



International Academies
of Emergency Dispatch.



ONDERZOEK TEN AANZIEN VAN MELDKAMERS VOOR NOODOPROEPEN IN DE PRAKTIJK GEBRACHT

O N D E R Z O E K S S A M E N V A T T I N G

ANGEWANDTE NOTFALLDISPOSITIONSFORSCHUNG

F O R S C H U N G S Ü B E R B L I C K

ATTIVITÀ DI RICERCA NELL'AMBITO DEL DISPATCH

R I C E R C A I N B R E V E



MAAKT HET GEBRUIK VAN HET HULPMIDDEL BEROERTE DIAGNOSE WAT UIT?

Ja! Het bespaart tijd en zorgt voor behoud van de hersenen.

“WANNEER EMD’S GEBRUIK MAKEN VAN HET HULPMIDDEL, HERKENNEN ZE MEER DAN TWEE KEER ZOVEEL BEROERTES ALS MEDISCHE HULPVERLENERS TER PLAATSE.”

Beroertes: Beroertes onderbreken de bloedtoevoer naar een deel van de hersenen als gevolg van een blokkade of bloeding. De tijd dat een beroerte de toevoer onderbreekt, bepaalt de hoeveelheid hersenbeschadiging die wordt veroorzaakt. Snel herstel van de normale doorbloeding van de hersenen is van cruciaal belang en vereist intelligente herkenning en tijdige inzet.

Intelligente herkenning: Emergency Medical Dispatchers (EMD’s) bieden intelligente herkenning door beroerte symptomen te kennen en te herkennen zodra melders deze beschrijven. Dit kan een uitdaging zijn wanneer de beroerte symptomen veranderen of wanneer deze lijken op andere aandoeningen. EMD’s dragen bij aan beroerte herkenning wanneer zij gebruik maken van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose. Gebaseerd op de veelgebruikte Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS), geeft het Hulpmiddel Beroerte Diagnose aan EMD’s aanwijzing om drie vragen te stellen en biedt het de resultaten die zij kunnen gebruiken om ambulancepersoneel en ontvangende ziekenhuizen op de hoogte te stellen.

Wanneer EMD’s gebruik maken van het Hulpmiddel, herkennen ze meer dan twee keer zoveel beroertes als medische hulpverleners ter plaatse en bieden ze daarmee de vroegste en juistste herkenning voor ambulancepersoneel en ziekenhuizen. Ervaring leert dat het gebruik van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose maar ongeveer 27 seconden duurt.

Tijdige inzet: Een tijdige inzet zorgt voor een tijdige behandeling. Wanneer ambulancepersoneel juiste beroerte meldingen met juiste inzetniveaus ontvangt, kunnen zij de beste inzet verzorgen—ze arriveren ter plaatse zonder optische en geluidssignalen, voeren aanvullende evaluaties uit en vervoeren patiënten naar ziekenhuizen die klaarstaan met materieel en personeel.

Beroerte patiënten moeten in het belang van hun behandeling zo snel mogelijk toegang hebben tot materieel en artsen. De beste behandeling voor beroertes die worden veroorzaakt door een blokkade is tissue plasminogen activator (tPA). Het breekt stolsels op en is erg effectief in het herstellen van de normale doorbloeding van de hersenen. tPA moet binnen een paar uur na het begin van de beroerte symptomen worden toegediend. Momenteel mogen alleen artsen tPA toedienen nadat een CT-scan bevestigt dat de beroerte is veroorzaakt door een blokkade en niet door een bloeding. EMD’s die gebruik maken van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose geven patiënten de beste kans op het op de snelste manier verkrijgen van wat ze nodig hebben.

Symptomen kunnen veranderen: De uitkomst van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose biedt het uitgangspunt waarvan ambulancepersoneel en ziekenhuizen gebruik maken om het verloop van de beroerte over een bepaalde tijd te volgen.

Beroerte symptomen kunnen in de loop van de tijd snel veranderen en kunnen zelfs volledig verdwijnen. Ze kunnen ook wijzen op andere medische aandoeningen. Dit maakt het moeilijk om op welk moment dan ook een beroerte te herkennen. Normaal gesproken bellen mensen naar 112 omdat de patiënt nu een probleem ervaart en hulp nodig heeft. Daarmee beschikken EMD’s over het perfecte moment om de symptomen te herkennen en om tienduizenden beroertes per jaar vast te stellen die anders door niemand onderkend zouden kunnen worden.

Zodra ambulancepersoneel ter plaatse arriveert, kunnen ze een evaluatie van de beroerte uitvoeren. Wanneer zij dit doen, kunnen de symptomen echter al wel veranderd of verdwenen zijn, waardoor het door de EMD gebruik maken van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose mogelijk de enige gelegenheid is om een vastlegging te maken van de symptomen op het moment dat die zich voordoen. De evaluatie door ambulancepersoneel is nuttig om bij te houden hoe de beroerte zich ontwikkelt, aangezien het in de loop van de tijd een tweede meting vormt. Als ze niet in staat zijn om de evaluatie af te ronden of als de symptomen verdwenen zijn, dan is het resultaat van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose de enige informatie die de artsen hebben om de beroerte van de patiënt in de loop van de tijd te volgen. Weten hoeveel tijd is verstreken en welke symptomen de patiënt eerder heeft ervaren, helpt de arts bij het stellen van een diagnose en bij het inrichten van de behandelingen.

Neem de tijd voor het overgaan tot actie: Aangezien maar ongeveer 3% van de noodoproepen—meldingen van een beroerte betreffen, zijn er niet veel gelegenheden op de werkvloer om gebruik te maken van het Beroerte Protocol en het Hulpmiddel Beroerte Diagnose. Zodra een melding van een beroerte binnenkomt, hangen de positieve uitkomsten voor de patiënt af van het vermogen van een EMD om intelligente herkenning toe te passen.

Intelligente herkenning gebeurt niet bij toeval; het is het gevolg van EMD’s die beroerte symptomen snel herkennen en EMD’s die de tijd nemen om het Hulpmiddel Beroerte Diagnose te gebruiken en is ook het gevolg van het bij meldingen van een beroerte afgeven van een inzet met een juist inzetniveau. 🌟

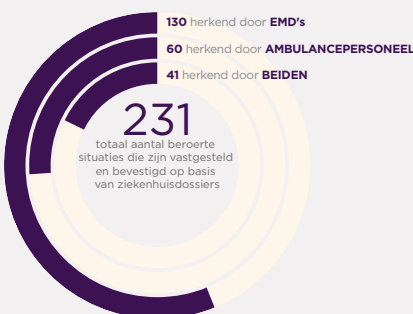
VOOR MEER INFORMATIE:

- Olola C et al. “Characterization of Hospital-Confirmed Stroke Evidence for Callers Who Were Unable to Complete Stroke Test Requests from the Emergency Medical Dispatcher.” *AEDR*, 2016.
- Clawson J et al. “Predictive Ability of an Emergency Medical Dispatch Stroke Diagnostic Tool in Identifying Hospital-Confirmed Strokes.” *J Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2016.
- Gardett I et al. “Comparison of Emergency Medical Dispatcher Stroke Identification and Paramedic On-Scene Stroke Assessment.” *AEDR*, 2016.

LEG DIT EXAMEN AF OM VVT-UREN OP TE BOUWEN:

- Ga naar learn.emergencydispatch.org
- Log in met uw Gebruikersnaam en Wachtwoord, klik op “COURSES” en klik op “RESEARCH BRIEF”

Aantal beroerte situaties herkend door EMD’s en ambulancepersoneel



Chuck Gipson

HET HULPMIDDEL BEROERTE DIAGNOSE IN ACTIE

MEDIC EMS (Davenport, Iowa, VS) heeft in 2014 een nieuw beleid ingevoerd voor het aannemen van 112 beroerte meldingen. Dit beleid geeft Emergency Medical Dispatchers (EMD’s) de opdracht om een plaatselijk ziekenhuis in te lichten zodra er op basis van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose een OVERDUIDELIJK bewijs voor beroerte is vastgesteld. Het doel is om de tijd die patiënten moeten wachten op de diagnose en behandeling te verkorten, omdat het gezegde “tijd is hersenen” luidt—hoe sneller een diagnose wordt gesteld, des te sneller de behandeling kan beginnen en des te groter de overlevingskans zonder hersenbeschadiging is.

Nadat dit beleid werd ingevoerd, was 2015 het eerste volledige jaar waarin gegevens werden verzameld. MEDIC EMS ondervond dat 73% van de patiënten binnen een uur sinds het bellen van 112 bij het ziekenhuis arriveerden en tissue plasminogen activator (tPA) ontvingen. Dat was al hoger dan het gemiddelde van 26,6% in de Verenigde Staten. Dit nam in 2016 toe naar 82% en in januari 2017 naar 83%.

EMD’s spelen een centrale rol bij dit succes. Hun op het Hulpmiddel Beroerte Diagnose gebaseerde alarmering bespaart kostbare tijd, waardoor patiënten sneller worden behandeld.

Dit programma dat voor tijdsbesparing en behoud van de hersenen zorgt, is door Chuck Gipson ontwikkeld. In 2014 schreef hij het concept voor een geïntegreerd inzetplan voor beroerte. Hij bezocht plaatselijke ziekenhuisorganisaties en overtuigde ze allemaal om voor beroerte patiënten door de EMD’s verzonden aankomstberichten te ontvangen. Daarna benaderde hij zijn MMA en kreeg hij toestemming om het plan in te voeren.

Met een officieel beleid en met unanieme steun van plaatselijke ziekenhuisorganisaties begon Gipson de implementatie. Hij trainde EMD’s om Sleutelvragen te stellen, het Hulpmiddel Beroerte Diagnose te gebruiken, melders te vragen een ziekenhuis te selecteren, het ziekenhuis op te bellen en om de resultaten van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose te delen met de betreffende verpleegkundige. Hij trainde ambulancepersoneel om ter plaatse een evaluatie uit te voeren en de melding van de EMD aan het ziekenhuis te bevestigen of te annuleren. Hij implementeerde, ondersteunde en voerde onvermoeibaar kwaliteitsbeoordelingen uit op het nieuwe programma. Hij blijft leiding geven aan deze uitstekende inspanning. Zijn succes heeft het onder de aandacht gebracht van vele plaatselijke leiders en er zijn nu plannen om middelen en steun toe te voegen. 🌟



“WENN EMDs DAS INSTRUMENT VERWENDEN, IDENTIFIZIEREN SIE MEHR ALS DOPPELT SO VIELE SCHLAGANFÄLLE, WIE ES RETTUNGS-SANITÄTER AM NOTFALLORT TUN.”

IST DIE VERWENDUNG DES DIAGNOSEINSTRUMENTS ZUR SCHLAGANFALLERKENNUNG VON BEDEUTUNG?

Ja! Es spart Zeit und rettet Gehirnmasse.

Schlaganfälle: Schlaganfälle unterbrechen die Blutversorgung zu einem Teil des Gehirns durch eine Blockierung oder Blutung. Die Zeitdauer, über die ein Schlaganfall die Blutzufuhr unterbricht, bestimmt den Umfang des verursachten Gehirnschadens. Die zügige Wiederherstellung des normalen Blutflusses zum Gehirn ist von entscheidender Bedeutung und erfordert eine intelligente Identifizierung und einen zeitnahen Einsatz.

Intelligente Identifizierung: Medizinische Notfalldisponenten (Emergency Medical Dispatcher, kurz „EMD“) leisten eine intelligente Identifizierung, da sie mit Schlaganfallsymptomen vertraut sind und erkennen, wenn sie von Anrufern beschrieben werden. Dies kann eine Herausforderung sein, wenn sich Schlaganfallsymptome verändern oder andere Zustände imitieren. EMDs steigern die Schlaganfallidentifizierung, wenn sie das Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung verwenden. Das Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung, welches auf der weit verbreiteten Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) basiert, fordert EMDs zur Stellung von drei Fragen auf und liefert ihnen Ergebnisse, die sie zur Alarmierung des Rettungsdienstes und der zuständigen Krankenhäuser verwenden können.

Wenn EMDs das Instrument verwenden, identifizieren sie mehr als doppelt so viele Schlaganfälle, wie es Rettungssanitäter am Notfallort tun. Außerdem liefern sie dadurch für Rettungskräfte und Krankenhäuser die früheste und genaueste Identifizierung. Die Verwendung des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung dauert nachweislich nur ungefähr 27 Sekunden.

Zeitnahe Einsatz: Ein zeitnahe Einsatz ermöglicht eine rechtzeitige Behandlung. Wenn Rettungskräfte genaue Schlaganfallmeldungen auf einer angemessenen Einsatzstufe erhalten, können sie den bestmöglichen Einsatz durchführen – sie kommen ohne Sondersignaleinsatz zum Notfallort, führen zusätzliche Evaluierungen durch und transportieren Patienten zu Krankenhäusern, deren Ausrüstung und Personal vorbereitet ist.

Patienten mit Schlaganfällen bedürfen eines schnellstmöglichen Zugangs zu medizinischen Geräten und behandelnden Ärzten. Die beste Behandlung für Schlaganfälle, die durch eine Blockade verursacht werden, liefern gewebespezifische Plasminogenaktivatoren (tPA). Sie lösen Gerinnsel auf und sind in der Wiederherstellung des normalen Blutflusses zum Gehirn sehr effektiv. tPA muss innerhalb weniger Stunden nach dem Auftreten der Schlaganfallsymptome verabreicht werden. Gegenwärtig können lediglich Ärzte tPA verabreichen, nachdem eine Computertomographie bestätigt hat, dass der Schlaganfall durch eine Blockade und nicht durch eine Blutung verursacht wurde. EMDs, die das Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung verwenden, geben Patienten die beste Chance, auf dem schnellsten Weg die Behandlung zu erhalten, die sie benötigen.

Symptome können sich verändern: Die Ergebnisse des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung bilden den Ausgangspunkt, den Rettungskräfte und Krankenhäuser für die Verfolgung des Schlaganfallverlaufs über die Zeit hinweg verwenden.

Während Zeit verstreicht, können sich Schlaganfallsymptome schnell verändern und sogar vollständig verschwinden. Sie können darüber hinaus auch auf andere medizinische Notfälle hindeuten. Dies macht es schwierig, einen Schlaganfall zu einem bestimmten Zeitpunkt zu identifizieren. Üblicherweise wählen Anrufer den Notruf, da der Patient jetzt gerade Probleme hat und Hilfe

benötigt. Dies versetzt EMDs in die Lage, zum idealen Zeitpunkt die Symptome zu erkennen und Zehntausende von Schlaganfällen zu identifizieren, die sonst niemand erkennen kann.

Sobald die Rettungskräfte am Notfallort angekommen sind, können sie den Schlaganfall evaluieren. Wenn sie dies tun, können sich die Symptome jedoch bereits verändert haben oder verschwunden sein, sodass die Verwendung des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung mitunter die einzige Möglichkeit ist, Symptome aufzuzeichnen, während sie sich zeigen. Die Einschätzung der Rettungskräfte ist für die Nachverfolgung des Symptomverlaufs eines Schlaganfalls hilfreich, da sie nach dem Verstreichen von etwas Zeit einen zweiten Messwert für den Schlaganfall liefert. Wenn sie nicht in der Lage sind, die Evaluierung abzuschließen oder die Symptome verschwunden sind, ist das Ergebnis des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung die einzige Information, die Ärzten für die Verfolgung des Schlaganfallverlaufs zur Verfügung steht. Zu wissen, wie viel Zeit vergangen ist und welche Symptome der Patient zuvor gezeigt hat, hilft dem Arzt bei der Diagnose und Behandlungseinleitung.

Nehmen Sie sich Zeit zum Handeln: Da sich nur etwa 3% der Notrufe auf Schlaganfälle beziehen, gibt es nicht viele Gelegenheiten, das Schlaganfall-Protokoll und Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung

zu verwenden. Wenn ein Schlaganfall-Anruf eingeht, hängt ein positives Outcome für den Patienten von der Fähigkeit des EMD ab, eine intelligente Identifizierung durchzuführen.

Die intelligente Identifizierung geschieht nicht zufällig – sie ist darauf zurückzuführen, dass EMDs Schlaganfallsymptome schnell erkennen, sich die Zeit nehmen, um das Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung zu verwenden, und bei Schlaganfällen die entsprechenden Einsätze auslösen. 🌟

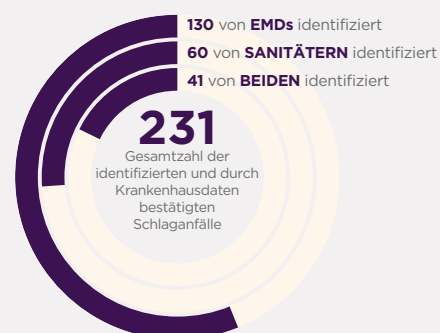
FÜR WEITERE INFORMATIONEN SIEHE:

- Olola C. et al. „Characterization of Hospital-Confirmed Stroke Evidence for Callers Who Were Unable to Complete Stroke Test Requests from the Emergency Medical Dispatcher.“ *AEDR*, 2016.
- Clawson J. et al. „Predictive Ability of an Emergency Medical Dispatch Stroke Diagnostic Tool in Identifying Hospital-Confirmed Strokes.“ *J Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2016.
- Gardett I. et al. „Comparison of Emergency Medical Dispatcher Stroke Identification and Paramedic On-Scene Stroke Assessment.“ *AEDR*, 2016.

LEGEN SIE DEN TEST AB, UM CDE-EINHEITEN ZU ERHALTEN:

- Gehen Sie zu learn.emergencydispatch.org
- MELDEN Sie sich mit Ihrem Benutzernamen und Passwort AN, klicken Sie auf „COURSES“ und danach auf „RESEARCH BRIEF“.

Anzahl der von EMDs und Rettungssanitätern identifizierten Schlaganfälle



Chuck Gipson

DIE ANWENDUNG DES DIAGNOSEINSTRUMENTS ZUR SCHLAGANFALLERKENNUNG

Im Jahr 2014 verabschiedete MEDIC EMS (Davenport, Iowa, USA) eine neue Richtlinie für Notrufe bei Schlaganfällen. Die Richtlinie weist medizinische Notfalldisponenten (EMDs) an, ein örtliches Schlaganfallzentrum zu alarmieren, wenn sie mithilfe des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung eindeutige Beweise für einen Schlaganfall feststellen. Das Ziel besteht darin, die Zeit zu verkürzen, die Patienten auf eine Diagnose und Behandlung warten müssen, da der Aussage „Zeit ist Gehirn“ zu glauben ist – je früher eine Diagnose gestellt wird, desto früher kann die Behandlung beginnen und desto größer ist die Überlebenschance ohne Hirnschäden.

Nach der Implementierung war 2015 das erste vollständige Jahr zur Datenerhebung. MEDIC EMS ermittelte, dass 73% der Patienten innerhalb einer Stunde nach Tätigen des Notrufs in einem Schlaganfallzentrum ankamen und ihnen gewebespezifische Plasminogenaktivatoren (tPA) verabreicht wurden. Bereits dies war höher als der Durchschnittswert in den Vereinigten Staaten, der bei 26,6% lag. Im Jahr 2016 erhöhte sich dieser Wert auf 82% und im Januar 2017 auf 83%.

EMDs sind für den Erfolg entscheidend. Ihre Alarmierung, die auf dem Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung beruht, spart wertvolle Zeit – die Patienten werden schneller behandelt.

Chuck Gipson entwickelte dieses zeitsparende Programm zur Rettung von Gehirnmasse. Im Jahr 2014 entwarf er einen integrierten Einsatzplan bei Schlaganfällen. Er traf sich mit Leitern des örtlichen Schlaganfallkrankenhaussystems und überzeugte sie alle, von EMDs Ankunftswarnungen für Schlaganfallpatienten anzunehmen. Dann trat er an seinen medizinischen Leiter heran und sicherte sich die Erlaubnis, den Plan umzusetzen.

Aufbauend auf einer offiziellen Richtlinie und mit der einstimmigen Unterstützung des örtlichen Gesundheitswesens begann Gipson mit der Einführung. Er lehrte EMDs, Schlüsselfragen zu stellen, das Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung zu verwenden, Anrufer zu bitten, ein Schlaganfallzentrum zu wählen, das Zentrum anzurufen und die Resultate des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung an den verantwortlichen Stationskrankenschwester weiterzugeben. Er schulte Rettungssanitäter darin, vor Ort eine Evaluierung durchzuführen und die EMD-Alarmierung des Zentrums zu bestätigen oder abubrechen. Er implementierte, unterstützte und führte unermüdliche Qualitätsprüfungen für das neue System durch. Bis heute setzt er diesen herausragenden Einsatz fort. Sein Erfolg hat die Aufmerksamkeit vieler Handlungsträger von Gemeinden auf sich gezogen und es wurden Pläne geschmiedet, Ressourcen hinzuzufügen und Unterstützung zu leisten. 🌟



È IMPORTANTE UTILIZZARE LO STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI ICTUS?

Sì! Fa risparmiare tempo e salva il cervello.

Ictus: l'ictus si verifica quando l'afflusso di sangue verso una parte del cervello si interrompe a causa di un'ostruzione o sanguinamento. La durata dell'interruzione dell'afflusso di sangue determina la gravità del danno cerebrale causato. Il rapido ripristino del normale flusso di sangue al cervello è fondamentale e richiede un'identificazione intelligente e un intervento tempestivo.

Identificazione rapida: gli Emergency Medical Dispatcher (EMD) effettuano un'identificazione intelligente in quanto sanno e possono riconoscere i sintomi di ictus che il chiamante descrive. Tale identificazione può essere difficoltosa quando i sintomi di ictus cambiano o sono simili a quelli di altre condizioni. Gli EMD rafforzano l'abilità di identificazione di un ictus quando utilizzano lo *Strumento per l'identificazione di ictus*. Basato sulla Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS), che è ampiamente utilizzata, lo *Strumento per l'identificazione di ictus* indica agli EMD di porre tre domande e fornisce i risultati che possono essere usati per allertare i soccorritori dei servizi medici di emergenza (EMS) e gli ospedali di destinazione.

Utilizzando lo Strumento, gli EMD sono in grado di identificare più del doppio degli ictus identificati dai soccorritori presenti sulla scena dell'evento, fornendo l'identificazione più precoce e più accurata ai soccorritori e agli ospedali. È stato dimostrato che l'utilizzo dello *Strumento per l'identificazione di ictus* richiede solo 27 secondi.

Risposta tempestiva: una risposta tempestiva consente un trattamento tempestivo. Quando i soccorritori ricevono una segnalazione di ictus ad un livello di risposta appropriato, possono fornire una risposta di soccorso ottimale – giungono sul luogo senza utilizzare luci e sirena, effettuano un'ulteriore valutazione e trasportano il paziente all'ospedale che è pronto ad accoglierlo con le attrezzature ed il personale appropriati.

I pazienti che hanno subito un ictus necessitano di accedere il prima possibile ad attrezzature e medici per ricevere le cure opportune. Il miglior trattamento per gli ictus causati da coaguli è quello con l'attivatore tissutale del plasminogeno (tPA) che dissolve i coaguli ed è molto efficace nel ripristinare il normale afflusso sanguigno verso il cervello. Il tPA deve essere somministrato entro poche ore dall'insorgenza dei sintomi di ictus. Attualmente, solo ai medici è consentito somministrare il tPA e solo dopo che una TAC abbia confermato che la causa dell'ictus sia un'ostruzione e non un sanguinamento. Gli EMD che utilizzano lo *Strumento per l'identificazione di ictus* danno ai pazienti la migliore possibilità di ricevere il trattamento di cui hanno bisogno il più rapidamente possibile.

I sintomi possono cambiare: i risultati dello *Strumento per l'identificazione di ictus* rappresentano il punto di partenza che i soccorritori e gli ospedali possono utilizzare per monitorare la progressione dell'ictus nel tempo.

I sintomi dell'ictus possono cambiare nel corso del tempo e possono perfino sparire completamente. Possono anche indicare altre condizioni mediche. È perciò difficile identificare un ictus in un dato momento. In genere, i chiamanti si rivolgono al sistema d'emergenza perché il paziente ha problemi e necessita aiuto. Questo pone gli EMD in una posizione unica ed ideale per poter riconoscere i sintomi ed identificare decine di migliaia di ictus l'anno.

Una volta arrivati sul luogo, i soccorritori potranno effettuare una valutazione dell'ictus. Tuttavia, al momento della valutazione, i sintomi potrebbero essere cambiati o scomparsi, pertanto, l'uso dello *Strumento*

per l'identificazione di ictus da parte dell'EMD potrebbe essere la sola opportunità di registrare i sintomi mentre si manifestano. La valutazione effettuata dai soccorritori è utile per monitorare la progressione dell'ictus in quanto rappresenta una seconda misurazione dell'ictus dopo un certo periodo. Se non sono in grado di completare la valutazione o i sintomi dono scomparsi, il risultato dello *Strumento per l'identificazione di ictus* è la sola informazione che i medici possono usare per monitorare l'evoluzione dell'ictus. Sapere quanto tempo è intercorso e i sintomi sperimentati dal paziente aiuta il medico ad effettuare una diagnosi e ad avviare la terapia.

Prendere tempo per agire: poiché solo circa il 3% delle chiamate di emergenza si riferisce ad ictus, non si presentano molte opportunità per utilizzare il Protocollo Ictus e lo *Strumento per l'identificazione di ictus*. Quando arriva una chiamata relativa ad un ictus, l'esito positivo dipende dall'abilità dell'EMD di effettuare un'identificazione intelligente.

L'identificazione intelligente non è un qualcosa che si improvvisa, ma è il risultato del rapido riconoscimento dei sintomi di ictus da parte degli EMD, dell'impiegare tempo per utilizzare lo *Strumento per l'identificazione di ictus* e dell'avviare la risposta di soccorso adeguata. 🌟

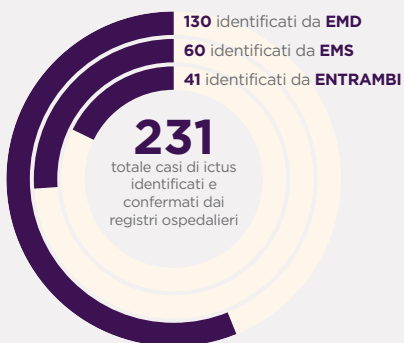
PER ULTERIORI INFORMAZIONI:

- Olola C et al. "Characterization of Hospital-Confirmed Stroke Evidence for Callers Who Were Unable to Complete Stroke Test Requests from the Emergency Medical Dispatcher." *AEDR*, 2016.
- Clawson J et al. "Predictive Ability of an Emergency Medical Dispatch Stroke Diagnostic Tool in Identifying Hospital-Confirmed Strokes." *J Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2016.
- Gardett I et al. "Comparison of Emergency Medical Dispatcher Stroke Identification and Paramedic On-Scene Stroke Assessment." *AEDR*, 2016.

COMPLETARE IL QUIZ PER RICEVERE CREDITI DI FC:

- Vai a learn.emergencydispatch.org
- Effettua il login con il tuo Username e Password, fai clic su "COURSES" e poi su "RESEARCH BRIEF"

Numero di casi di ictus identificati da EMD e EMS



Chuck Gipson

STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI ICTUS IN AZIONE

Nel 2014, MEDIC EMS (Davenport, Iowa, USA) adottò una nuova politica per le chiamate riguardanti ictus. La politica prevede che gli operatori di Centrale (EMD) notifichino un Centro Ictus locale quando un'Evidenza Chiara di ictus viene identificata tramite l'utilizzo dello *Strumento per l'identificazione di ictus*. L'obiettivo è quello di ridurre il tempo di attesa dei pazienti per la diagnosi e il trattamento perché il "tempo è cervello" – quanto prima si arriva ad una diagnosi, tanto prima il trattamento può avere inizio e tanto maggiore sarà la possibilità di sopravvivenza senza danni cerebrali.

Dopo l'introduzione di tale politica, il 2015 fu il primo anno in cui furono raccolti dati per l'intero anno. Dai dati raccolti, MEDIC EMS determinò che il 73% dei pazienti arrivarono al Centro Ictus e ricevettero l'attivatore tissutale del plasminogeno (tPA) entro un'ora dall'arrivo della chiamata alla Centrale Operativa. Tale percentuale era già superiore alla media riscontrata negli Stati Uniti, pari a 26.6% ed è aumentata ancora di più arrivando a 82% nel 2016 e 83% in gennaio 2017.

Gli EMD sono fondamentali per questo successo. La loro notifica, basata sullo Strumento per l'identificazione di ictus, consente di risparmiare tempo prezioso – i pazienti ricevono trattamento più rapidamente.

Chuck Gipson è l'autore di questo programma che aiuta a "risparmiare tempo e salvare il cervello". Nel 2014 elaborò un piano integrato d'intervento per ictus. Riuscì a convincere i responsabili di tutti i sistemi ospedalieri della zona ad accettare di ricevere notifiche da parte degli EMD dell'arrivo di pazienti colpiti da ictus. Poi chiese ed ottenne il permesso di attuare il piano nella sua azienda.

Con una politica ufficiale approvata e il supporto unanime del sistema sanitario locale, Gipson iniziò a mettere insieme il programma. Istruì gli EMD a porre le Domande Chiave, ad usare lo Strumento per l'identificazione di ictus, a chiedere ai chiamanti di selezionare un Centro Ictus ed a chiamare il centro e fornire i risultati dello *Strumento per l'identificazione di ictus* all'infermiere di turno. Istruì i soccorritori ad effettuare valutazioni dei pazienti de visu per confermare o cancellare la notifica dell'EMD al Centro Ictus. Attivò il nuovo programma e lavorò instancabilmente per il supporto e la revisione della qualità. Ancora oggi continua a guidare questo eccezionale progetto. Il successo raggiunto, ha portato il programma all'attenzione di molti e vi sono nuovi piani per aggiungere risorse e supporto. 🌟



International Academies
of Emergency Dispatch®

CALL FOR POSTERS

OPROEP VOOR HET INDIENEN VAN ONDERZOEKSPOSTERS

We nodigen u uit om onderzoeksuittreksels in te dienen voor de presentatie van onderzoeksposters tijdens de expositie die onderdeel zal uitmaken van NAVIGATOR 2019 in National Harbor, Maryland, VS, 24-26 april 2019.

Onderwerpen omvatten het brede scala aan onderwerpen die verband houden met onderzoek ten aanzien van meldkamers voor noodoproepen, in welke discipline dan ook—al dan niet gepubliceerd.

Uittreksels zullen worden geaccepteerd in het Nederlands, Italiaans en Duits; echter, Engels heeft de voorkeur.

Bezoek a.u.b. de website voor meer informatie: <https://www.aedrjournal.org/cfpp-nederlands/>

INVITO A PRESENTARE POSTER DI RICERCA

Vi invitiamo ad inviare abstract di ricerche che saranno presentati come poster in esposizione alla conferenza NAVIGATOR 2019 che si terrà a National Harbor, Maryland, USA, dal 24 al 26 aprile.

Gli argomenti devono rientrare nella ricerca nell'ambito della gestione telefonica delle emergenze, pubblicati o inediti.

Le proposte di abstract potranno essere redatte in lingua italiana, tedesca e olandese; la lingua inglese è preferibile.

Per ulteriori informazioni, visitare il sito: <https://www.aedrjournal.org/cfpp-italiano/>

AUFRUF ZUR EINREICHUNG VON FORSCHUNGSPLOKATEN

Wir laden Sie herzlich ein, wissenschaftliche Abstracts für die Forschungsplakatausstellung während des US NAVIGATORS 2019 einzureichen, der vom 24.-26. April in National Harbor, Maryland, stattfinden wird.

Es wird ein breites Themenspektrum akzeptiert, das Forschungsarbeiten zur Notfalldisposition jeglicher Disziplinen umfassen kann – veröffentlicht oder unveröffentlicht.

Niederländische, italienische und deutsche Einreichungen von Abstracts und Plakaten werden akzeptiert, eine Einreichung in englischer Sprache wird jedoch bevorzugt.

Weitere Informationen finden Sie hier: <https://www.aedrjournal.org/cfpp-deutsch/>

Deadlines:

- Uittreksels moeten uiterlijk vrijdag 30 november 2018 zijn ontvangen.

Termini:

- Gli abstract proposti devono pervenire entro venerdì, 30 novembre 2018.

Einreichfristen:

- Einreichungen von Abstracts müssen bis Freitag, den 30. November 2018, eingehen.