallendienst.

*Personeel van de spoedgevallendienst:* Verpleegkundigen worden tot nu toe in de wetgeving niet genoemd als bemanning van 100-ziekenwagens (in tegenstelling met MUG-

verpleegkundigen). Bijgevolg is er ook geen wettelijke regel dat deze verpleegkundigen integraal deel moeten uitmaken van het personeel van de spoedgevallendienst. Echter, het blijkt toch dat de verpleegkundige in de meeste gevallen deel uitmaakt van het personeel van de spoedgevallendienst. Net zoals voor de MUG, worden in enkele ziekenhuizen verpleegkundigen van het operatiekwartier (1 ziekenhuis, overdag) en de dienst intensieve zorgen (2 ziekenhuizen, in het weekend) ingeschakeld. Eén ziekenhuis laat 's nachts zelfs een verpleegkundige van de dienst Medische Beeldvorming uitrukken..

#### *Kostprijs:*

Een 100-ziekenwagendienst krijgt een kostenvergoeding per kilometer. Voor de eerste 10 kilometer is dit een forfaitair bedrag (in 2004: 49,08 Euro). Vanaf de 11<sup>e</sup> kilometer wordt 4,96 Euro per kilometer aangerekend. Vanaf de 21<sup>e</sup> 3,72 Euro per kilometer. De kostprijs voor het personeel van de 100-ziekenwagen (ambulanciers en/of verpleegkundigen) die door de ziekenhuizen in de enquête werd gerapporteerd had een mediaan van 145 950 Euro in 2002 (n=9; Q1=123 000; Q3=454 281) en 166 366 Euro in 2003 (n=7; Q1=98 500,50; Q3=475 402). De mediaan van de inkomsten voor de ambulance daarentegen bedroegen in 2002 51 261 Euro (n=10; Q1=25 391,72; Q3=89 810).

Acht ziekenhuizen rapporteerden zowel de kostprijs voor het ziekenwagenpersoneel als de inkomsten via de Dienst 100 voor 2002. In deze ziekenhuizen bedroeg het verschil een mediaan van -131 644 Euro (n=8, Q1= -372 832; Q3= -48 472).

## **DISCUSSIE**

### Functie mobiele urgentiegroep

Om te kunnen voldoen aan de normen van het KB van 10/08/1998 krijgen de MUG-functies jaarlijks een forfaitair bedrag (233 762 Euro in 2004) via het deel B4 van het budget van financiële middelen (7). Toch stellen we vast dat bij meer dan de helft van de MUG-functies de kostprijs van de verpleegkundige permanentie hoger ligt dan dit jaarlijks forfaitair bedrag. De kosten voor de medische permanentie, het verbruik van

materialen, het onderhoud en de vaste kosten van de interventiewagen zouden dan ten laste komen van het ziekenhuis. Nu wordt vaak een deel van de honoraria voor de prestaties van de MUG-arts gebruikt om de financiering sluitend te maken. De honoraria zijn echter bedoeld als vergoeding voor de prestaties van de arts tijdens zijn/haar permanentie. In principe zou er in eerste instantie een correcte basisfinanciering moeten zijn die de kosten van de MUG-permanentie dekt (verpleegkundige permanentie, medische permanentie, kosten interventiewagen en materiaal). De permanentie van politie of brandweer is financieel ten laste van de overheid en staat los van het aantal oproepen. Waarom niet dezelfde logica voor MUG-functies?

Anderzijds is het niet onterecht dat de forfaitaire financiering niet de volledige verpleegkundige permanentie dekt. Aangezien de MUG-verpleegkundigen deel uitmaken van het personeelskader van de FGS-dienst, moeten zij slechts voor de tijdsduur die ze werkelijk besteden aan MUG-interventies, ten laste genomen worden van het budget voor die MUG-functie. We moeten echter wel een kanttekening maken bij de berekende arbeidsduur. Bij deze berekening werd geen rekening gehouden met ziekte, opleiding en training, overleg en dergelijke (8). Specifiek voor deze groep verpleegkundigen is de nood aan specifieke opleiding en training en aan overleg met andere hulpdiensten hoog. Bovendien is er ook nog de wettelijke verplichting om mee in te staan voor de opleiding van de ambulanciers in het 100 systeem en de BLS training van het ziekenhuispersoneel. Deze tijd werd in deze studie niet bevraagd en werd in onze theoretische berekening ook niet meegerekend.

Tenslotte is er het probleem dat deze verpleegkundige van MUG permanentie niet meetelt voor de bestaande op de spoedgevallendienst. Op kleinere spoedgevallendienst en/of op kalmere momenten betekent dit voor de ziekenhuizen de kost van minimaal drie verpleegkundigen om aan alle wettelijke normen te voldoen. Enkel als de werkbelasting niet door de bestaande bestaande bestaande kan gebeuren en de inzet van deze MUG-verpleegkundige volstaat om

de werkbelasting op te vangen, dan betekent dit een reële winst voor het ziekenhuis. Bijgevolg tonen de berekeningen op basis van tabel 2 aan dat de forfaitaire financiering van de MUG-functie voldoende kan zijn om ook naast de verpleegkundige permanentie aan de andere kosten tegemoet te komen. Echter alleen op voorwaarde dat verpleegkundige en arts activiteiten ontplooiën op de spoedgevallendienst. Finaal kunnen we stellen dat het correcter zou zijn een bepaalde basisfinanciering te voorzien en deze te laten toenemen met het aantal interventies die de MUG-functie per jaar uitvoert. De kosten voor personeel, verbruik van materialen en voertuig lopen immers gelijkmatig op.

### 100 ziekenwagen

Ook voor de 100-ziekenwagendiensten is de voorziene vergoeding via het tarief van de Dienst-100 ontoereikend om te voldoen aan personeelskosten én kosten voor onderhoud en uitrusting van de ziekenwagen. Dit is zeker zo voor niet-ziekenhuisgebonden 100-diensten die werken met beroepsambulanciers en die uitsluitend voor de 100 ziekenwagen kunnen worden ingezet. Een 24uurs permanentie vereist 10,46 VTE personeel en dit personeel is tussen de opdrachten door nergens anders actief. In tabel 3 zien we echter dat de verpleegkundigen die instaan voor de permanentie van de 100-ziekenwagen, in functie van het aantal interventies per jaar, tussen de 45,31% en 97,24% van hun arbeidsduur ter beschikking blijven van de spoedgevallendienst. Dit kan potentieel financieel gunstig zijn, echter opnieuw onder de voorwaarden dat deze verpleegkundige deels of volledig zou mogen meetellen voor de spoedgevallendienst permanentie en als deze verpleegkundige activiteiten kan ontplooiën op deze dienst.

Met het huidige Dienst-100-tarief worden interventies waarbij minder dan 10 km wordt afgelegd, voor eenzelfde bedrag vergoed. Bij grotere afstanden wordt een bedrag per kilometer aangerekend. De inkomsten zijn dus afhankelijk van de regio waarin de 100-dienst wordt verzekerd. In een stedelijk en dichtbevolkt gebied zal de gemiddelde afstand klein zijn. In een landelijke regio zal per interventie gemiddeld sneller een

grotere afstand worden afgelegd en dus een hogere inkomst worden genereerd. Een 100-ziekenwagendienst wordt dus vergoed in functie van de afstand tussen standplaats en interventieplaats, ongeacht de tijd die aan deze interventie wordt besteed. In die zin is de financiering van een 100-ziekenwagen minder nauwkeurig dan die van een taxidienst. In de kostprijs van een taxi speelt immers de afgelegde afstand mee maar blijft de teller ook doorlopen bij wachttijden of wanneer men in het verkeer wordt opgehouden. Een financiering van de 100-diensten die rekening houdt met de afgelegde afstand maar ook met de tijdsduur zou dus meer gepast zijn. Een basisfinanciering per kilometer wordt in dat geval vermeerderd met een bepaald bedrag per schijf van bijvoorbeeld 15, 20 of 30 minuten. Dit kan verder aangevuld worden met de kost van gebruikt materiaal (halskraag, defibrillatie pads, enz).

Hoewel in de Belgische wetgeving verpleegkundigen niet genoemd worden als ambulancebemanning stellen we toch vast dat op 16 ziekenhuiscampussen in dit onderzoek de 100-ziekenwagen met verpleegkundigen wordt bemand. Reeds lang geleden werd het model beschreven waarbij een ambulancier en een verpleegkundige met de ziekenwagen uitrukken vanuit het ziekenhuis (9,10). Recent werd opnieuw gepleit voor het inzetten van verpleegkundigen in de 100-ziekenwagens (11). Ondertussen, sinds midden 2006, heeft de federale overheid PIT (Paramedisch Interventie Team) pilootprojecten lopen waarbij naast een ambulancier een verpleegkundige van een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg wordt ingezet. Deze projecten hebben tot doel een meer gediversifieerd aanbod inzake de hulpverlening te creëren en een derde hulpverleningsvorm uit te testen.

Een dergelijke gecombineerde ziekenwagenbemanning heeft immers verschillende voordelen. Vooreerst beschikt de verpleegkundige over standaardverpleegplannen, protocols en staande orders en kan hij/zij wettelijk een aantal technische (B2) en medische toevertrouwde (C) handelingen stellen op voorschrift van een arts. Ten tweede blijven de ambulancier en de

verpleegkundige op de spoedgevallendienst in contact met de diagnostische work-up en therapie van de patiënt die door hen werd binnengebracht. Hierdoor zien zij het verdere verloop van de zorg en behandeling die zij kunnen gebruiken als eigen kwaliteitstoetsing met de observaties en handelingen die zij ter plaatse bij de patiënt en tijdens het transport wel of niet gesteld hebben. Ten derde zal er een impliciete kwaliteitstoetsing gebeuren door de eigen collega's. Ze zullen aangesproken worden over handelingen die prehospitaal werden uitgevoerd en die afwijken van de standaardverpleegplannen of de staande orders. Ten vierde zorgt het continue contact met de pathologieën op de spoedgevallendienst en overleg met artsen en collega's voor een voortdurend bijscholingsproces. Ze blijven in contact met de intramurale klinische praktijk, worden blootgesteld aan meerdere verschillende patiëntensituaties en oefenen hun technische vaardigheden. Tenslotte is de mogelijke kosteneffectiviteit een laatste voordeel, echter onder de voorwaarden zoals hierboven beschreven.

Het is organisatorisch mogelijk dat het aantal "nutteloze" MUG-interventies zou afnemen door het inzetten van verpleegkundigen in de 100-ziekenwagens. Het lijkt immers aannemelijk dat een verpleegkundige op basis van een staand order een aantal handelingen kan uitvoeren in situaties die toch niet zo levensbedreigend zijn dat er een MUG-team ter plaatse moet komen. Een daling in het aantal nutteloze ritten betekent een grotere beschikbaarheid, een verminderde dilutie in blootstelling aan acute pathologie voor het MUG-team en dus een grotere expertise. Mogelijk kan dit verder leiden tot reductie van het aantal MUG-functies waardoor financiële middelen vrijkomen die kunnen besteed worden aan de uitbouw van de met verpleegkundigen bemande ambulancediensten.

Vanuit financieel en opleidingsstandpunt lijkt een co-sourcing model waarbij een externe dienst (brandweer, Rode Kruis, private ziekenwagendienst) en een ziekenhuis samen de 100-dienst organiseren een aantrekkelijke formule. De externe dienst levert de 100-

ziekenwagen en ambulancier. Deze ambulancier kan in de spoedgevallendienst ingeschakeld worden voor logistieke taken of voor intern patiëntentransport. Eveneens krijgt deze blootstelling en opleiding binnen deze dienst. Het ziekenhuis laat een verpleegkundige van de spoedgevallendienst mee uitrukken en levert de verbruiksmaterialen (verbandmateriaal, zuurstof...) en toestellen (monitor, defibrillator, beademingstoestel...). De verrekening van de vergoedingen voor beide partijen is dan het voorwerp van een samenwerkingsovereenkomst die zij aangaan. Dit co-sourcing model kan een oplossing zijn voor ziekenhuizen die een 100-ziekenwagen volledig zelf uitbaten maar hierdoor geconfronteerd worden met kosten die hoger zijn dan de inkomsten. Deze ziekenhuizen kunnen door een dergelijk samenwerkingsverband de onderhouds- en afschrijvingskosten van de wagen en één permanentie uitsparen en toch actief blijven in de prehospitalzorg. Voor niet ziekenhuisgebonden ambulancediensten kan een samenwerking met een ziekenhuis een oplossing zijn voor een eventueel tekort aan ambulanciers of scholingsmogelijkheden en ook zij besparen de uitgave van één permanentie. Onderzoek toonde echter aan dat er ontevredenheid ontstond bij de ambulanciers toen in Zweden verpleegkundigen in de ziekenwagens werden ingeschakeld (12). Mogelijk kan dit vermeden worden door goede afspraken en gezamenlijke oefeningen, opleidingen en bijscholingen. De overheid zal in ieder geval de plaats van de verpleegkundigen op een 100-ziekenwagen moeten omschrijven. Vooreerst toont deze studie aan dat er in Vlaanderen geregeld verpleegkundigen worden ingezet op een 100-ziekenwagen en dit echter binnen een landschap waar verpleegkundigen schaarser worden. Indien alle 100-ziekenwagens met een prehospital geschoolde verpleegkundige worden bemant dan zal het competentieniveau in de prehospitalzorg ongetwijfeld stijgen. Bemant men officieel slechts enkele ziekenwagens met een verpleegkundige, zoals in de PIT pilootprojecten, dan creëert men een nieuw niveau tussen een

100-ziekenwagen met uitsluitend ambulanciers en een MUG-team. De wetgever zal eveneens, zoals voor de MUG-functies, de vereisten van opleiding en bijscholing van de verpleegkundigen die instaan voor de permanentie van de 100-ziekenwagen moeten bepalen. Dat de ambulanceverpleegkundigen best verbonden blijven aan een ziekenhuis hebben we hierboven uiteengezet, maar er is eveneens een wettelijke noodzaak. Verpleegkundigen met de bijzondere beroepstitel intensieve zorgen en spoedgevallenzorg die buiten het ziekenhuis tewerkgesteld zijn zoals verpleegkundigen werkzaam bij een brandweerdienst, lopen het risico deze beroepstitel te verliezen omdat ze moeilijker aan de vereiste bijscholing kunnen voldoen. Het is ook wenselijk dat verpleegkundigen die toch voltijds in de ziekenwagendienst tewerkgesteld zijn regelmatig opnieuw intramuraal gaan werken om hun klinische competenties te oefenen en te onderhouden (12).

#### **BESLUIT**

Dit onderzoek heeft een beeld geschetst van de rol van de ziekenhuizen in de prehospitalzorg. Waar ziekenhuizen in 1964 slechts de intramurale schakel waren van de hulpverleningsketen, spelen zij nu ook extramuraal een actieve rol als uitbaters van MUG-functies en 100-ziekenwagens. Het model waarbij verpleegkundigen ingeschakeld worden in de 100-diensten moet verder worden bestudeerd. Hierdoor kan het competentieniveau in de prehospitalzorg verhoogd worden wat de kwaliteit en de performantie ten goede komt. Daarenboven wordt de continuïteit van zorg van bij het begin verzekerd en krijgt de verpleegkundige een actievere plaats in het zorgproces. Hierbovenop blijft de financiering van MUG en ambulances binnen het 100 systeem een discussiepunt.

## REFERENTIES

1. CALLE P, SABBE M: De Dringende geneeskundige hulpverlening. Wetgeving gezondheidsinstellingen: commentaar map 1, boek D, hoofdstuk 1, p 1-26, 2003.
2. DELOOZ H. Emergency Medical Systems in Belgium, Anaesthesiol Reanimat 1987; 12: H4, 223-229.
3. CALLE P, VANHAUTE O, LAGAERT L, HOUBRECHTS H, BUYLAERT W. The "early access" link in the chain of survival for cardiac arrest victims in Ghent, Belgium. Eur J Emerg Med 1994; 7: 145-148.
4. GIJSENBERGH F, NIEUWENHOF A, MACHIELS K. Improving the first link in the chain of survival: the Antwerp experience. Eur J Emerg Med 2003; 10: 189-194.
5. NIJS S, BROOS P. Trauma care systems in Belgium. Injury 2003; 34: 652-657.
6. Koninklijk Besluit van 10/08/1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend. Belgisch Staatsblad 2/09/1998.
7. SERMEUS W. De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd. Leuven - Leusden: Acco, 2003.
8. ENA's Staffing Best Practices Work Group: ENA 's new guidelines for determining Emergency department nurse staffing. J Emerg Nurs 2003; 29: 245-253.
9. DELOOZ H, VERBRUGGEN H. An advanced emergency care delivery system. Acta Anaesth Belg 1975; 26: 72-77.
10. DELOOZ H, MEULEMANS A, VERBRUGGEN H. Een geïntegreerd systeem voor dringende medische hulpverlening te Leuven. Acta Chir Belg 1984; 84: 157-161.
11. TYTGAT R. De verpleegkundige als lid van de mobiele urgentiegroep MUG. Ligament 2004; 2: 4-16.
12. SUSERUD B-O, HALJAMÄE H. Role of nurses in pre-hospital emergency care. Accid Emerg Nurs 1997; 5: 145-151.

**Tabel 1: MUG-functies per provincie**

Provincie	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen	Vlaanderen
MUG-functies	16	8	12	4	13	53
BOS project			1		1	2
MUG Heli experiment					1	1
MUG permanenties	12	7	10	4	13	46
Associaties	4	1	3	0	2	10

**Tabel 2: Beschikbaarheid MUG-verpleegkundigen voor spoedgevallendienst**

	Interventies per jaar	Totale duur interventies (uur)	Tijd ingezet in MUG (%)	Tijd beschikbaar voor spoedgevallendienst (%)
Laagste	55	82,5	0,94	99,04
Q1	534	801	9,16	90,84
Mediaan	653	952	10,58	89,42
Q3	778	1167	13,35	86,65
Hoogste	2037	3055,5	34,94	65,06

n=32

Tabel 3: Beschikbaarheid ziekenwagenpersoneel voor spoedgevallendienst

	Interventies per jaar	Totale duur interventies (uur)	Tijd ingezet in 100-ziekenwagens (%)	Tijd beschikbaar voor spoedgevallendienst (%)
Laagste	241	241	2,76	97,24
Q1	849	849	9,71	90,29
Mediaan	1048	1048	11,98	88,02
Q3	1619	1619	18,51	81,49
Hoogste	4782	4782	54,69	45,31

n=21

## Waarom moet ik mij persoonlijk verzekeren tegen mogelijke beroepsfouten?

Het beroep van verpleegkundige is een **mooi en uitdagend** beroep.

Het is tegelijkertijd een **veeleisend** beroep. Net omdat het om mensen gaat, mag u geen fouten maken. U moet voortdurend geconcentreerd zijn en u mag geen enkel detail over het hoofd zien. Dit is niet altijd even gemakkelijk: u hebt het meestal heel druk, een collega spreekt u aan over een medische kwestie, er spookt een privé-probleem door uw hoofd,... Een fout is vlug gemaakt.

Een kleine fout, een onoplettendheid of een vergetelheid hebben vaak **zware gevolgen** voor degene die u verzorgt en die van u een schadevergoeding kan eisen. Zo'n schadevergoeding kan al vlug hoog oplopen.

De wet geeft aan patiënten het recht om tot maximaal **20 jaar** na een (para)medische fout alsnog klacht in te dienen, ook al bent u op dat moment niet meer actief in de betreffende instelling, of bent u niet meer actief als verpleegkundige, bent u met pensioen,... Uw aansprakelijkheid gaat ook over naar uw erfgenamen, na uw overlijden!

Bovendien schrikken patiënten er steeds minder voor terug om klacht in te dienen.

### Reden te meer om u en uw patrimonium goed te beschermen!

Werd in de polis die door het ziekenhuis werd afgesloten de dekking van uw beroepsaansprakelijkheid opgenomen?

Verpleegkundigen kunnen verplicht worden om handelingen te stellen die tot de bevoegdheid van een arts behoren. Als spoedverpleegkundige kan u bijvoorbeeld een ziekte-toestand moeten evalueren, in een noodsituatie medicatie moeten toedienen zonder voorschrift van een arts,... Mogelijks wordt u 'onwettige uitoefening van geneeskunde' verweten. Wanneer kan gesteld worden dat u handelde als een 'bonus paramedicus', zal AMMA de tussenkomst bieden. Met andere woorden blijft de aansprakelijkheid ingevolge een foutieve handeling gedekt, zelfs indien het handelingen betreft die strikt genomen enkel door een arts kunnen gesteld worden, maar die overeenkomstig algemeen aanvaarde gebruiken toch gesteld kunnen worden door de verpleegkundige.

Ook al werkt u, als verpleegkundige in loondienst, uw werkgever kan u - volgens de wet - steeds een '**zware fout**' of een '**repetitieve lichte fout**' verwijten en de kosten op u verhalen. Bovendien blijkt uit de praktijk dat de rechter een 'gewone fout' soms aanziet als een 'zware fout'! De patiënt heeft ook het recht om u **persoonlijk** aan te klagen.

Als verpleegkundige weet u beter dan wie ook wat er allemaal kan mislopen in de dagelijkse uitoefening van uw beroep.

Maar ook naast uw bezoldigde beroepsactiviteit kan u moeten tussenkomen, bijvoorbeeld bij hulp aan mensen in nood, bij de verzorging van vrienden of familie,...

Tot slot kan u in bepaalde situaties een **advocaat** goed gebruiken: bij vervolging voor onopzettelijke slagen en verwondingen of de schending van het beroepsgeheim; in een conflict met een collega, of het ziekenhuis zelf over een fout.

U zal ook nood hebben aan een waarborg rechtsbijstand (voorzien in het contract AMMA) wanneer uw arbeidscontract wordt onderbroken ingevolge een beroepsfout.

Zorg er dus voor dat u altijd goed beschermd bent! Uw carrière hangt er immers van af. Bij AMMA, voor slechts enkele tientallen euro per jaar bent u er zeker van dat u altijd goed verzekerd bent.

**AMMA-verzekeringen**  
**[www.amma.be](http://www.amma.be)**

Neem contact met onze diensten:  
Tel. 02 209 02 21  
E-mail: [consult@amma.be](mailto:consult@amma.be)  
Fax 02 737 53 29

## Brandweerverpleegkundigen organiseerden hun 5de jaarsymposium !

Op 24 oktober 2008 organiseerde de **VVBV vzw** hun traditioneel jaarsymposium, dit jaar voor de vijfde maal met als locatie het Cultureel Centrum in Bornem.

Dat het symposium ook dit jaar een succes was bleek alleen al aan het aantal deelnemers, niet minder dan 300 hadden zich ingeschreven en waren aanwezig, allen werkzaam bij een brandweerdienst, een ziekenwagendienst 100, MUG, spoed, IZ, BWC en zelfs ander diensten of instanties zoals provinciale ambulanciersscholen, FOD Volksgezondheid, OCMW en justitie.

De reden van dit succesverhaal is te wijten aan een steeds terugkerend sterk, boeiend en gevuld programma met goede onderwerpen die op verplichte bijscholingen weinig of niet aan bod komen en allen gebracht door schitterende sprekers uit het werkveld, daarnaast zijn een goede organisatie, erkende uren in kader van BBT en DGH, een fantastische catering en een mooie locatie steeds terugkerende pluspunten !

Daar de vereniging 5 jaar actief is gaf de voorzitter en tevens stichter van de vereniging, **Peter Van de Voorde** een korte historiek weer van hoe de vereniging tot stand kwam. Twee jaar voorbereiding lag aan de basis van de oprichting, een feitelijke vereniging werd een feit in 2003, een bestuur werd samengesteld en doelstellingen werden bepaald. In de afgelopen vijf jaar werden er een aantal initiatieven genomen en werkte men hard aan basisteksten en visienota's. Héél wat werd gerealiseerd waarvan de belangrijkste wapenfeiten zijn, het beroepsprofiel van de brandweerverpleegkundige, de plaats van de brandweerverpleegkundige in het PIT-project, de website, de omvorming tot vzw, de toetreding tot de Belgian Resuscitation Council, besprekingen met allerlei officiële instanties enkele niet onbelangrijke verwezenlijkingen. Het is duidelijk dat de verpleegkundigen een belangrijke plaats innemen in de Dringende Geneeskundige

Hulpverlening en binnen de brandweer ! De VVBV heeft nog véél toekomstplannen, zo zullen zij verder meewerken aan het PIT-project en zal het statuut van brandweer- en ambulanceverpleegkundige een topprioriteit worden naast een gamma van andere projecten. Peter van de Voorde is korporaalverpleegkundige bij de brandweer en dienst 100 van Maldegem als vrijwilliger en beroepshalve werkzaam als ambulanceverpleegkundige - diensthoofd dienst 100 Falck Ambuce UZA.

Na de toespraak van de voorzitter was het **Kapt. Bruggemans**, dienstchef brandweerdienst Londerzeel die als BVV-afgevaardigde het woord nam onder de titel **BVV versus VVBV, verleden-heden en toekomst**. Reeds vele jaren voor het bestaan van de VVBV bestonden er al enkele ideeën om de DGH te moderniseren en was men toen reeds overtuigd dat verpleegkundigen een meerwaarde betekenden op een ziekenwagen. Het ontbreken van initiatiefnemers op dat vlak binnen de toenmalige KBBF en de huidige BVV resulteerde in het uitblijven van belangrijke veranderingen die toch noodzakelijk waren. Vandaag de dag hebben beide verenigingen een engagement en worden er toch belangrijke inspanningen geleverd om ter gelegenheid van de hervorming civiele veiligheid - waaronder de brandweer- ook de Dringende Geneeskundige Hulpverlening mee te helpen hervormen, zo worden er voorstellen uitgewerkt op vlak van statuut, aanwerving, benoeming, verloning, pensionering, verzekering, opleiding, bijscholing enz en is er verder overleg gepland met alle actoren uit de sector DGH om verschillende doelstellingen te finaliseren !

Gezien het brede publiek en diversiteit aan beroepsfuncties onder de aanwezigen had het bestuur net zoals de vorige jaren gekozen voor gevarieerde en uiteenlopende onderwerpen van toepassing voor iedereen.

**Dr. Van Berlaer, kinderarts-intensivist en urgentiearts** in het UZ Brussel bracht een uiteenzetting over de **Intra-osseuse perfusie**.

Deze vrij nieuwe techniek van perfusionering en medicalisering in acute levensbedreigende situaties blijkt een goed alternatief te zijn met véél voordelen in moeilijke omstandigheden, zeker bij kinderen maar ook mogelijk bij volwassenen.

**Dhr. Ardeel, adjunct-communicatieverantwoordelijke INFRABEL** toonde aan de hand van zijn voorstelling **Veiligheid bij interventies op spoorweginfrastructuur** dat interveniëren in de nabijheid van of op spoorwegen een bijzonder riskante onderneming is en dat men best met kennis van zaken een benadering doet van een spoorwegincident. Alle disciplines in de hulpverlening pre-hospitaal dienen te weten wat zij kunnen verwachten op dergelijke inzetlocaties !

**Moeilijke intubatie** was een zeer interessant item gebracht door **Dr. Rooselaer**, werkzaam als **anesthesist op de kritieke diensten in het UZ Brussel**. De verschillende hulpmiddelen bij beademing kwamen aan bod maar de moeilijke intubatie was het hoofdonderwerp !

**Dr. Bellanger, Militaire arts-Kolonel** op rust nam **Hulpverleners en bioterrorisme, een ongelijke strijd ?** voor zijn rekening. Zeker een niet-alledaags gebeuren en onderwerp. Ook al lijkt de dreiging ver af, het belang van goede en degelijke voorbereiding op dergelijke rampen is van bijzonder groot belang met vooral het vlug herkennen van bepaalde symptomen en het vlugge alarmeren van de nodige diensten.

**Dhr. Van De Wouwere, verpleegkundige spoed Jan Palfijn Merksem** gaf een uiteenzetting over **verhanging**. Naast een geschiedkundige inleiding en cijfermateriaal uit diverse landen over deze specifieke zelfmoordvorm werden de soorten verhanging, de medisch-verpleegkundige interventie en de nazorg uitvoerig besproken met dia's ter

illustratie, vele hulpverleners worden er mee geconfronteerd en dit zal naar alle verwachting verder toenemen in de toekomst !

**Agressie in de DGH werd behandeld door Dhr. Van der Auwere**, werkzaam als **adjunct-hoofdverpleegkundige** op de **spoedgevallendienst UZ Brussel**. Agressie is niet méér toegenomen als vroeger, alleen wordt het nu méér geregistreerd. Deze vorm van bedreiging kent men zowel op de spoedgevallendienst als pre-hospitaal en vergt een specifieke aanpak, een vooraf opgemaakt en continue beschikbaar actieplan, ook binnen de 100 diensten is een absolute must !

Als laatste spreker kwam **Dhr. Maes, diensthoofd moordzaken Politie Schaarbeek** een lezing geven over **sporenonderzoek**. Zoals twee jaar geleden bleek nog maar eens hoe belangrijk het is rekening te houden met niet-medische diensten op de plaats van een incident. Hulpverleners kunnen heel wat sporen uitwissen, handige tips werden aangebracht maar van groot belang was dat de medische diensten alles in het werk moeten stellen om een leven te redden, de moordsectie zal nadien wel met behulp van diverse technieken en middelen uitmaken of een bepaald incident als een misdad moet bestempeld worden, DNA is hier het middel bij uitstek, daarnaast zijn vingerafdrukken, ooraafdrukken en allerhande kleine sporen goede vormen van bewijs !

We kunnen terugblikken op een zeer geslaagd symposium !!!

Presentaties van de voordrachten consulteerbaar op de website. Vereniging Verpleegkundigen Brandweer Vlaanderen vzw - [www.vvby.be](http://www.vvby.be)

# Het Lucas-toestel samen met de Boussignac endotracheale tube

**Dr. Marc Gillis**  
**Medisch Diensthofd Spoedgevallendienst**  
**Imeldaziekenhuis, Bonheiden**

## Inleiding:

Het LUCAS extern hartcompressietoestel laat toe om ononderbroken thoraxcompressie toe te passen tijdens een reanimatie. Tot op heden heerst er een controverse over het gebruik van het LUCAS in combinatie met de Boussignac endotracheale tube tijdens Cardio Pulmonale Reanimatie. Deze observationele studie is opgezet om te onderzoeken of dit nieuw reanimatieconcept nuttig is in prehospital gebruik wanneer langdurige reanimatie is aangewezen.

## Methode:

Alle ambulanciers, urgentieverpleegkundigen en spoedartsen werden getraind in het gebruik van het LUCAS toestel. De urgentieverpleegkundigen en spoedartsen werden eveneens opgeleid in het gebruik van de Boussignac tube. Achtenveertig patiënten met een hartstilstand werden geïncludeerd. Het BLS-AED protocol volgens de ERC guidelines werden toegepast. Daarnaast werd bij alle patiënten het LUCAS aangelegd en 38 patiënten werden geïntubeerd met behulp van de Boussignac Tube.

Aldus werd een volledig hands-free CPR toegepast en konden patiënten overgebracht naar de spoedgevallendienst en vervolgens op indicatie naar het cath-lab. Zelfs tijdens de PCI procedure werd het LUCAS-BOUSSIGNAC concept toegepast indien nodig.

## Resultaten:

79,2 % van de patiënten werden geïntubeerd met de Boussignac tube. De gemiddelde MUG interventietijd was 10,7 minuten. 20,8 % vertoonde een VF, 60 % was in asystolie en 12,5 % had een PEA, 2 % vertoonde een VT. 37,5 % had een ROSC, hiervan werden 7 patiënten opgenomen op intensieve zorgen waarvan 4 patiënten nog steeds in Cerebral Performance Category 1 en 3 patiënten in CPC 2 zijn. De patiënten geïntubeerd met de Boussignac tube vertoonden een ROSC van 44,7 % tegenover de patiënten geïntubeerd met een klassieke tube waarbij slechts in 10 % van de gevallen een ROSC werd bereikt. Bijgevolg vertoonde de patiëntenpopulatie met Boussignac tube een hogere overleving. Door het beperkte patiëntenaantal kon statische analyse geen significant verschil aantonen in beide subgroepen.

## Conclusie:

Vermits ons ziekenhuis in een ruraal gebied is gelegen heeft de implementatie van het LUCAS- BOUSSIGNAC reanimatie concept ons succespercentage van ROSC verbeterd. Het volledig handenvrij reanimatiemodel werd met veel enthousiasme aanvaard door alle pre-hospital werkers en wij geloven dat het bijzonder nuttig is bij langdurige CPR.

# The use of LUCAS and the Boussignac tube in the pre-hospital setting

M. Gillis, A. Keirens, C. Steinkamm, J. Verbelen, W. Muysoms, N. Reynders  
Emergency Department, Imelda Hospital, Bonheiden, Belgium



## Introduction

The Lund University Cardiac Arrest System (LUCAS) is a gas-driven sternal compression device that enables delivery of continuous compressions during transport and defibrillation. Controversy still exists as to use the LUCAS chest compression system together with the Boussignac endotracheal tube during cardiopulmonary resuscitation (CPR) in the pre-hospital setting. Until today, there are still insufficient data to generalise this method for resuscitation. This observational study is aimed to examine if this type of CPR in the pre-hospital setting is beneficial when prolonged CPR is needed.

## Methods and Materials

All pre-hospital care workers were thoroughly trained in using the LUCAS (Figure 1). The paramedics and emergency physicians were also trained to intubate the patient with the Boussignac tube (Figure 2). A total of 48 patients with cardiac arrest was included in this study. After applying the BLS-AED ERC protocol (Figure 3 and 4), the LUCAS and in most cases (n = 38), the Boussignac tube was placed. This permitted continuous hands free CPR and patients could be transported to the emergency department and to the cathlab (Figure 5) if indicated. Even during rescue PCI, the LUCAS-Boussignac concept was operational. The following parameters were determined in all patients: age, sex, time before first defibrillation, time before first ETT, time to connect LUCAS, initial heart rhythm, survival, presence of pink sputum, ROSC, heart rhythm, blood pressure.



Figure 1: The Lund University Cardiac Arrest System (LUCAS)



Figure 2: Boussignac tube



Figure 3: Algorithm for CPR with reanimating witness



Figure 4: Algorithm for CPR without reanimating witness



Figure 5: LUCAS-Boussignac in the cath lab

## Results and Discussion

Of the 48 patients, 38 (79.2%) were intubated with the Boussignac tube. The median intervention time of the MICU was 10.7 minutes. Ten (20.8%) patients were in ventricular fibrillation (VF), 29 (60%) patients were in asystole and 6 (12.5%) patients were in PEA. Restoration of spontaneous cardiac output (ROSC) was achieved in 18 (37.5%) patients. Of those, 7 were admitted to the ICU, 4 (8.3%; 3 VF, 1 asystole) of those are in CPC 1, and 3 (6.2%; 2 VF, 1 asystole) are in CPC 2.

Overview of data for patients intubated with the Boussignac tube (n = 38) and patients not intubated with the Boussignac tube (n = 10) are shown in Table 1. In the patients intubated with the Boussignac tube, ROSC was achieved in 17 patients (44.7%), while ROSC was obtained in only 1 patient (10.0%) who was not intubated with the Boussignac tube. As a consequence, the survival rate in the Boussignac intubated group was higher than in the non-Boussignac intubated group of patients (26.3% (n = 10) compared to 10.0% (n = 1), respectively). Due to the small sample size, especially of the non-Boussignac intubated group, statistical analysis (logistic regression and analysis of correlation) did not show any significant difference between the 2 subgroups in this study.

Parameter	All patients	Boussignac tube		Non-Boussignac		
		n	%	n	%	
n	48	38	79%	10	21%	
age (years)	71.4 ± 13.2	NA	72.4 ± 12.5	NA	67.4 ± 15.5	
male	27	58.3%	20	52.6%	7	70.0%
female	21	43.8%	18	47.4%	3	30.0%
time 1st defib (min)	5.7 ± 4.4	NA	4.8 ± 3.8	NA	9.5 ± 4.9	
time first ett (min)	3.0 ± 4.0	NA	3.2 ± 4.4	NA	2.4 ± 1.4	
Boussignac	38	79.2%	38	100%	0	0.0%
ROSC	18	37.5%	17	44.7%	1	10.0%
time connection LUCAS (sec)	114.7 ± 63.7	NA	102.0 ± 47.2	NA	158.0 ± 94.7	
initial rhythm						
VT	1	2.08%	1	2.6%	0	0.0%
VF	10	20.8%	10	26.3%	0	0.0%
asystole	29	60.4%	22	57.9%	7	70.0%
brady-asystole	2	4.2%	1	2.6%	1	10.0%
PEA	6	12.5%	4	10.5%	2	20.0%
heart rhythm	17	35.4%	15	39.5%	2	20.0%
blood pressure	16	33.3%	15	39.5%	1	10.0%
consciousness	2	4.2%	2	5.3%	0	0.0%
survival	11	22.9%	10	26.3%	1	10.0%
pink sputum	4	8.3%	4	10.5%	0	0.0%

## Conclusions

As our hospital is located in a rural area, the implementation of the LUCAS and the Boussignac tube in the ambulance improves the success rate of resuscitation. The fully handsfree CPR is accepted with great enthusiasm by all pre-hospital care workers and we believe it is particularly useful when prolonged CPR is required. However, due to the limited number of patients included in this study, a clinical study containing more patients and more groups would be recommended in order to obtain statistical confirmation of the better outcome of the combination LUCAS-Boussignac.

imelda omringt u met zorg

# Verlag 9<sup>de</sup> Symposium Medisch Rampenmanagement (SMR)

**Tom JORIS**

**VPK Spoed/MUG – AZ Sint-Maarten, Campus Mechelen  
Staftitularis S2 (Verantwoordelijke Vorming & Bijscholing),  
Rode Kruis Hulpdienst, Provincie Vlaams-Brabant**

Het was alweer de 9<sup>de</sup> editie van het SMR die op 25 oktober in Blankenberge doorging.

De welgevulde agenda zorgde voor een 800-tal geïnteresseerde en gemotiveerde aanwezigen, uit alle organisaties, niveaus en geledingen betrokken bij het medisch rampenmanagement.

Zoals steeds hoorde je links en rechts wat kritische geluiden als zou het programma niet geschikt zijn voor ambulanciers wegens niet praktisch genoeg gericht. Deze geluiden waren, ook zoals steeds, afkomstig van mensen die m.i. nooit hebben gelet op de titel die het symposium draagt.

Het feit dat er ook een behoorlijk groot aantal hulpverleners-ambulanciers aanwezig waren, bewijst nochtans dat er ook bij die beroepsgroep een belangrijke interesse bestaat voor het management-aspect onder rampomstandigheden. Verder zal het U niet verbazen dat ook onze beroepsgroep daar in Blankenberge stevig vertegenwoordigd was, onder andere door mensen die enerzijds een beroeps- en anderzijds een vrijwilligerspetje op hadden.

Wat er te onthouden viel van de sprekers, zal U waarschijnlijk meer interesseren: ik doe dan ook een bescheiden poging om de krachtlijnen van het betoog van elke spreker aan te halen.

De eerste spreker, na een welkomstwoord door de provincievoorzitter van RK West-Vlaanderen en een inleiding door de gouverneur van West-Vlaanderen, was Dhr. Jaak RAES die voor velen onder U ongetwijfeld gekend is als de directeur-generaal van het Crisis- en Coördinatiecentrum van de Regering (CGCCR).

Hij kwam het project GLIMMER toelichten. Dat staat voor 'Global Local Information Merging for Maturing Emergency Response', een methodologie die door de FOD BiZa werd ontwikkeld teneinde de overheden een hulpmiddel ter hand te stellen voor het opmaken van de risico-identificatie en -analyse

op hun respectievelijke grondgebieden. Zoals U zonder twijfel weet zijn die overheden daartoe verplicht in het kader van de meest recente wetgeving inzake de Nood- en Interventieplannen.

Het project GLIMMER is expliciet opgezet om te worden gebruikt in de multi-disciplinaire veiligheidscellen, waar men de taak heeft om alle risico's te identificeren: elke discipline zal immers verschillende risico's zien, afhankelijk van het standpunt dat men inneemt ten aanzien van het bestudeerde risico-object. Per item wordt er een risicofiche gemaakt waarop alle denkbare risico's worden vermeld (verdeeld in N(ature)- en H(uman)-risico's). Vervolgens wordt er bij de risico-analyse gezocht naar determinerende factoren die het risico zullen moduleren. Vb.: een auto-ongeval in een tunnel tijdens de ochtendspits vs een auto-ongeval om 3 uur 's nachts op een landelijke weg.

De volgende stap in het proces bestaat erin de verzamelde gegevens te gaan evalueren en er een gewicht aan toe te kennen. Hierbij spelen heel wat elementen een rol: schade aan personen, schade aan de natuurlijke omgeving, schade aan infrastructuur, ontwikkelsnelheid van het risico (ontploffing vs dreigende overstroming), duur van de noodsituatie, kans op voorkomen, enz.

In functie van de evaluatie worden de risico's opgenomen in de NIP's, en worden de nodige en verantwoorde preventieve maatregelen geïmplementeerd.

GLIMMER wordt als pilootproject getest in 7 gemeentes (Zelee, Brussel-Stad, Kortesseem, Aubange, Mons, Oudergem en Leuven) en 2 provincies (West-Vlaanderen en Waals-Brabant).

Uit de initiële feedback werden 3 belangrijke punten weerhouden:

- het systeem is complex, maar het biedt wel de garantie dat alle mogelijke risico's worden onderzocht door de systematische aanpak

- het gebruiken van GLIMMER is een werk van lange adem
- goede interdisciplinaire samenwerking is een absolute must

Voor alle duidelijkheid: GLIMMER wordt aangeboden aan de overheden, niet opgelegd.

In de nabije toekomst zal aan de lokale overheden een brochure worden overgemaakt met een beschrijving van de GLIMMER-methodiek. De reeds bestaande risicofiches met determinerende factoren zullen tevens op CD-ROM beschikbaar gesteld worden, en op provinciaal niveau worden referentiepersonen opgeleid.

Voor meer informatie over het CGCCR: <http://crisis.ibz.be/>

De kersverse federaal gezondheidsinspecteur (FGI) van de Provincie Antwerpen, en eigenaar van een legendarische haardos, Dr. Wim HAENEN betrad als volgende het spreekgestoelte. In zijn zeer eigen stijl onderhield hij het publiek over de economisch verantwoorde inzet van medische middelen bij preventieve hulpacties.

Eerst kwamen enkele vragen aan bod: wat betekent 'economisch verantwoord' en wanneer kan men spreken van een 'preventieve actie'?

Hierbij poneerde Dr. HAENEN eerst dat er in de laatste jaren een exponentiële stijging is geweest van het aantal keren dat het Rode Kruis werd vernoemd in het staatsblad. Hieruit leidde hij af dat de verwachtingen t.a.v. het Rode Kruis en de individuele hulpverleners alsmat stijgen.

In het binnenland uit zich dat in een sterk toegenomen vraag naar preventieve hulpacties bij allerhande evenementen. Deze houdt geen rekening met het feit dat het aantal beschikbare vrijwilligers gelijk blijft of zelfs daalt. Economische wetmatigheden bepalen dan ook dat niet langer zonder meer aan elke vraag tot preventieve hulpverlening kan worden voldaan.

Risico-analyse moet ook hier een instrument zijn om te bepalen waar en wanneer een inzet verantwoord is. De FOD Volksgezondheid verwacht van het RK 'realistische responstijden' in het kader van de taken die haar werden toevertrouwd binnen de rampenhulpverlening. Als alle vrijwilligers ingezet zijn bij een voetbalmatch of buurtfeest, is dit uiteraard niet haalbaar ... (contractuele verplichtingen t.o.v. de organisator). Er moet dus ook rekening gehouden worden met wat de maatschappij

verwacht van de hulpverleners (ook als het vrijwilligers zijn).

Massa-manifestatie en risico-manifestatie zijn 2 termen die vaak door elkaar worden gehaald. Bij de tweede term bedoelt men dat er tijdens de manifestatie een toename is aan risico's in de aanwezige populatie t.o.v. de standaardpopulatie. Bijgevolg zal er ook een verhoogde bevraging van de hulpdiensten zijn.

Om te bepalen of er al dan niet moet voorzien worden in een medisch-sanitaire inzet, neemt men de normale bevolking en normale hulpverlening als norm. In functie van de verwachte pathologie zal men bekijken of de diagnostische en therapeutische capaciteit ter plaatse verhoogd kan en/of moet worden. Daarbij moeten de voordelen tegen de nadelen afgewogen worden. (Je zou bijvoorbeeld een operatiezaal kunnen inrichten op de weide van Werchter, maar dit zal vermoedelijk geen meerwaarde opleveren)

Als consensus kiest men meestal voor een relatief eenvoudige infrastructuur ter plaatse (type huisartsengeneeskunde), met wat extra's in functie van het verwachte risico.

Als het op het bepalen van een standaardpopulatie aankomt, biedt de literatuur niet echt een uitkomst: om manifestaties met elkaar te kunnen vergelijken, zet men de gegevens mathematisch om naar blokken van 5 uur. Het lijkt evident dat men de hulpverlening afstemt op de risicopopulatie die er verwacht wordt bij een bepaald evenement (vb: I Love Techno vs jaarmarkt). Dit heeft echter meer met appreciatie en aanvoelen dan met objectieve criteria te maken.

De tendens lijkt erin te bestaan dat we door de overbevraging van artsen en verpleegkundigen noodgedwongen komen tot een economisch verantwoorde inzet. Dit resulteert in een shift arts → verpleegkundige → EHBO'er (en die laatste heeft helaas (nog) geen wettelijk statuut ...)

Naar de toekomst toe dringt de vraag zich op waar de limieten van de preventieve hulpverlening zullen / moeten liggen: hoe ver gaan we, waar stoppen we? Ook zal er meer interdisciplinair worden gekeken naar 'effecten op afstand' (in tijd en/of ruimte). Bij I Love Techno bijvoorbeeld weten we dat er heel wat fuifgangers en druggebruikers vanuit Nederland en Frankrijk komen afgezakt. Het is niet denkbeeldig dat er daarom bijvoorbeeld tijdens en na afloop van het evenement gerichte verkeerscontroles zouden gebeuren op de verkeersassen richting Frankrijk en

Nederland om op die manier de veiligheid op de weg te verhogen.

Een plas- en koffiepauze later was een volgende spreker aan de beurt. Ir. Yvan DE MESMAEKER, secretaris-generaal van de European Corporate Security Association (ECSA), vertrouwde ons zijn visie toe op de mogelijkheden om ons in België voor te bereiden op terroristische dreigingen.

ECSA behartigt de belangen van grote bedrijven en instellingen op Europees niveau. Deze bedrijven en instellingen verzamelen en verwerken doorlopend inlichtingen m.b.t. mogelijke dreigingen t.a.v. hun activiteiten, belangen en/of medewerkers. De verwerkte informatie wordt onder de vorm van infoflashes ter beschikking van de leden gesteld, waarbij absolute prioriteit gaat naar de juistheid en volledigheid van de informatie, en dat alles uiteraard zo snel als mogelijk ...

Als we het hebben over terrorisme, moeten we eerst begrijpen waar we over spreken.

Wie is de terrorist, wat is zijn motivatie, hoe gaat hij tewerk en welke doelwitten kiest hij uit? Deze essentiële vragen moeten een antwoord krijgen om de dreiging te kunnen inschatten, en gepaste maatregelen te treffen.

Enkele voorbeelden. Het IRA gebruikte een tactiek die erop gericht was om slachtoffers te maken binnen een bepaalde doelgroep. Daartoe gebeurde er een bommelding, en brachten ze een 'primary device' tot ontploffing. Door de bommelding werd een evacuatie uitgevoerd van het bedreigde gebied. Met een 'secondary device' op de plaats waar iedereen naartoe werd geëvacueerd, maakten ze dan gericht meer slachtoffers binnen die groep van mensen (o.a. de hulpverleners zelf).

De CCC in eigen land had enkel als doelstelling paniek te zaaien en chaos te veroorzaken: ze hebben nooit de bedoeling gehad om slachtoffers te maken. Hun doelwitten werden gekozen om symbolische redenen: het betrof banken, Amerikaanse doelwitten en hun leveranciers.

Statistieken leren ons dat er in de periode 1968-2008 in ons land 117 incidenten zijn geweest die het etiket 'terrorisme' hebben gekregen: deze hadden 186 gewonden en 19 doden tot gevolg. 7 gekende terroristische groeperingen waren actief in België.

De Belgische overheid beschikt over verschillende diensten, en een complex netwerk tussen deze diensten onderling, die bezig zijn met onderzoek naar de

terroristische dreiging, en de reactie die daar tegenover wordt gesteld. Hierin is een coördinerende rol weggelegd voor het nieuwe *Coördinatieorgaan voor de dreigingsanalyse* (OCAD) dat onder leiding staat van Dhr. André VANDOREN. Grote internationale ondernemingen en instellingen met een eigen veiligheidsdienst, nochtans belangrijke betrokken partijen in deze materie, zijn in deze structuren nergens vertegenwoordigd: ECSA behartigt hun belangen.

Voorbereiding op terrorisme staat of valt met het inbeeldingsvermogen dat de beleidsmakers aan de dag leggen. De commissie die in de USA het onderzoek heeft gevoerd na 9-11, stelde in haar rapport: 'But it's also fair to say that on that September day we were unprepared. We did not grasp the magnitude of a threat that had been gathering over a considerable period of time. As we detail in our report, this was a failure of policy, management, capability and, **above all, a failure of imagination.**' Naast alle andere tekortkomingen was de ergste misschien wel het feit dat men zich gewoon niet had kunnen voorstellen dat een dergelijke aanslag ooit bewaarheid zou kunnen worden ...

Dit houdt in dat de overheden moeten beslissen tegen welke dreigingen ze zich wenselijk voor te bereiden, en tegen welke niet. Het antwoord op de vraag naar de probabiliteit van terroristische aanslagen is een politieke keuze: in de USA gaat het beleid ervan uit dat het vaststaat dat er aanslagen zullen gebeuren. De probabiliteit wordt niet in twijfel getrokken. De veiligheidsdiensten hoeven daar dus hun hoofd niet over te breken, en kunnen zich bijgevolg focussen op de impact van mogelijke aanslagen en het voorkomen ervan.

Onderzoek van de FBI heeft aangetoond dat er aan een terroristische actie gemiddeld 44 observaties van het doelwit voorafgaan. Dit neemt uiteraard een hele tijd in beslag, en in die tijd hebben de veiligheidsdiensten de meeste kans om een aanslag te verijdelen.

Om dit te bereiken, zijn een aantal interventies mogelijk. Een continue opvolging van het niveau van dreiging, observeren van de observaties (door de terroristen) en afschrikkende / ontradende maatregelen zijn belangrijk in die eerste fase.

Als het dan toch tot een aanslag komt, is het belangrijk snel te detecteren dat er een aanslag is en getrainde hulpdiensten in te zetten om de aanslag te neutraliseren. Ook mechanische middelen om de aanslag te vertragen zijn hier effectief, en geven de interventiediensten meer tijd om te reageren. Het potentiële doelwit moet er zich dus eerst

en vooral van bewust zijn dat het een potentieel doelwit is, teneinde afdoende veiligheidsmaatregelen te kunnen en willen treffen.

Ir. DE MESMAEKER vat het als volgt samen:

1. Begrijp de dreiging (wat is de dreiging, is die dreiging op mij van toepassing?)
2. Neem veiligheidsmaatregelen die kaderen in een algeheel veiligheidssysteem (afschrikken / detecteren / vertragen / interveniëren)
3. Schrik af / ontraad terroristen al in hun voorbereidende fase: ze moeten denken dat het niet haalbaar is hun plannen ten uitvoer te brengen
4. Zowel basispolitiezorg als gespecialiseerde politiezorg (interventie-eenheden) zijn belangrijk. Deze moeten opgeleid en uitgerust zijn i.f.v. de verwachte dreiging (terroristen gebruiken al eens oorlogsvuurwapens: interventie-eenheden moeten daarop voorbereid zijn)
5. Test het ganse systeem. Kijk of het werkt. Maak iedereen alert en bewust van de dreiging.

Om af te sluiten gaf hij nog deze boodschap van het IRA mee, die werd verspreid na de mislukte bomaanslag op Margaret THATCHER in 1984: *'Today we were unlucky, but remember we only have to be lucky once. You have to be lucky always.'*

De zware taak om net na het copieuze middagmaal het publiek op sleeptouw te nemen, was weggelegd voor Mw. Madeleen HELMER, hoofd van het Red Cross-Red Crescent Centre on Climate and Disaster Preparedness. In die hoedanigheid is zij een experte inzake de invloed van klimaatveranderingen op de rampenhulpverlening. Zij maakte de deelnemers dan ook deelachtig aan haar inzichten terzake.

Zich baserend op het IPCC rapport 2007 (<http://www.ipcc.ch/>), stelt ze dat de klimaatverandering een feit is en dat het voor 95% zeker is dat menselijke activiteiten de oorzaak van deze veranderingen zijn. De verwachting voor de komende eeuw is dat de gemiddelde temperatuur nog met 1,8 tot 4 °C zal stijgen.

De gevolgen hiervan zijn U reeds genoegzaam bekend: afsmelten van de poolkappen, stijging van de zeespiegel (18-59 cm wereldwijd op 100 jaar, lokaal kan dit veel meer zijn), sterke toename van het aantal wegerelateerde rampen, meer extreem weer (meer neerslag in kortere periodes; meer droogte; meer

hittegolven; krachtigere orkanen), gebiedsuitbreiding voor besmettelijke ziektes (zoals malaria & knokkelkoorts), ...

De vaststelling dat er meer slachtoffers van wegerelateerde rampen zijn, en dat er in de toekomst meer rampen door extreem weer te verwachten zijn, brengt ons bij de noodzaak ons hierop voor te bereiden. Het Red Cross-Red Crescent Centre on Climate and Disaster Preparedness werd in 2002 in Den Haag opgericht. Het stelt zich tot doel Rode Kruis en Rode Halve Maanverenigingen (nationale verenigingen) te ondersteunen als kenniscentrum.

De ondersteuning bestaat uit bewustmaking m.b.t. het probleem van klimaatverandering en de gevolgen, en het integreren van klimaatrisico's (vooral hittegolven) in de reeds bestaande activiteiten en actieplannen van de nationale verenigingen. Uiteraard zijn er ook gerichte acties, zoals tegen malaria: hierbij worden inentingen, medicatie en muggennetten verstrekt, en het doelgebied wordt uitgebreid i.f.v. de verspreiding van de ziekte.

Ook dankzij het centrum is bijvoorbeeld een hittegolf erkend als risico sinds 2003, en is er sinds 2005 een 'nationaal hitteplan' in Nederland.

(<http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2007/nationaal-hitteplan.asp>) Een ernstige hittegolf zou in Nederland alleen zo'n 2,3 miljoen mensen treffen: het is duidelijk dat een probleem van dergelijke omvang niet door de 'reguliere' hulpverlening kan worden opgelost. Een breed maatschappelijk draagvlak is nodig voor dit actieplan, waarin ook vrijwilligers van allerlei landelijk actieve organisaties zijn ingeschreven, die op deze manier de informele zorgsector vertegenwoordigen.

Het plan voorziet in een waarschuwingssysteem en een communicatiestrategie die erop gericht is slachtoffers en hulpverleners de nodige en nuttige informatie te verstrekken in geval van een hittegolf: zo is er bijvoorbeeld een 'hittegolfsticker' ontwikkeld die de belangrijkste richtlijnen bevat.

Med Cdt Dr. Bart VANDERHEYDEN, chirurg in het HospitaalCentrum van de Basis - Koningin Astrid (HCB-KA) en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) bracht verslag uit over de ervaringen in medisch management die hij heeft opgedaan tijdens de aardbeving in India in 2001. Op dat ogenblik was er nog geen B-FAST-structuur (deze werd officieel opgericht op 28/02/2003).

Uit zijn relaas zijn vooral enkele praktische bemerkingen te weerhouden:

- hulp gaan verlenen in een vreemde natie kan enkel na een vraag om hulp vanuit die natie: je kan jezelf niet uitnodigen
- een voldoende groot budget is een absolute must als je een buitenlandse hulpoperatie op poten moet zetten (vliegtuig charteren, materiaal aankopen, ...)
- een liaison met kennis van de plaatselijke cultuur en zeker de taal vormt een grote meerwaarde, om niet te zeggen dat je zonder een liaison eigenlijk nergens staat: dit zowel bij de voorbereiding als bij de uitvoering
- voor het vertrek, moeten de doelstellingen van de missie duidelijk bepaald zijn (vb: als het team vertrekt op dag 5 na het incident, kan men beter andere doelen voor ogen hebben dan search-and-rescue)
- parate stocks aan medisch materiaal zijn noodzakelijk: op korte termijn kan je immers niet voldoende materiaal aankopen, aangezien de fabrikanten zelf geen grote stocks meer aanleggen
- een relatief klein, en daardoor mobiel team is te verkiezen
- ter plaatse moet enige flexibiliteit mogelijk zijn wanneer het vooropgestelde plan niet uitvoerbaar blijkt en moet bijgestuurd worden

Het team heeft, zoals gepland, in India gewerkt gedurende 10 dagen. Tenten en dekens werden uitgedeeld, en een veldhospitaal werd opgezet. In dit hospitaal werden 1000 patiënten verzorgd en 25 heelkundige ingrepen onder narcose uitgevoerd. Het aangevoerde materiaal werd na afloop van de missie overgedragen aan de autoriteiten, en achteraf gebruikt in het nieuwe lokale hospitaal.

Tussen de tweede koffiepauze en het slotwoord door Prof. Dr. Philippe VANDEKERCKHOVE, afgevaardigd bestuurder van Rode Kruis-Vlaanderen, vernamen we van Prof. Dr. Marc VAN RANST hoe het gesteld is met de pandemieplanning in ons land. Als interministerieel commissaris influenzaplanning en hoofd van het labo klinische virologie van de KUL is hij bij uitstek de expert om ons terzake voor te lichten.

Bij wijze van inleiding gaf Prof. VAN RANST een overzicht van de wereldwijde verspreiding van influenza, met bijzondere aandacht voor de Spaanse Griep van 1918, die ongeveer 50 miljoen slachtoffers heeft gemaakt. Ook de gekende mutaties van de influenza-virussen en

de verschillende stammen die bij (vooral) de vogels voorkomen werden toegelicht.

De verwachting is dat er ooit opnieuw een even virulent, of mogelijk zelfs hetzelfde, virus als de Spaanse Griep zal opduiken. Wanneer dit gebeurt, zullen bijzondere maatregelen nodig zijn om de gevolgen van een dergelijke pandemie in te dijken.

De situatie waarover we spreken, houdt immers in dat miljoenen landgenoten ziek thuis zullen zitten, zodat het sociaal-economische leven quasi stilvalt.

Er is zelfs sprake van een 'kaderwet pandemie'.

Deze kaderwet kan in werking treden bij een griepandemie en maakt een hele resem maatregelen mogelijk, die erop gericht zijn het 'normale' leven zo veel mogelijk verder te laten gaan. Enkele voorbeelden: de banken zullen hun voorraad geldbiljetten mogen gebruiken om geldautomaten aan te vullen, zonder dat deze eerst ter controle naar de Nationale Bank moeten getransporteerd worden: zo garanderen we dat men geld kan blijven afhalen; begrafenisondernemers zullen meer dan één lijk tegelijkertijd mogen vervoeren, iets wat onder normale omstandigheden niet is toegestaan.

Alle maatregelen zijn erop gericht zoveel mogelijk continuïteit te realiseren: gas, elektriciteit, water, bevoorrading voeding, geldverkeer, ...

Verenigingen met een verankering in de maatschappij (jeugdbewegingen, sportclubs, Rode Kruis, ...) kunnen ingeschakeld worden om maatschappelijke taken (zoals: boodschappen doen) te vervullen.

Een reorganisatie van de eerstelijns hulpverlening zal doorgevoerd worden om efficiënt te kunnen werken: huisartsen zullen per wijk worden gegroepeerd (principe v. groepspraktijken).

Om de eigenlijke verspreiding van de ziekte tegen te gaan, zijn isolatie van de zieken (in eigen huis) en een doorgedreven hygiëne nodig. Hoest-, nies- en handhygiëne worden hier zelfs van vitaal belang! De overheid heeft stocks van mondmaskers die verdeeld zullen worden: 32 miljoen 'gewone' mondmaskers voor de patiënten en 6 miljoen FFP2-mondmaskers voor de professionele hulpverleners. Er is ook een stock aan vaccins voorzien, voldoende om alle landgenoten te vaccineren. In Vlaanderen hebben we nu reeds een goede vaccinatiegraad, dus we hoeven ons

daaromtrent niet onnodig veel zorgen te maken.

Meer informatie kan u vinden op:  
<http://www.influenza.be> en  
<http://www.fedramagazine.be/art.php?id=329>

De liefhebbers van het genre kunnen alvast de datum van 30/10/2010 met fluo aanduiden in hun agenda: die is gereserveerd voor de 10<sup>de</sup>, en dus jubileum-editie van het SMR.

## OPROEP TOT MEDEWERKING

Ik ben als (sociaal) verpleegkundige tewerkgesteld op de spoedafdeling van het AZ Heilige Familie te Rumst. Tegelijk ben ik bezig met het maken van mijn eindwerk tot het behalen van de bijzondere beroepstitel in de spoedgevallen en intensieve zorgen (aan de KHMechelen).

Als onderwerp voor deze scriptie koos ik voor de benadering van patiënten die zich op spoed aanbieden met een probleem van "partnergeweld". Dit omdat ik er van overtuigd ben dat een spoedgevallendienst binnen de eerstelijns hulpverlening niet alleen een rol moet spelen in de eerste (fysische) opvang maar ook moet voorzien in een correcte psychologische benadering en bovendien uit preventieve voorzorg, een adequate doorverwijzingstrategie moet hanteren.

Met een, hopelijk, hoge responsgraad op de onderstaande vragenlijst hoop ik een algemeen beeld te kunnen schetsen over hoe de opvang van slachtoffers van partnergeweld op de spoedgevallendiensten in Vlaanderen actueel ondervangen wordt.

Op basis van literatuurstudie, interviews met sociale diensten, psychologen, politiediensten en verantwoordelijken van opvangcentra wens ik een instrument te ontwikkelen dat een gestructureerde en efficiënte aanpak van deze problematiek beoogt en eventueel als leidraad kan worden aangeboden aan spoedgevallendiensten die hier de noodzaak toe voelen.

Indien u mij via onderstaande link de enquête ingevuld terugstuurt, zal ik u later op de hoogte brengen van de bekomen resultaten.

Deze gegevens worden geanonimiseerd verwerkt.

U nu reeds dankend voor uw bereidwillige medewerking

Seppe De Smet  
Sociaal Verpleegkundige  
Spoedgevallendienst AZ Heilige Familie Rumst

link naar de enquête:

<http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=8132>

# Advanced Life Support Provider Course

## 2009

12-13-14 maart  
Malle  
Kasteel de Renesse

18-19-20 juni  
Malle  
Kasteel de Renesse

17-18-19 september  
Malle  
Kasteel de Renesse

17-18-19 december  
Malle  
Kasteel de Renesse

Inschrijving:  
[www.rescue-belgium.be](http://www.rescue-belgium.be)  
(opl. - open opleiding) of  
[www.erc.edu](http://www.erc.edu)  
(Courses- course calendar)

Info  
tel.: +32 (0)473 49 60 62  
Fax: +32 (0)50 38 22 06  
[info@rescue-belgium.be](mailto:info@rescue-belgium.be)

Deelnameprijs:  
€ 800 (incl. BTW 21%)  
Opleidingscheques worden  
aanvaard.

Driedaagse, interactieve cursus, gericht op  
de reanimatie van volwassenen

**Doelgroep:**  
Artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen  
betrokken bij de opvang van ernstig zieke  
volwassenen



**Accreditering artsen:**  
16.0 C.P. (rubriek 1) en 1.0. C.P. (rubriek 6)  
**Attest bijscholing:**  
verpleegkundigen en vroedvrouwen  
**Certificaat ERC: 5 jaar geldig**  
**Taal: Nederlands/Engels**

**Programma:** conform richtlijn ERC 2005

**Interactieve voordrachten:** Oorzaken en preventie van hartstilstand, acute coronaire syndromen, ALS universeel behandelingsalgoritme, zorg na reanimatie

**Skills:** BLS, luchtwegbeleid, initiële benadering (ABCDE), reanimatie, defibrillatie

**Workshops:** ritmeherkenning, tachycardie, bradycardie, arteriële bloedgassen, speciale omstandigheden (zwangerschap, intoxicatie, anafylaxis, asthma, elektrolytstoornissen, hypovolemie), ethische problemen

**Scenario training:** circulatiestilstand, peri-arrestproblemen



# Advanced Life Support Provider Course (ALS)

## Doelstelling

Het grondig inoefenen van de nieuwe richtlijnen en technieken voor gevorderde reanimatie van volwassenen. Deze werden verspreid door de **Europese Reanimatieraad (ERC)** en worden ondersteund door **het BRC (Belgische Reanimatieraad)**.

Hierdoor bieden we de patiënten waarvoor we verantwoordelijkheid dragen een hogere kans op kwalitatief goed overleven.

## Methode

Nadruk wordt gelegd op grondige **praktische training** in groepen van maximum 6 kandidaten en minstens 2 instructeurs met behulp van realistische scenario's.

## Doelgroep

Alle artsen en verpleegkundigen die betrokken zijn bij de opvang en de behandeling van de ernstig zieke volwassenen.

## Organisatie

De cursus wordt over **drie dagen gespreid** om de kandidaten de gelegenheid te geven het aangeboden materiaal voldoende te kunnen assimileren.

Een door het ERC opgelegd programma wordt daarbij strikt gevolgd. Bovendien worden er enkele extra sessies georganiseerd o.a. over Basic Life Support (zie programma achteraan)

Het maximum aantal cursisten per Provider Course is 24.

Persoonlijke positieve begeleiding door mentoren maakt deel uit van de training zodat het een succesvolle, aangename en leerrijke ervaring wordt.

Het hoog aantal gecertificeerde ERC-instructeurs geeft veel interactie tussen kandidaten en instructeurs.

Het is noodzakelijk dat u het handboek doorneemt alvorens de cursus begint!

De taal van de cursus is Nederlands/Engels door de aanwezigheid van buitenlandse instructeurs.

Het zal echter steeds voor iedereen mogelijk zijn om Nederlands te spreken.

Op de eerste avond van de cursus wordt voor **alle kandidaten** een 'course dinner' georganiseerd ter verdere kennismaking en ontspanning.

## Erkenning

Voor artsen:

accreditering voor rubriek 1 (16.0 C.P.) en rubriek 6 (Ethiek en Economie: 1.0 C.P.).

Voor verpleegkundigen:

attest van bijscholing 20 uur - deze uren komen in aanmerking voor verlenging van de beroepstitel Spoed en Intensieve zorgen.

Indien u slaagt ontvangt u van het ERC een ALS Provider certificaat.

Aan kandidaten die enerzijds zeer goede testresultaten behalen en anderzijds blijik geven van een positieve ingesteldheid binnen de groep kan voorgesteld worden een opleiding tot ERC-instructeur te volgen.

#### Inschrijving

- via bijgevoegd formulier of
  - via [www.rescue-belgium.be](http://www.rescue-belgium.be) (opleidingen - open opleidingen) of via [www.erc.edu](http://www.erc.edu) (Course Calendar)
- Bijkomende inlichtingen kan u verkrijgen bij [patrick.druwe@telenet.be](mailto:patrick.druwe@telenet.be) (inhoudelijke vragen) en op GSM nummer 0473 496062 of via e-mail: [info@rescue-belgium.be](mailto:info@rescue-belgium.be) (organisatorische vragen)

#### Data 2009

Van donderdag 12 tot en met zaterdag 14 maart 2009  
in het Kasteel De Renesse, Lierselei 30 te (Oost)Malle - Antwerpen

Van donderdag 18 tot en met zaterdag 20 juni 2009  
in het Kasteel De Renesse, Lierselei 30 te (Oost)Malle - Antwerpen

Van donderdag 17 tot en met zaterdag 19 september 2009  
in het Kasteel De Renesse, Lierselei 30 te (Oost)Malle - Antwerpen

Van donderdag 17 tot en met zaterdag 19 december 2009  
in het Kasteel De Renesse, Lierselei 30 te (Oost)Malle - Antwerpen

#### Sessie: maart

UITERSTE INSCHRIJVINGSDATUM is 5 februari 2009

De totale kosten van de 3-daagse cursus bedragen 800 euro inclusief BTW 21 %, cursusmateriaal, administratiekosten, lunches, course dinner, koffie, thee en versnaperingen tijdens de pauzes.  
Reis-, hotelkosten niet inbegrepen  
Betalingwijze: € 550 voorafbetaling = definitieve inschrijving (te storten vóór 5 februari 2009)  
€ 250 resterend bedrag voor 19 februari 2009  
Het inschrijvingsgeld wordt gestort ter attentie van het Opleidingsinstituut Rescue België op rekeningnummer 068-2414481-81 met vermelding ALS 09-03 en uw naam

#### Sessie: juni

UITERSTE INSCHRIJVINGSDATUM is 14 mei 2009

De totale kosten van de 3-daagse cursus bedragen 800 euro inclusief BTW 21 %, cursusmateriaal, administratiekosten, lunches, course dinner, koffie, thee en versnaperingen tijdens de pauzes.  
Reis-, hotelkosten niet inbegrepen  
Betalingwijze: € 550 voorafbetaling = definitieve inschrijving (te storten vóór 14 mei 2009)  
€ 250 resterend bedrag voor 28 mei 2009  
Het inschrijvingsgeld wordt gestort ter attentie van het Opleidingsinstituut Rescue België op rekeningnummer 068-2414481-81 met vermelding ALS 09-06 en uw naam

NB. Bij een te hoog aantal inschrijvingen kan u naar keuze geplaatst worden op een wachtlijst voor deelname aan een volgende cursus of kan het inschrijvingsgeld terugbetaald worden met aftrek van administratiekosten.

#### Praktisch

De logistieke en organisatorische ondersteuning wordt verzorgd door het Opleidingsinstituut Rescue  
Vier tot vijf weken voor aanvang van de cursus ontvangt u

- een Engelstalig cursusboek samen met een lijst nederlandsstalige meerkeuzevragen.
- alle praktische inlichtingen in verband met de organisatie van de cursus.

*Annulatie minder dan 5 weken voor de cursus: geen restitutie van het cursusgeld.*

*Bij vroegere annulatie: 20 euro administratiekosten*

*De organisatie houdt zich het recht voor een cursus te annuleren bij een tekort aan inschrijvingen. Het cursusgeld wordt dan binnen de 2 weken teruggestort.*

*Uw gegevens worden ten behoeve van onze administratie opgenomen in een databank en conform de wet op de privacy behandeld.*

## INSCHRIJVINGSFORMULIER - ALS 2009

Voor welke sessie wenst u zich in te schrijven:

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Do 12 - Vr 13 - Za 14 maart 2009     | Kasteel de Renesse te Malle |
| <input type="checkbox"/> Do 18 - Vr 19 - Za 20 juni 2009      | Kasteel de Renesse te Malle |
| <input type="checkbox"/> Do 17 - Vr 18 - Za 19 september 2009 | Kasteel de Renesse te Malle |
| <input type="checkbox"/> Do 17 - Vr 18 - Za 19 december 2009  | Kasteel de Renesse te Malle |

Wil zo vriendelijk zijn deze gegevens duidelijk (drukletters) en volledig in te vullen.

<b>Persoonsgegevens</b>	
Naam en voornaam	
Adres	
Postcode - gemeente/stad	
Land	
Geboortedatum	
Telefoon - bij voorkeur GSM	
e-mailadres	
<b>Professionele gegevens</b>	
Beroep <u>EN</u> functie	
Ziekenhuis/plaats praktijk	
adres	
Postcode - stad/gemeente	
Land	
<b>Facturatie</b>	
Naam en voornaam	
Adres	
Postcode - stad/gemeente	
Land	
BTW nr.	

Uw gegevens worden ten behoeve van onze administratie opgenomen in een databank en conform de wet op de privacy behandeld.

Door ondertekening van het inschrijvingsformulier of mailbevestiging verklaart u akkoord te gaan met de gestelde voorwaarden. U krijgt steeds op korte termijn een bevestiging van uw inschrijving. Indien dit niet gebeurt, gelieve dan persoonlijk contact op te nemen om met zekerheid een administratieve vergissing uit te sluiten.

datum

handtekening

*terugzenden naar:*

Opleidingsinstituut **Rescue** bvba

Rodeloopstraat 59/8 - B 2170 Antwerpen

mail: [info@rescue-belgium.be](mailto:info@rescue-belgium.be)

fax: +32 (0)50 38 22 06

Inschrijven kan ook via [www.rescue-belgium.be](http://www.rescue-belgium.be) (opleidingen - open opleiding) of [www.erc.edu](http://www.erc.edu) (ALS course calendar)

Precursus materiaal (incl. cursus boek) zal pas worden verzonden na betaling van het voorschot nl.

550

**De inschrijvingen worden genoteerd in volgorde van betaling van het voorschot.**

# Verlag Ambulancevakbeurs Apeldoorn 2008

Marc Van Bouwelen  
Verpl. BBT ambulance/MUG

Van 30.10 tot en met 01.11.'08 ging in Apeldoorn (NL) de tweejaarlijkse ambulancevakbeurs door. Van oudsher is dit de verzamelaarsplaats voor alle verantwoordelijken, vakmensen, geïnteresseerden en amateurs uit de ambulancesector.

Op 30.10 was er het symposium, met ditmaal als onderwerp 'Leren over veiligheid'.

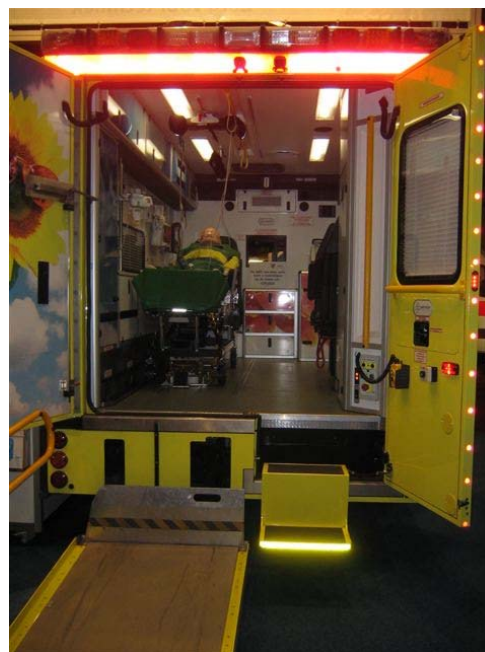


## Nieuwe ambulances

Traditiegetrouw bood de beurs een overzicht van de nieuwste ambulances uit Nederland en Duitsland. Naast aërodynamisch ingebouwde en opvallende zwaailichten valt de meestal grote werkruimte in het passagierscompartiment op.



Sinds een aantal jaar verlaat Nederland de grote Amerikaanse ambulances met dito motoren, allicht omwille van het brandstofverbruik. Met uitzondering van Amsterdam rijden alle diensten nu met ambulances op basis van Europese bestelwagenchassis, vaak met uitgebouwde carrosserie. De echte modulaire ambulances (met afneembaar en overbouwbaar passagierscompartiment) verminderen, anderzijds stellen enkele firma's een opbouw voor die fundamenteel ontworpen is voor ambulancegebruik.



Naast de grote binnenruimte voorzien meer firma's een laadlift voor de brancard achteraan de ambulance, wat het probleem van tillen en de (rug)belasting van de medewerkers ernstig vermindert. Het UMC Groningen presenteerde zijn 'Ambulance +' : die is geschikt voor patiënten tot 350 kg, dankzij de hydraulische lift moeten de ambulancehulpverleners die gelukkig niet zelf in de ambulance heffen. De verpleegkundige heeft achterin meer bewegingsruimte en kan met extra lichtjes en een beeldscherm volgen hoe de chauffeur rijdt.  
([www.umcg.nl/cms/store/pdf/Pols6\\_Ambulances.pdf](http://www.umcg.nl/cms/store/pdf/Pols6_Ambulances.pdf))

Een trend waarover discussie is, is het uitrusten van de ambulance met bewakingscamera's. Ambulances worden uitgerust met minicamera's discreet ingebouwd zowel in het patiëntencompartment als in de buitenspiegels (om de omgeving te bewaken). De beelden kunnen in de ambulance of in de centrale bekeken worden. Dit laat bewaking van de medewerkers toe en levert zonodig bewijsmateriaal bij agressie tegen personeel. Een nuttige stap of een overbodige gadget die de oorzaak niet aanpakt?  
([www.medicalfacts.nl/2008/09/28/cameras-op-ambulances](http://www.medicalfacts.nl/2008/09/28/cameras-op-ambulances))

### Informatica en logistiek

Opvallend is dat er minder firma's waren voor levering van software en informatica-ondersteuning. Blijkbaar ebt de grote top van enkele jaren geleden weg. Wel was CityGis te zien, het systeem waarop de Hulpcentra 100 draai(d)en.

Ook stelde de LMAZ zich voor. De Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg is een extra centrale die landelijke steun biedt aan de 25 regionale centrales (MKA : meldkamer ambulancezorg). De LMAZ houdt een overzicht van de beschikbare middelen in de regio's en kan bij uitval of overbelasting van een centrale de werking overnemen. Uiteraard komt de LMAZ ook tussen bij rampen o.a. voor het coördineren van het ambulancebijstandsplan. Ze is het nationaal aanspreekpunt voor de andere hulpdiensten om een bevoegde centrale op te zoeken en te contacteren. De landelijke meldkamer probeert ook verder secundair vervoer te coördineren. Door de strikte programmatie van ziekenhuizen worden in Nederland soms patiënten vervoerd over langere afstand. De LMAZ probeert te helpen om lege ambulances en lange onbeschikbaarheid voor de reguliere taken te vermijden. Daarnaast biedt de kamer ook informatie en back-up voor de centralisten in de regionale meldkamers.  
([www.lmaz.nl](http://www.lmaz.nl))

Een Britse firma toonde elektronische hulpsystemen voor hulpverleningsvoertuigen : laadsystemen voor batterijen en het automatisch uitwerpen van de stekker van laadstroom bij vertrek. Maar ook anti-joyriding voor hulpverleningsvoertuigen : bij aankomst ter plaatse trekt de chauffeur zijn sleutel uit het contact, de motor blijft draaien, maar wanneer iemand probeert door te rijden zonder sleutel valt de wagen stil. Ingenieur, niet duur en vlot in te bouwen.  
([www.ludomcgurk.com](http://www.ludomcgurk.com))

### Andere voertuigen

Tussen de blinkende ambulances stonden even blinkende en flitsende motoren. 10 % van de uitrukken in Nederland haalt de wettelijke 15 minutengrens niet.



Omwille van de uitruktijden kijken meer ambulancediensten naar motoren. Een ambulanceverpleegkundige op de motor kan natuurlijk tijd winnen in afwachting van de ambulance. Andere oplossing in minder bevolkte streken is toch beroep doen op vrijwilligers in een First Responder-team. Naar Nederlandse gewoonte worden deze teams eveneens uitgerust met een opvallend voertuig in ambulancekleuren, met toeters en bellen. Dat geldt ook voor de piketwagen van de OvD-G (Officier van Dienst Geneeskundig, zijnde de verantwoordelijke van de ambulancedienst die bij incidenten ter plaatse komt als Dir-Med) en voor de ambulancediensten die chauffeur en voertuig leveren voor de huisartsenwacht. In Nederland (zoals in Groot-Brittannië) rijden nogal wat uiteenlopende voertuigen rond in ambulancestriping.

Ook nieuw in Nederland is de Flister° : door een druk op de knop zwijgen de autoradio's in een straal van 200 meter en komt op het display "brandweer", "ambulance" of "politie". En het werkt : telkens het systeem op de vakbeurs geactiveerd werd, vielen de radio's van nietsvermoedende automobilisten in de omgeving uit. Er lopen enkele testen in Nederland, indien de resultaten positief blijven

wordt het systeem veralgemeend en kunnen we het allicht ook in België proberen.  
([www.flistster.nl](http://www.flistster.nl))

Zoals steeds toonde de beurs in een aangenaam kader relevante ontwikkelingen en leuke gadgets. Wie langskwam weet welke nieuwigheden we de volgende twee jaar in Nederland en België kunnen verwachten.



## De Vlaamse Verpleegunie informeert

Oktober 2008

### Welkom aan de Pneumologie verpleegkundigen

De BVPV, de Belgische Vereniging voor Pneumologie Verpleegkundigen sluit aan bij de Vlaamse Verpleegunie. Deze vereniging werd in januari 2003 opgericht binnen de vzw BVP, de Belgische Vereniging voor Pneumologie, en heeft nu ongeveer 250 leden uit Vlaanderen en Wallonië. De leden zijn verpleegkundigen die nauw samenwerken met zowel medici als paramedici werkzaam in de pneumologie. De vereniging organiseert jaarlijks een nationaal congres en ontwikkelt aansluitend evidence based guidelines, instrumenten (vb. rookstopanamnese) en patiëntenbrochures. Ze publiceerde ook twee evidence based tekstboeken over inhalatietherapie en zuurstoftherapie. Leden nemen elk jaar deel aan internationale congressen zoals het European Respiratory Society congres, dit jaar in Berlijn.

De vereniging heeft volgende kerndoelstellingen:

- het organiseren van permanente vorming voor pneumologie verpleegkundigen,
- het uitwisselen van informatie tussen pneumologieverpleegkundigen,

- het optimaliseren van de communicatie tussen alle gezondheidswerkers in de pneumologie ,
- het stimuleren van verplegingswetenschappelijk onderzoek,
- het uitbouwen van nationale en internationale contacten met verpleegkundigen, medici en paramedici,
- het promoten van kwaliteitsnormen voor de verpleegkunde,
- het behartigen van beroepsbelangen.

Samen met de Vlaamse Verpleegunie wil de BVPV werken aan de verdere uitbouw van het verpleegkundig beroep en gaan voor een betere erkenning. We wensen hen van harte welkom!

Meer informatie over de BVPV: [www.bvpv-sbip.be](http://www.bvpv-sbip.be)

### Subsidies voor het Project Ethiek

Minister Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, heeft een subsidie voor één jaar toegezegd aan het Heracleitos project 'Ethiek in de ouderenzorg' om guidelines uit te werken. De minister stelt enkele voorwaarden: zo moet er onder meer een transparant boekhoudplan opgesteld worden en is het uitwerken van guidelines gratis voor de instellingen uit de ouderenzorg die hieraan meewerken. De minister verwacht

verslagen van de vergaderingen en een eindverslag en financieel verslag tegen 15 oktober 2009.

Dit brengt ons meteen naar een oproep: welke instelling (rusthuis, acute geriatrie, ..) wil ook nog meewerken aan het uitwerken van guidelines voor het hanteren van ethische vragen. We werken aan de hand van praktische casussen, een methodiek en stappenplan. Begeleiders van de Vlaamse Verpleegunie komen ter plaatse. Meer informatie of een aanvraag indienen kan bij Heidi Vanheusden ([coordinator@vlaamseverpleegunie.be](mailto:coordinator@vlaamseverpleegunie.be)) of bij Julien Libbrecht ([jullien.libbrecht@skynet.be](mailto:jullien.libbrecht@skynet.be)).

Op dinsdag 24 maart 2009, tijdens de 35<sup>e</sup> Week van de Verpleegkundigen en Vroedvrouwen in Oostende, organiseert de Projectgroep Ethiek van de Vlaamse Verpleegunie informatiesessies en praktische workshops over het werken met het stappenplan.

In de vorige nieuwsbrief is een foutje geslopen: Ingeburg Digneffe, docente Ethiek aan de PHL, de Provinciale Hogeschool Limburg, en niet Ine Van Den Eynde, leidde samen met Julien Libbrecht de informatiesessie en workshops op 30 september 2008 in de PHL.

### **Het actieplan van minister Onkelinx**

Mevrouw Cécile Fontaine, verpleegkundige en kabinetsmedewerker van minister Onkelinx gaf vorige maand verduidelijkingen bij het meerjarenplan voor de verpleegkunde aan de leden van de NRV, de Nationale Raad voor Verpleegkunde. In de NRV zijn zowel de verpleegkundige beroepsorganisaties als de vakbonden, de artsensyndicaten en de gemeenschappen (Onderwijs) vertegenwoordigd. In het meerjarenplan zijn bijna alle punten van het Memorandum 2007 van de AUVB opgenomen.

De minister vroeg de NRV of zij akkoord gaat met dit plan en welke prioriteiten zij willen leggen. De NRV besprak de voorstellen in vier werkgroepen:

1. Verminderen werklast en stress
2. Kwalificaties
3. Verloning
4. Sociale erkenning en betrokkenheid in de besluitvorming.

Op 30 september gaf het Bureau van de NRV haar steun aan het plan minister Onkelinx.

De Vlaamse Verpleegunie hoopt dat begrotingsbesprekingen en besparingsronden de uitwerking van dit meerjarenplan niet verhinderen.

### **De politieke ronde van de Vlaamse Verpleegunie**

De Vlaamse Verpleegunie werd op 19 september ontvangen door de ACLVB en presenteerde er dossiers over loonmaatregelen voor verpleegkundigen met een BBT/BBK en voor hoofdverpleegkundigen en over het Project Ethiek. We waren blij deskundige en geïnteresseerde mensen te mogen ontmoeten. Op 1 oktober stelden we ook de Vlaamse Verpleegunie en deze drie dossiers voor bij Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. We hopen van harte dat ook de andere sociale partners, ACV en ABVV, en politieke partijen op onze uitnodiging ingaan.

Foto's van deze ontmoetingen vind je terug op de website van de Vlaamse Verpleegunie op de Nieuwspagina: [www.vlaamseverpleegunie.be](http://www.vlaamseverpleegunie.be).

### **Dank!**

14 sprekers van de Vlaamse Verpleegunie brachten een presentatie over de vereniging of over hun ervaringsgebied tijdens Healthcare 2008. En een tiental verpleegkundigen vertegenwoordigden de Vlaamse Verpleegunie op de stand en legden nieuwe contacten. Dank aan iedereen voor hun inzet!





# VVVS SYMPOSIUM

## Pre-eliminair Programma

### 1 april

#### **Deel 1: Zorg onderweg**

- Inter/ intra/ pre hospitaal transport
- Nationale staande orders voor verpleegkundigen

#### **Deel 2: Het hoofd baart zorgen**

- Psychiatrische patiënt professioneel opvangen
- Weetjes over intoxicaties
- Hoe bewust is (on)bewust

#### **Deel 3: Zorg voor het Hart**

- Special cases uit de dagdagelijkse praktijk
- Klinisch pad thoracale pijn
- Nieuwe technieken en devices

#### **Deel 4: Zorg voor zorgers**

- Spoedverpleegkundige: een (in)spannend beroep
- de VVVS zorgt voor U

### 2 april

Workshops met o.a.

- PALS
- Pijnschalen kind - herkennen ziek kind3
- Rampenmanagement 2009
- Praktijk hypothermie invasief en niet-invasief
- Slachtofferbejeging op de SPGD
- Voorstelling van ≠ MUGkoffers
- Gebruik Boussignacmasker - tube
- Astrid

1 en 2 april 2009



**FLOREAL**

**BLANKENBERGE**