

Redactie:

Hoofredacteur

Door Lauwaert

Eindredactie & Vormgeving

Johan P.A. Beullens

Redactieleden

Door Lauwaert
Marc Van Bouwelen
Johan P.A. Beullens

Bestuur:

Voorzitter

Marc Weeghmans

Ondervoorzitter

Door Lauwaert

Secretaris

Geert Berden

Penningmeester

Patrick Dagnelie

Bestuursleden

Rita De Cock
Marc Van Bouwelen
Erik Vanderheyden
Christiaan Gilot
Dirk Vandenboer
Nicole Reynders
Johan P.A. Beullens
Geert Van Iseghem
Peter Van de Voorde
Philippe Fortain
Dirk Van der Auwera

Secretariaat

Geert Berden
Wouterveld 51
B-3850 KOZEN
Tel/Fax : 011/59.70.75
@ : Berden.Geert@village.uunet.be

Ledenadministratie

Johan Beullens
Kleine Nieuwedijkstraat 152
B - 2800 MECHELEN
Fax : 015/55.18.67
@ : vvvs.mail@pandora.be

Lidmaatschap

Student : €16,11
Werkend Lid: €27,27
Instelling : €49,58

Juiste bedrag over te maken op V.V.V.S.-rekening:
Fortis Bank 001-1165249-64
met vermelding : naam + Nieuw Lid

Adverteren?

Wenst u te adverteren in ons tijdschrift?
Neem gerust contact met ons op om de advertentie-voorwaarden op te vragen.

Johan P.A. Beullens
Kleine Nieuwedijk 152
B-2800 Mechelen
Fax : 015/55.18.67
@ : vvvs.mail@pandora.be

SPOEDGEVALLEN

Vlaamse Vereniging van Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg vzw.

INHOUD

Redactioneel	143
Congresverslag: Spoed 26-27 Impressie van het 2-daags Congres V.V.V.S. Blankenbergen, 26 & 27 oktober 2005	144
Spoed 26-27 Enkele sfeerbeelden...	150
Intra-Osseuze Perfusies	152
Luchtweg bij reanimatie... LM, Combitube of E.T.?	156
Aanpassing van het K.B. van 18 juni 1990 Werkgroep Expertens Intensieve Zorg en Spoedgevallenzorg	162
WebSite	164
Gemeld	165
Gelezen	166
De Vraagbaak	169
Agenda 2005-2006	171
Index 'Spoedgevallen' JG 24 (2005)	173
Volgend nummer...	176

Spoedgevallen

Instructies voor auteurs

De reactieraad van Spoedgevallen is continu op zoek naar nieuwe artikels voor publicatie in het tijdschrift. Zend je manuscript op aan volgend adres:

A.Z. V.U.B. - Dienst Spoedgevallen
T.a.v. Dhr. Door Lauwaert
Laarbeeklaan 101
B-1090 JETTE

Om jouw artikel snel door het publicatieproces te krijgen doe je er goed aan 3 exemplaren van het manuscript op te sturen, samen met de originele afdrucken van illustraties en foto's, alsook een diskette met het tekstbestand.

DISKETTE

Ondersteunde formaten datadrager zijn:

1. 3^{1/2}" IBM-geformateerde diskette
2. ZIP 100 Mb IBM-geformateerd
3. CD-rom

Specificeer duidelijk naam en versie van de gebruikte tekstverwerker. De door ons leesbare tekstverwerkersbestanden zijn WORD voor Windows (T.e.m. versie 2003), Word Perfect (T.e.m. versie 5.x)

PRESENTATIE VAN MANUSCRIPTEN

Taal : Nederlands

Afdruk : Eénzijdig, dubbele spatiering, brede marge van minstens 3 cm rond de tekst.

Titelpagina : Titel in hoofdletters, daaronder de namen van de auteur(s) in volgorde van belangrijkheid (lower case).
Elke auteur wordt vernoemd met:
titel - voornaam - initialen - naam - functie - werkgever
Eventuele vermelding van adressen van de auteurs dient tot een minimum beperkt.

Inhoud : De auteur is volledig verantwoordelijk voor de inhoud van het ingezonden artikel.

Abstract : Een abstract van de aangeleverde tekst, maximum 200 woorden, die de hoofdlijnen van het artikel aangeeft dient op een afzonderlijke pagina te worden aangeleverd.

Hoofdingen : De inhoud van het artikel bepaald de hoofdingen die worden gebruikt. Als het artikel een onderzoek betreft wordt de gebruikelijke layout aangehouden:

- Introductie
- Achtergrond / Literatuur
- Methodes
- Gegevens / Resultaten
- Discussie
- Besluit

Andere layouts zijn mogelijk, maar denk eraan dat de gebruikte hoofdingen het lezen en verstaan van een artikel moeten bevorderen.

Gebruik slechts twee type hoofdingen:

Hoofding 1: Vet - Hoofdletters

Hoofding 2: Vet - Beginkapitaal - Onderlijnd

Tabellen : Tabellen worden met dubbele spatiering afgedrukt op een afzonderlijke pagina. Ze worden voorzien van een correcte verwijzing en legende, en zo nodig verduidelijkende voetnoten.

Zorg ervoor dat elke tabel duidelijk geciteerd is in de

tekst!

Illustraties : Illustraties kunnen ingevoegd worden om de tekst te verduidelijken. Diagrammen worden zwart-wit aangeleverd op wit papier dubbel zo groot dan het normale formaat, of als pdf-bestand (hoge resolutie = 2400 dpi frequentie = 175 lpi).

Elke gebruikte figuur moet correct gelabeld zijn, waarbij een voldoende groot lettertype gebruikt moet worden, rekening houdend met een eventuele verkleining van de figuur.

Foto's kunnen eveneens worden ingevoegd. Bij voorkeur worden deze afzonderlijk aangeleverd (originele afdruk of onder digitale vorm (min. resolutie 72 bij 72 dpi). Onze voorkeur gaat uit naar duidelijke zwart-wit foto's met hoog contrast en afgedrukt op glanzend fotopapier.

Nummer elke illustratie, tekening, diagram én/of foto op de keerzijde met vermelding van artikel - auteur - naam - adres.

Fotomateriaal en andere illustraties worden niet teruggestuurd aan de auteur van het artikel (tenzij anders overeengekomen).

Referenties : De juistheid van de aangeboden referenties is de verantwoordelijkheid van de auteur(s). In de tekst wordt de naam van de auteur en jaar van publicatie tussen haakjes geplaatst. Als er twee auteurs zijn worden beide namen vernoemd? Indien er meer dan drie auteurs zijn worden de eerste drie vernoemd gevolgd door 'et al'.

Citaties worden steeds gevolgd door de naam van de auteur, datum en pagina van publicatie tussen haakjes.

Een lijst van referenties dient in alfabetische volgorde op een afzonderlijk papier aangeleverd met dubbele spatiering.

Elke referentie moet volgende gegevens bevatten:

- Naam auteur(s) met Voornaam en Initialen
- Publicatiejaar
- Volledige titel van het artikel
- Volledige naam van het tijdschrift
- Volume nummer
- Eerste en laatste pagina van het artikel

Voorbeeld:

Aabakken L(1999) Small-bowel side-effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. European Journal of Gastroenterologie and Hepatology. 11-4, 383 - 388

Adhiyaman V. et al(2000) Colonic perforation associated with slow-release diclofenac sodium. International Journal of Clinical Practice. 54-5, 338 - 339

CHECKLIST

Vooraleer jouw manuscript op te sturen is het best volgende checklist nog eens te overlopen:

- Originele tekst + 2 copijen + gelabelde diskette, ZIP of CD
- Figuren, tabellen én/of foto's van goede kwaliteit, géén fotocopijen
- Complete referentielijst (géén ontbrekende details?)

Redactioneel

December 2005...

Inmiddels hebben we de eerste koudeprik van de winter mogen voelen. Meteen goed prijs! Twee dode daklozen in Brussel, een heleboel meer in Parijs, stroompannes in Vlaanderen, Wallonie, Duitsland, ... en de nodige miserie in het verkeer.

Er is natuurlijk géén vuiltje aan de lucht zeggen de verantwoordelijken, gewoon pech, samenloop van omstandigheden...

??? Je kan én zal er wel je eigen idee over hebben !!!

Inmiddels kondigen de diverse betrokken politici maatregelen aan:

- Minister Demotte wil extra opvang voor daklozen
- Minister van Energie wil schadeloos stelling van stroomgestoorde burgers (en bedrijven?)
- ...

Eerder in het nieuws: Fonds voor schadeloosstelling SO's medische fouten...

Stunt van Minister Demotte?

Bedenking:

Welk is hiervan binnen afzienbare tijd het effect voor bijvoorbeeld de verpleegkundigen? Een klachtenregen en schadeclaims naar analogie van het Amerikaans model?

Géén al te beste evolutie lijkt me.

Laat ons hopen dat de toekomst me ongelijk geeft, en laat ons 2005 een waardige afsluiter geven...

DE NIEUWE ERC-RICHTLIJNEN ZIJN VERSCHENEN!!!

Hierop zullen we in het eerste nummer JG 25 dieper ingaan. Eerst sluiten we 2005 af met een (hopelijk) Witte Kerst .

Ik wens jullie alvast, vanwege het volledige bestuur, een Zalige Kerst en een voorspoedig 2006 toe!



Spoed 26-27

Impressie van het 2-daags Congres VVVS
Blankenberge, 26 & 27 oktober 2005

Dag 1 workshops:

In totaal werd een heel interessant & uitgebreid aanbod van workshops gebracht:

- intra osseuze naald
- larynxmasker
- cpap
- extra corpele hartmassage
- handhygiëne
- immobilisatie
- rugsparende technieken
- fixatie
- agressie
- combitube.

Cursisten konden hieruit een (beperkt) aantal workshops kiezen.

De ervaringsreacties van de deelnemers achteraf waren 'erg' positief, vnl. omwille van: oefen-gelegenheid en beperkte groeps grootte.

Intra-osseuze naalden

Was een "zeer" puik gebrachte workshop.
MUG & spoedgevallendiensten dienen over deze middelen en techniek-beheersing te beschikken !

Voornaamste indicaties op onze werkvloer:
pediatrische reanimaties
onmogelijkheid om préhospitaal een perifere veneuze toegangsweg te kunnen verwerven (ook bij volwassenen).
In de pediatrie lijkt de Cook-naald best gebruikt, bij volwassenen de BIG.
Al beschikken een aantal spoedgevallendiensten (ook in eigen huis...) nog over het 'schroef'-type, blijkt dit type best verlaten... .

Bij volwassenen kan ook op andere lokaties dan de proximale epifyse van de tibia de botnaald ingebracht (humerus, malleolus, sternum).
Bij kinderen best 2 vingers onder de knie (o.w.v. groeischijf), aan mediale zijde.

Larynxmasker

De noodzakelijkheid voor een alternatieve luchtweg wordt algemeen erkend.
Voornaamste indicaties in onze setting: reanimaties, in situaties waarbij het niet kan gerealiseerd een reguliere luchtweg-toegang te verwerven per endotracheale tube.

De techniek zelf is éénvoudig in toepassing.

Keuze van het type dient grondig afgewogen.
Mijn inziens lijkt best geopteerd voor disposable larynx-maskers.
Van de door deze (in België voor dit product belangrijkste) firma gepresenteerde types lijkt me het Pro Seal type het meest geschikte type voor onze diensten (al komen ook zeker de Unique en Fastrach in aanmerking) ?
Mijn inziens enkel zinvol voor MUG en spoed, niet voor Ziekenwagen.

CPAP

Hoewel op nog (te) weinig spoedgevallendiensten beschikbaar en toegepast.

Niet alleen voor longoedeem-patiënten, maar tevens belangrijk toepassingsgebied bij reanimaties (en zelfs copd-patiënten e.a.).

Na enige instructie makkelijk toepasbaar !

Feitelijk reeds nu een absolute noodzaak voor spoedgevallendiensten, MUGs en ziekenwagens !

Handhygiëne

De "triple standaard" voor handhygiëne:

1. Alcoholische ontsmetting voor en na ieder zorg-

- contact.
2. Beroepskledij met korte mouwen.
 3. Voorarmen en handen vrij van uurwerk en juwelen.
- Korte nagels, géén nagellak, géén kunstnagels!

Agressie

Steeds vaker worden we op dienst geconfronteerd met patiënten of begeleiders die ongewenst intimiderend gedrag, verbaal én/of fysiek agressief gedrag gebruiken...

Met het verbale kunnen we meestal goed weg... maar wat als praten niet meer aan de orde is omdat de tegenpartij fysiek geweld gaat hanteren?

Het is best handig om weten hoe men zich zonder veel moeite kan bevrijden uit de greep van een agressieveling, én dit zonder zelf geweld te gebruiken... (Geweld roept immers meer geweld op...)

Belangrijk in deze is het akkoord van jouw directie om bepaalde technieken te hanteren en uiteraard is het van belang dat elk lid van jouw team een degelijke initiatie heeft gekregen... Hiertoe zijn diverse trainingen mogelijk!

In deze sessie leerden de deelnemers in korte tijd zich te bevrijden uit een wurpgreep, zich vrij te maken uit een enkele klemgreep en een dubbele, ...

Combitube

Alhoewel alternatieve luchtwegtechnieken in de praktijk duidelijk onvoldoende aanwezig en beheerst blijken werd dit als (2°) alternatief aangeboden.

Enkel toepasbaar bij volwassene.

Ook deze blijkt éénvoudig in toepassing.

Mijn persoonlijke overtuiging lijkt in deze materie van alternatieve luchtweg-technieken dat in MUGs en op spoedgevallendiensten larynxmaskers en combitubes (in beperkte beschikbaarheid) dienen aanwezig en beheerst te zijn !

Mechanisch Hartmassagetoestel "LUCAS"

In het verleden werden reeds meerdere malen toestellen op de markt gebracht waarbij enerzijds een betere reanimatietechniek en anderzijds het vrijmaken van een verpleegkundige beoogd werd. Meestal met weinig succes.

Ditmaal zijn de eerste geruchten vanuit de spoedgevallendiensten die het toestel op proef kregen vrij gunstig. Ook het wetenschappelijk onderzoek dat in deze sessie werd aangehaald lijkt vrij overtuigend om dit toestel verder te blijven opvolgen.

De voordelen van het toestel zijn vooral het gebruiksgemak,

de verhoogde coronaire perfusie, de mogelijkheid om de patient al reanimerend te vervoeren en het vrijmaken van de verpleegkundige of ambulancier die normaal wordt ingezet om de hartmassage uit te voeren.

Er dient wel vermeld dat een extra voorraad perslucht of zuurstof dient voorzien te worden in de ambulance gezien het hoog verbruik aan drijfkracht waarop het toestel werkt (werkt enkel op druk en niet electrisch).

Zeer zeker verder onderzoek gewenst naar het gebruik en de implementatie van dit toestel in het reanimatiegebeuren.

Dag 2: Congres

Prioritair rijden...

UZ Gent
Philippe Fortain

In hoeverre hebben tijd en snelheid effectief een verbeterende impact op de uitkomst van de patiënt... ZELDEN !? (uitzonderingen zoals in situatie van Vfib)

Risicovol gedrag bij prioritair rijden is ongepast...

Tijdsverlies reduceren is wenselijk maar hoe ?

*...niet direct door meer op het gaspedaal te drukken
...de tijds winst door sneller te rijden is en blijft erg beperkt.*

Hierbij op z'n minst even belangrijk:

- consequent checklists opstellen en uitvoeren (elke shift-aanvang en andere)
- interne alarmering, mobilisatie-tijd personeel (bv afstand naar uitruk-garage)
- afwegen geassocieerde taken, haalbaarheid (ander werk & slapen tijdens wacht) ?

Overweeg hierbij (o.m.) dat post hoc data stellen dat bij 40% van de uitrukken MUG dit (achteraf) aangewezen bleek.

Bij 2% van de uitrukken had de directe MUG-tussenkomsst significante impact.

Veel en erg interessant gedetailleerd cijfermateriaal UZ Gent beschikbaar inzake ongevallen MUG (en ZWs).

Vpkn: 1 ongeval per 42.000 km
Ambulanciers: 1 ongeval per 92.000 km
(cijfermateriaal arts(en) ?)

Hoe meer MUG-inzet (en dus meer ervaring) hoe minder kans op ongeval (en omgekeerd), ervaring speelt zeker een rol !!

Naar het voorkomen van MUG-ongevallen situeert zich een positieve trend !

Over de bewering dat verpleegkundigen slechte chauffeurs zijn in vergelijking met ambulanciers (zoals de spreker stelt) lijkt het mij wenselijk meer onderzoek te doen... Dat verpleegkundigen meer in ongevallen betrokken zijn dan ambulanciers bij de MUG zou kunnen verklaard worden door het feit dat vrijwel alleen verpleegkundigen als MUG-chauffeurs rijden op MUG's ...

De meeste MUG-verpleegkundigen hebben, actueel nog, te weinig ervaring hebben op onze MUGs in vergelijking met de meeste ambulanciers ?

Tevens is duidelijk dat gordeldracht consequent dient opgevolgd.

Worden gemaakte afspraken rond prioritair rijden opge-

volgd en feedback gegeven ?

Waar kan nog aan gewerkt:

- afspraken
- overleg
- opleiding
- fleetmanagement
- technische staat voertuig
- ...

Drugsherkenning

AZ Salvator Hasselt,
Dr. Vantroyen

In stijgende mate voorkomend op onze spoedgevallen.

Het geheel van drugsgerelateerde cijfers is nog steeds onvoldoende correct in beeld gebracht door onze diensten.

Andere systeem-repercussies (neurologisch, cardiaal).

Verwevenheid: medisch, sociaal e.a..

Belang van preventie.

Complexiteit naar totaal-aanpak !

Indeling drugs: inhiberend, exciterende, hallucinerende. Toedieningswegen.

Overlopen producten:

Cannabis (courantst gebruikt), Amfetamines / metamfetamine, Cocaine, Ecstasy (exciterend + hallucinogeen), Heroïne (beschikbaarheid antidotum Narcan), Methadon, Ecodrugs, ...

Early Warning System.

Testen: urine, bloed (probleem kostprijs)

In de rand gerelateerd probleem beroepsgeheim ? meldingsplicht als (ongelukkige) overweging.

Consequente opvolging en doorverwijzing als alternatief.

Heavy stuff... .

Fona

AZ St-Vincentius A'pen
N. Oppers

Fouten, Ongevallen, Near-Accidents...

Fouten maken is menselijk...

Als onderdeel van kwaliteitszorg is het melden, registreren van deze is belangrijk (MIP-commissie) !

In principe is dit vanuit de overheid verplichtend opgelegd (kwaliteitsdecreet, ombudsfunctie).

Belang van specificiteit naar spoed: drukte-pieken, vooraf niet planbaar.



Registratie => anoniem !, niet schieten op uitvoerder maar richten op verbeteren en vermijden in de toekomst, leren uit fouten. Hierbij dient de directie de gepaste cultuur te scheppen !

Meldingsbereidheid; afdelingen die het meest registreren maken daarom zeker niet de meeste (bijna) fouten.

Melding bij voorkeur geautomatiseerd.

Melding kan bvb. a.h.v. MVG-items.

Opgvolging door fona-commissie: analyse en bijsturing.

Niet melden is eigenlijk ook een fout... ?

Vb. wordt belicht van het St-Vincentius ZH uit Antwerpen (puik werk) !

Prehospitaal data-transmissie

ZH H Familie Reet

P. Vermant

In de rand van deze uiteenzetting werd het accent meegegeven van verpleegkundige begeleiding op ZWs met bijhorende staande orders.



Mooi voorbeeld van de wijze waarop cardiologische ritmes via datatransmissie préhospitaal rechtstreeks worden doorgezonden naar de cardioloog van wacht (niet naar spoed).

Ramp Gellingen

AZ Groeninghe Kortrijk

M. Buyschaert

Interessante toelichting bij de vermoedelijke oorzaak van de ramp.

Vreemd vast te stellen dat de Fluxus-medewerkers zichzelf tijdig gingen uit de voeten maken?

De leiding van de hulpdiensten tp werd zelf slachtoffer...



Wat kan hieruit geleerd door ons als hulpverleners... ?

- Noodzaak naar goede coördinatie CP-OPS.
- Het nabij gelegen ZH (Ath) werd vrijwel onmiddellijk overspoeld.
- Herkenbaarheid hulpverleners en verantwoordelijken (kazuivels).
- Eventuele aparte aanrijroutes per discipline.
- Belang van de evaluatie van de gehele omgeving.
- Permanente aandacht voor toxische stoffen en veiligheid.
- Eerstehulpverlening in de gevarezone door de brandweer (niet ZW en MUG).
- Problemen naar overzicht, grote betrokkenheid aantal hulpploegen (hier ook uit andere landen).
- Visgraat-opstelling ZWs !!
- Vermijden onbewaakt achterlaten slachtoffers (ook overledenen).

- Belang van direct beschikbare psychosociale hulp en meer aandacht vr het verwerkingsproces bij hulpverleners.
- Inschakeling van lokale bevolking bij hulp kan wenselijk zijn.
- Géén slachtoffers evacueren naar VMP alvorens deze operationeel is.
- Belangrijk om zorg aan slachtoffers (medicatie) te noteren op mettags.
- Het eerst evacueren van minder ernstig brandwonden-patiënten naar perifere ziekenhuizen kan zinvol zijn.

Intercollegiaal bijsturen van (foutief) gedrag

PM Claeys

Mindtwister & Learnovator

Gedrag als resultaat van de situaties...

Ook van leiderschap & leiderschapsgedrag (alle gedragingen van een leider die een groep of een individu helpen om gestelde doelstellingen te bereiken)



“men krijgt het gedrag dat men beloont”

Zwijgen of nalaten te reageren = goedkeuren...

Sta eens stil bij welk gedrag dat jij krijgt... (en beloont...)

- 1% van wat zich in onze hersenen bevindt hebben we daar bewust geplaatst...
- 99% komt onbewust en ongefilterd (te gebruiken als excuus... ☺ ☺).
- 85% van onze handelingen zijn onbewust... !

Wees bewust van je informatie die je binnenlaat !!!
Verantwoordelijken moeten bewuster zijn van het gegeven dat situaties gedrag beïnvloeden.

Gewenning en gewoonten zijn automatismen die rechtstreeks ons gedrag bepalen.

Mensen vervallen zeer snel in gewoonten.

Behoeften:

... als motivatoren van gedrag.

De Maslov-link... .

Belangrijk:

- Zeg wat U denkt en doe wat U zegt (assertiviteit).
- Maar vel geen oordelen (te snel).
- Oprechtheid is erg belangrijk.
- Deel erkenning met andere betrokkenen.

Ga uit van ‘wat’ ging fout niet van ‘wie’ is fout !

Geef flaters ridderlijk toe.

Kritiek en roddel zijn het gevolg van de manier waarop U met anderen omgaat.

Vandaar... verander de wereld en begin met jezelf...

Disfunctioneren in een groep kan zich voordoen t.g.v.:

- gebrek aan zelfvertrouwen
- angst voor conflicten
- gebrek aan inzet
- ontvluchten van verantwoordelijkheden
- te weinig oog voor resultaten maar wel voor de menselijke aspecten (zeker binnen onze sector) (in balans)

Oplossingen naar dit disfunctioneren in een groep:

- eigen zelfvertrouwen en zelfbeeld opbouwen
- eerlijk en veelvuldig communiceren
- Uw mindware herschrijven (sterk bepaald door voorgeschiedenis)
- conflicten zijn (soms) nodig om relaties te versterken
- men kan van mening verschillen voor een beslissing, maar niet erna
- verwachtingspatronen duidelijk maken in het begin en regelmatig feedback geven

El sympatico:

sympathiek overkomen is niet de oplossing respect is de essentie, dit hoort (steeds opnieuw) verdient "wat iemand is" verschilt van "wat iemand doet" ! wees beschikbaar en bereikbaar.

Pak onopgeloste conflicten aan.

Belangrijk om problemen aan te pakken: omschrijven inhoud, gevoelens die dit oproept, geef drie oplossingen.

Reageer niet openbaar en ook niet agressief, laat het achterste van je tong niet zien.

Verkoop de voordelen...

...zeer interessant en (voor ons) vanuit een gans aparte hoek bekeken... !

Een patiënt transportklaar maken

AZ St-Jan Brugge

H. Baert

Voornamelijk uitgewerkt naar het vervoer van "krietieke" patiënten, dit zowel préhospitaal, inhospitaal als interhospitaal.



Belang van tijd, ruimte creëren, veiligheid, positioneren van voertuigen op de site van onheil (verkeersongevallen) (visgraat).

:-(Spaghettisyndroom...

Glijdend vervoeren !

100 vs privé en ander vervoer.

Aandachtspunten:

- multidisciplinair gebeuren: aantal & functie-diversiteit

• problemen te wijten aan voertuig:

- lawaaihinder
- plaatsgebrek (over-uitrustings-trend)

• problemen met primair transport:

- HOOFD:

- * hoofd-verbanden
- * pupilcontrole
- * zuurstof
- * ET-fixatie (kleefpleister, lint, thomas tube holder)
- * halskraag-problematiek
- * centrale cathete
- * maagsonde
- * ventrikeldrukmeting

- THORAX:

- * ecg monitoring en defib pads
- * thx-drainage (niet boven patiënt !)

- IV toegangsweg, arteriële catheter

- BEKKEN

- * blaassonde,

- ALGEMEEN:

- * instabiliteit monitor
- * instabiliteit ventilator
- * spuitpomp
- * spalken
- * tractie.

- FIXATIE:

- * patiënt op brancard
- * lepelberrie
- * rugplank
- * vacuümmatras

• dringend transport *versus* onmiddellijk vertrek *versus* gepland transport

• voorzien grondige overdrachts-documenten (pathologie, infectierisico, beademing, medicatie etc)

• afspraak maken omtrent het vervoer: wie brengt of haalt, wie regelt, medium

• voorziening transport-materiaal: bij regelmatige opdracht => extra voorzien ?

• kan de kerstboom gereduceerd ?

• maak gebruik van hulpmiddelen voor tillen en verbedden

• voorziening van zuurstof tijdens transport: voorraad, reserve, berekening, veiligheids-risico 's, fixatie

• vermijd onderkoeling van de patiënt

Communicatie: meer dan spreken...

NVKVV

Mevr. Brigitte Beckers

Een vb. uit de praktijk...

de directe vraag (als prioriteit ?) naar de SIS-kaart... graag niet als prioriteit

- 'Begrip' tonen als



belangrijk element (niet domweg zeggen dat men zich rustig hoort te houden).

- Informatie gefractioneerd meegeven.
- Wachtenden informeren.
- Concreet informeren (niet vaag).
- In de rand: stimuleren tot aanwezigheid van naasten.
- Impact van communicatie... zeker bij eerst contact... werd in de praktijk tijdens de lezing pikant (door aanwezige en spreker) (ongepland) gedemonstreerd (werd positief afgerond !)
- Suggestie om de naam spoedgevallen te wijzigen... (in bvb de wachtdienst...) ??
- Selectieve toegankelijkheid en verwachtingspatroon van zorgvrager en omgeving.
- Professionalisme van de verpleegkundige om deze onduidelijkheden uit te klaren.
- Structuren verduidelijken op een duidelijke en concrete wijzen.
- Moeilijkheden in de rand rond wederzijds inlevingsvermogen... .
- Mogelijkheden naar ondersteuning vanuit dienst patiëntenbegeleiding in deze belangrijk... .
- Belangrijk om professioneel, rustig en correct te blijven in situaties van moeilijke communicatie. Dit niet persoonlijk opnemen !!!!!
- The thin line between assertiviteit, arrogantie, agressiviteit... .
- 93% van de inhoud wordt non verbaal gecommuniceerd.
- Om leren gaan met energie, spanning te reduceren !!!
- Probleem traumatische ervaringen bij verpleegkundigen !!!
- Belang / noodzaak van debriefings.
- Gelegenheid tot inschakeling diensten patiëntenbegeleiding.
- Gevoelens mogen getoond... dat is een kwestie van sterkte (niet zwakte).

Techniek om agressie, frustratie af te bouwen...

... A D E M E N

... TOT IN DE BUIK

... BEWUST WORDEN

Asluiting met een bijhorende oefening !

Interessante nieuwtjes in de foyer...

- er zijn intussen ZHn die weigeren (geschreven) evaluaties voor studenten op te maken (die tevens andere beperkingen opleggen aan de scholen)
- sommigen proberen nog steeds constructief werk te maken van een geautomatiseerde versie van de

federale ritformulieren...

- bij vele workshops... persisterend voornemen voor velen onder ons om grotere competentie te bejegenen bij MUG-artsen (op aangename en positieve wijze) aangaande levensreddende, essentiële MUG-technieken:
 - luchtweg:
 - intubatie
 - alternatieve toegangsweg
 - noodtracheo
 - thorax-drainage
 - intra-osseus prikken
 - ALS-protocol (cpr)
 - pijnsedatie
 - rampengeneeskunde
- nieuwe spoedbrancard Dräger interessant ?
- het ziet er naar uit dat Laerdal binnen korte termijn met een 'erg' interessant instructiepakket voor cpr-instructie naar het grote publiek op de markt gaat uitkomen !

Spoed 26-27

Enkele sfeerbeelden ...





Intra-Osseuze Perfusie

Het vinden van een traditionele veneuze toegangsweg vormt bij kinderen, in alle omstandigheden een probleem. Ze zijn moeilijk te prikken en het vinden van een geschikte veneuze toegangsweg is vaak tijdrovend. Dit probleem wordt enkel groter wanneer de vaten collabereren bij bijvoorbeeld een reanimatie, hypovolemische shock, ... Naast de gebruikelijke intraveneuze toegangswegen, kan toegang via het beenmerg (= de introsseuze route) van groot nut blijken in noodsituaties.

De intraosseuzelijng kan snel geplaatst worden en vocht, bloed en medicatie kunnen snel via deze route gegeven worden.

Door wie wordt deze techniek uitgevoerd

De techniek voor het steken van een I.O. infusie is een medische handeling. Dit wil zeggen dat in principe enkel artsen deze techniek mogen uitvoeren.

Indicatie

- Snelle vasculaire toegangsweg voor toediening van perfusie en medicatie als alternatief voor falen van IV weg.
- Shock
=>rechte naalden met inwendige stilet,
- Zwaar trauma
=>distale opening en 2 laterale opening
- Uitgebreide brandwonden
< 6 maand: 18G
- Veralgemeende convulsies
> 6 maand: 14 – 16G
- Cardiopulmonair arrest

Wat kan men toedienen

Alles wat IV kan/mag:

- Cristalloïden
- medicatie
- Colloïden
- Bloed en bloederivaten
- ...

zelfde dosis als IV, zelfde snelheid als IV

Contra-indicatie

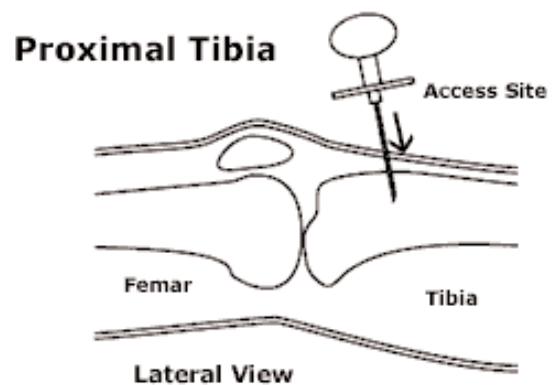
- Infectie van de huid of het onderliggend weefsel ter hoogte van de punctieplaats
- Fractuur van het lidmaat

- Andere IO naald in het zelfde bot of voorafgaande poging tot plaatsing van IO naald in hetzelfde bot.
- Beenderziekte

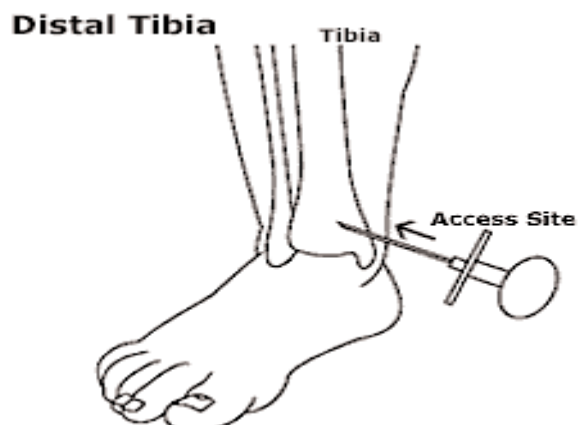
De meest gebruikte punctieplaatsen

De tibia en de femur zijn het meest geschikt voor het plaatsen van een IO infusie. De mergholte van beide zijn goed ontwikkeld, zelfs bij neonaten, en de beenderen zijn goed penetreerbaar. De tibia geniet de voorkeur op de femur, omdat de beenderige schors dunner is en dus sneller kan doorboord worden.

Overzicht in detail



proximaal van de tibia: aan de anterio-mediale oppervlakte van de tibia, 1 – 3 cm onder de tibia tuberositas



distaal van de tibia: aan de mediale oppervlakte van de tibia, proximaal naar de malleolus



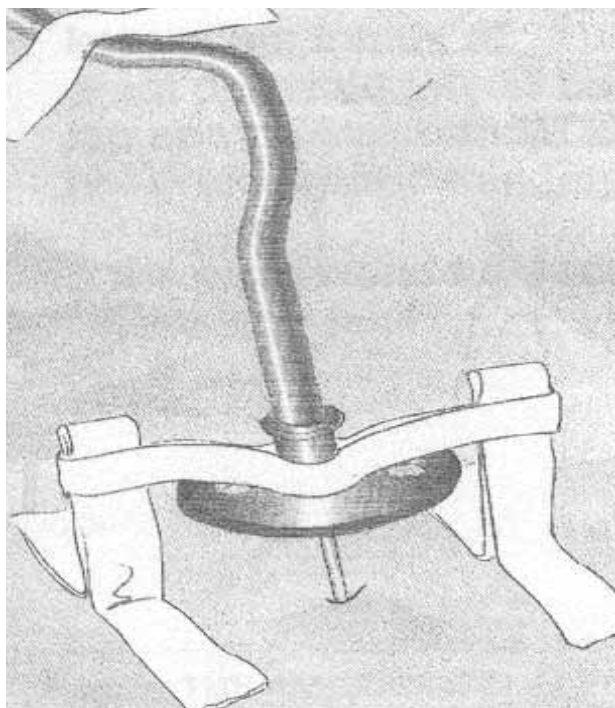
alternatief als 1 en 2 niet bruikbaar zijn

De techniek

Hieronder wordt stapsgewijs de techniek van het plaatsen van een IO naald uitgelegd, meer bepaald de meest voorkomende, namelijk de manuele IO naald:

- Leg al het nodige materiaal binnen handbereik.
- Localisatie van de punctieplaats.
- Gebruik een steriele naald, steriel handschoenen.
- Ontsmet de huid.
- Inspectie van de naald: het inwendig stilet moet juist uit de naald steken, de handgreep moet volledig vastgedraaid zijn.
- Wanneer het kind nog bij bewustzijn is, maak je gebruik van lokale verdoving.
- Het lidmaat stevig op de hard ondergrond houden met de niet-dominante hand.
- Zorg dat je been stevig ondersteunt!
- Palpeer de punctieplaats opnieuw.
- Breng de naald met een draaibeweging en in een hoek van 90° doorheen de huid. Tracht hierbij het contact met het been niet te verliezen.
- De naald moet zo dicht mogelijk bij de huid vastgehouden worden zodat men een zekere druk kan uitoefenen. Deze druk is nodig om de naald doorheen het periosteum en de cortex te penetreren.
- De insertie meteen staken als een verschil in weerstand wordt gevoeld. De verminderde weerstand (plots doorschieten) betekent dat de naald de medullaire holte bereikt heeft. Op dit moment kan men beenmerg aspireren en moet de naald zonder hulp loodrecht blijven staan in het been.
- Verwijder het stilet en tracht beenmerg te aspireren met een spuit van 5 ml. Beenmerg heeft een macroscopisch aspect van bloed met vetogjes.
- Controleer of er geen zwelling optreedt van weke weefsels rondom het bot dmv 10 cc NaCl 0.9% te injecteren. Daarna kan men het infuus aansluiten en fixeren. (zie verder)

Indien er problemen optreden moet men de naald onmiddellijk verwijderen.



Duur van het verblijf van de naald

Het is aan te raden de duur van het gebruik van IO infusie te beperken tot een paar uur. Zodra men een andere toegangsweg heeft gevonden, moet de IO route verwijderd worden om complicaties zo beperkt mogelijk te houden.

Mogelijke complicaties

- Fractuur
- Compartmentensyndroom door extravasatie
- Osteomyelitis
- Vetembolen
- Verandering in de beendergroei, beschadiging van de groeiplaat

Bronnen:

- *Neel Vicky, De allerlaatste hoop!, eindwerk tot het behalen van het diploma gegrad. verpl. in intensieve en spoedgevallenzorg. 2003*
- *Informatie van de firma Cook*

Extra info te vinden op <http://www.vvvs.be>
 Kies Surfplank en kijk onder de rubriek 'I. O. Toegang'

POSTHOGESCHOOLVORMING VOOR VERPLEEGKUNDIGEN
WERKZAAM OP
INTENSIEVE ZORG EN SPOEDGEVALLENZORG

Studiedagen in functie van het behoud van de Bijzondere beroepstitel Intensieve zorg en Spoedgevallenzorg
(artikel 3 van het M.B. van 16 april 1996 – B.S. 03.08.1996)

Doelgroep

Alle verpleegkundigen werkzaam in de intensieve zorg of de spoedgevallenzorg.

Programma

Dinsdag 31 januari 2006
08.30 uur – 16.30 uur

Sepsis en coagulatie

Spreker: Dr. P. Filez – Anesthesist – R.Z. Jan Yperman – Campus O.L.Vrouweziekenhuis - Ieper

Minder voor de hand liggende intoxicaties

Spreker: Dhr. J. Gyssens - Hoofdverpleegkundige spoedgevallen – Brugmannziekenhuis - Brussel

Urgente psychiatrische opvang na middelenmisbruik

Spreker: Dhr. C.Nys - Verpleegkundige spoedgevallen – Urgentiepsychiatrie - Brugmannziekenhuis - Brussel

Nieuwe richtlijnen voor reanimatie

Spreker: Prof. Dr. K. Monsieurs – Stafid spoedgevallen – UZ Gent

Therapeutische hypothermie: indicaties en technieken

Spreker: Dr. W. Stockman – anesthesist – Intensivist - H.Hartziekenhuis - Roeselare

Difficult airway management

Spreker: Dr. K. Colpaert – anesthesist – Adjunct-kliniekhofid Chirurgische IZ - UZ Gent

**STUDIEDAG
ACUUT HARTFALEN
SYMBIOSE VAN 'CURE' EN 'CARE'
9 FEBRUARI 2006**

ONTVANGST VANAF 8.30 met mogelijkheid van standenbezoek
VERWELKOMING OM 9.15 D OOR DEPARTEMENTSHOOFD MEVROUW A. VAN WINKEL

9.30 – 9.50
INLEIDING STUDIEDAG DOOR PROF. DR. F. COLARDIJN

MODERATOR: MARC JONCKERS

9.50 – 10.50
EPIDEMIOLOGIE , PATIËNTENPROFIEL EN PATHOFYSIOLOGIE
Dr. H. T' KINDT: Cardioloog Maria Middelaes –Sint Jozef Gent, gastdocent Hogeschool Gent
Dr. S. GEVAERT: Cardioloog UZ gent

PAUZE VAN 10.50 – 11.20 en mogelijkheid tot het bezoeken van de verschillende standen

11.20 – 12.10
DIAGNOSTISCHE AANPAK
DR.VANDEKERCKHOVE : Cardioloog AZ Sint Lucas
LINDA LAGAERT Hoofdverpleegkundige spoedopname AZ Sint Lucas

12.10 – 12.30
ECHOCARDIOGRAFIE
PROF. DR. J. POELAERT Anesthesist UZ Gent , gastdocent Hogeschool Gent

12.30 – 12.45
RISICOANALYSE EN TRIAGE VAN PATIËNTEN MET HARTFALEN OP SPOEDGEVALLEN
PROF. DR. P. CALLE urgentiearts spoedgevallen UZ Gent

12.45 – 13.00
VRAAGSTELLING

13.00 – 14.00 MIDDAGPAUZE
Standenbezoek

MODERATOR: DR. K. VANDEWOUDE

14.00 – 14.40
THERAPIE BASIC & ADVANCED
Dr. H. T' KINDT: Cardioloog Maria Middelaes –Sint Jozef Gent, gastdocent Hogeschool Gent
K. ROESBEKE: Verpleegkundige AZ Maria Middelaes – Sint Jozef Gent , gastdocent Hogeschool Gent

14.40 – 15.10
ZUURSTOF THERAPIE EN NIET-INVASIEVE VENTILATIE
T. VERBEKE: verpleegkundige AZ Maria Middelaes – Sint Jozef Gent, gastdocent hogeschool Gent

15.20 – 15.40
VAD : TOEPASSINGEN EN PRAKTIJK
K. STAESSENS perfusionist hartchirurgie: dienst perfusie UZ Gent, gastdocent Hogeschool Gent

15.40 – 16.00
NIEUWE PERSPECTIEVEN
Dr. H. 'T KINDT Cardioloog Maria Middelaes –Sint Jozef Gent, gastdocent Hogeschool Gent
Dr. S. GEVAERT: Cardiologie UZ gent

Vraagstelling

AFRONDING DOOR DE MODERATOR DR. K. VANDEWOUDE
Mogelijkheid tot het bezoek van de standen tot 17.00 uur

Luchtweg bij reanimatie...

LM, Combitube of ET?

Dagnelie Patrick,
Bestuurslid V.V.V.S. vzw.

1. Larynxmasker

- Larynxmasker is een instrument voor luchtwegmanagement
- Ontworpen in late 1980, door dokter Brain, Engels Anesthesist
- Basismodel zie tekening
- Verkrijgbaar in verschillende maten (baby tot grote volwassenen)



Enkele kenmerken en voordelen

- Wordt blind geplaatst atraumatisch, geen laryngoscopie
- Wordt geplaatst in hypopharynx
- Houdt de luchtweg vrijdage kan er via beademen, evt handenvrij...
- Makkelijk aan te leren
- Is tientallen keren herbruikbaar

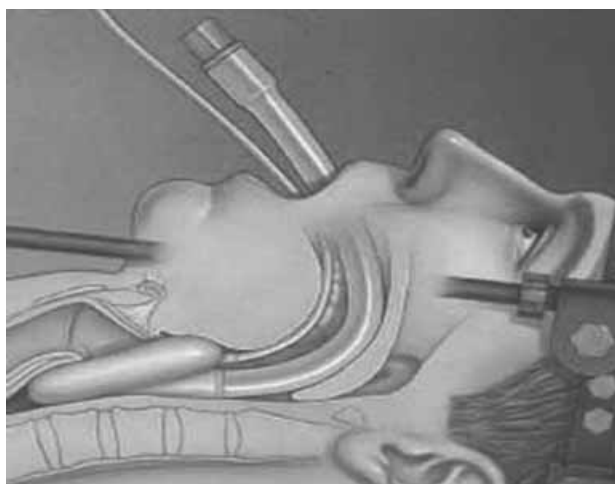
Beademen met beademingsballon en larynxmasker is véél gemakkelijker en minder vermoeiend dan met beademingsballon en klassieke face-mask. Het is te beschouwen als alternatief aangezichtsmasker, niet als alternatief tube. Beschouw larynxmasker als een aangezichtsmasker dat de luchtweg ook vrijhoudt, én je handen vrijmaakt.

Enkele beperkingen en risico's

- Beschermde onvoldoende tegen aspiratie
- Luchtweg aspiratie onmogelijk
- Bij hoge beademingsdrukken: lekken... waardoor grotere kans op aspiratie
- Kan zijn correcte positie verliezen (vb hoest)
- "ondiepe" patiënt: braakreflex met mogelijkheid aspiratie
- "ondiepe" patiënten: laryngospasmen

Plaatsen van larynxmasker (LM)

- neem de juiste maat
- neem 50cc spuit
- plaats spuit op peer, trek zachtjes vacuüm, zijkanalen gaan naar boven
- neem watergel, verdeel op bovenkant
- hoofd in neutrale positie
- verwijder vreemd voorwerp
- breng LM zachtjes in mond
- duw tegen hard verhemelte, ga over en weer
- schuif door in keelholte met duim en wijsvinger tot je niet verder kan
- spuit 30 cc in cuff, LM fixeren.
- Verwijderen:
 - cuff aflaten
 - voorzichtig uithalen



Vervolg pag. 161

3M Health Care



*Des solutions innovantes
pour le bien-être et la santé de chacun...*

*Innoverende oplossingen
voor het welzijn en de gezondheid van eenieder...*

Cardiac reader

When every minute counts!



The Power of Combination

Hospital Point of Care

In case of suspected myocardial damage, pulmonary embolism or deep vein thrombosis every minute is precious. With the Cardiac reader system you can use the same instrument to determine troponin T, myoglobin and D-Dimer, immediately after taking the blood sample - using whole blood and without having to wait for laboratory results in emergency situations. Quantitative results are available within minutes supporting the right decision on further patient treatment. The Cardiac reader system is the simple straightforward solution that ensures reliable results. We'll be pleased to provide you with further information on request.



www.roche-diagnostics.com/npt



Diagnostics

Roche Diagnostics Belgium SA/NV
Schaarbeeklei 198
B-1800 VILVOORDE

Tel : +32 2 247 47 47
Fax : +32 2 247 46 80

Wat met uw veiligheid?



INTROCAN[®] – VASOFIX[®] SAFETY[™]

Perifere veiligheidskatheters

- Optimale bescherming tegen prikongevallen
- Veiligheid in alle eenvoud, geen aanpassing van uw gewoontes
- Automatische activering

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Triage[®] MeterPlus



Point of Care System for rapid and accurate results

Easy to use · ≈ 15 minutes · Portable · Reliable

Triage[®] Symptom Panels

Triage[®] Profiler S.O.B.[™]

NEW

- The first rapid symptom panel for dyspnea and chest pain
- Quantitative measurements of Myoglobin, CK-MB mass, high sensitivity Troponin-I, BNP and D-dimer

Triage[®] CardioProfiler

- Aids in the diagnosis of both AMI, heart failure and the risk stratification of patients with acute coronary syndromes⁽¹⁾
- Quantitative measurements of Myoglobin, CK-MB mass, high sensitivity Troponin-I and BNP

(1) De Lencastre L. et al. NEM 2005, 34(562) : 1014-1017



Triage[®] BNP Test - Congestive Heart Failure

- Already a standard for the diagnosis of congestive heart failure
- Quantitative measurements up to 5 000 pg/ml
- Negative predictive value > 96%⁽¹⁾, diagnostic accuracy: 98%⁽¹⁾

(1) Dao Q. et al. Am. J. Res. Cell. Cardiol. 2005, 37 (2) : 379-385



Triage[®] Cardiac Panel - Acute Myocardial Infarction

- For an earlier and rapid diagnosis of AMI
- Quantitative measurements of Myoglobin, CK-MB mass and high sensitivity Troponin-I
- Close to 100% sensitivity at 90 minutes with serial measurements⁽¹⁾

(1) Ng S. et al. Am. J. Cardiol. 2005, 96(6) : 611-617



Triage[®] TOX Drug Screen - Toxicology

- For the qualitative determination of multiple classes of drugs in urine

AMP	mAMP	BAR
BZO	COC	OPI
PCP	TCA	THC



Triage[®] Stroke Panel: an aid in the diagnosis of stroke (in development)

BIOSITE[®]

NEW DIMENSIONS IN DIAGNOSIS[®]

BIOSITE Byba
Derbystraat 359 - 9051 Gent - Belgique
Tél : 09/242 88 44
Fax : 09/242 88 45
E-mail : belux@biosite.com

www.biosite.com

IN TIME TO DECIDE[®]

2. Combitube

Enkele kenmerken en voordelen

- Snel en gemakkelijk te plaatsen (na scholing)
- Geen laryngoscoop nodig
- Beschermt tegen aspiratie
- Bruikbaar bij hoge inspiratie druk

Beperkingen

- Slechts 2 maten
- Ventilatie via verkeerde lumen (beademingsballoon verkeerd aangesloten)
- Beschadiging cuffs bij insertie
- Trauma bij insertie
- "single use" (duur)

Het principe van de combitube is duidelijk te zien door deze tekeningen.



Fig. 1:
Combitube in
esophageal position

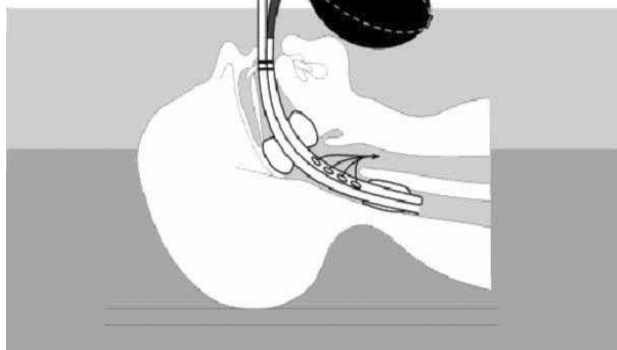
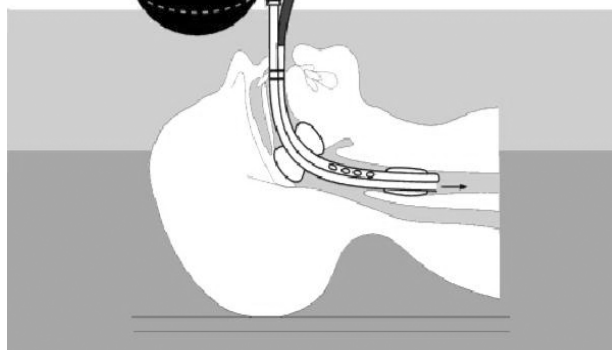


Fig. 2:
Combitube in tracheal position



3. De gouden standaard blijft endo-tracheale intubatie.

- Beste bescherming van de luchtweg
- aspiratie mogelijk van de luchtwegen.
- Hoge inspiratoire druk mogelijk
- Verkrijgbaar in verschillende maten
- Laryngoscopie noodzakelijk

Bronnen:

Dr. De Feyter K, urgentiearts H. Hart Lier, ppt Fastrach-larynxmasker, 2002
Dr Vergote L, urgentiearts ASZ Aalst, syllabus Advanced Life Support , 2003

Ginkt



- http://users.ugent.be/~bmassaer/cpr/medisch/ventilatoir_arrest.html
- <http://www.medradio.org/combitube/>
- <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijeicm/vol5n2/combi.xml>
- ...

Al deze links kunnen aangeklikt worden op de gekende website <http://www.vvvs.be> !

Kies Surfplank en kijk onder de rubriek 'Vrije Luchtweg'

WERKGROEP EXPERTEN INTENSIEVE ZORG EN SPOEDGEVALLENZORG.

*Nicole Reynders
Bestuurslid VVVS
Lid van de werkgroep.*

Het K.B. van 18 juni 1990 bepaalt de lijst met technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen, die door verpleegkundigen onder bepaalde voorwaarden kunnen verricht worden.

- Bijlage I = de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen B1 en B2. Voor de B1 handelingen is geen voorschrift van de arts nodig en voor de B2 handelingen is wel een voorschrift van de arts nodig.
- Bijlage II = de lijst van toevertrouwde geneeskundige handelingen C (art.5 &1, derde lid K.B. nr. 78).
- Bijlage III = de kwalificatievereisten vastgesteld met toepassing van art.5&1, derde lid en art. 21 quater K.B. nr. 78.

Het Ministerieel Besluit van 16 april 1996 heeft de criteria vastgelegd voor de houders van de bijzondere beroepstitel van de gegradueerde verpleegkundige in de intensieve zorg en de spoedgevallenzorg. De Koninklijke Besluiten van 27 april 1998 en 10 augustus 1998 bepalen de normen waaraan de functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg, intensieve zorg en MUG moeten voldoen.

Rekening houdend met deze wetgeving en met de vragen vanuit het werkveld, heeft de Technische Commissie voor Verpleegkunde besloten een gemengde werkgroep van experts in de intensieve zorg en de spoedgevallenzorg samen te stellen met als opdracht te bepalen welke technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen specifiek zijn voor verpleegkundigen die tewerkgesteld zijn in hoger vermelde diensten en die houder zijn van de bijzondere beroepstitel. Deze handelingen alsmede de toepassingsvoorwaarden zouden dan in een bijlage IV kunnen toegevoegd worden aan het K.B. van 18 juni 1990, zodat de verpleegkundigen met BBT (bijzondere beroepstitel) deze legaal kunnen toepassen.

De wet vandaag biedt de mogelijkheid om in geval een B2 of een C handeling moet gesteld worden, deze kunnen gedelegeerd worden aan een verpleegkundige d.m.v. :

- een geschreven medisch voorschrift
- een mondeling geformuleerd medisch voorschrift
- of een staand order

Een staand order is een door de arts vooraf vastgesteld behandelingsschema, verwijzend naar standaard ver-

pleegplannen en/of procedures. De arts vermeldt de voorwaarden waarin de verpleegkundigen deze handelingen kan toepassen en de verpleegkundige beoordeelt of die voorwaarden aanwezig zijn. Medische voorschriften onder vorm van staande orders dragen ertoe bij dat de urgentieverpleegkundige juridisch beschermd is bij de uitvoering van levensreddende interventies. Gezien het uitgebreide actieterrein en het multidisciplinair optreden van de hulpverleners scheppen staande orders duidelijkheid in geval van discussie en standaardisatie leidt tot een betere samenwerking en verstandhouding. Staande orders vormen immers het eindresultaat van een intense samenwerking tussen het medisch en verpleegkundig team.

In de praktijk echter merken wij dat het systeem met staande orders niet overal wordt toegepast, zeker niet wanneer de verpleegkundige op afstand werkt, zoals in ambulancediensten 100 die al of niet verbonden zijn aan een spoedgevallendienst. De verantwoordelijke arts van de MUG aarzelt om een staand order te verstrekken aan deze verpleegkundigen. Bovendien vragen verzekeringsmaatschappijen van artsen een te hoge premie voor burgerlijke aansprakelijkheid om staande orders (= medisch voorschrift) te verstrekken aan verpleegkundigen op ambulancediensten 100, die geen werknemer zijn in dezelfde instelling waar de arts werkzaam is (vb. brandweerverpleegkundigen). Vandaar dat vooral de VVVS, de AFIU en de brandweerverpleegkundigen voorstander zijn van een bijlage IV, daar deze vakverenigingen er van overtuigd zijn dat verpleegkundigen met BBT, die begeleider zijn in een ziekenwagen 100 behoeften hebben aan specifieke aktes. Bij confrontaties met een levensbedreigende situatie treden deze verpleegkundigen toch op en verrichten aktes die niet gedekt zijn door een staand order. Zij roepen dan de zogenaamde "noodtoestand" in, maar dit is niet correct, want de noodtoestand geldt enkel voor onvoorziene situaties en uitrijden met een ziekenwagen 100 veronderstelt dat men levensbedreigende situaties verwacht. Zonder staande orders mag een verpleegkundige met BBT juridisch gezien niet meer of evenveel handelingen stellen dan een hulpverlener-ambulancier.

Op de reeds vier bijeenkomsten van de werkgroep, tot aanpassing van de lijst met technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde handelingen, is voorgesteld om een aantal dagdagelijkse handelingen in de lijst op te nemen en een aantal B2 – C handelingen aan te passen tot een B1 handeling waarvoor geen voorschrift van de arts nodig is.

Wij vinden het belangrijk om onze leden een (tussen)

stand van zaken te geven en verder te informeren over de voorstellen van deze werkgroep.

intra-arteriële katheter blijft voorbehouden aan de arts.

Overzicht van de handelingen die reeds besproken zijn:

- **Zuurstoftoediening:**
is momenteel een B2 handeling, dus waarvoor een medisch voorschrift nodig is. Het voorstel van de werkgroep is om “zuurstoftoediening” als B1 verstreking te beschouwen voor de houders van de BBT en als B2 voor de andere verpleegkundigen. De toediening in geval van hoogdringendheid kan opgelost worden d.m.v. een staand order dat algemeen geldend is voor alle verpleegkundigen in de instelling. Ook in het kader van de neonatologie blijft zuurstoftoediening een B2 verstreking.
- **CPR met technische hulpmiddelen:**
is momenteel een B2 handeling. Voorstel is om dit aan te passen naar een B1 handeling met opsomming van de handelingen en technische hulpmiddelen: beademing met masker en ballon, plaatsen van een myo/guedelcanule, plaatsen van een larynxmasker, endotracheale intubatie, manuele externe defibrillatie, SAED, BIPAP, CPAP. Wel bestaat de wettelijke verplichting om deze technische verpleegkundige verstreking d.m.v. een procedure te beschrijven.
- **Plaatsen van een IV katheter in een perifere vene, bloedafneming en aanschakelen van een infuus:** staat momenteel in de lijst als 3 verschillende B2 handelingen. Het voorstel is om hier een gecombineerde handeling van te maken als een B1.
- **Plaatsen van een intra-osseuse katheter:** deze handeling was niet opgenomen in de lijst. Deze techniek kan niet beschouwd worden als een hoogdringende handeling, daar er in eerste instantie moet getracht worden om perifeer te prikken, in 2^{de} instantie de vena femoralis aan te prikken en pas in 3^{de} instantie intra-osseus. Maar het kan wel belangrijk zijn dat ook verpleegkundigen deze techniek kunnen toepassen, vandaar het voorstel om dit in de lijst op te nemen als een C handeling zonder beperking van plaats.
- **Bloedafneming door een arteriële punctie:** oorspronkelijk niet in de lijst. De werkgroep vindt het nuttig dat verpleegkundigen dit kunnen toepassen als een toevertrouwde geneeskundige handeling C. Het snel verwerven van bloedgaswaarden is een belangrijke point of care. Het plaatsen van een

Dit zijn de voornaamste technisch verpleegkundige verstrekingen die reeds besproken zijn in de werkgroep.

Andere handelingen die we dagdagelijks uitvoeren op onze diensten zoals: capillaire punctie voor analyse van de glycemie, verwijderen van eenvoudig cutaan hechtingsmateriaal, triage van patiënten, IV perfusie met plasmaexpander, ontspannen van een spanningspneumothorax, beoordeling van de parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels, enz. dienen nog besproken te worden op volgende bijeenkomsten van de werkgroep. Suggesties van onze leden hieromtrent zijn

Elke technische verpleegkundige verstreking, dient in de instelling of de dienst in detail omschreven te worden door middel van een procedure (Ministeriële brief van 6/1/1992- en binnenkort wordt deze verplichting opgenomen in de uitbreiding van het KB 18/6/1990).

Dus ook voor een B1 handeling dient een procedure tot in detail opgesteld te worden. Het opstellen van een procedure gebeurt op initiatief van het verpleegkundig departement.

De verpleegkundigen hebben hierin volledige inspraak en o.w.v. de goede samenwerking in de dienst wordt ook het akkoord van de betrokken arts(en) gevraagd, zoals voorzien door de Ministeriële Brief van 6/1/1992. Het is logisch dat de inhoud ervan “evidence based” is.

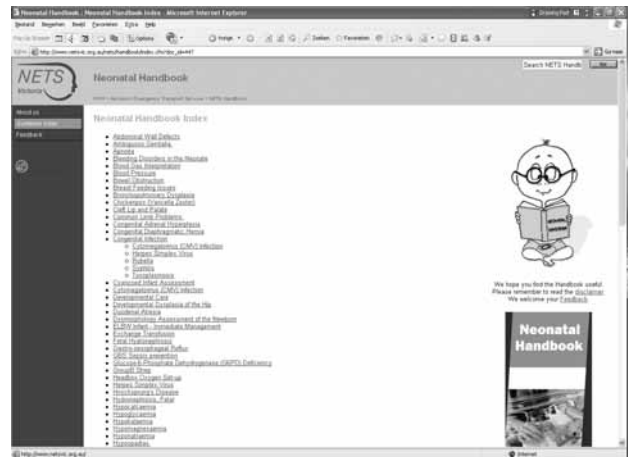
natuurlijk altijd welkom.

Onze collega's van het VVIZV hebben duidelijk gemaakt dat zij geen behoefte hebben aan een bijlage IV, waarvoor we begrip hebben, maar wij hopen dat zij begrip hebben voor de situatie en de nood aan een bijlage IV in de domeinen spoedgevallen zorg en prehospitalzorg.

WebSite

http://www.netsvic.org.au/nets/handbook/index.cfm?doc_id=447

Neonati zijn niet meteen het werkdomein van de spoedgevallen verpleegkundige, maar het zal je maar overkomen... op spoed (of prehospital) geconfronteerd worden met een spoedgeboorte! Daar sta je dan met je hoofdzakelijk adult-georiënteerde kennis... Had je toch maar niet beter even tijd uitgetrokken om dit online handboek even diepgaander te bestuderen?



<http://www.eapsa.org/parents/catheter.htm>

IV toegang bij pediatrie patiënten kan een kwelling zijn...
Op deze site wordt een overzicht gegeven van de diverse mogelijkheden qua toegang.

Zeker de moeite waard om even te lezen!



De links zijn aanklikbaar via onze website...
<http://www.vvvs.be>



Lifeguard 55 :

Nieuwe brancard bij Huntleigh Healthcare N.V.

Lifeguard 55 brancard met variabele hoogteverstelling, röntgendoorlaatbaar ligvlak over de gehele lengte en mogelijkheid tot gebruik van beeldvormingssystemen

De Lifeguard 55 spoedgevallenbrancard is geschikt voor onderzoek, behandeling, transport en recovery van patiënten. Hij heeft een verschuifbare RX cassetelade die de cassette stevig op haar plaats houdt. De lade is toegankelijk langs beide kanten van de brancard en beweegt over de volledige lengte zodat RX van kop tot teen mogelijk wordt. Met zijn radiotransparant ligvlak en cassette platvorm kan de Lifeguard 55 ook gebruikt worden met C-boog beeldvormingssystemen.



Meer info?

Huntleigh Healthcare nv/sa

Evenbroekveld 6

B-9420 ERPE-MERE

Tel : +32(0)53 60 73 80

Fax : +32(0)53 60 73 81

E-mail : info@huntleigh-healthcare.be

http : www.huntleigh-healthcare.be

‘Spoedgevallen’

Nog enkel oude jaargangen beschikbaar...

Er zijn nog enkele volledige jaargangen beschikbaar van ‘Spoedgevallen’ JG 22 en 23...

Kostprijs : 20,€ per jaargang inclusief verzendkosten.

Interesse?

Kontakteer de hotline 011/59.7.75.

Mail : vvvs.mail@pandora.be

Nieuwe ILCOR en ERC reanimatie richtlijnen gepubliceerd in Resuscitation!

In het laatste nummer van ‘Resuscitation’ werden de nieuwe ‘Guidelines 2005’ van ILCOR zowel als ERC voorgesteld.

Enkele van de meest opvallende veranderingen zijn oa.:

- de compressie-ventilatie verhouding 30:2
- AED: 1x shocken met voldoende energie/keer

Je kan de ERC-richtlijnen (voorlopig alleen de Engelstalige versie) zowel als de ILCOR-richtlijnen opvragen via de website van het ERC: <http://www.erc.edu> (je moet dan wel een account aanvragen).

We hebben eveneens een versie van de ERC-richtlijnen op onze website geplaatst onder ‘Nota’s - Verslagen’, je kan op de welkomst-pagina eveneens op de banner klikken...

Op het Forum van de vvvs-website werd eveneens een topic betreffende de ERC-richtlijnen aangemaakt. Graag jullie opmerkingen en vragen daar plaatsen! Een overzicht van de reacties zal opgenomen worden in de volgende nummers van ‘Spoedgevallen’...

Spinal Cord Injury (SCI) - Prehospital management (review)

Michael Bernhard e.a.,
Resuscitation 66 (2005) 127-139

Zowel in de VSA als in de Europese Unie zijn er jaarlijks 20 000 patiënten die te maken krijgen met een ruggemergletsel (SCI) en 20 % van deze patiënten overlijden vóór aankomst in het ziekenhuis. De behandeling prehospitala van SCI is van uitzonderlijk belang aangezien 25 % van de schade bij SCI kan ontstaan of verergeren na het initiële trauma. De prehospitala behandeling houdt in: onderzoek van de patiënt, spinale immobilisatie, goede oxygenatie (intubatie, indien nodig, gebruik makend van de in-line stabilisatie), cardiovasculaire ondersteuning (houden van de MAP boven 90 mmHg) en het behoud van normale waarden van de bloedglucose-spiegel. Het is nog steeds niet geweten of bijkomende specifieke therapieën zinvol zijn. Studies hebben nog niet voldoende aangetoond dat methylprednisolone (MPS) of andere medicatie echt klinische en significante verbeteringen waren voor de behandeling van CSI. Recent gepubliceerde artikels in de VSA ondersteunen ook niet het therapeutisch gebruik van MPS bij patiënten met CSI in de prehospitala setting. Momenteel is niet geweten of therapeutische hypothermie of een andere medicamenteuze interventie enig positief effect leveren. Daarom stellen de auteurs voor om meer netwerken op te zetten waardoor meer klinische studies mbt CSI zouden kunnen uitgevoerd worden.

The utilisation of introsseous infusion in the resuscitation of paediatric major trauma patients
Robert Smith e.a., *Injury* (2005) 36, 1034-1038

Zeker in het geval van kinderen zijn I.O.lijnen zeer bruikbare en snelle hulpmiddelen om een vasculaire toegangsweg te verkrijgen in dringende kritische situaties. Het gebruik van I.O. perfusies wordt aangeraden wanneer een I.V. toegangsweg moeilijk verkregen kan worden en wanneer er dringend vocht en medicatie moet toegediend worden. Zowel in de ATLS-cursus als in de APLS-cursus wordt deze techniek aangeleerd. Het doel van deze studie was om het gebruik van I.O.perfusies te onderzoeken bij pediatrie traumata in Engeland en Wales. Van 1988 tot 2002 werden de gegevens verzameld via het Trauma Audit and Research Network (TARN). Bij 23 489 geregistreerde pediatrie trauma's werden 129 I.O.perfusies geplaatst. Dit gebeurt vooral bij de jongste patienten (tussen 1 en 6 jaar), met de meeste ernstige letsels (hoogste ISS, laagste GCS, met ernstig hoofd, thorax en abdominaal letsel). Bij deze groep was de mortaliteit het hoogst (64 %) vergeleken met de gemiddelde (4 %). In algemene ziekenhuizen werden meer I.O. perfusies geplaatst dan in pediatrie gespecialiseerde centra. De oorzaak hiervan was waarschijnlijk het feit dat de pediatrie verpleegkundigen in de pediatrie ziekenhuizen beter I.V. perfusies konden plaatsen. De auteurs bevelen dan ook aan dat eenieder die met pediatrie traumatologie in contact komt de techniek van de I.O.perfusies goed moet kennen, zeker in die centra waar een

minder goede expertise is in het plaatsen van I.V.perfusies bij kinderen in kritieke toestand.

Very high survival among patients defibrillated at an early stage after in-hospital ventricular fibrillation on wards with and without monitoring facilities
Johan Herlitz e.a., *Resuscitation* 66 (2005), 159-166

Bij out-of-hospital hartstilstand (CA) is de correlatie tussen het tijdsinterval tussen de collaps en de defibrillatie en de outcome goed gekend. Bij in-hospital CA is dit minder bekend. De auteurs rapporteerden de outcome van de patiënten die een in-hospital CA hadden gedaan en in ventriculaire fibrillatie (VF) werden gevonden.

Er werden in het Sahlgrenska University Hospital te Göteborg tussen 1994 en 2002 1570 oproepen geregistreerd van het interventieteam waarvan 71 % voor een CA. Van de CA deden er zich 47 % voor op verpleegeenheden met monitoring. Op de eenheden met monitoring kwamen er 59 % VF voor en op de eenheden zonder monitoring 45 % ($p < 0,0001$). Op verpleegeenheden met monitoring werd 90 % van de patiënten gedefibrilleerd binnen de 3 minuten, op eenheden zonder monitoring was dit 54 % ($p < 0,0001$).

Bij alle patiënten was er een sterk verband tussen de interval van de collaps tot de eerste defibrillatie en de overleving tot ontslag uit het ziekenhuis ($p < 0,0001$): 66 % werd levend ontslagen indien binnen de 3 minuten gedefibrilleerd vergeleken met 20 % indien gedefibrilleerd na 12 minuten. Op de eenheden met monitoring was de survival 63 % indien gedefibrilleerd binnen de 3 minuten en 60 % indien na 3 minuten werd gedefibrilleerd.

Bij de eenheden zonder monitoring was dit 72 % en 35 % ($p = 0,0003$). Bij de patiënten die het ziekenhuis levend verlieten was de cerebrale functie goed bij zowel de patiënten van de eenheden met monitoring als bij deze van de eenheden zonder monitoring.

Conclusie: wanneer patiënten in VF op zowel eenheden met monitoring als op deze zonder monitoring snel worden gedefibrilleerd, is de overleving zeer groot. Men moet dan ook goed voorbereid zijn op eenheden zonder monitoringfunctie om snel te kunnen defibrilleren

Adult IO Arrives

The solution to difficult vascular access

Editorial supplement from Elsevier/JEMS

JEMS november 2005

De botnaald of Intra-Osseuze is lang niet nieuw, meer nog... ze maakt deel uit van de interventietassen van verschillende medische teams... Toch is het gebruik van de IO-naald eerder beperkt, en tot op heden voornamelijk toegespitst op pediatrie gebruik. Daar is wel verandering in gekomen sinds het introduceren van IO-naalden voor adult gebruik...

Toch blijkt de IO toegangsweg eerder stiefmoederlijk behandeld te worden, ondanks het meestal zeer makkelijk techniek en de enorme flow die een IO toegangsweg kan verwerken. Ideaal dus bij de polytrauma-patiënt of een

patiënt die massieve vochtreanimatie nodig heeft...

In dit supplement bij JEMS wordt onder andere de hergeboorte van de IO naald voor volwassenen besproken, waarbij een nieuw type Intra Osseuze toegang -de EZ-IO drill- tot in detail uit de doeken wordt gedaan. De auteur bespreekt zijn kennismaking en daarop volgende training met het 'device' op zeer enthousiasmerende wijze...

In een tweede bijdrage 'Rescue Access Made Easy' wordt de techniek van IO toegang tot in detail uitgewerkt. In eerste instantie wordt de geschiedenis van de Intra Osseuze toegang toegelicht...

Wist je dat reeds in de late jaren 1800 sprake was van IO toegang, maar dat de eerste wetenschappelijke studie met betrekking tot IO toegang dateert van 1922? De verdere evolutie van de IO toegang wordt verder overlopen om uiteindelijk tot de meer recentere evoluties in de Intra Osseuze toegang te komen.

Na een anatomisch en fysiologische opfrissing zijn we klaar voor de toelichting van de techniek enerzijds en anderzijds een gedetailleerde bespreking van de actueel meest gebruikte 'IO devices' (in de USA):

- F.A.S.T. 1 (Botnaald voor Sternum)
- COOK-naald
- B.I.G. (Bone Injection Gun = veermechanisme)
- EZ-IO (Batterij aangedreven systeem)

Vasculaire toegang is een essentiële kunst bij pre-hospitaal hulpverlening, soms is de traditionele IV-toegang echter moeilijk te realiseren en juist dan is het gebruik van een botnaald een alternatief.

(In België is het plaasten van een botnaald voorlopig nog niet opgenomen in het K.B. van 1990 - zie eerder dit nummer!)

Nogthans moet men rekening houden met een aantal nadelen die verbonden zijn aan het gebruik van een osseuze toegang:

- Fractuur
- Compartmentsyndroom door extravasatie
- Osteomyelitis
- Vetembolen
- Verandering in de beendergroei, beschadiging van de groeiplaat

Verder stelt de auteur zich de vraag waarom men in reanimatie-situaties nog steeds medicatie via de ET toedient... meestal is die niet tot weinig efficiënt. Uit onderzoek blijkt bv. dat toediening van epinephrine via IO toegang binnen de 15" verdubbeling van het hartritme geeft, terwijl dit via ET-weg slechts zelden het gewenste effect geeft. In tegendeel ziet men door de vaak immense hoeveelheden medicatie via de ET (volgens de CPR guidelines toegediend) frequent toenemende hypoxie...

Een steeds weerkomende vraag bij introductie van nieuwe middelen: Kosten-Baten? Duidelijk is dat een IO toegang niet goedkoop is, maar:

- je spaart er veel tijd mee
- je verbuikt minder medicatie (omdat ze efficiënter wordt toegediend)
- je hebt minder vaak assistentie nodig
- het verminderd de stress
- verminderd de kans op klachten...
- het geeft betere patiëntenzorg

Toch is het géén vervanging voor traditionele IV-therapie. IO toegang is uitsluitend geadviseerd bij moeilijke IV toegang én als de patiënt dringende vocht- en medicamenteuze therapie vereist.

Twee andere bijdragen handelen over de techniek en de toepassing van een specifiek device de EZ-IO, waarbij enerzijds een multicenter studie wordt besproken en anderzijds het prehospitaal gebruik van het device.

Verder is er een bijdrage over het gebruik van IO in de militaire setting .

Handig is de uitgebreide bibliografie met betrekking tot de Intra Osseuze Toegang...

Intravenous morphine at 0.1 mg/kg is not effective for controlling severe acute pain in the majority of patients.

Bijur PE, Kenny MK, Gallagher EJ.
Ann Emerg Med. 2005 Oct;46(4):362-7.

Het objectief van deze studie was het kwantifiëren van het analgetisch effect van een dosis IV morfine, 0,1 mg/kg, bij patiënten met acute, ernstige pijn op spoedgevallen.

Deze prospectieve studie includeerde patiënten tussen 21 en 65 jaar die zich aanboden met ernstige acute pijn op een academische spoedgevallendienst. De patiënten gaven hun pijnvering weer op een gevalideerde 11-punten tellende numerieke schaal, gaande van 0 "geen pijn" tot 10 "ergst denkbare pijn" vlak voor IV toediening van een I.V.-dosis morfine 0,1 mg/kg lichaamsgewicht en 30 minuten na toediening.

Het merendeel van de patiënten had 30 minuten na toediening minder dan 50% pijn afname...

Van de 119 patiënten die IV morfine aan 0,1 mg/kg kregen toegediend, was de gemiddelde leeftijd 42 jaar (SD=11 jaar), 55% behoorden tot het vrouwelijke geslacht, 65% waren van Latino origine, 28% zwarten, en 7% anderen. De Mediane Numeriek Pijnschaal baselinescore was 10 (interkwartiel bereik 9 tot 10). 67 percent (95% confidence interval 58% tot 76%) van de patiënten die IV Morfine kregen toegediend aan 0,1 mg/kg lichaamsgewicht gaven aan de ze minder dan 50% pijnvermindering ervaren. Geen enkele patiënt diende een Opiaten-antagoïst toegediend te krijgen gedurende of na

de studie periode.

Als besluit wordt gesteld dat een 0,1 mg/kg dosis I.V. toegediende Morfine te laag kan zijn om acute ernstige pijn adequaat te controleren.

ERC Guidelines for Resuscitation 2005

Op 28 november 2005 zijn de nieuwe CPR richtlijnen BLS, ALS, PALS, AED verschenen in het toonaangevende tijdschrift 'Resuscitation'.

Het heeft even geduurd voordat de CPR-richtlijnen werden bijgeschaafd... de laatste versie dateert immers van 2000! Sinds de milleniumwissel is de wetenschap er weer met rasse schreden op vooruitgegaan en is er een beter inzicht in de resultaten die als feedback op de laatste CPR-richtlijnen werden gegenereerd.

Met deze nieuwe inzichten is men gekomen tot de nieuwe richtlijnen 2005 die een 'back-to-basics' zijn, waardoor ze toegankelijker worden voor zowel de leken als de professionele hulpverleners. Basisopzet blijft de 'Chain of Survival' waarbij de vroegtijdige (lees snelle) herkenning van een probleemsituatie, gevolgd door snel oproepen van medische hulp én snel opstarten van behandeling en preventie van hartstilstand.

Enkele belangrijke veranderingen in de benadering van een CPR-situatie zijn:

- **CPR wordt gestart bij bewusteloze, abnormaal ademend slachtoffer**
- **compressie-ventilatie verhouding :**
30compressies op 2 beademingen tegen 15:2 volgens de richtlijnen 2000...
- **'rescue-breaths' duren slecht 1" ipv 2"**
- **bij volwassenen worden de initiële 2 beademingen achterwege gelaten bij starten van CPR**
- **vaste ratio (30:2) voor volwassenen en kinderen, met uitzondering van pasgeborenen**
Hierdoor is het makkelijker te onthouden voor de hulpverleners
- **AED-gebruik: een enkele shock met voldoende energie (Bifasis 150 J, Monofasis 360 J) onmiddellijk gevolgd door 2 min. ononderbroken CPR**
- ...

Zo zijn er nog een aantal belangrijke wijzigingen die je online kan doorlezen (engelstalig weliswaar) op de website van ERC (<http://www.erc.edu>) of de eigen vvvv-site (<http://www.vvvs.be>)

Naar de nabije toekomst toe zullen er uiteraard diverse bijscholingsactiviteiten omtrent de nieuwe richtlijnen opgestart worden. Als eerste stap in de introductie van de nieuwe richtlijnen voorzien we voor 'Spoedgevallen' JG 25-1 een uitgebreid overzicht van de veranderingen...

De Vraagbaak

*D.Lauwaert, HVP SPGD AZ VUB
R. Beckers, Urgentiearts SPGD AZ VUB*



Vragen:

B: 15 %

C: 20 %

D: 25 %

Vraag 1:

Een patiënt wordt vanop de SPGD ontslagen met als diagnose een gastro-oesophagale reflux (GORD). Welke informatie wordt zeker meegegeven aan de patiënt?

- A: neem uw antibiotica zoals voorgeschreven door de arts
- B: drink veel water wanneer je de medicatie neemt
- C: slaap met het voeteinde van je bed wat hoger geplaatst
- D: drink een glas melk vòòr het slapengaan

Vraag 2:

Welke van de volgende bevindingen duiden op een trauma van de pancreas?

- A: een gedaald Hb en Hct
- B: verhoogde leverenzymen
- C: verhoogde amylase-waarden
- D: hematurie

Vraag 3:

Een 70-jarige verwarde diabetespatiënt wordt binnengebracht op de SPGD. Zijn glycemie bedraagt 700 mg % en de ketonen in de urine zijn negatief. Op basis van deze bevindingen wordt de therapie gestart voor de behandeling van een hyperosmolaire, hyperglycemische toestand. De hoogste prioriteit voor deze patiënt is:

- A: rehydratatie
- B: toediening van insuline
- C: toediening van electrolyten
- D: correctie van de acidose

Vraag 4:

Bij welk verlies van circulerend volume worden kinderen hypotensief?

- A: 10 %

Vraag 5:

Een 18-jarig meisje, 30 weken zwanger, wordt na een epilepsieaanval binnengebracht op de SPGD. Bij aankomst is zij wakker en alert maar klaagt over hoofdpijn en wazig zicht. Haar BD bedraagt 150/92 mmHg en zij vertoont een pitting-oedeem. Het foetaal hartritme bedraagt 150/min. Welke verpleegkundige handeling zal als eerste uitgevoerd worden?

- A: plaats de patiënt op haar linker zijde
- B: dien zuurstof toe
- C: dien een bolus MgSO₄ toe
- D: dim de lichten en hou het zeer rustig in de kamer van de patiënt

Antwoorden:

Vraag 1: B

Het is voor de patiënt belangrijk dat hij veel water drinkt bij het nemen van de medicatie waardoor de medicatie zeker de maag kan bereiken (de oesophagale sfincter kan vroegtijdig openen bij een GORD waardoor de inhoud van de maag in de slokdarm kan vloeien). Antibiotica (A) kunnen voorgeschreven worden bij gastro-enteritis of infectieuze diarree. Het hoofdeinde van het bed (C) moet bij het slapen hoger geplaatst worden om een GORD te voorkomen. Het is belangrijk om niet te eten en te drinken 2 à 3 uren voor het slapengaan (D).

Vraag 2: C

Verhoogde amylase-waarden kunnen geassocieerd worden met een trauma van de pancreas. Een gedaald Hb en Hct (A) worden geassocieerd met letsels ter hoogte van de lever, de milt of de grote bloedvaten. Leverenzymen zijn gestegen bij een letsel ter hoogte van de lever. Een letsel ter hoogte van de nieren kan hematurie veroorzaken.

Vraag 3: A

Patiënten in dergelijke hyperosmolare, hyperglycemische toestand vertonen een ernstige dehydratatie. Omdat de pancreas nog wat insuline produceert, worden er geen ketonen gevormd en vertoont de patiënt geen tekens van acidose. De symptomen veranderen in functie van de glycemiewaarden. Patiënten met dergelijke hyperosmolare, hyperglycemische toestand vertonen meestal een even ernstige dehydratatie als patiënten in ketoacidose. De insulinetherapie (B) wordt gestart na de rehydratatie. De elektrolyten worden toegediend in functie van de noodzaak (C). De patiënt is niet acidotisch (D).

Vraag 4: D

Kinderen worden hypotensief na verlies van 25 % van hun circulerend volume, een laat teken van circulatoire decompensatie. Het lichaam van het kind compenseert door het hartritme te verhogen zodat de cardiac output en de perfusie van de vitale organen onderhouden worden. Bij het aanhouden van de shocktoestand faalt het compensatiemechanisme en het kind wordt hypotensief.

Vraag 5: A

Deze patiënt vertoont tekens van eclampsie, een gevolg van zwangerschapshypertensie. Deze toestand komt voor bij zwangere vrouwen na de 20^{ste} week. Karakteristieke tekens en symptomen zijn hypertensie, oedeem ter hoogte van de handen en het aangezicht en proteïnurie. Deze toestand veroorzaakt een veralgemeende arterieel vaats-

pasme met als gevolg een verminderde bloedflow naar de placenta en de baarmoeder. Dit brengt natuurlijk een ernstig risico mee voor de foetus. Complicaties kunnen zijn: hersenbloeding, longoedeem, nierinsufficiëntie, hemolyse, verstoorde leverenzymen. Alle vernoemde interventies zijn natuurlijk belangrijk; nochtans door de moeder op haar linker zij te plaatsen vermijdt men dat de vena cava inferior samengedrukt wordt waardoor er een maximale oxygenatie van de placenta en de baarmoeder kan gebeuren.

Deze handeling heeft de hoogste prioriteit. Bijkomende handelingen zijn het toedienen van zuurstof, het vermijden van stimuli, de bolus-toediening van MgSO₄ gevolgd door een continu infuus. Antihypertensiva moeten eveneens toegediend worden.

Agenda

2005 2006



Traumaprotocol

Dr. K. De Feyter (Anaesthesist)

Datum : Donderdag 15 december 2005
19u00 - ..

Locatie : Heilig Hart Ziekenhuis - Lier
Zaal Vesalius
Mechelsestraat 24
2500 LIER

Info : leen.degol@hhzhlier.be

Kost : gratis na inschrijving

gen)
dirk.danschutter@az.vub.ac.be
ndphiis@az.vub.ac.be
Telefonisch:
Tel : 02/477.51.72
Fax: 02/477.51.79

Kost : Geneesheer specialist 100,00 €
Assistent in opleiding 80,00 €
Kandidaat-arts /VPK 70,00 €
inclusief handboek, lunch en koffiebrea

Training: Omgaan met agressie

Datum : Vrijdag 16 december 2005

Locatie : Academisch Centrum - Wemmel

Info : A.Z. VUB - Departement Verpleegkunde &
Vroedkunde
T.a.v. Het secretariaat
Laarbeeklaan 101
B-1090 Jette
Tel : 02/477.55.80
Fax: 02/477.55.93
@: dirnur@az.vub.ac.be

Kost : 105,00 €(inclusief bijhorend studieboek)

Datum : Maandag 16 januari 2006
18u45 - 22u00

Locatie : UZ KUL Gasthuisberg
Onderwijs en Navorsing
Auditorium GA 3

Info : De Heer Marc Schuermans
Verpleegkundig Manager Kritieke Diensten
Universitaire Ziekenhuis K.U. Leuven
Herestraat 49
B-3000 Leuven
Tel: 016/34.39.61
of 016/34.39.60 (secretariaat)
@ : Marielle.Janssens@uz.kuleuven.ac.be

Kost : Voor 09/01/2006 €15 nadien €20

Interactive Pediatric Intensive Care Day

Datum : Zaterdag 17 december 2005
08u00 tot 17u00

Locatie : Erasmus Hogeschool (Naast Sportopolis)
A.Z.-VUB Campus
Laarbeeklaan 121
B-1090 Jette

Info : <http://www.ipicd.org>
Via e-mail:
ingrid.maervoet@az.vub.ac.be (inschrijvin-

Traumaprotocol

Dr. I. Schoenmaker (Endocrinoloog)

Datum : Donderdag 26 januari 2006
19u00 - ..

Locatie : Heilig Hart Ziekenhuis - Lier
Zaal Vesalius
Mechelsestraat 24
2500 LIER

Info : leen.degol@hhzhlier.be

Kost : gratis na inschrijving

Training: Omgaan met agressie

Datum : Vrijdag 27 januari 2006

Locatie : Academisch Centrum - Wemmel

Info : A.Z. VUB - Departement Verpleegkunde & Vroedkunde
T.a.v. Het secretariaat
Laarbeeklaan 101
B-1090 Jette
Tel : 02/477.55.80
Fax: 02/477.55.93
@: dirnur@az.vub.ac.be

Kost : 105,00 €(inclusief bijhorend studieboek)

Posthogeschool Vorming voor Verpleegkundigen werkzaam op Intensieve Zorg & Spoedgevallen-zorg

Datum : 31 Januari 2006
08u30 - 16u30

Locatie : KATHO - Campus Kortrijk
Departement H.I.V.V.

Info : Ludwine Velghe
Programmacoördinator
Voortgezette Opleiding IZ & Spoed
Posthogeschoolvorming
KATHO-HIVV
Doorniksesteenweg 145
8500 Kortrijk
Tel. :056/26.41.10 (School)

Studiedag Acuu Hartfalen Symbiose van 'cure' & 'care'

Datum : 9 februari 2006
08u30 - 16u30

Locatie : Hogeschool Gent
Departement Gezondheidszorg Vesalius

Info : Myriam Terrie
Coördinator BanaBa IZ en Spoed
Hogeschool Gent
Departement Gezondheidszorg Vesalius
Tel: 09/321 21 10 of 09/321 22 40

Advanced Pediatric Life Support

Dr. P. Van Droogenbroeck (Anaesthesist)

Datum : Donderdag 23 februari 2006
19u00 - ..

Locatie : Heilig Hart Ziekenhuis - Lier
Zaal Vesalius
Mechelsestraat 24
2500 LIER

Info : leen.degol@hhzhlier.be

Kost : gratis na inschrijving

Ethische en juridische aspecten bij de zorg aan intensieve patiënten

Datum : Donderdag 16 maart 2006
18u45 - 22u00

Locatie : UZ KUL Gasthuisberg
Onderwijs en Navorsing
Auditorium GA 3

Info : De Heer Marc Schuermans
Verpleegkundig Manager Kritieke Diensten
Universitaire Ziekenhuis K.U. Leuven
Herestraat 49
B-3000 Leuven
Tel: 016/34.39.61
of 016/34.39.60 (secretariaat)
@ : Marielle.Janssens@uz.kuleuven.ac.be

Kost : Voor 09/03/2006 €15 nadien €20

Polyneuropathie, geëvoceerde potentialen

Dr. L. Vanderwegen (Neuroloog)

Datum : Donderdag 23 maart 2006
19u00 - ..

Locatie : Heilig Hart Ziekenhuis - Lier
Zaal Vesalius
Mechelsestraat 24
2500 LIER

Info : leen.degol@hhzhlier.be

Kost : gratis na inschrijving



INDEX 'SPOEDGEVALLEN'

JG 24 (2005)

A

Aankondiging	JG 24	2	44
Aankondiging	JG 24	3	107
Aanpassing van het K.B. van 18 juni 1990	JG 24	5	160
Agenda	JG 24	1	26
Agenda	JG 24	2	67
Agenda	JG 24	3	111
Agenda	JG 24	4	140
Agenda	JG 24	5	167

B

C

Checklist CPR	JG 24	4	132
Congresverslag : THORAXCENTRUM ZOL (Genk)	JG 24	1	4
Congresverslag : NURSING in ER, European Revolutions in NURSING	JG 24	1	6
Congresverslag: 24 maart 2005, Wepion 18 ^{de} wetenschappelijk congres van de AFIU	JG 24	2	45
Congresverslag: Spoed 26-27	JG 24	5	144

D

De Vraagbaak	JG 24	3	101
De Vraagbaak	JG 24	4	128
De Vraagbaak	JG 24	5	169

E

F

Fixatie... een "nood"zaak	JG 24	4	118
---------------------------	-------	---	-----

G

Gelezen....	JG 24	1	11
Gelezen....	JG 24	3	76
Gelezen ...	JG 24	4	131
Gelezen....	JG 24	5	166
Gemeld	JG 24	1	21

Gemeld	JG 24	2	53
Gemeld	JG 24	3	103
Gemeld	JG 24	4	126
Gemeld	JG 24	5	165

H

I

Index 'Spoedgevallen' JG 24 (2005)	JG 24	5	173
Infectierisico op een MUG...	JG 24	2	32
Influenza...			
<i>Info van de FOD Volksgezondheid</i>	JG 24	4	121
Intra Osseuze Perfusies	JG 24	5	152
IVIC 2005 (Aankondiging)	JG 24	1	10

J

K

L

Luchtweg bij reanimatie.			
<i>L.M. , Combitube of E.T.?</i>	JG 24	5	156

M

Monitoringrapport 2004 Spoedgevallendiensten en MUG Vlaamse Gemeenschap	JG 24	2	54
Monitoringrapport 2004 Spoedgevallen en MUG Vlaamse Gemeenschap Deel 2: Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg	JG 24	3	78

N

Nieuwsbrief 1 (Vlaamse Verpleegunie)	JG 24	3	99
Nostalgie	JG 24	1	9

O

P

Prioriteit van een MUG-voertuig	JG 24	4	120
Propere handen: Ook op spoed een noodzaak!	JG 24	2	43

Q

R

Reanimatie van de zwangere: een andere aanpak?	JG 24	3	72
Redactioneel	JG 24	1	3
Redactioneel	JG 24	2	31

Redactioneel	JG 24	3	71
Redactioneel	JG 24	4	115
Redactioneel	JG 24	5	143

S

Spoed 26-27 <i>Enkele sfeerbeelden</i>	JG 24	5	150
---	-------	---	-----

T

U

UZ Gent – reanimatieteam wint wedstrijd voor ziekenhuisteam op Venticare congres in Utrecht (NL).	JG 24	4	116
---	-------	---	-----

V

Verplegen onder verhoogde druk	JG 24	2	42
Volgend nummer...	JG 24	1	28
Volgend nummer...	JG 24	2	68
Volgend nummer...	JG 24	3	112
Volgend nummer...	JG 24	4	141
Volgend nummer...	JG 24	5	176

W

Wat bij chemische projecties?	JG 24	3	98
Website	JG 24	1	20
Website	JG 24	2	52
Website	JG 24	3	109
WebSite	JG 24	4	133
WebSite	JG 24	5	164
Wetstraat	JG 24	4	126

X

Y

Z

Verwacht voor volgende Spoedgevallen ...

- Nieuwe ERC richtlijnen
- Een overzicht van de wijzigingen
- De nieuwe algoritmen
- ...
- Gelezen
- Vraagbaak
- Website
- ...

Oproep...

- Ben je bezig met een scriptie?
- Heb je laatst een interessant boek of artikel gelezen?
- Ergens een aankondiging voor een bijscholing, symposium, training tegengekomen?
- Heb jij een oplossing gevonden voor één van de vele vervelende probleempjes die we gedurende de uitoefening van onze job tegenkomen (electrodes die niet klevan, problemen tijdens het gipsen, enz...)

Het kan de collega's waarschijnlijk ook wel interesseren! Bezorg ons een de stand van zaken betreffende jouw scriptie, lanceer eventueel jouw vraag of probleem via de website, geef ons de coördinaten door van de nascholing.

Je kan dit via de website <http://www.vvvs.be> (klik onderaan gewoon op webmaster, of gooi het op het forum) of gewoon via reguliere post op volgend adres:

Spoedgevallen
P/a Kleine Nieuwedijk 152
B-2800 Mechelen

