

Nieuw per 1 januari 2015...

Ambulance Protocol Bijnierinsufficiëntie

Muriël Marks

Na het voorbijkomen van verschillende berichten over het ophanden zijnde 'Ambulance protocol Bijnierinsufficiëntie' wilde de redactie hier meer over weten. Matthijs de Visser, ambulanceverpleegkundige bij de Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden, en lid van de Landelijke Protocolcommissie Ambulancezorg, heeft hierover enkele vragen beantwoord.

Hoe werkt de ambulancezorg Nederland?

Binnen de ambulancezorg wordt met landelijke protocollen gewerkt. Deze staan centraal voor de professionele standaard, uniformiteit en kwaliteit van zorg voor de patiënt. Ambulancezorgverleners worden door de protocollen ondersteund bij het nemen van beslissingen en behandeling van patiënten. Ook de evaluatie achteraf wordt via deze standaard geregeld.

Hoe ontstaat een protocol anno 2014?

Regelmatig wordt er gekeken welke ziektebeelden de ambulancemedewerkers 'pre-hospitaal' tegenkomen. Aan de hand daarvan is er landelijk besloten welke ziektebeelden er in aanmerking kwamen om in het LPA8 (Landelijk Protocol Ambulance 8) vermeld te worden. Regionaal bestond er al een protocol en in 2012 is besloten dat 'bijnierschorsinsufficiëntie' in het landelijk protocol opgenomen zou worden, omdat dit ziektebeeld steeds frequenter werd gemeld.

De Interne Expertgroep, bestaande uit 6 professionals vanuit de ambulancesector, ontwikkelt en begeleidt het protocol in zijn geheel. Zij bepalen de inhoud, tekst en de lay-out, zoals deze gebruikt gaat worden.

De Landelijke Protocol Commissie, bestaande uit

5 personen, beoordeelt het advies van de Interne Expertgroep en past dit aan de norm van LPA8 aan. Het hele vernieuwde LPA8 is vervolgens vastgesteld door de ambulancesector. In LPA8 zijn bijvoorbeeld de volgende protocollen toegevoegd:

- Acute Bijnierschorsinsufficiëntie
- LVAD (Left Ventricular Assist Device)
- ALTE (apparent life-threatening event)
- Pijnlijke sikkelcelcrisis
- Tetanusprofylaxe

Als er is besloten om een ziektebeeld op te nemen in het LPA8, worden bestaande richtlijnen beoordeeld en een werkbaar protocol opgesteld 'hoe te handelen' voor het ambulancepersoneel. Voor dit specifieke protocol is ook gebruik gemaakt van de SOS-kaart, die door de NVACP werd ontwikkeld.

Lastig tijdens het bepalen van de behandelwijze, was dat artsen voor verschillende soorten corticosteroiden kiezen om hun patiënten te behandelen. Omdat corticosteroiden ook in andere protocollen gebruikt worden, zoals bijvoorbeeld bij COPD patiënten, is er bekeken welke corticosteroid het beste gebruikt kan worden. Uiteindelijk werd gekozen om hydrocortison in het protocol op te nemen, in plaats van dexamethason wat er eerst in stond.

Aangezien de regionale ambulancedienst zelf de inkoop regelt, kan het zijn dat in de ene ambulance het 2-ampullen systeem wordt gebruikt, en in de andere regio het 2-kamersysteem, Solucortef act-o-vial (één flesje met zowel poeder als vloeistof, gescheiden door een 'wandje').

Wat is het voordeel voor patiënten als hun aandoening is opgenomen in 'het protocollenboekje'?

In de LPA8 worden alle geldende protocollen voor de ambulancezorg opgenomen. In de nieuwe versie LPA8 is het protocol voor patiënten met een bijnierinsufficiëntie/Addison-crisis opgenomen. Sommige diensten werken hier op dit moment al mee en in andere regio's begint men binnenkort volgens dit protocol te werken. Per 1 januari 2015 moeten alle ambulancediensten landelijk hetzelfde protocol volgen.

Er bestaat een papieren versie, maar er is ook een app te downloaden voor de diensten.

Voorlichting

Na het uitkomen van een update van het protocollenboek, wordt er voorlichting gegeven. Dit gebeurt o.a. met een landelijk ontwikkelde schoolingsdag. Tijdens zo'n dag wordt er per nieuw protocol een summiere uitleg gegeven. Bij het protocol over de Bijnierinsufficiëntie, wordt ook de Addison-crisis-brief besproken. En wordt er

aandacht besteed aan de werking van hydrocortison, bijvoorbeeld hoe snel het effectief is (binnen 30 minuten).

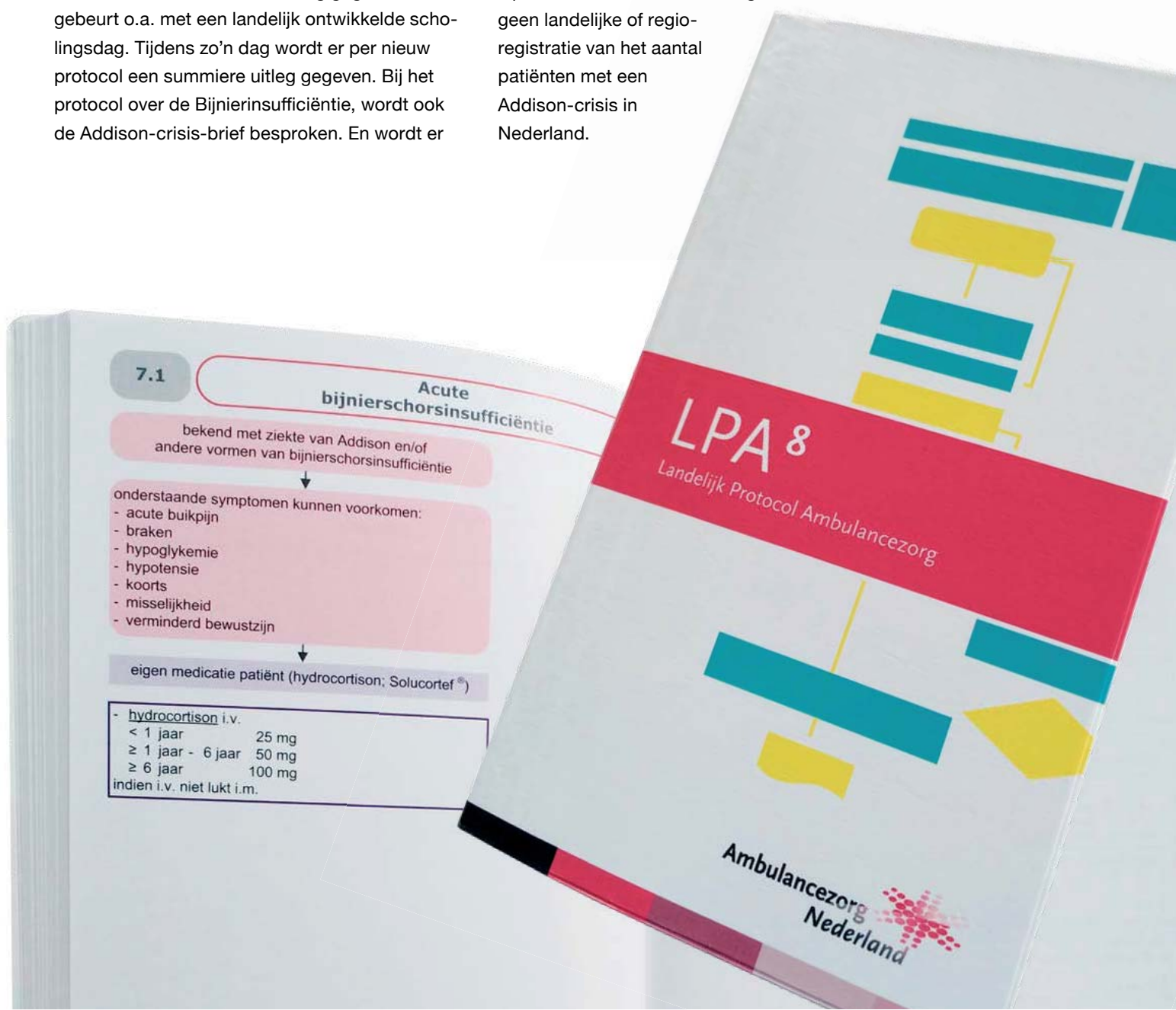
In sommige regio's kiest men ervoor om de voorlichting op regionaal niveau te geven.

Hoe vaak per jaar moet een ambulance voor een patiënt met bijnierinsufficiëntie uitrijden?

Hierop kan eigenlijk geen antwoord gegeven worden.

Sinds de publicatie van het protocol voor bijnierinsufficiëntie, is er in de regio's zeker meer herkenbaarheid en kennis van de Addison-crisis waarin een patiënt zich bevindt. Eerder waren er regio's die als koplopers werden beschouwd en waar het vaker dan gemiddeld voorkwam dat er patiënten met een Addison-crisis werden geholpen.

Op dit moment is er echter nog geen landelijke of regio-registratie van het aantal patiënten met een Addison-crisis in Nederland.



Wat gebeurt er als men 112 heeft gebeld?

De melding wordt vaak gedaan door een patiënt of een familielid en komt binnen bij de meldkamer, die de ambulancezorg aanstuurt. De verpleegkundig centralist zal geprotocolleerd uitvragen wat er precies aan de hand is en zo snel mogelijk een ambulance sturen.

Als de ambulance bij het adres aankomt, dan wordt er door de ambulanceverpleegkundige vanuit de 'ABCD'-gedachte* gekeken naar de patiënt. Een patiënt wordt gecontroleerd op de ademhalings- en circulatie-functies. De patiënt wordt behandeld voor hetgeen het meest levensbedreigend is. Als iemand bijvoorbeeld in shock is, wordt er intraveneus (direct in de bloedbaan) vocht toegediend om de shock te bestrijden.

Ambulancezorg in de praktijk:

Jaarlijks verwerken de Meldkamers Ambulancezorg (MKA) in Nederland ruim een miljoen meldingen resulterend in de inzet van een ambulance. 67% van deze ritten is spoedeisend. Daarbij gaat het om situaties die voor patiënten levensbedreigend zijn of die ernstige gezondheidsschade kunnen betekenen. De overige 33% van de ritten is zogenaamde planbare ambulancezorg.

In tweede fase wordt de anamnese** afgenomen, terwijl de hulpverlening wordt voortgezet. Medische voorgeschiedenis, allergieën, medicijngebruik enzovoort is belangrijke kennis die kan leiden tot een werkdiagnose. In de meeste gevallen is de zieke patiënt nog aanspreekbaar, en niet in shock. In die situatie kan de patiënt zelf vertellen wat hij/zij gebruikt. Dan wordt er, als dat mogelijk is, overlegd met de behandelend arts.

Als het vaker voorgekomen is, dan zal men ook de noodmedicatie van de patiënt gebruiken. Soms heeft een patiënt zelf al gespoten, maar wordt dit niet goed door het lichaam opgenomen of het blijkt niet voldoende te zijn in die specifieke situatie.

*ABCD-gedachte: Airway, Breathing, Circulation, Disability. Bij een afgesloten luchtweg heeft het geen zin om zuurstof te geven, eerst moet de ademweg worden vrijgemaakt. Er wordt dus behandeld in volgorde van levensbedreigende situaties.

**Anamnese: wat een patiënt (of familielid) kan vertellen over de voorgeschiedenis en relevante omstandigheden van zijn/haar ziekte of aandoening aan een zorgverlener.

Of een patiënt heeft geen noodmedicatie bij zich. In die gevallen wordt dan de noodinjectie gezet door het ambulance personeel.

Echter, als de situatie het toelaat, kan de ambulanceverpleegkundige in alle bovenstaande situaties in samenspraak met de behandelend internist-endocrinoloog besluiten wat er moet gebeuren!

Ook wordt in overleg met de behandelend arts afgesproken of iemand na een noodinjectie thuis kan blijven of toch voor onderzoek naar het ziekenhuis gebracht moet worden. Dan komt iemand op de SEH (SpoedEisende Hulp), waarna hij of zij wordt overgedragen aan de dienstdoende (Eerste Hulp) arts.

In de ambulance wordt ook altijd gecontroleerd op een lage bloedsuikerspiegel die kan ontstaan bij een bijnierschorsinsufficiëntie, en eventueel wordt er een 'basisdosering glucose' toegediend.

Wat gebeurt er als een patiënt onder controle is in een ziekenhuis dat op grotere afstand ligt van het huisadres, en er is op kleinere afstand een ander ziekenhuis?

In zo'n situatie wordt er gekeken naar de rijafstand naar het behandelende ziekenhuis. Is deze afstand acceptabel qua gevaar voor de patiënt en qua rijafstand, dan heeft het behandelende ziekenhuis de voorkeur.

Is de rijafstand en het gevaar voor de patiënt heel groot, dan wordt men naar een ziekenhuis dichtbij gebracht, waar ook adequaat kan worden opgetreden.

De consequentie en beschikbaarheid van de ambulance wordt natuurlijk ook in deze overweging meegenomen. Het betreft hier nog een 'grijs gebied' waarbij de keuzes gemaakt worden op basis van regionale afspraken.

Geïnteresseerd in meer informatie? Kijk dan eens op AmbulanceZorg.nl of lees over de ervaringen van een ambulancemedewerker en zijn gezin in Bijnier38, het jeugdnummer dat in december uitkomt.

