

SPOEDGEVALLEN



**Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen
Spoedgevallenzorg vzw.**

Driemaandelijks Tijdschrift

Jaargang 2009 - 28
Nr. 1

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:

UZ BRUSSEL - Spoedgevallendienst
T.a.v. de heer Door Lauwaert
Laarbeeklaan 101
B-1090 BRUSSEL. (door.lauwaert@uzbrussel.be)

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 - CD rom met het tekstbestand.

Ondersteunde formaten datadrager zijn:

1. 3 1/2 " IBM-geformateerde diskette
2. CD-rom

Specificeer duidelijk naam en versie van gebruikte tekstverwerker. De door ons leesbare tekstverwerkerbestanden zijn WORD voor Windows.

PRESENTATIE VAN MANUSCRIPTEN

Taal: Nederlands

Afdruk: Eenzijdig, 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 belangrikheid (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 bepaalt 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 slecht 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 x 72 dpi). Onze voorkeur gaat uit naar duidelijke zwart-wit foto's met hoge contrasten afgedrukt op glanzend fotopapier.

Nummer elke illustratie, tekening, diagram en/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 auteurs 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 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 Gastroenterology 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.

REDACTIE SPOEDGEVALLEN

Hoofdredacteur
Eindredactie & Vormgeving
Door Lauwaert

Redactieleden
Geert Berden
Marc Van Bouwelen

V.V.V.S. Bestuur

Voorzitter
Door Lauwaert
Erevoorzitter
Marc Weeghmans
Ondervoorzitter
Christian Gilot
Secretaris
Geert Berden
Penningmeester
Patrick Dagnelie
Bestuursleden
Rita De Cock
Marc Van Bouwelen
Nicole Reynders
Geert Van Iseghem
Patrick Dagnelie
Philippe Fortain
Anna Beuken
Koen De Ridder
Ingrid Laes
Johan De Knock

Secretariaat
Geert Berden
Bautershoven 98/002
B-3800 Sint Truiden
Tel/Fax : 011/59.70.75
@: secretaris@vvvs.be

Ledenadministratie
Campus O.L.V. Middelaes
Spoedgevallen / PatrickDagnelie
Florent Pauwelslei 1
2100 Deurne
Tel : 03/320 57 02
@: pdagnelie@monica.be

Lidmaatschap
Student: € 16,11 Lid: € 27,27
Instelling: € 49,58
Juiste bedrag over te maken op
VVVS-rekening :
Fortis Bank 001-1165249-64

SPOEDGEVALLEN

Vlaamse Vereniging van Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg vzw.

2009 nr 1

INHOUD

Redactioneel	1
Studiebezoek Bra-sur-Lienne SMURH <i>René Tytgat</i>	2
Verslag Symposium Apeldoorn <i>Marc Van Bouwelen</i>	6
De Vraagbaak <i>Dr R Beckers</i> <i>D Lauwaert</i>	9
Oproep Trauma-opleiding	11
Fotomateriaal	15
Wat leeft er in de wetstraat?	17
Verslag en sfeerbeelden Symposium Blankenberge <i>Geert Berden</i> <i>Philippe fortain</i>	19
Van de bestuurstaafel VVVS	21
Agenda Internationaal	22

Redactioneel

Waarde Lezers,

Een nieuwe jaargang, ondertussen al de 28^{ste}, en de VVVS bruist nog steeds van het leven. Dit heeft ons voorbijge symposium te Blankenberge aangetoond. Een vernieuwde bestuursploeg heeft opnieuw een leerrijk, boeiend en onderhoudend programma neergezet. Zelfs het aspect humor werd niet vergeten, dat zullen allen die aanwezig waren zeker kunnen beamen;

Bij de afsluiting van dit symposium heeft Marc Weeghans, na 28 jaar voorzitter geweest te zijn van de VVVS, dit voorzitterschap overgedragen aan Door Lauwaert. Marc blijft wel actief als erevoorzitter binnen het bestuur.

Wat Marc voor de vereniging heeft betekent en nog steeds betekent kan niet genoeg in de verf gezet worden. In de zeer nabije toekomst zullen we voor Marc dan ook een groots opgezette huldiging organiseren.

In dit nummer van 'Spoedgevallen een verslag van het studiebezoek dat Rene Tytgat bracht aan de heli-dienst (SMURH) van Bra-sur-Lienne, voor velen onder ons een niet gekende dienst.

Verder een verslag van het congres te Apeldoorn van onze Nederlandse collega's.

In dit nummer ook een vraag naar interesse voor een Traumaopleiding voor verpleegkundigen. Wij willen als VVVS even aftoetsen of er interesse bestaat om een Traumaopleiding naar analogie met de TNCC te Nederland.

Veel leesgenot.

Door Lauwaert

The screenshot shows the website for the Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg vzw. The page layout includes a navigation menu on the left with links for home, V.V.V.S. v.z.w., nieuws, agenda, vakinformatie, actuele dossiers, forum, and sponsors. The main content area is divided into sections: 'Agenda' with a list of events including XPO 112 23-24 april 2009, a course on Trauma care, and a symposium; 'Nieuws' with articles on legal aspects of life-saving and disaster medicine training; and 'Actuele dossiers' with links to a 2008 vision statement and the new website. A search bar and a calendar for March 2009 are also visible. The calendar highlights the 12th and 13th of March. At the bottom, there is a footer with copyright information and RSS feed links.

Vernieuwde website

www.vvvs.be

Studiebezoek

Bra-sur-Lienne SMURH

René Tytgat

Sinds 1997 is in de provincies Luik en Luxemburg een helikopter voor dringende geneeskundige hulpverlening actief. Alles begon met de zeer dynamische huisarts Luc Maquoi en zijn echtgenote die in Bra-sur-Lienne een huisartsenpraktijk hadden en tegelijk sinds 1986 een ambulance 100 bemanden. Het dorp ligt dicht bij de afrit nr 49 van de autoweg E 25 (Luik - Aarlen), op de grens van beide provincies. Zij ervoeren dat de interventietijden van de medische hulpdiensten in deze streek zeer lang waren en de afstanden naar ziekenhuizen met gespecialiseerde centra zeer groot. Zij richtten een vzw "centre de secours médicalisé de Bra-sur-Lienne" op en slaagden erin om een helikopter te huren en interventies te verrichten in de provincies Luik en Luxemburg. Na het overlijden van dr Maquoi in 2002 werd de werking van deze vzw verder gezet met de ondersteuning van het "centre hospitalier universitaire CHU de Liège".

SMURH is de afkorting van *service mobile d'urgence et de réanimation hélicopté* en is erkend door de FOD volksgezondheid onder het nr 802100.



Hoe wordt er vandaag gewerkt?

Het toestel: type EC145, kenletters OO-NHB weegt 3585kg, is tweemotorig en stijgt op binnen de vier minuten. De snelheid bedraagt 246 km/u of 3 à 4 km/ minuut (vgl met

interventie langs de weg: 1km/minuut). De helikopter draagt de naam "spirit of St Luc" (de heilige Lucas is de patroonheilige van de artsen). Het toestel staat opgesteld op een verplaatsbaar platform. 's Nachts wordt het toestel ondergebracht in een ruime loods, waar ook elementair onderhoud kan verricht worden.

Het inladen van de patiënt gebeurt achteraan, net zoals bij een ambulancewagen. De brancard is deze van een ambulance 100. Bij de heenvlucht zit de verpleegkundige naast de piloot en helpt bij de navigatie. Wanneer een patiënt vervoerd wordt zitten arts en verpleegkundige in de ruime behandelruimte naast en achter de patiënt. Indien nodig kan ook een tweede liggende patiënt meegenomen worden, maar dan moet de zetel naast de eerste patiënt opgeklapt worden.

Bemanning: 1 piloot, 1 verpleegkundige, 1 arts.

- ✓ De verpleegkundigen bezitten de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg. Zij zijn actief in een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg. Zij hebben een bijkomende opleiding in aero-navigatie gevolgd. 8 verpleegkundigen nemen deel aan de beurtrol. Zij ontvangen een vergoeding van 13 € per uur.
- ✓ De artsen hebben de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde en zijn eveneens actief in een functie gespecialiseerde spoedgevallendienst. Zij ontvangen een vergoeding van 30€/uur.
- ✓ Artsen en verpleegkundigen werken als zelfstandige in shifts van 24 uur.
- ✓ De vergoeding van de piloten en techniekers is inbegrepen in het contract met NHV (Noordzee-helikopters).

Permanentie:

De helikopter is 24u/24u operationeel. Interventies bij nacht zijn een normale zaak. Indien niet kan gevlogen worden omwille van weersomstandigheden (mist, sneeuwbuie~),

dan wordt er uitgerukt met een MUG voertuig (Skoda 4X4), uiteraard in een kleinere actieradius.

Organisatie en werking:

De geneesheer-coördinator wordt 1 dag per week ter beschikking gesteld door CHU Liège. De hoofdverpleegkundige en de bediende zijn de twee personeelsleden met dienstcontract in de vzw.



De interventies gebeuren op vraag van de twee hulpcentra 100 Luik en Aarlen, op vraag van huisartsen of van ziekenhuizen. De SMURH geeft ook ondersteuning aan MUGn die al ter plaatse zijn. De patiënten worden meestal overgevlogen naar gespecialiseerde diensten in de ziekenhuizen van Luik en Namen.

Enkele cijfers:

- ✓ In 2008: 750 interventies met de SMUR héliporté en 220 met de SMUR wagen. 30% nachtvluchten (tussen zonsondergang en zonsopgang) te verdelen over 10% MUG ondersteuning, 5% primaire interventies, 15% dringend interziekenhuistransport.
- ✓ In meer dan 70% van de interventies wordt de patiënt vervoerd met de helikopter.
- ✓ In 70% van de primaire interventies stuurt het hulpcentrum 100 ook een ambulancewagen uit.



In de basis beschikt de bemanning over een goede accommodatie (vergaderruimte, keuken, slaapgelegenheid, sanitair, zithoek...) en kan vlot informatie opvragen over weersomstandigheden die van regio tot regio zeer verschillend kunnen zijn in de Ardennen en ook over landingsmogelijkheden ter plaatse en in de diverse ziekenhuizen. Bij nachtelijke interventies wordt nogal eens gebruik gemaakt van een voetbalterrein. Op sommige plaatsen kan door middel van een GSM nummer de terreinlichten aangestoken worden. In het andere geval wordt beroep gedaan op de terreinbeheerder die de verlichting inschakelt. In de helikopter beschikken piloot en verpleegkundige over een GPS systeem dat hen feilloos naar het juiste adres leidt.

Financiering:

De bevolking kan zich lid maken van de vzw waardoor, bij eventueel transport met de SMURH, de niet gedekte kosten betaald zijn. Gezinskaart: □47/jaar; individuele kaart: □30/jaar. De bevolking maakt gretig gebruik van deze mogelijkheid en is trouwens zeer solidair met deze dienst. 1/3 van het budget bestaat uit lidmaatschapsgelden. Sinds dit jaar is elke bijdrage van 30 □ (niet het lidmaatschap) en meer aftrekbaar van de personenbelasting.

De provinciebesturen van Luik en Luxemburg en verschillende gemeenten geven een jaarlijkse bijdrage. Een wervingsbureau zorgt voor privéponsoring.

Sinds 2003 ondersteunt de FOD Volksgezondheid een onderzoeksproject voor medische interventies met helikopter in West-Vlaanderen en in Luik-Luxemburg.



De patiënt krijgt 2 facturen:

- ✓ Transport factuur opgesteld door de VZW: □35/minuut vlucht (exclusief starttijd en wachttijd). Indien geen transport wordt een vergoeding van □375 aangerekend. De facturen bedragen gemiddeld □1300.
- ✓ Factuur medische interventies wordt opgesteld door de CHU Liège: nomenclatuur, medicamenten.



Enkele raadgevingen voor wie met vakantie gaat naar de Ardennen en tijdens een wandeling of een fietstocht beroep wil doen op de medische hulpdiensten:

- ✓ Heb steeds een communicatiemiddel bij je (GSM).
- ✓ Bel het nummer 112. Afhankelijk van de plaats waar je zich bevindt kom je in verbinding met de hulpcentra van Liège, Arlon of Namur.
- ✓ Bereid je wandeling altijd goed voor en gebruik de wandelkaarten die door de toeristische diensten worden afgeleverd." *Vb Wandelkaart gemeente Vielsalm, wandeling nr 17 Hierlot*".
- ✓ Leer een wandelkaart lezen en gebruiken, neem een kompas mee.
- ✓ Ga nooit alleen wandelen en draag gekleurde kledij in contrast met de omgeving.
- ✓ Als goede spoedverpleegkundige heb je steeds EHBO materiaal bij je.
- ✓ Geen paniek! Neem de nodige tijd om jezelf te lokaliseren vooraleer te bellen naar 112:"*vb ik bevind mij aan de rand van het bos Hé de Hierlot , 4 km te N van Lierneux, 2,5 km ten ZO van Les Villettes*".
- ✓ Je kunt ook gebruik maken van je kompas: "*vb ik bevind mij aan de rand van het bos Hé de Hierlot, 4 km van Lierneux richting 360° en 2,5 km van Les Villettes richting 120°*" (zie foto)

- ✓ Geef eventuele herkenningspunten (vb zendmast, kapel, graansilo...) op.
- ✓ Indien je beschikt over een wandel-GPS of een topografische kaart, geef dan gewoon de coördinaten op.
- ✓ Neem plaats in een open plek en steek beide armen omhoog in V vorm (niet zwaaien!).
- ✓ Vliegt de helikopter over je heen en ziet de bemanning je niet, bel dan onmiddellijk 112 en meld in welke richting je het toestel ziet vliegen.
- ✓ Het verdient aanbeveling je melding in de Franse taal te doen.
- ✓ Ga je regelmatig wandelen of fietsen in de Ardennen, wordt dan lid van de vzw "centre de secours médicalisé de Bra-sur-Lienne" (Gezinskaart: □47/jaar; individuele kaart: □30/jaar). Heb je deze dienst nodig dan kost de interventie je niets. Heb je die niet nodig, dan help je deze reddingsdienst in stand te houden.

Besluit:

Ik bracht een bezoek aan de basis in januari 2009. Het had behoorlijk gesneeuwd en van zodra we de autostrade verlieten, kwamen we terecht op bochtige secundaire wegen, waarvan de zijwegen er glibberig bijlagen. Het was mij onmiddellijk duidelijk dat in dit uitgestrekte gebied de tussenkomst met de helikopter van levensbelang kan zijn. De bevolking beseft dit blijkbaar ook.

In het team heerst een zeer goede verstandhouding. Zij werken bijzonder professioneel, zowel qua aero-navigatie als qua medische interventie. Hun uitrusting is optimaal en is een combinatie van ambulance 100 en MUG. Voor de interziekenhuis-transporten is het toestel een vliegende intensieve zorg eenheid.

Op basis van mijn ervaring met de MUG-heli in West-Vlaanderen kan ik niet anders dan met bewondering kijken naar deze uitstekend gestructureerde dienst en zijn enthousiaste medewerkers in Bra-sur-Lienne.

Bezoek de web-site www.spiritofstluc.be



Spoedgevallen Diest organiseert een voetbaltoernooi tussen urgentie- & hulpdiensten.

Plaats: WARANDE stadion te Diest

Datum: zaterdag 2 mei 2009

Afdelingen van uit de verre regio zullen deelnemen..
Brandweerdiensten, politie diensten, spoedgevallen, ...
Jaarlijks zal er gestreden worden om de BALANS trophy

Doel: communicatie & samenwerking verbeteren.

Tvv Palliatief Support Team Diest

INFO:

Dehaes Jurgen
Spoedgevallen Diest

Verlag Symposium Apeldoorn

Marc Van Bouwelen
Verpl. BBT Ambulance/MUG

Tijdens de ambulancevakbeurs VCHV in Apeldoorn (NL) ging op 30.10.2008 het tweejaarlijks symposium ambulancezorg door. Het onderwerp was ditmaal 'Leren over veiligheid'.



Eigen veiligheid eerst

Na enkele Belgenmoppen wees ondergetekende naar de Nederlandse situatie, die over het algemeen goed vergelijkbaar is. De Belgische wetgeving verplicht goede kledij en een aantal persoonlijke beschermingsmiddelen. Knelpunten blijven de volledige toepasbaarheid voor vrijwilligers, en het verbod om werkkledij naar huis te nemen en te wassen, wat voor kleinere diensten niet evident is. Duitse normen verplichten dat alle ambulancekledij wasbaar en ontsmetbaar moet zijn, en ook beperkt vlamvertragend (bij contact met gensters of sigaretten mag de stof de eerste 3 seconden niet ontvlammen of in de huid smelten). Uiteraard is het niet de bedoeling dat ambulance/MUG-personeel in een brand of gevaar loopt, maar bij toevallig contact geeft dit de mogelijkheid zonder erge schade uit de situatie te komen.

Bescherming is maar effectief als ze gedragen wordt. Noodzakelijke middelen als veiligheidsbril en bevrijdingsoverall gebruiken we vaak niet omdat we schrik hebben dat collega's ons zouden uitlachen.

Later had Peter Van Loon van o.a. het Instituut voor Psychotrauma aandacht voor de reacties van hulpverleners na een belastende inzet. Uit de interactie met de zaal bleken de meeste aanwezigen al op de hoogte van de algemeen aanvaarde recente politiek. Geen emoties of debriefing forceren, maar eerstelijnsopvang door de betrokken collega's en directe chef. Formele debriefings worden ingericht wanneer de medewerkers het zelf vragen. De verantwoordelijken houden een wakend oog en kunnen ten allen tijde personen met een moeilijkere doorwerking verwijzen naar professionele hulp.

Ook de ambulancehulp wordt meer geconfronteerd met agressie, wat vaak een ernstige belasting vormt voor de medewerking. Hulpverleners moeten vermijden door hun houding beginnende agressie te bevorderen, moeten tekenen van agressie bij cliënten/patiënten onderkennen en over technieken beschikken om te proberen de opbouw te voorkomen. Dit betekent niet dat de hulpverlener schuld heeft aan de agressie, maar een onhandig optreden kan die wel verergeren en een uitbarsting bevorderen.

Van besmetting tot epidemie

Gill Johnson is verpleegkundige bij de Yorkshire Ambulance Service, één van de grote gefusioneerde Britse ambulancediensten. 1.900 ambulancehulpverleners beantwoorden zo'n half miljoen oproepen per jaar met 400 ambulances vanop 61 posten. (Dit naast het besteld vervoer dat een eigen vloot voertuigen en medewerkers heeft). Hygiënepolitiek is daar niet meer of minder nodig dan in kleinere diensten, maar de toepassing is niet gemakkelijk. Na elk vervoer moet linnen ververs worden en de brancard gereinigd. Een richtlijn beschrijft het verplicht onderhoud aan het einde van de shift. Daarnaast heeft de dienst een contract met een privéfirma die na een 'vuil' vervoer (polytrauma, besmet patiënt) de ambulance grondig ontsmet en inmiddels een zuivere reserveambulance meebrengt zodat het team onmiddellijk weer in dienst kan. Dat kost geld maar is vlotter voor de dienst en bevestigt bij het personeel de nadruk van de directie op zowel de hygiëne als het werk van de medewerkers.



Op de hoogte brengen van de hulpverleners en verspreiden van de richtlijnen en bijscholingen is niet evident. De dienst koos voor e-learning : van elke werkpost kunnen de medewerkers inloggen op een bijscholingsprogramma. Door aanklikken van een beeld van de ambulance krijgen ze de richtlijnen voor reinigen en ontsmetten van dat onderdeel (van het stuurwiel tot de medische apparatuur). Na doorlopen van het programma volgt een test met automatische feedback.

Bruce Farr, chief van de ambulancedienst (EMS) Toronto, Canada, bracht het verhaal van de uitbraak van een ernstige en deels onbekende epidemie met dodelijke afloop. Door prompte en strikte maatregelen kon de gezondheidsinspectie uiteindelijk de SARS-epidemie indijken, maar de gevolgen voor de ambulancedienst waren hallucinant. We publiceren het verhaal afzonderlijk. Maud Huiskamp is een Nederlandse verpleegkundige die als paramedic in Toronto ging werken. Zij lichtte de medische maatregelen en de isolatierichtlijnen toe die mee de epidemie hielpen stoppen. Eén van de moderators werd ter illustratie in een volledig beschermingspak gestoken. Ze besprak ook de politiek voor het informeren en bijscholen van de medewerkers.

Multidisciplinair werken

Jan Smit is bij de Nederlandse politie nationaal projectleider voor de actie 'Handen af van Helpers'. De overheid wil aangeven dat agressie tegen hulpverleners ten allen tijde onaanvaardbaar is. Zonder echt uit elkaar te lopen blijkt toch dat de perceptie van agressie en het optreden ertegen verschilt tussen politie en medische hulpverleners. Een stijgend gevoel van onveiligheid wordt niet steeds bevestigd door de statistieken, maar de meeste hulpverleners in de zaal hadden toch weet van min of meer recente agressie tegen collega's op hun dienst.

Spoeedgevallen 2009, nr. 1

Een streng strafbeleid geeft een maatschappelijk signaal, maar stopt niet altijd een opgewonden agressor op het ogenblik dat hij begint geweld te gebruiken. Maatschappelijke tolerantie is zeker geen oplossing, informatie aan de bevolking (en zeker aan de sociaal lagere klassen) is nodig. Een aantal medewerkers op het terrein meent ondertussen dat sociale handicaps geen argument zijn voor dreiging tegen hulpdiensten en pleit voor een actueel lik-op-stukbeleid. Een mirakeloplossing bestaat niet. Overheid, hulpdiensten en gerecht moeten een antwoord blijven zoeken voor het groeiende maatschappelijke fenomeen dat agressie is.



Dr. Marck Haerkens is chirurg maar ook vlieger bij de Luchtmacht. Hij kan dus de veiligheidscultuur in beide omgevingen vergelijken. Wanneer hij na een afwezigheid van enkele weken weer wil vliegen, moet hij eerst een profcheck doen en briefings volgen. In de geneeskunde is dat niet gebruikelijk. De luchtvaart werkt met ont dubbeling van vitale systemen en uitgebreide procedures met checklisten om mogelijke menselijke fouten te ondervangen (waarvan de spreker enkele video's liet zien). De grootste luchtvaartramp (Tenerife, 1977) ontstond doordat bemanningsleden hun ervaren en gerespecteerde boordcommandant niet dierven tegenspreken. Nadien werd voor elk bemanningslid een Crew Resource Management-opleiding verplicht, waar ze op gelijke voet met elkaar leren omgaan en alle meldingen voor veiligheid onmiddellijk doorgeven. Dit wordt doorgaans opgevolgd, vliegers aanvaarden relevante commentaar beter en staan minder op hun strepen dan bijv. chirurgen. De ambulancezorg werkt met profchecks en protocollen al meer aan structurele kwaliteitsbewaking dan de ziekenhuisgeneeskunde waar specialisten nog eerder individualistisch en hiërarchisch optreden.

Met een laatste videotje over miscommunicatie sloot de spreker zijn

voordracht en het congres af. Na een vermindering de vorige jaren vonden weer meer ambulancemedewerkers en centralisten hun weg naar Apeldoorn. Daardoor erkennen

ze het belang van inhoudelijke bijscholing maar ook van collegiale contacten waarvan we enkel kunnen bijleren voor de eigen praktijk.

PRAKTISCHE INFORMATIE

Plaats Kortrijk Xpo, België (Hallen 1, 2 en 4)
E17 (Gant-Kortrijk), uitrit 2 Hoog Kortrijk / Expo

Datum Donderdag 23 april 09:30 - 21:00
Vrijdag 24 april 09:30 - 17:30

Toegang Gratis mits voorregistratie via internet

Horeca Bar en selfservice restaurant

Parking Ruime parking naast het expogebouw
Ticket 3 euro.

INFORMATIONS PRATIQUES

Lieu Kortrijk Xpo, Belgique (halls 1, 2 et 4)
E17 (Gant-Courtrai), sortie 2 Hoog Kortrijk / Expo

Dates Jeudi 23 avril 09:30 - 21:00
Vendredi 24 avril 09:30 - 17:30

Entrée Gratuite pour les personnes pré-inscrites par Internet

Horeca Cafétéria et restaurant en libre service

Parking Une grande aire de parking entoure les bâtiments de Kortrijk Xpo. Ticket 3 euros.

PRACTICAL DETAILS

Location Kortrijk Xpo, Belgium (halls 1, 2 & 4)
E17 Motorway (Ghent-Kortrijk),
Exit 2 Hoog Kortrijk / Expo

Dates Tuesday 23 April 09:30 - 21:00
Friday 24 April 09:30 - 17:30

Entrance Free entrance if registered in advance via Internet

Catering Bar and self-service restaurant

Car Park Large car park at the entrance. Ticket: 3 euros

XPO 112 Doorniksesteenweg 216 - 8500 Kortrijk (B)
T +32 (0)56 24 11 11 - F +32 (0)56 25 77 31
xpo112@kortrijkxpo.com - www.xpo112.be
Senior Exhibition Manager: Peter Desmet
Assistant Exhibition Manager: Pieter Vanbrakel
Assistant Exhibition Manager: Kim de Gruyter
Exhibition Assistant: Inge Hoste

SPONSORS

IN SAMENWERKING MET:    

**UITNODIGING
INVITATION**



XPO 112



2e VAKBEURS VOOR
URGENTIEDIENSTEN EN
RAMPENBESTRIJDING

2ème SALON PROFESSIONNEL
DES SERVICES D'URGENCE ET DE
LA LUTTE CONTRE LES CALAMITÉS

2nd TRADE FAIR
FOR EMERGENCY SERVICES
AND DISASTER RESPONSE UNITS

23 & 24 APRIL 2009

Kortrijk **Xpo** Belgium



De Vraagbaak

Dr R Beckers
D Lauwaert
Spoedgevallendienst UZ Brussel

Vraag 1:

Op de Spoedgevallendienst wordt een dame binnengebracht. Zij zat als passagier vooraan in een wagen die door een andere wagen langs rechts werd aangereiden.

De patiënte vertoont tekens van shock en bij palpatie voelt het abdomen hard aan. Een radiografisch onderzoek wordt uitgevoerd. Dit toont fracturen van de onderste 2 ribben langs de rechterkant. Op basis van het mechanisme van het ongeval kan je nog een ander letsel verwachten ter hoogte van:

- A : De milt
- B : Het diafragma
- C : De lever
- D : Het colon

Vraag 2:

Een 65-jarige man wordt door zijn echtgenote binnengebracht op de SPGD. Hij heeft een voorgeschiedenis van hypertensie en klaagt nu van ernstige, stekende thoracale pijn uitstralend naar het abdomen en de regio tussen de 2 schouderbladen. Zijn vitale parameters zijn: HR 90/minuut, RR 22/minuut, BD 190/120 mm Hg rechts en BD 150/90 mm Hg links. De patiënt is onrustig en transpireert veel. De prioritaire interventie bij deze patiënt zal zijn:

- A : de bloeddruk doen dalen
- B : de pijn te verminderen
- C : de IV-vochtinput beperken
- D : het toedienen van thrombolitica

Vraag 3:

En 65-jarige dame komt naar de SPGD met als klachten: pijn links thoracaal gedurende 4 uur, nausea, zweten en duizeligheid. Na een aantal onderzoeken wordt besloten deze patiënte op te nemen op de dienst Intensieve Zorgen ter observatie. Als de patiënte dit te horen krijgt,

weigert ze pertinent de opname en verklaart terug naar huis te gaan. Wat is de eerste stap die de spoedgevallenverpleegkundige zal zetten:

- A : vragen aan de patiënt om het attest "verlaten van het ziekenhuis op eigen verantwoordelijkheid" te ondertekenen
- B : de patiënt uitleggen welke risico's er verbonden zijn aan het weigeren van de behandeling
- C : onderzoeken of de patiënt wel competent is om deze beslissing te nemen
- D : trachten de patiënt te overtuigen om de opname op Intensieve Zorgen toch te laten doorgaan en er haar aan te herinneren dat zij kan overlijden door de opname te weigeren.

Vraag 4:

Een patiënt wordt op de SPGD binnengebracht nadat hij geraakt werd door een blikseminslag terwijl hij onder een boom stond als beschutting voor de regen. De vitale parameters van de patiënt zijn normaal. Bij deze patiënt zullen volgende acute letsels voorkomen na een blikseminslag behalve:

- A : contactbrandwonden
- B : geruptureerde trommelvliezen
- C : verwardheid
- D : cataract

Vraag 5:

Een patiënt rapporteert thoracale pijn te hebben gedurende 1 uur. Hij blijkt een onstabiele angina pectoris en een acuut anterior myocard te hebben. Welke van de volgende bevindingen is niet typisch voor deze aandoening?

- A : EKG-veranderingen van V1 tot V3
- B : Een hartblock
- C : Hemodynamische onstabieleit
- D : Een verhoogde LDH

Antwoorden:

Vraag 1: C

Bij deze patiënt kan een letsel van de lever verwacht worden. De impact van de andere wagen was langs de rechter kant, de zijde van de passagier (patiënt). Het stomp trauma en de overdracht van energie deden zich voornamelijk voor langs de rechter zijde van de patiënt waar de letsels (de ribfracturen) gesitueerd waren. Mocht de impact links zijn geweest, dan zou voornamelijk de bestuurder geraakt zijn en deze zou waarschijnlijk een letsel t.h.v. de milt gehad hebben. De rechterzijde van het diafragma wordt beschermd door de lever en is daarom minder gevoelig voor letsels. Een stomp trauma t.h.v. het diafragma resulteert gewoonlijk in een letsel van het linker hemidiafragma. In dit scenario kunnen we aannemen dat er geen letsel van het diafragma of het colon verwacht wordt.

Vraag 2: A

Deze patiënt vertoont duidelijke symptomen van een dissecerend aorta-aneurysma. De prioriteiten zijn antihypertensiva toedienen om de bloeddruk te doen dalen en dringende pre-operatieve bloedafnames uit te voeren om de patiënt klaar te maken voor een dringende heilkundige interventie. Alhoewel een myocardinfarct moet uitgesloten worden, komt de lokalisatie van de pijn bij de patiënt overeen met de plaats van de aortadissectie. Pijncontrole is in dit geval geen prioriteit. Indien de aorta verder disseceert, zal er hypotensie en shock optreden; het beperken van IV-vochtinput is daarom ook niet geïndiceerd. Thrombolitica zijn in dit geval niet geïndiceerd.

Vraag 3: C

De eerste stap die de spoedgevallenverpleegkundige zal ondernemen is na te kijken of de patiënt competent is om haar beslissing te nemen. Bewuste, competente volwassenen hebben het

recht om een behandeling te weigeren voor zover dat ze de risico's begrijpen die hun beslissing inhouden. De patiënt tekent best een attest "ontslag op eigen verantwoordelijkheid" en in het dossier wordt genoteerd dat de patiënt alle risico's en gevolgen van zijn/haar beslissing tot weigering van de behandeling goed begrepen heeft.

Vraag 4: D

Blikseminslag kan elektrische, thermische en mechanische letsels veroorzaken. De ernst van het letsel hangt af van het type van het letsel. Contactwonden worden waargenomen wanneer de huid van de patiënt in contact is gekomen met juwelen of andere metalen objecten die opgewarmd werden door de elektrische stroom. Directe schokgolven, brandwonden en schedelbasisfracturen veroorzaken vaak een scheur van één of beide trommelvliesen. Vele slachtoffers verliezen het bewustzijn, zijn nadien verward en vertonen amnesie. 50 % van de slachtoffers vertonen oogletsels zoals cornealaceraties en netvliesletsels en vaak ook een verminderd zichtvermogen in het acute stadium. Cataract kan voorkomen, niet in de acute fase, maar wel maanden of jaren nadien als gevolg van de blootstelling aan het intense licht en de intense warmte.

Vraag 5: D

Een patiënt met een acuut myocardinfarct kan alle opgesomde symptomen hebben maar zal gewoonlijk niet een verhoogde LDH (lactid acid dehydrogenase) hebben in de acute fase van het myocardinfarct. Bij een infarct zijn de cardiale enzymen gestegen maar aan een verschillende snelheid. Het creatinekinase isoenzyme, aanwezig in de myocarcellen (CK-MB), zal het eerste stijgen bij een AMI. LDH wordt in verschillende weefsels gevonden (nier, hart, lever, spieren) en zal bij weefselbeschadiging stijgen na 12 tot 24 uur. Door de verschillende lokalisatie van dit enzyme kan LDH gestegen zijn bij stoornissen die niets te maken hebben met het myocardinfarct (vb. recente spierweefselbeschadiging).

Oproep

Trauma-opleiding

Reeds geruime tijd verkennen we met een aantal betrokken collega 's, verantwoordelijken, de mogelijkheid om een specifiek verpleegkundige opleiding voor de opvang van een ernstige traumapatiënten op spoedgevallendiensten aan te bieden in Vlaanderen.

Zoals ook voor het domein van de reanimatie is het ons al langer duidelijk dat verdere uitdieping en specialisatie in het traumadomein wenselijk is binnen onze diensten.

Internationaal beslaat dit in belangrijke mate het domein van de TNCC (specifiek verpleegkundige trauma-opleidingen). TNCC wordt reeds jaren door onze noorderburen op professioneel vlak uitgewerkt en in hetzelfde taalgebied aangeboden. Vandaar dan ook (de hervatting van) onze pogingen om dit in samenwerking met hun in onze contreien verder te kunnen uitbouwen.

Vanuit de achtergrond van het Nederlands referentiekader graag de in bijlage gevoegde informatie.

Hierbij is het in eerste instantie onze bedoeling om geïnteresseerde diensten de gelegenheid te bieden één of twee medewerkers hierin op te leiden. Deze collega 's kunnen zich vervolgens binnen hun respectievelijke diensten toelagen op de wenselijk verdere optimalisering van het interne traumabeleid op spoedgevallen.

Tevens achten we het belangrijk gelijktijdig initiatief te triggeren voor de geneesheren spoed. Ter zake werden een aantal simultane verkenningen en besprekingen gestart.

In een latere fase willen we soortgelijk initiatief trachten te realiseren voor de prehospital traumazorg (PHTLS).

Op voorwaarde van voldoende inschrijvingen (15) willen we proberen dit najaar een eerste opleiding TNCC aan te bieden. Het gaat hierbij om een 2-daagse opleiding van ongeveer 650€ per cursist.

Via deze weg wensen we te inventariseren hoeveel (en welke) diensten en/of verpleegkundigen actueel geïnteresseerd zijn in het volgen van deze opleiding. Geïnteresseerden diensten (leidinggevend en collega 's) kunnen zich hiervoor opgeven per mail: secretaris@vvvs.be.

Motivatie en ontstaan van de STNN

Introductie: het is niet mogelijk precies aan te geven welke ontwikkelingen verantwoordelijk zijn voor de introductie van de TNCC in Nederland. Een aantal processen vonden halverwege en eind jaren negentig plaats welke er gezamenlijk toe hebben geleid dat werd besloten tot de introductie van de TNCC. De volgende ontwikkelingen hebben hiertoe zeker bijgedragen.

Persoonlijke ambities: spoedeisende hulp verpleegkundigen hebben zich de afgelopen jaren toegelegd op kwaliteitsverbetering binnen de SEH-hulpverlening, in het bijzonder in de traumatologie. Hierbij werd vooral gekeken naar hoe in het buitenland, met name in Engeland en de Verenigde Staten, de scholing voor verpleegkundigen rondom de traumazorg werd georganiseerd. De persoonlijke interesse van deze SEH-verpleegkundigen vormde feitelijk het initiatief tot de introductie van de TNCC in Nederland.

Beroepsorganisatie NVSHV: de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV) zet zich sinds haar oprichting in 1993 sterk in op kwaliteitsverbetering van de spoedeisende hulpverlening. Onderwijs ziet zij als een van de belangrijke instrumenten om de kwaliteit van zorg te bevorderen. Niet alleen de vervolgopleiding tot SEH-verpleegkundige beschouwt zij hierin als één van haar richtpijlers, ook op andere gebieden zoekt en zoekt zij steeds naar actualisering van onderwijsprogramma's, gericht op het aanbrengen van kennis en vaardigheden voor de SEH-verpleegkundige. In 1995-1996 werd dan ook in nauwe afstemming met het bestuur van de NVSHV besloten zich specifiek te oriënteren op traumatologisch gerichte scholingsprogramma's.

NVH/NVT: de Nederlandse Vereniging van Traumatologie (NVT), als subafdeling van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVH), heeft zich jaren sterk gemaakt voor de introductie van de ATLS (Advanced Trauma Life Support) in Nederland. In 1995 werd deze cursus in Nederland geïntroduceerd en vanaf die tijd worden vele artsen getraind in een systematische opvang van de traumatologie patiënt. Daar het werk op een SEH-afdeling zich kenmerkt door een multidisciplinaire aanpak bestond ook al snel bij de SEH-verpleegkundige de behoefte zich volgens een zelfde systematiek te kwalificeren in trauma opvang.

Daarnaast bracht de NVT in 1996 het rapport 'Traumazorg, onze zorg' uit. Een rapport waarin het kwaliteitsprofiel van een SEH-afdeling beschreven stond en waarin als één van de eisen werd gesteld dat de SEH-verpleegkundige, naast het bezit van de SEH vervolgopleiding, ook over de kwalificatie TNCC dient te beschikken.

Overheidsontwikkelingen: in toenemende mate heeft de overheid zich de afgelopen jaren ingezet voor verbetering van de traumazorg in Nederland. In 1998 werd zichtbaar welke activiteiten ten aanzien van kwaliteitsverbetering in traumazorg zich ontwikkelden en welke middelen daarvoor werden vrijgemaakt. Het aanwijzen van traumacentra, het opzetten van een daartoe geschikte infrastructuur en kwaliteitseisen waaraan de traumazorg moet voldoen zijn onderdelen van het beleid in deze. Eén van de aspecten die door de overheid hierbij genoemd wordt, zijn de kwalificaties van de SEH-verpleegkundige. Naast het bezit van de vervolgopleiding tot SEH-verpleegkundige wordt in de diverse overheidsrapporten ook de TNCC kwalificatie genoemd.

Eerste verkenningen: in november 1995 bezocht een afvaardiging van de NVSHV, financieel ondersteund door derden, het Trauma Nursing Core Course programma, een onderwijsprogramma gericht op de verpleegkundige opvang van de traumatologie patiënt.

Door het bestuur van de NVSHV werden een aantal criteria en uitgangspunten opgesteld, op grond waarvan het programma zou worden getoetst. De belangrijkste waren: het onderwijsprogramma diende "in lijn te zijn" met de ontwikkelingen in de gespecialiseerde verpleegkunde. D.w.z. aansluiting op het op dat moment in ontwikkeling zijnde beroepsdeelprofiel (functieprofiel) van de spoedeisende hulp verpleegkundige; aandacht in het programma voor verpleegkundige werkdiagnoses en verpleegkundige interventies; haalbaarheid i.v.m. op komst zijnde Kwaliteitswetgeving en een aantal fundamentele onderwijskundige uitgangspunten. Essentieel was dat de SEH-verpleegkundige in het programma de eigen professionaliteit diende te herkennen.

Trauma Nursing Core Course (TNCC): de TNCC is ontwikkeld door en voor verpleegkundigen, geïnitieerd door de Emergency Nurses Association (ENA) in de Verenigde Staten. Het programma is geschikt voor verpleegkundigen werkzaam op een SEH afdeling en is gebaseerd op de principes van een wereldwijde standaard: de ATLS. Samen met de PHTLS en de ATLS vormt de TNCC een schakel in de keten van spoedeisende hulp onderwijsprogramma's, gericht op de opvang van de traumatologie patiënt. De drie programma's zijn vanuit dezelfde principes ontwikkeld om een standaardbenadering in de opvang van een traumapatiënt te bereiken en daarmee een bepaalde kwaliteit in de opvang en zorg voor de traumapatiënt te bereiken.

Op grond van bestudering van het onderwijsmateriaal, gesprekken, het bijwonen van het onderwijsprogramma en persoonlijke indrukken en ervaringen van de afgevaardigden en in navolging daarvan van het bestuur van de NVSHV, was het bestuur van de NVSHV unaniem van mening dat de TNCC een zeer geschikt onderwijsprogramma zou zijn voor de SEH-verpleegkundigen in Nederland. De belangrijkste argumenten die aan deze keuze ten grondslag lagen waren de volgende:

- de inhoud en de visie op de opvang van de traumapatiënt correspondeert in de TNCC volledig met overige ATLS gerichte onderwijsprogramma's (zowel prehospital als hospital);

- de inhoud en de structuur van TNCC sluit bijzonder goed aan bij hetgeen in het beroepsdeelprofiel van de spoedeisende hulp verpleegkundige werd opgenomen;
- de inhoud en de structuur van TNCC sluit aan bij de ontwikkelingen van het verpleegkundige beroep in het algemeen en de SEH-verpleegkundige in het bijzonder;
- de structuur en de aanpak in het onderwijsprogramma is onderwijskundig verantwoord;
- het programma is "ingebed" in een internationale organisatie voor emergency nursing;
- er is sprake van een externe kwaliteitsaansturing en -controle en
- de introductie van de TNCC behoefde geen inhoudelijke en onderwijskundige investering.

Inhoud van de Trauma Nursing Core Course (TNCC)

De TNCC is de verpleegkundige methode, die zich, naast de ATLS voor artsen, bezighoudt met een gestructureerde opvang van traumapatiënten. Die gestructureerde opvang is opgebouwd volgens de zogenaamde ABCDE-methodiek, die ook al prehospital wordt ingezet om de patiënt een adequate eerste opvang te garanderen. Deze methodiek is ontwikkeld in de USA en geldt daar al enkele decennia als de gouden standaard bij de opvang van traumapatiënten.

De optimale zorg voor de traumapatiënt komt het beste tot zijn recht binnen een raamwerk waarin alle leden van het traumateam gebruik maken van een systematische, gestandaardiseerde benadering van de patiënt met een letsel. Door deze benadering kan de morbiditeit en de mortaliteit van traumapatiënten significant worden verminderd. De gehanteerde methodiek die daarvoor wordt gebruikt bestaat uit twee verschillende fasen waarbij in de eerste fase alle levensbedreigende letsels worden geïdentificeerd en in de tweede fase alle resterende letsels in kaart worden gebracht. Het vinden van levensbedreigende letsels in de primaire fase vraagt om directe interventies, die moeten worden gedaan voordat met het verdere onderzoek verder gegaan kan worden. Elke interventie die is ingezet wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De primaire fase van het onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen:

- A) Airway + cervicale stabilisatie; bij de start van de opvang wordt onderzocht of de patiënt een vrije ademweg heeft, worden eventuele obstructies daarvan opgeheven en wordt er zorg gedragen voor stabilisatie van de cervicale wervelkolom, om ruggenmergletsels te voorkomen
- B) Breathing; onderzocht wordt of de patiënt een spontane ademhaling heeft en zo ja, hoe de kwaliteit van die ademhaling is. Bij een ineffectieve of afwezige ademhaling wordt direct gestart met interventies om de ademhaling te ondersteunen of over te nemen
- C) Circulation; er wordt gecontroleerd of de patiënt circulatie heeft en zo ja in hoeverre die effectief is. Bij een ineffectieve of afwezige circulatie worden de benodigde interventies gestart om de circulatie te ondersteunen of om een reanimatie te starten
- D) Disability; er wordt een snelle inschatting gedaan van de neurologische status van de patiënt
- E) Exposure/Environmental control; het uitkleden van de patient zodat alle letsels kunnen worden geïdentificeerd en het zorg dragen voor een optimale omgevingstemperatuur

Nadat elk onderdeel van de onderzoeksfase is doorlopen en levensreddende interventies zijn gestart, begint de secundaire onderzoeksfase. Deze bestaat uit de volgende onderdelen:

- F) Full set of vital signs, focused adjuncts, family; er wordt in deze fase (nog een keer) een ademfrequentie, polsfrequentie, tensie en temperatuur gemeten en op basis daarvan interventies bijgesteld of gestart. De patiënt wordt aangesloten op een monitor, er wordt een saturatie gemeten, labafname gedaan, beslist of een maagsonde ingebracht moet worden en of een verblijfskatheter geïndiceerd is. Verder worden er de noodzakelijke röntgendiagnostische onderzoeken gedaan. De F in het

“geheugensteuntje” staat verder ook voor de aanwezigheid van de familie en het betrekken van die familie in de zorg rondom de patiënt

- G) Give comfort measures; het is de zorg van het traumateam om maatregelen te nemen om de patiënt ‘comfort’ te bieden. Onbehandelde pijn kan leiden tot allerlei vervelende bijeffecten zoals ontregeling van de vitale parameters en het vrijkomen van catecholamines die o.a. aanleiding geven tot een verhoogde zuurstofconsumptie van het myocard.
- H) History en head-to-toe assesment; het proberen te verkrijgen van extra prehospital informatie, patiënt gegenereerde informatie, een medische voorgeschiedenis, allergieën e.d. Verder wordt in deze fase de patiënt van top tot teen nagekeken door te kijken, luisteren en te voelen (look, listen, feel)
- I) Inspect posterior surfaces; tenslotte wordt de achterzijde van de patiënt geïnspecteerd d.m.v. de logroll. Deze methode van draaien moet er voor zorgen dat er een stabilisatie van de wervelkolom gehandhaafd blijft.

De hierboven beschreven methodiek wordt tijdens de TNCC cursus in twee dagen aan de

cursisten d.m.v. theorie en vaardigheidstrainingen aangeleerd. Verder bestaat het theoretische gedeelte van de cursus uit de volgende interactieve lessen die aan de hand van deze methodiek en met behulp van casuïstiek en praktijkervaringen worden gedoceerd.

- Epidemiologie, biomechanica en ongevalsmechanismen
- Ademweg en ventilatie
- Shock
- Schedel- en hersentrauma
- Trauma van het oog, het aangezicht en de nek
- Thoraxtrauma
- Buiktrauma
- Ruggenmerg- en wervelkolomtrauma
- Trauma van het bewegingsapparaat
- Brandwonden, huid- en weke delen letsel
- Speciale bevolkingsgroepen; zwangeren, kinderen en ouderen
- Psychosociale aspecten van de traumazorg

De instructeurs die tijdens de TNCC de cursisten begeleiden zijn allen werkzaam op SEH's of bij de ambulancedienst. Zij kunnen hun dagelijkse praktijkervaring gebruiken voor de theorie- en de praktijklessen die worden gegeven en zijn, door het actief werkzaam zijn in de acute zorg, altijd op de hoogte van de meest recente ontwikkelingen.

Fotomateriaal

Heb jij fotomateriaal van je werkomgeving binnen de Spoedgevallenzorg en wil je dit delen met andere collega's, stuur ons dan je foto's door met wat uitleg. We publiceren deze ASAP in ons tijdschrift.

Dank bij voorbaat



De muur van de reanimatiekamer na een dringende interventie.



Nieuw MUG-voertuig
Spoedgevallendienst
UZ Brussel



Wat leeft er in de wetstraat?

5 JANUARI 2009. - Ministerieel besluit tot vaststelling van de modaliteiten voor de kandidaatstelling en de aanwijzing als Directeur Medische Hulpverlening

Publicatie : 2009-01-29

De Minister van Volksgezondheid, Gelet op de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, artikel 1, derde lid, vervangen bij de wet van 22 februari 1998; Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, artikel 37bis, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 februari 2007 tot bepaling van de functie van Directeur Medische Hulpverlening en het toepassingsgebied ervan, artikel 5, tweede lid; Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 10 september 2008; Gelet op het advies nr. 45.410/3 van de Raad van State, gegeven op 25 november 2008 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,
Besluit :

Artikel 1. De kandidaat Directeur Medische Hulpverlening dient zijn aanvraag in bij de Minister van Volksgezondheid, via de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, hierna « de Administratie » genaamd.

Bij die aanvraag voegt hij de documenten waaruit blijkt dat zijn profiel overeenstemt met de bepalingen van artikel 6, § 1, 2° en 3°, van het koninklijk besluit van 2 februari 2007 tot bepaling van de functie van Directeur Medische Hulpverlening en het toepassingsgebied ervan, en ook zijn identificatienummer van het Rijksregister aan de hand waarvan de titels van de kandidaat kunnen worden geïdentificeerd in de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, bedoeld in artikel 35quaterdecies van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Art. 2. De Administratie gaat onmiddellijk na of het dossier volledig is en de ontbrekende stukken worden opgevraagd bij de kandidaat. Wanneer in dit geval de kandidaat niet reageert binnen de drie maanden, wordt het dossier afgesloten verklaard. De Administratie gaat ook direct na of de kandidaat voldoet aan de voorwaarde van artikel 6, § 1, 1°, van het bovenvermeld koninklijk besluit van 2 februari 2007 en of hij het recht heeft om zijn beroep in België uit te oefenen. Zo dit niet het geval is, wordt de kandidaat hiervan op de hoogte gebracht en het dossier wordt onmiddellijk afgesloten verklaard.

Art. 3. § 1. De Administratie legt het dossier voor advies voor aan de Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, hierna « de Commissie » genaamd en bedoeld in het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot oprichting van de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, van de provincie waar de kandidaat zijn beroep voornamelijk uitoefent of voornamelijk heeft uitgeoefend in een functie « mobiele urgentiegroep » of « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » van een ziekenhuis. Binnen 60 dagen brengt de Commissie, aan de hand van een door de Administratie bezorgd standaarddocument, een met redenen omkleed advies uit aan de Minister in verband met de ingediende kandidatuur. Indien de Commissie zijn advies niet binnen de voorgeschreven termijn uitbrengt, neemt de Minister een beslissing.
§ 2. Het met redenen omklede advies van de Commissie wordt gelijktijdig aan de kandidaat en aan de minister bezorgd. Indien het advies negatief is, beschikt de kandidaat over een termijn van 60 dagen om zijn dossier te vervolledigen vooraleer de Minister een definitieve beslissing neemt
Brussel, 5 januari 2009.
Mevr. L. ONKELINX



ALS U MOCHT KIEZEN ...

SI VOUS DEVIEZ NOUS CHOISIR ...



HAELVOET NV | L. BEKAERSTRAAT 8, B-8770 INGELMUNSTER
T +32 (0) 51 48 66 95 | F +32 (0) 48 73 19 | WWW.HAELVOET.BE

ZIEKENHUIS- EN RUSTHUISUITRUSTING | EQUIPEMENT HOSPITALIER - MAISON DE REPOS

Verlag en sferbeelden

Symposium Blankenberge

Geert Berden
Philippe fortain

Een bondig verlag van ons voorbije symposium:

In belangrijke mate presteren we binnen onze sector gemedicaliseerd interhospitaaltransport. Hieromtrent dient meer onderzoek en advies uitgevoerd, meer specifiek opgeleidde en ervaren teams dienen voor deze ingezet.

In stijgende mate worden spoedgevallendiensten geconfronteerd met psychiatrische problematiek. Hiervoor dienen infrastructuur en opleiding specifiek aangepast.

Binnen een aantal settings worden we als hulpverleners soms geconfronteerd met erg complexe en minder courante situaties van intoxicaties (bvb in de geriatrie). Het antidotabeleid binnen onze diensten (MUG en ziekenhuis) dient beter onder de loep genomen en uitgewerkt. Per dienst dienen we beter de risico's in onze sector te inventariseren en op deze te anticiperen.

Verpleegkunde is duidelijk een erg stresserend beroep.

De spoedgevallenverpleegkundige (BBT) is daarbij extra belast (ingrijpende en belastende incidenten, shiftbelasting (late, nachten), extra opleiding, negatieve stress).

Naast sociaal vangnet (niet in het minst op de werkvloer), performante leiding, vormt de verlonings-erkenning bij deze een niet te onderschatten factor in de rand om hieraan tegemoet te komen...

Nitraten, Cedocard mogen eigenlijk niet (meer) systematisch gebruikt (dienen bij rechterventrikel-infarcten selectiever gebruikt) !

Er dient een duidelijker verantwoord beleid uitgewerkt inzake:

- thombolyse vs catheterisatie
- de gepastere diagnostiek van acute longembolen (nu te vaak gemist).

Ook voor spoedgevallendiensten zouden best volgende klinische paden beter uitgewerkt:

- thoracale pijn
- pijnstilling (narcose, curarisatie)

Datatransmissie 12-lead ecg 's concreter uitgewerkt voor pre en in -hospitaal beschikbaar..

Spoedgevallenpersoneel dient beter getraind in het herkennen en behandelen v ernstig zieke kinderen.

Het beleid pediatriesch intensieve zorgenbedden dient in ons land selectiever en beter gespreid uitgewerkt (actueel te sterk grootstedelijk geconcentreerd).

Verpleegkundigen op (dringende) ziekenwagens is een goede zaak.

De realisatie van staande orders dient verder uitgewerkt alsook de bijhorende financiering.

De overheid wenst dit structureler te onderbouwen en te stimuleren, de budgetten hiervoor blijven echter beperkt.

De extra teksten (eerdaags) beschikbaar op de website www.vvvs.be .



Van de bestuurstafel VVVS

Ook dit jaar werden op de bestuurs-2daagse van de VVVS een aantal belangrijke prioriteiten en werkpunten vastgelegd. Een bondig overzicht vindt U hieronder.

Accenten beleid Spoedgevallenverpleegkundigen 2009 VVVS vzw

Verpleegkundigen zien het bos regelmatig niet meer heel goed door de bomen. Procedures, staande orders, evidence based guidelines vs niet, referentietaken; wondzorg, reanimatie, opleiding, fixatie, hygiëne richtlijnen, klinische paden e.a. ...

Per verpleegafdeling dient een kwaliteitsondersteunend beleid beter gefaciliteerd.

Dit kan door extra uren te gunnen per afdeling, verschillende mogelijkheden kunnen gehanteerd: bvb verpleegkundige specialist(en) per afdeling, uitbouw van referentietaken bij verschillende afdelingsverpleegkundigen.

Dit hoort laagdrempelig bedside, intercollegiaal ondersteunend, direct praktisch ingevuld.

Hieromtrent zullen we trachten een aantal nieuwe initiatieven concreet te nemen.

De verpleegkundige opleiding (spoed):

De opleidingen verpleegkunde (spoed) dienen ontegensprekelijk te beantwoorden aan de Europese vereisten.

De inhoud opleiding BBT intensieve zorgen en spoedgevallenverpleegkunde dient minstens 250u aan spoed-items te bevatten.

Deze opleiding dient in Vlaanderen, net zoals in Wallonië, consequent gefinancierd door de verantwoordelijke overheid.

De opleiding verpleegkundige badge 100 dient in de opleiding BBT Spoed geïntegreerd.

Concreet dienen aantal items geïncorporeerd in zowel de basisopleiding als het bijscholingsprogramma

spoedgevallenverpleegkunde: reanimatie (ALS), trauma (ATLS), rampen, pediatrie, geriatrie e.a.. Actueel apart, te uitgebreid aangeboden (voor alle spoedgevallenverpleegkundigen) en daardoor moeilijke haalbare (ook in aantal

Spoedgevallen 2009, nr. 1

Dit najaar verlenen we onze medewerking aan het TNCC om in Vlaanderen een specifieke trauma-opleiding te organiseren (op voorwaarde van voldoende inschrijvingen).

Op dringende ziekenwagens dienen systematisch spoedgevallenverpleegkundige begeleiders aanwezig te zijn. De PIT-projecten dienen uitgebreid tot alle spoedgevallenverpleegkundige begeleide ziekenwagens, de naam PIT dient aangepast (verpleegkundigen zijn geen paramedici in België). Deze dringende ziekenwagendiensten dienen hospital related georganiseerd.

De spreiding en beschikbaarheid van MUGs dient onder de loep genomen waarbij kwaliteit, ervaring en opleiding genuanceerde accenten dienen te krijgen.

Niet dringende ziekenwagenopdrachten via het net 100 dienen gekanaliseerd naar ziekenwagens met begeleiders hulpverleners-ambulancier.

M.a.w. er dient **een genuanceerder beleid van de middelen Dringende Geneeskundige Hulp** bespoedigd.

Het is voor ons onaanvaardbaar dat een extra jaar studie, de strikte bepalingen naar opleiding voor de overgangsmatregeling hiervoor en de jobspecificaties en stress nog steeds niet extra verloond worden zoals logisch en belofte gedaan door divers politiek betrokkenen en verantwoordelijken !

Syndicaal wordt de beroepsgroep van verpleegkundigen in deze onvoldoende gesteund !

De verloning van de BBT dient spoedig en concreet gevaloriseerd !

De koers die we hiervoor verder gaan nemen zal kordater in optreden worden.

Er zal een in de toekomst een jaarlijks congres spoedgevallen aangeboden (het actueel 2-jaarlijks congres blijft een 2-daagse formule).

We onderzoeken de mogelijkheden om soortgelijke activiteiten in de toekomst centraler te organiseren in Vlaanderen (driehoek Aalst, Antwerpen, Leuven).

Na de voorbije studiedag hoofdverpleegkundigen spoedgevallen

Wallonië zal in juni een gezamenlijke studiedag aangeboden met de Nederlandse collega 's.

Onze website wordt volop in een nieuw jasje gestoken... www.vvvs.be.

We trachten ons tijdschrift spoedgevallen terug vier maal per jaar aan te bieden.

Door Lauwaert zal de voorzittersfakkel van onze inmiddels gepensioneerde Marc Weeghmans overnemen (die actief blijft als bestuurslid en erevoorzitter). Christian Gillot zal Door opvolgen als ondervoorzitter.

Agenda Internationaal



3rd Scandinavian Update 2009
on trauma, resuscitation and emergency medicine

April 23rd - 25th, 2009

Clarion Hotel Stavanger
Stavanger, Norway



16th World Congress on Disaster and Emergency Medicine

May 12th - 15th, 2009

Victoria Conference Centre
Victoria, British Columbia, Canada

Royal College of Nursing

*RCN Critical Care Forum
Annual Conference & Exhibition
The future shape of critical care*

June 12th - 13th, 2009

RCN Headquarters, London
London, England, United Kingdom



European Society of Paediatric & Neonatal Intensive Care
20th ESPNIC Medical & Nursing Annual Congress 2009
Caring without borders

June 14th - 17th, 2009

Veronafiere Congress Centre
Verona, Italy



International Symposium on Critical Bleeding

August 24th & 25th, 2009

Moltkes Palace
Copenhagen, Denmark



The European Society for Emergency Medicine [EuSEM]
The American Academy of Emergency Medicine [AAEM]
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [SEMES]

The Fifth Mediterranean
Emergency Medicine Congress (MEMC V)

September 14th - 17th, 2009

Valencia, Spain



European
Resuscitation
Council

2-3 October 2009

Scientific Symposium
Education

European Resuscitation Council
Resuscitation 2009
Scientific Symposium on Education

October 2nd & 3rd, 2009

Cologne, Germany



Federal Armed Forces Medical Centre, Ulm
International Trauma Anesthesia & Critical Care Society

TraumaCare 2009
22nd International Symposium on Trauma Care

October 2nd - 4th, 2009

Ulm, Germany

TM
Tegaderm

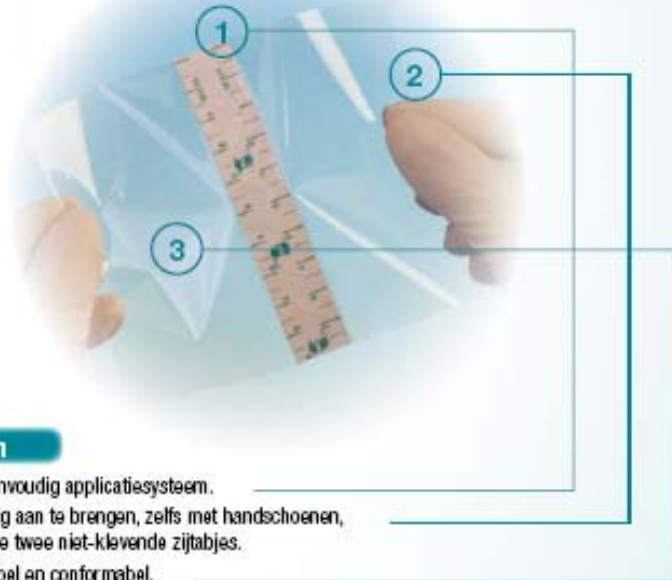
3M™ Tegaderm™ Roll

Flexibiliteit op maat



Nieuw !
Bestaat nu ook op 2 m (10 cm breedte)

3M™ Tegaderm™ Roll is de niet-steriele versie van 3M™ Tegaderm™ transparante film en combineert alle eigenschappen van een filmverband met de flexibiliteit van een rol.



Voordelen

- ① Uniek eenvoudig applicatiesysteem.
- ② Eenvoudig aan te brengen, zelfs met handschoenen, dankzij de twee niet-klevende zijtabjes.
- ③ Heel soepel en conformabel.

Toepassingen

- Bescherming van de risicovolle huid tegen wrijving en lichaamsvloeistoffen.
- Waterbestendige fixatie van primaire dressings zoals kompressen, alginaten en schuimverbanden.
- Fixatie van slangen en tubes.

3M Tegaderm Roll bestaat in vier afmetingen: 5 cm, 10 cm en 15 cm telkens op 10 m en 10 cm op 2 m.

Voor inlichtingen : 3M Belgium N.V. - Afdeling Health Care
Hermeslaan 7 - 1831 Diegem - Tel: 02 722 53 51 - Fax: 02 722 50 13 - www.3m.be/healthcare

3M