

# Nieuwe werkwijze

# telefonische triage

## Wat betekent dit voor de zorgverlening?

Als eerste MKA in Nederland triëert de MKA Hollands-Midden sinds 19 mei alle telefonische verzoeken voor ambulancezorg met behulp van een nieuw systeem, het Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS), ook wel Professional Quality Assurance (ProQA) genoemd. Dit betekent dat alle aanvragen via 112 maar ook die via de dokterspoedlijn, de politie of brandweer op uniforme en systematische wijze zullen worden beoordeeld. In dit artikel worden achtergrond en effecten nader toegelicht.

De AMPDS-klapper:

Tot nu toe werd ieder telefonisch verzoek om ambulancezorg beoordeeld door de centralist die daarbij

gebruik maakte van de kennis zoals werd aangeleerd via de SOSA en zoals was vastgelegd in de Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA).

Naar aanleiding van klachten van melders, bijna-missers en missers werd een audit gehouden van 300 willekeurige 112 meldingen waarbij bleek dat de werkwijze in de MKA de mogelijkheid bood om niet-systematisch en soms apert onjuist te werken bij de afhandeling van telefonische hulpvragen.

Dit was de aanleiding om het roer drastisch om te gooien en te breken met de tot dan toe landelijk geldende opvatting dat voldoende kwaliteit en veiligheid voor melder en centralist kan worden geboden binnen de kaders van de SOSA en LSMA-systematiek.

Uit internationale oriëntatie kwam vast te staan dat telefonische triage elders op een andere manier werd vormgegeven waarbij de belangrijkste verschillen met de Nederlandse systematiek bestonden uit strakke en dwingende uitvraagprotocollen gekoppeld aan een strak en dwingend opleiding- en hercertificeringssysteem.

Dit was het AMPDS dat in de jaren zeventig van de vorige eeuw is bedacht door de Amerikaanse arts Jeff Clawson, sindsdien aan zijn 13e versie toe is en wereldwijd gebruikt wordt in meer dan 3500 meldkamers van Amerika via Canada tot Engeland, Duitsland, Maleisië en China. Omdat dit systeem alles had wat wij zochten en ons de zekerheid kon bieden dat we daarmee de beste meldkamerzorg zouden kunnen geven die momenteel wereldwijd beschikbaar is, besloten wij in

2009 een project te starten met als einddoel de implementatie in onze MKA.

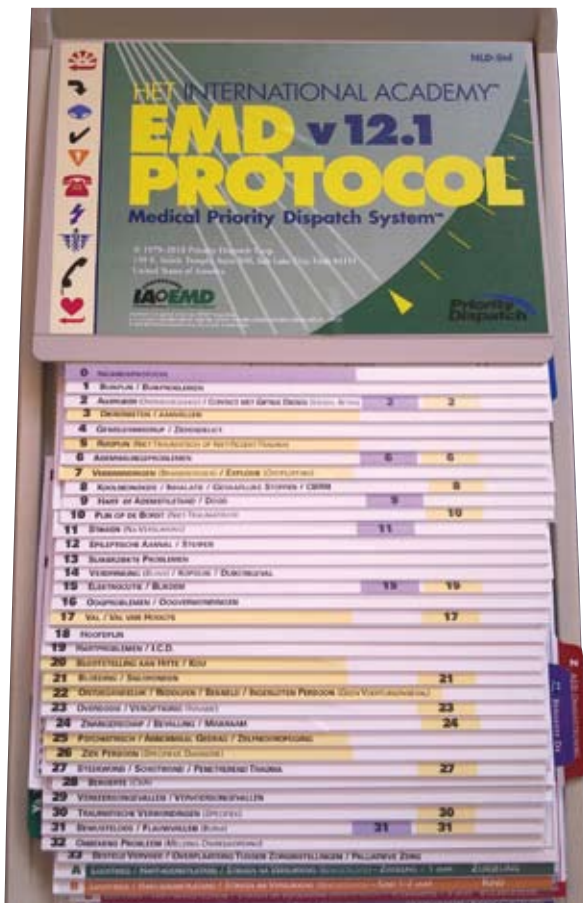
Gaandeweg sloten de MKA's van Tilburg, 's-Hertogenbosch, Amsterdam, Rotterdam en Noord-Holland-Noord bij ons aan waarmee naar verwachting medio 2012 bijna de helft van de Nederlandse bevolking zal worden geholpen met behulp van het AMPDS. Genoemde MKA's ondervonden dezelfde problemen met de gangbare methodiek en hadden in een aantal gevallen ernstige calamiteiten meegemaakt.

### Weerstand

Al ras bleek dat het voornemen om het AMPDS in te voeren stuitte op weerstand vanuit de hoek van het Nederlands Triage Systeem (NTS) en vanuit de beroepsgroep zelf. Vanuit het NTS-project werd aangevoerd dat het ministerie van VWS gekozen had voor een breed triagesysteem waarmee van huisarts via verloskundige, GGZ en ambulancezorg, ook in de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis alle patiënten op dezelfde wijze zouden kunnen worden getriëerd.

Vanuit de beroepsgroep werd aangevoerd dat de invoering van 'dat Amerikaanse systeem' betekende dat een aap de telefoon zou kunnen opnemen en dat de professionaliteit van de verpleegkundig centralist altijd beter zou zijn voor de patiënt dan een 'aap met een callcenter systeem'.

De NTS-discussie is nog steeds niet uitgedoofd doch inmiddels is duidelijk geworden dat telefonische triage een wezenlijk andere benadering vereist van de triagist dan de fysieke triage in de spreekkamer of spoedeisende hulpafdeling. Hoewel het





NTS volgens velen het panacee is voor de versnippering in de pre-hospitale zorg, ontbreekt tot op heden het besef dat een uniforme classificatie tabel iets anders is dan een praktisch toepasbaar systeem voor de telefonische triage van hulpvragen van leken.

De angst voor verlies van de verpleegkundig centralistenfunctie is evenmin verdwenen en dit vooronderstelde verlies wordt nog steeds gebruikt als argument dat de kwaliteit van de MKA in gevaar komt als er geen verpleegkundig centralisten meer triëren.

Niet ter discussie staat dat verpleegkundigen in een MKA een rol moeten spelen maar wel dient hardop gezegd te worden dat het hebben van een verpleegkundige opleiding niets te maken heeft met de specifieke kwaliteit die moet worden geleverd door de MKA-triagist doch daaraan slechts een bijdrage kan leveren. Als we kijken naar het buitenland

dan zien we dat er ook andere deskundigheidsniveaus worden ingezet ten behoeve van de telefonische triage van acute hulpvragen en dat verpleegkundigen een belangrijke positie innemen bij de behandeling van hulpvragen waarvan in maximaal twee minuten is vastgesteld dat er geen noodzaak is voor acute ambulancezorg.

Dit systeem van primaire triage en secundaire triage (ook wel het front-office en back-office model genoemd) is inmiddels in heel Engeland en grote delen van Canada, Australië en een aantal staten van de VS, ingevoerd.

### AMPDS: uitgangspunten en praktijk

Het AMPDS dat in de jaren zeventig van de vorige eeuw werd ontwikkeld door Jeff Clawson die medisch manager was van de ambulancedienst in Salt Lake City, gaat er van uit dat de centralist de eerste hulpverlener

ter plekke is die in belangrijke mate zal bepalen hoe het afloopt voor de patiënt. Binnen het AMPDS wordt de centralist dan ook gezien als een belangrijke professional met een grote verantwoordelijkheid.

De AMPDS centralist of EMD (Emergency Medical Dispatcher) heeft als taak om zo snel mogelijk vast te stellen wat er aan de hand is en moet daarbij uitgaan van de vier wetten van de MKA:

- Ten eerste, doe geen kwaad.
- Bij twijfel, stuur een ambulance. De patiënt krijgt altijd het voordeel van de twijfel.
- Twijfel niet - vertrouw het protocol.
- Volg precies de instructies in het protocol.

Daarbij gelden twee belangrijke axioma's:

- Datgene waar niet systematisch naar wordt gezocht zal slechts bij toeval worden gevonden.
- De kwaliteit van de vraag bepaalt de kwaliteit van het antwoord.

Vertaald naar de praktijk heeft dit geresulteerd in een systeem waarbij met behulp van een bindende, gestructureerde uitvraag en melder-

instructie-systematiek, op uniforme wijze iedere hulpvraag wordt beoordeeld.

In het AMPDS wordt daarbij gewerkt met een ingangsprotocol, 33 toestandsbeelden, 6 melderinstructies en 1 afsluitinstructie.

Protocollen en instructies zijn vastgelegd in zogenaamde scripts die de centralist letterlijk dient te volgen qua tekst en qua volgorde zodat er systematisch wordt gezocht naar de werkelijkheid achter de telefonische melding.

Bovendien zorgt het gebruik van scripts voor structuur en duidelijkheid waardoor de centralist de leiding neemt en kan houden en de melder op zijn beurt moet volgen en daardoor zo goed mogelijk wordt geholpen of, in geval van melderinstructies, hulp ter plekke kan geven.

### Ingangsvragen

Iedere melding start met de ingangsvragen waarbij de centralist letterlijk zegt: *'Meldkamer Ambulancezorg, wat is precies het adres van het noodgeval?'* Het vetgedrukte woord 'adres' moet beklemtoond worden. De tweede vraag luidt: *'Op welk telefoonnummer kan ik u terugbellen?'*

De derde vraag is feitelijk de eerste vraag waarmee het triageproces start. Deze luidt: *'Vertel mij precies wat er gebeurd is.'* Waarna er nog gevraagd wordt naar de leeftijd van de patiënt, als dat nog niet duidelijk is, het geslacht, of deze bij kennis is

en of deze ademt.

Na deze 6 ingangsvragen wordt als dat nodig is direct ambulancezorg ingezet en gestart met melderinstructies (de zogenaamde Echo-codes, zie verder). Als dat niet nodig is, wordt doorgegaan met een van de 33 toestandsbeelden.

Het AMPDS kent 32 toestandsbeelden beginnende met 'buikpijn' en eindigend met 'onbekend probleem'. De 33ste kaart is een uitvraagkaart voor besteld vervoer.

Iedere toestandsbeeldkaart laat een aantal aanvullende vragen stellen waarbij deze zo zijn geformuleerd dat er een voldoende verfijning van het toestandsbeeld ontstaat en meerdere checks worden gedaan op bedreiging van vitale functies.

De uitvraagssystematiek leidt normaliter binnen twee minuten tot een beslissing die bestaat uit een code. De code is het resultaat van het gevolgde triagepad en is opgebouwd uit een cijfer dat staat voor het toestandsbeeld, een letter die de urgentie aangeeft en een cijfer dat een nadere specificering van het toestandsbeeld geeft.

Als voorbeeld nemen we toestandsbeeld 1: Buikpijn/buikproblemen, waarbij in 4 vragen is vastgesteld dat er sprake is van een vrouw die tussen de 12 en 50 jaar oud is (dat werd al bij de ingangsvragen gevraagd) die buikpijn heeft en daarbij is flauwgevallen of bijna is flauwgevallen.

De wetenschappelijke onderbou-

wing van het AMPDS stelt dat een vrouw in deze leeftijdscategorie met deze klachten een buitenbaarmoederlijke zwangerschap heeft totdat het tegendeel is bewezen!

Deze triage levert de volgende inzetcode op: 1-C-4 hetgeen internationaal in alle meldkamers en alle taalgebieden synoniem is voor een vrouw tussen de 12 en 50 met buikpijn en (bijna) flauwvallen.

### De ambulancezorg

De ambulancezorgverlener krijgt deze code in het scherm van zijn pager te staan en vindt het complete verhaal met NAW gegevens, code en toelichting in zijn mobiele data-terminal.

Iedere ambulancezorgverlener krijgt een zogenaamde field-responder guide waarin alle 386 inzetcodes zijn verklaard te beginnen bij 1-D-1 voor iemand met buikpijn en verminderd bewustzijn tot en met 32-B-4 voor een onbekend probleem waarbij de taal van de melder niet is begrepen. Deze internationale standaardisering maakt wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van de triagevragen mogelijk doordat er gewerkt kan worden met grote aantallen.

Bovendien kunnen ambulancezorgverleners gestructureerd feedback leveren aan de MKA met gebruikmaking van een gestandaardiseerd feedbackformulier waarbij wordt aangegeven dat de door de MKA afgegeven code van (bijvoorbeeld) 1-C-4 bij onderzoek ter plekke door de ambulanceverpleegkundige toch een 1-C-2 bleek te zijn (Bekende Aorta Aneurysma).

Omdat ook dit internationaal gestandaardiseerd plaatsvindt en iedereen dezelfde codes hanteert, kan met behulp van deze feedback de juistheid en de juiste toestandsbeeldvoorspellende waarde van AMPDS-vragen worden bewaakt en zo nodig worden verbeterd.

### ABCDE

In het AMPDS worden 5 niveaus onderscheiden: ABCDE.

E, D en B zijn toestandsbeelden waarbij zo snel mogelijk acute pre-hospitale hulp nodig is waarbij E en D op ALS niveau en B op tenminste BLS niveau.

C en A zijn toestandsbeelden waarbij minder snel acute pre-hospitale hulp

URGENTIE BEPALING		NIET LINEAIRE INZETSNIJVEAUS		Op De Hoogte Brengen		In te Zetten Andere Disciplines																
		DESKUNDIGHEID																				
		BLS	ALS																			
REACTIETIJD HOOGST URGENT (Eenkeurnodig)	HOOGST URGENT (Meerkeurnodig)	A	C	★ Politie	★ Politie	★ Brandweer	★ Brandweer															
	URGENT (Meerkeurnodig)	B	D	★ Brandweer	★ Elektricitetsbedrijf	★ Elektricitetsbedrijf	★ Elektricitetsbedrijf															
				★ GEVAARLIJKE STOFFEN	★ GEVAARLIJKE STOFFEN	★ GEVAARLIJKE STOFFEN	★ GEVAARLIJKE STOFFEN															
				★ NVIC	★ NVIC	★ NVIC	★ NVIC															
				<b>Symbolen &amp; Waarschuwingen</b>																		
				★ Belangrijke Informatie voor de Centralist																		
				★ De Toevoeging aan de Indicatie																		
				★ Ga naar MDI & dan naar Reanimatie-instructies																		
				★ Bewusteloos of Hart-/adematiestand																		
				★ INEFFECTIEVE ADEMHALING en Verminderd Bewustzijn																		
				★ Alarmeer & ga naar MDI																		
				★ Alarmeer, MDI & ga door met uitvragen																		
				★ Alarmeer & ga door met uitvragen																		
				★ AGONALE ADEMHALING Vaststellen																		
				★ Hartfrequentie vaststellen opnemen & ga terug naar waar u was gebleven																		
				★ Veiligheid van de Locatie																		
				★ AED Ondersteuning																		
				★ Zinkend Voertuig																		
				★ Routine Afsluiting																		
				★ Dringende Afsluiting																		
				★ Verifiëren																		
				★ Afsakken naar																		
				★ Blijf aan de Lijn																		
				★ Koelen en Spoelen																		
				★ Bloeding Stelpen																		
				★ Uitgeslagen Tand																		
				<table border="0"> <tr> <td>★</td> <td>&lt;</td> <td>Minder dan</td> </tr> <tr> <td>★</td> <td>&gt;</td> <td>Meer dan</td> </tr> <tr> <td>★</td> <td>≈</td> <td>Minder dan of gelijk aan</td> </tr> <tr> <td>★</td> <td>≈</td> <td>Meer dan of gelijk aan</td> </tr> <tr> <td>★</td> <td>≈</td> <td>Uitgeslagen Tand</td> </tr> </table>				★	<	Minder dan	★	>	Meer dan	★	≈	Minder dan of gelijk aan	★	≈	Meer dan of gelijk aan	★	≈	Uitgeslagen Tand
★	<	Minder dan																				
★	>	Meer dan																				
★	≈	Minder dan of gelijk aan																				
★	≈	Meer dan of gelijk aan																				
★	≈	Uitgeslagen Tand																				
				<p>Bij het bepalen van de lokale afspraken ten aanzien van de in te zetten eenheden passend bij iedere inzetcode, (MPDSCode) moet rekening worden gehouden met het volgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zal de uitkomst tijdafhankelijk zijn?</li> <li>2. Binnen hoeveel tijd moet een dergelijk probleem worden behandeld?</li> <li>3. Hoeveel tijdswinst ontstaat door met optische en geluidssignalen (OGS) te rijden?</li> <li>4. Als de patiënt in het ziekenhuis wordt overgedragen zal de tijdswinst significant zijn ten opzichte van de tijd die vervolgens moet worden gewacht op vervolgebehandeling?</li> </ol> <p>Alle beslissingen over in te zetten eenheden en urgentie worden genomen en vastgesteld door de MKA en leiding van de MKA.</p>																		
<b>Het INTERNATIONAL ACADEMY EMD Protocol</b>																						

nodig is: bij C op ALS niveau en bij A op BLS niveau.

Het onderscheid tussen ALS en BLS niveau stamt uit landen met een getrapd prehospital systeem (2-tier system) zoals bijvoorbeeld in Amerika met fire/rescue en ambulance of zoals in Duitsland met Rettungssassistent en Notarzt.

In Nederland kan ruwweg gesteld worden dat E, D en B niveaus een A1 urgentie zijn en C en A een A2 urgentie.

De ernstigste situatie is die waarbij de AMPDS triage uitkomst een E-code genereert.

In dat geval is er sprake van een evidente levensbedreigende toestand waarbij de snelst beschikbare hulp zo snel mogelijk moet worden ingezet, gevolgd door de hoogste deskundigheid.

Dit geldt bijvoorbeeld voor de code 9-E-6 (Onder water) of 15-E-1 (Elektrocutie/Bliksem, Ademt niet/Ineffectieve ademhaling). Bij een dergelijke AMPDS triage uitkomst kan dan inzet van politie in de buurt, first-responders, ambulance en MMT zijn geïndiceerd.

De niveaus D en C zijn de toestandsbeelden waarbij er sprake is van een potentieel levensbedreigende toestand waarbij D een hogere urgentie kent dan C.

Als voorbeeld de Code 15-D-7 (Elektrocutie/Bliksem en abnormale ademhaling) en Code 15-C-1 (Elektrocutie/Bliksem, Aanspreekbaar en ademt normaal), Bij 15-D-7 is er sprake van een waarschijnlijke reanimatie en bij 15-C-1 kan er een ernstige ritmestoornis ontstaan doch is daarvan nog geen sprake.

De niveaus B en A zijn overige toestandsbeelden.

Daarnaast ken het AMPDS ook nog de zogenaamde Omega triage uitkomst waarbij het gaat om toestandsbeelden die evident geen ambulancezorg behoeven zoals bijvoorbeeld Code 26-Omega-4 (Ziek Persoon, kan niet slapen) of Code 29-Omega-1 (Verkeersongevallen/Vervoersongevallen, Geen verwondingen, bevestigd).

### Melderinstructies

Omdat de centralist de eerste hulpverlener ter plekke is zal het AMPDS zodra dat nodig en mogelijk is, de centralist begeleiden bij het

geven van zelfhulpinstructies aan de patiënt of de melder.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen Acute Melderinstructie (AMI) en Melderinstructie (MI).

AMI wordt gegeven als er sprake is van levensbedreiging of gevaar voor de melder en/of patiënt. MI wordt gegeven in alle gevallen waar dat nodig is.

Een voorbeeld van AMI is de situatie waarbij uit het antwoord op de vraag 'Vertel mij precies wat er gebeurd is' blijkt sprake te zijn van een melder die zojuist iemand aantreft die zich heeft opgehangen.

Direct wordt dan de instructie gegeven 'Snijd het touw onmiddellijk door, maak de knoop los en vertel mij of zij/hij ademt'.

De gedachte hierachter is afgeleid van het ATLS principe 'Treat first what kills first' omdat het geen zin heeft om allerlei aanvullende vragen te stellen als iemand aan een touw om zijn nek hangend in het trapgat wordt aangetroffen.

Daarbij is de verfijning in het AMPDS dusdanig dat ook is gedacht aan de opdracht om de knoop van het touw los te maken omdat het slachtoffer anders alsnog stikt.

Als uit het antwoord op de derde ingangsvraag blijkt dat er sprake is van groot gevaar voor de melder dan luidt de AMI: '*Als het te gevaarlijk is om te blijven waar u nu bent en u denkt dat het veilig is om daar weg te gaan ga nu weg en bel ons terug vanaf een veilige plaats.*'

De gedachte hierachter is dat voorkomen moet worden dat er meer slachtoffers vallen.

Andere AMI's zijn vastgelegd in zes kaarten A tot en met F waarin letterlijke scripts zijn opgenomen waarmee stapsgewijs de reanimatie van een zuigeling, een kind tot 7 jaar, een volwassene, stikken na verslikking en geboorte/bevalling, als telefonische instructie aan een melder kan worden gegeven.

Daarnaast is er een aparte AED instructie waarin vrijwel alle voorkomende problemen bij de bediening en het gebruik van een AED stapsgewijs worden behandeld en opgelost.

Tot slot sluit iedere melding af met de zogenaamde X-kaart waarin is vastgelegd wat er gezegd moet worden en wat moet worden afge-

sproken met de patiënt die zelf belt of met de melder die namens een patiënt of slachtoffer belt.

Daarbij wordt weer onderscheid gemaakt tussen stabiele en instabiele patiënten waarbij de centralist bij instabiele patiënten aan de lijn moet blijven tenzij hij dringend een ander gesprek moet beantwoorden. In dat laatste geval is ook daarvoor weer een apart script opgenomen.

De belangrijkste zin uit de X-kaart luidt '*Als er iets verandert, moet u ons direct terugbellen voor nadere instructies*'.

### Kwaliteitsbewaking

In het AMPDS wordt gewerkt volgens strikte regels waarvan de constante kwaliteitsbewaking de belangrijkste is. Het systeem is zodanig ingericht dat alle stappen in het triageproces worden vastgelegd en controleerbaar zijn.

Hierdoor kan iedere afzonderlijke hulpvraag worden beoordeeld en kan de kwaliteit van de individuele centralist, van de hele groep centralisten of van de ene meldkamer en de andere, op objectieve wijze worden vastgesteld.

Hiermee wordt het mogelijk om als MKA de borging van patiëntveiligheid aantoonbaar te regelen en kan voldaan worden aan de eisen die daarvoor door de maatschappij in toenemende mate worden gesteld.

### Wetenschappelijk onderzoek

Als wordt voldaan aan een aantal internationaal vastgelegde kwaliteitseisen kan een meldkamer gecertificeerd worden als zogenoemd 'Accredited Center of Excellence' en onderdeel worden van een internationale wetenschappelijke onderzoeksgroep.

Deze onderzoeksgroep werkt onder de International Academies of Emergency Dispatch (IAED) die op zijn beurt verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van de inhoud van het AMPDS.

Omdat er op internationale schaal wordt samengewerkt en iedereen dezelfde systematiek en codering gebruikt, is inmiddels een database ontstaan met de gegevens van miljoenen triages en kan het AMPDS steeds nauwkeuriger worden.

Dit heeft er toe geleid dat er inmiddels al wordt gewerkt met AMPDS

versie 12.1 en versie 13 binnenkort zal verschijnen.

De internationale samenwerking leidt er ook toe dat de kennis en ervaring van een grote groep meldkamers kan worden gedeeld en men als individuele meldkamer niet steeds wielen zelf hoeft uit te vinden.

### Toekomst

In onze visie is de filosofie zoals vastgelegd in het AMPDS de oplossing voor de in de aanleiding genoemde knelpunten binnen de huidige Nederlandse MKA.

Omdat de Nederlandse situatie voor wat betreft het uitvragen en telefonisch triage niet wezenlijk afwijkt van die in andere Westerse landen, zullen wij ons voordeel doen met de in het AMPDS vastgelegde kennis en ervaring van hen die ons al voor gingen.

Aangezien wij in Nederland wel beschikken over een ambulancezorgsysteem dat een aantal unieke kenmerken heeft en waarbij samenwerking met een aantal ketenpartners plaats vindt op een wijze die elders in de wereld niet bestaat, zullen de

MMA's van de MKA's van Tilburg, 's-Hertogenbosch, Amsterdam, Rotterdam en Noord-Holland-Noord gezamenlijk besluiten welke urgentie moet worden gekoppeld aan een bepaalde AMPDS code.

Daarbij zal dan tevens worden vastgelegd welke toestandbeeldcodes in aanmerking komen voor directe doorverwijzing naar de huisarts of een andere hulpverlener.

Op regionaal niveau zal daarbij worden bepaald welke eenheden moeten worden ingezet bij welke toestandsbeeldcode omdat hierbij de regionale situatie bepalend zal zijn.

Daar waar in de ene regio twee ambulances worden ingezet bij een bepaalde code zal in de andere regio een motorambulance en een ambulance of een MMT worden ingezet. Het mooie van het AMPDS is dat het triageproces uniform verloopt en standaarduitkomsten kent en dat op nationaal niveau kan worden vastgesteld welke urgentie wordt gekoppeld aan welke code en dat tot slot op regionaal niveau kan worden vastgelegd welke inzet daarbij wordt gepleegd.

Het AMPDS biedt ons de mogelijkheid aan te sluiten bij de internationaal erkende gouden standaard voor telefonische triage zonder dat daaraan concessies zijn verbonden ten aanzien van urgentiebepaling en in te zetten middelen.

Het AMPDS is daarbij niet een systeem dat de centralist overbodig maakt maar wel een systeem dat de patiënt- en systeemveiligheid optimaliseert.

Dat daarbij de professionele vrijheid van de verpleegkundig centralist wordt beperkt is de prijs die wordt betaald voor de hoogstnoodzakelijke kwaliteitsverbetering.

*Dit artikel werd geschreven door Jan de Nooij, arts MG*

*MMA RAD en MKA Hollands-Midden*

*Lid College of Fellows International Academies of Emergency Dispatch*

*j.de.nooij@hollands-midden.nl*

*Foto's: Arie van Dijk.*

# Skaten tegen kanker

**Ambulancemedewerkers zijn dagelijks professioneel bezig met de gezondheid van mensen. Daarnaast ondersteunen ze graag goede doelen op dit gebied. Daarom doen medewerkers van Ambulancezorg Haaglanden op 2 en 3 september mee aan de RAPS24kika. Dit is een skeelermarathon van 24 uur voor de stichting Kinderen Kankervrij (KiKa). Hiermee proberen zij zoveel mogelijk geld in te zamelen voor deze stichting.**



De skeelerteams en de teamondersteuning bestaan uit vrouwen en mannen die werken bij onder andere de verschillende ambulancediensten, ziekenhuizen, meldkamer en het GHOR bureau uit de regio Haaglanden. Alle opbrengsten die zij door deelname aan de skeelermarathon inzamelen worden gedoneerd aan de stichting KiKa. De stichting KiKa werft fondsen voor vernieuwend onderzoek en andere activiteiten op het gebied van kinderkanker.

De speciaal opgerichte stichting AMBUSKATERS is in de aanloop naar de wedstrijd begonnen om fondsen in te zamelen om de rijders moreel en stichting KiKa financieel te ondersteunen. Iedere bijdrage is welkom op:

bankrekening 1499.60.441  
Stichting AMBUSKATERS  
o.v.v. sponsoring  
Ambuskaters 2011

Deze keer kunnen ook loten gekocht worden en na afloop is er een veiling. Ook deze opbrengsten komen ten goede aan KiKa.

Supporters zijn op 2 en 3 september van harte welkom bij de marathon, die gehouden wordt op de vijf kilometer lange skeelerbaan van FlevOnice in Biddinghuizen. Het volledige programma is te vinden op [www.raps24kika.nl](http://www.raps24kika.nl)

Veiligheidsregio Haaglanden wil dit jaar weer meedoen met vijf teams. Wie mee wil doen kan zich aanmelden. Dat geldt ook voor andere regio's die met een eigen team willen deelnemen.

***Bedankt namens alle kinderen en de deelnemende teams voor uw bijdrage!***

***Heeft u vragen over sponsoring en/of aanmelding, dan kunt u contact opnemen met Michel Blom: 06 24317456 of [blom.hofln@kabelfoon.nl](mailto:blom.hofln@kabelfoon.nl), zie ook [www.ambuskaters.nl](http://www.ambuskaters.nl)***