

# SPOEDGEVALLEN



**Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen  
Spoedgevallenzorg vzw.**

Driemaandelijks Tijdschrift

Jaargang 2009 - 28  
Nr. 2

# 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](mailto:secretaris@vvvs.be)

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

## INHOUD

Redactioneel

Koolstofmonoxide :“an unclear and present danger”  
*Dr. Kurt Anseeuw* pa 5

De Vraagbaak  
*Dr R Beckers*  
*D Lauwaert* pa 9

Nederland: Verpleegkundig specialist nu officieel beroep pa 11

Nieuwe ziekenwagen 100 St-Truiden  
*Geert Berden* pa 12

Wat leeft er in de wetstraat? pa 14

Verslag CONGRES AFIU 2009  
*Marc Van Bouwelen* pa 16

Van de bestuurstafel VVVS pa 20

Agenda pa 21

# Redactioneel

Waarde Lezers,

Het blijft, en reeds gedurende enkele jaren, een blijvende uitdaging om steeds weer een tijdschrift met relevante interessante informatie gevuld te krijgen. Desondanks slagen enkele idealisten er steeds weer in om deze taak toch tot een goed einde te brengen. Maar we moeten toch toegeven dat het niet altijd even gemakkelijk gaat om voldoende materiaal te vinden. Daarom ook komt dit nummer met enige maanden vertraging uit. Onze oprechte excuses hiervoor. We beloven echter dat de 2 volgende nummers nog voor het einde van dit jaar verschijnen.

Jullie vinden hieronder ook reeds de eerste aankondiging van ons symposium op 11 februari 2010. Vanaf volgend jaar zullen we immers een jaarlijks symposium organiseren. In het volgende nummer volgt het volledige programma.

Veel leesgenot.  
*Door Lauwaert*



**Jaarsymposium VVVS**



**WAT NU WEER ???**

**“BIJZONDERE URGENTIES”**

**11 februari 2010  
Floreal Blankenberge**

Update pediatrie - Sportongevallen - Abdominale problemen  
Mug-interventies in speciale omstandigheden

Workshop omgaan met moeilijke .....  
Demo-introductie TNCC

# Koolstofmonoxide : "an unclear and present danger"

Dr. Kurt Anseeuw  
Med. Afdelingshoofd Spoedgevallen  
ZNA Stuivenberg, Antwerpen

## 1. Inleiding

Koolstofmonoxide (CO) blijft nog altijd slachtoffers eisen in onze "moderne" maatschappij en dit uit alle bevolkings- en leeftijdsgroepen. Jaarlijks worden er in België een paar duizend personen slachtoffer van een CO-intoxicatie, resulterend in zware socio-economische kost door morbiditeit en mortaliteit. De jaarlijkse mortaliteit in België door CO-intoxicaties bedraagt een paar tientallen overlijdens. CO is in België de dodelijkste intoxicatie.

Binnen het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen is een zorgplan voor deze vergiftiging uitgewerkt.

Om een kwalitatief hoogstaande zorg te verlenen aan deze patiëntengroep was er nood aan een **multi- en interdisciplinaire** aanpak: niet alleen artsen, maar ook verpleegkundigen, sociale werkers, thuiszorg, ... Vanuit onze spoedgevallendiensten ontstond zo een multidisciplinair team bestaande uit artsen uit de disciplines anesthesie, pediatrie, neurologie, neus-keel-oor, gynaecologie, intensieve zorgen, aangevuld met gespecialiseerde intensieve zorgen- en spoedgevallenverpleegkundigen. Het instrument dat in deze aanpak gehanteerd werd, was het kwaliteitsconcept van de Klinische paden.

De aanpassing van het zorgproces resulteerde in een gestructureerd en gestandaardiseerd zorgpakket (diagnostiek, behandeling, follow-up). Het werd een vrij stringent zorgproces, maar toch voldoende flexibel om individuele fine-tuning toe te laten. Een nieuwigheid is ook dat er ruimte werd gelaten voor een systematische lange termijnpvolgving van de pediatrie (en foetale) slachtoffers door het medisch-verpleegkundig team van het ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis.

Met enige trots stelt het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA) het eerste klinisch pad CO-intoxicaties in België en Nederland voor. Dit klinisch pad CO-intoxicaties waarin een aantal

multi- en interdisciplinaire aanbevelingen geformuleerd werden voor een goede medische praktijkvoering wordt nu gebruikt in de erkende spoedgevallendiensten van ZNA (ZNA Stuivenberg, Antwerpen; ZNA St-Erasmus, Borgerhout; ZNA Middelheim, Antwerpen en ZNA Jan Palfijn, Merksem) samen met het Centrum voor Hyperbare Zuurstoftherapie (ZNA Stuivenberg, Antwerpen).

## 2. CO-intoxicatie: an unclear danger

Koolstofmonoxide komt vrij bij de onvolledige verbranding van fossiele brandstoffen zoals steenkool, gas, aardolie, hout ... Een onvolledige verbranding kan ontstaan door te weinig aanvoer van zuurstof enerzijds of door een slechte afvoer van verbrandingsgassen anderzijds. Bij alle huishoudtoestellen met een vlam is er gevaar voor CO-vergiftiging. Gasgeisers aangesloten op een bad of douche zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de CO-vergiftigingen. CO wordt eveneens aangetroffen in sigarettenrook en in de uitlaatgassen van motorvoertuigen. Een laatste, weinig frequente, bron van CO-intoxicatie is de inademing van methyleenchloride, een gas gebruikt in de industrie. Methyleenchloride wordt in het menselijk lichaam gemetaboliseerd tot CO en CO<sub>2</sub>.

De klinische symptomen van een acute CO-intoxicatie zijn eerder specifiek (hoofdpijn, misselijkheid, braken, vermoeidheid, duizeligheid, syncope, ...). Bij dergelijke specifieke symptomen wordt heel vaak gedacht aan een banaal viraal syndroom in plaats van aan een potentieel levensbedreigende intoxicatie. Bijkomend probleem is dat de prevalentie van CO-intoxicatie groter is tijdens de wintermaanden, net als de prevalentie van virale infecties. Een mogelijk middel om de differentiaaldiagnose te maken is het ontbreken van koorts en infectieuze parameters bij CO-intoxicaties.

## 3. CO-intoxicatie: a present danger

CO heeft een toxische invloed op het menselijk organisme via verschillende mechanismen. De affiniteit van CO voor hemoglobine is 250 keer groter dan die van zuurstof. Hierdoor zal er een competitieve inhibitie ontstaan tussen CO en zuurstof ter hoogte van de bindingsplaatsen van het hemoglobine. Er zal meer CO gebonden worden dan zuurstof waardoor er minder zuurstof getransporteerd zal worden door het bloed. Door de binding van CO op hemoglobine zal er een linksverschuiving optreden van de zuurstofdissociatiecurve en tevens neemt deze een hyperbole vorm aan. Hierdoor zal de zuurstof ter hoogte van de weefsels veel minder worden afgegeven dan in normale omstandigheden. Een tweede reden van toxiciteit is dat CO rechtstreeks histotoxische schade veroorzaakt door te binden aan myoglobine en cytochroom oxidase, met een inhibitie van de Krebscyclus tot gevolg. De andere redenen van toxiciteit zijn: de vorming van NO, release van cytokines, endotheeldysfunctie, ...

Kinderen zijn gevoeliger voor de toxische effecten van CO dan volwassenen omdat ze een sneller metabolisme, een relatief hoger respiratoir minuutvolume en kleinere bloedvolumes hebben. Bij zwangeren zijn er naast de maternale toxiciteit ook effecten ter hoogte van de foetus. De toxische effecten ter hoogte van de foetus resulteren in een verhoogde mortaliteit en morbiditeit. Over de lange termijn effecten van CO-intoxicaties op kinderen en foetussen is momenteel nog weinig onderzoek verricht.

Op lange termijn zijn er blijvende letsels mogelijk van een CO-intoxicatie: psychose, concentratiestoornissen, geheugenstoornissen, ... Tien tot dertig procent van de patiënten ontwikkelt een delayed onset neuropsychiatric syndrome (vertraagd neuropsychiatrisch syndroom). Dit syndroom kan optreden van enkele dagen tot enkele maanden na blootstelling. Het wordt gekenmerkt door cognitieve stoornissen, persoonlijkheidsveranderingen, depressie, concentratiestoornissen en een Parkinson-like beeld. Het exacte mechanisme van toxiciteit is tot op heden onduidelijk. Bij de merendeel van de patiënten recupereert dit meestal volledig in de loop van een jaar. Een behandeling met hyperbare zuurstof zou hier een protectief effect bieden.

#### 4. Behandeling

De eerste handeling bij alle intoxicaties is het stoppen van de blootstelling. Ook bij CO-intoxicaties is dit zo en wordt het slachtoffer zo snel mogelijk van de bron verwijderd.

Spoeedgevallen 2009, nr. 2

Belangrijk hierbij is om de veiligheid van de hulpverleners niet uit het oog te verliezen.

Omwille van het toxiciteitsmechanisme wordt er zo snel mogelijk gestart met de toediening van het antidotum: zuurstof. Initieel met een non-rebreathing masker aan 10 à 15 liter per minuut. Zuurstof zal een competitieve binding aangaan met CO ter hoogte van hemoglobine, myoglobine en cytochroom oxidase.

Er wordt zo snel mogelijk een staging gedaan van de graad van toxiciteit, door het uitvoeren van een uitgebreid klinisch onderzoek, een ECG en een uitgebreide bloedname. Aan de hand hiervan wordt er beslist tot een transfer naar een centrum voor hyperbare zuurstoftherapie.

Bij de hyperbare zuurstoftherapie is het therapeutisch agent de zuurstof en de hyperbare zuurstofkamer is het middel waarmee de zuurstof wordt toegediend. Door de hogere zuurstofspanning zal er meer zuurstof oplossen in het bloed en wordt de carboxy-hemoglobine sneller gedissocieerd, net als de afscheiding van CO van myoglobine en cytochroom oxidase. De feitelijke behandeling gebeurt aan 2.5 ATA (atmosfeer) en duurt 70 minuten.

De indicaties voor doorverwijzing naar een centrum voor hyperbare zuurstoftherapie zijn:

1. Elke objectieveerbare neurologische afwijking/abnormale neurologische symptomen of (korte) bewustzijnsdaling
2. Cerebellair syndroom
3. Angor en/of ECG-veranderingen
4. Zwangeren (ook zonder symptomen)
5. Kind < 10 jaar (ook zonder symptomen)
6. Metabole acidose (lactaat)
7. Carboxy-hemoglobine > 25%

Natuurlijk moet er een bewezen blootstelling aan CO zijn. De blootstelling kan bewezen worden door een bepaling van carboxyhemoglobine in het bloed, een bepaling van CO in de uitgeademde lucht of een bepaling van CO in de omgevingslucht. Hierbij moet wel vermeld worden dat er een slechte correlatie is tussen de ernst van de intoxicatie en de dosage carboxy-hemoglobine.

Indien het slachtoffer niet voldoet aan deze criteria is een doorverwijzing niet relevant en wordt verder normobare zuurstoftherapie toegediend gedurende 2 uur. Na een herevaluatie van de symptomen kan deze therapie verlengd worden met 8 uur extra

normobare zuurstoftherapie. Als een patiënt dan nog onvoldoende hersteld is, wordt de patiënt opgenomen in het ziekenhuis. Een tweede mogelijke reden van behandeling met normobare zuurstof is als de patiënt contra-indicaties vertoont voor hyperbare zuurstoftherapie: onbehandelde pneumothorax of aanwezigheid van longbullae.

Na de behandeling met zuurstof wordt de patiënt voor een korte periode gehospitaliseerd voor een cardiale en neurologische observatie. Kinderen worden systematisch doorgestuurd naar de dienst neuropediatrie van het Paola Kinderziekenhuis. Zwangeren onder de 28 weken worden gewoon gehospitaliseerd in het acuut ziekenhuis en nadien doorverwezen naar hun gynaecoloog op raadpleging. Zwangeren boven de 28 weken worden gehospitaliseerd op de materniteit voor cardiotocografie en verdere opvolging door de gynaecoloog en vroedvrouw.

Na ontslag gebeurt er een systematische korte- en lange termijnopvolging van deze slachtoffers.

## 5. Specifieke aandachtspunten

Er bestaat binnen de gemeenschap een grote aandacht voor CO en de gevolgen ervan. Niettegenstaande tal van media- en informatiecampagnes worden bepaalde doelgroepen niet bereikt: kansarmen, bejaarden, allochtonen, kinderen, ...

Het spoedgevallenteam heeft hier een soort van signaalfunctie. Zij kunnen inschatten of de slachtoffers tot een doelgroep behoren of niet. Tevens zijn ze perfect geplaatst om de slachtoffers in te lichten over CO en over de te nemen preventie maatregelen. Ook de sociale dienst kan zo nodig ingeschakeld worden. Een bijkomende meerwaarde van

spoedgevallenverpleegkundigen en - artsen is dat zij vaak bijkomende informatie kunnen geven over de woon- en leefomstandigheden van de slachtoffers: een woning die in slechte staat verkeert, heeft meestal slecht onderhouden (water)verwarmingsinstallaties en/of rookafvoerkanalen.

Alle patiënten die slachtoffer werden van een CO-intoxicatie moeten primaire en secundaire preventietips meekrijgen: raadgevingen voor een goede verluchting van de woning, een goede werking en onderhoud van verwarmingsinstallaties tot zelfs juridisch advies met nuttige telefoonnummers voor huurder en eigenaar. Daarnaast worden eveneens de noodzakelijke aanvragen voor inspectie van de woning worden meegegeven.

## 6. Besluit

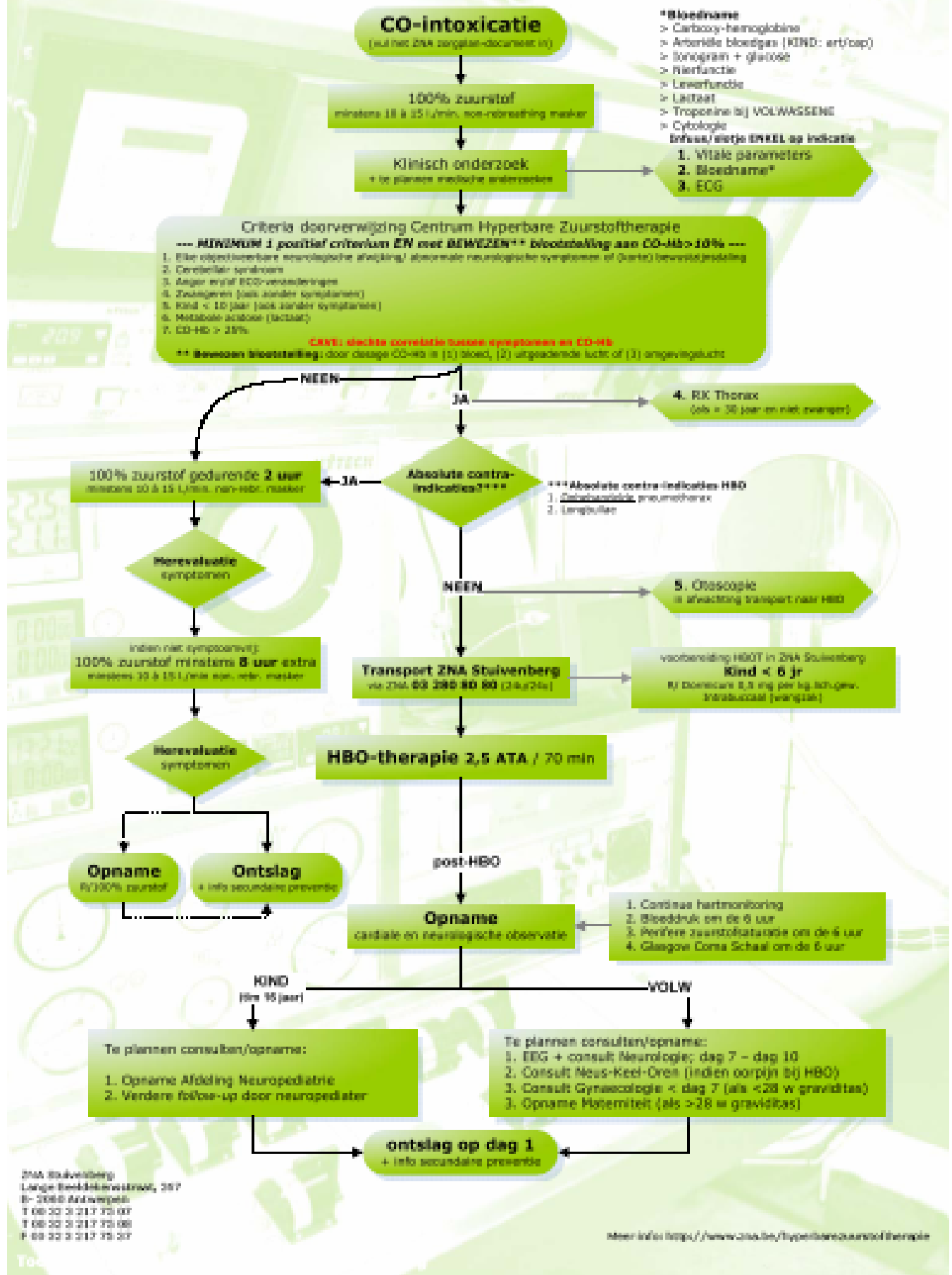
Koolstofmonoxide-vergiftiging is nog steeds een vaak voorkomende vergiftiging, met een hoge mortaliteit en morbiditeit. Er bestaat een efficiënte behandeling voor, zowel voor de primaire behandeling als voor de laattijdige gevolgen. Binnen ZNA Antwerpen is een breed zorgplan voor de opvang van deze patiënten ontwikkeld.

Na het verspreiden van dit zorgplan heeft de vzw Achobel (Advisory Committee for Hyperbaric Oxygen in Belgium) eveneens een herziening van hun adviezen omtrent indicaties en therapie voor hyperbare zuurstoftoediening doorgevoerd. Gelukkig delen beiden dezelfde visie op de problematiek omtrent koolstofmonoxide-vergiftiging.

*Voor bijkomende informatie of vragen over het zorgplan CO-intoxicatie kan contact genomen worden met de auteur via spoedgevallendienst ZNA Stuivenberg ([Kurt.Anseeuw@zna.be](mailto:Kurt.Anseeuw@zna.be)).*

# Zorgplan CO-intoxicaties

Multi- en interdisciplinaire aanbevelingen voor een goede medische praktijkvoering



Vernieuwde website

# www.vvvs.be

## De Vraagbaak

Dr R Beckers  
D Lauwaert  
Spoedgevallendienst UZ Brussel

Vraag 1:

Een 45-jarige dame wordt op de Spoedgevallendienst binnengebracht met abdominale pijn en braakneigingen. Welke van de volgende laboresultaten wijzen op een mogelijke pancreatitis.

- A: Amylase: 900 U/L
- B: Lipase: 20 U/L
- C: Ureum 10 mg/dl
- D: LDH: 200 U/L

Vraag 2:

De I.V. toediening van Ringer Lactaat moet nauwkeurig opgevolgd worden bij patiënten met de volgende pathologie:

- A: trauma
- B: leveraandoening
- C: acidose
- D: sepsis

Vraag 3:

Bij ontslag vanop de Spoedgevallendienst krijgt de patiënt met een uretersteen als ontslaginformatie mee:

- A: eet geen chocolade
- B: drink veel thee
- C: drink weinig water
- D: drink veel melk

Vraag 4:

De interventie met de hoogste prioriteit bij een drenkeling is:

- A: het water uit de longen te verwijderen
- B: de preventie van hypothermie
- C: de correctie van de hypoxie
- D: de correctie van de metabole acidose

Vraag 5:

Een patiënt met een traumatisch hersenletsel wordt op de Spoedgevallendienst binnengebracht. Hij krijgt zuurstof via een non-rebreathing masker en hij heeft een IV-toegangsweg. Welke van de volgende bevindingen in de acute fase wijzen op een noodzakelijke dringende interventie?

- A: vochtverlies uit het rechter oor
- B: een systolische bloeddruk van 100 mm Hg
- C: een SaO<sub>2</sub> van 95 %
- D: een GCS van 7

## Antwoorden:

### Vraag 1: A

De amylasewaarden bij patiënten met een acute pancreatitis zijn verhoogd. De waarden zijn soms ook verhoogd bij bof. De normale waarde ligt tussen 60 en 180 U/L. De lipasewaarden bij patiënten met een pancreatitis zijn meestal hoger dan 280 U/L. De ureumwaarden zijn meestal verhoogd (> 20 mg/dl) en blijven verhoogd ook na correctie van het vochtdeficit. LDH kan verhoogd zijn (> 350 U/L) bij biliaire obstructie en pancreatitis.

### Vraag 2: B

Patiënten met een leveraandoening kunnen lactaat (melkzuur) moeilijk metaboliseren. Traumapatiënten hebben isotonische oplossingen nodig (zoals R.L.) om zo hun circulerend volume te vergroten. Patiënten met alkalose kunnen gelimiteerde dosissen R.L. toegediend krijgen (buffer). Patiënten die septisch zijn, kunnen een distributieve shock ontwikkelen wegens de toxines afkomstig van de bacterie.

### Vraag 3: A

Patiënten met een uretersteen moeten vermijden: chocolade, rabarber, spinazie, cacao, oploskoffie, thee en grote hoeveelheden melk. Zij moeten

aangemoedigd worden om water te drinken om op die manier de steen uit te wassen.

### Vraag 4: C

De preventie en de correctie van de hypoxie heeft de hoogste prioriteit. Schade thv het surfactant ten gevolge van zowel zoet als zout water kan leiden tot ernstige ventilatie- en perfusieproblemen. Pogingen om het water uit de longen te verwijderen zijn niet effectief en vertragen de resuscitatie. Hypothermie en metabole acidose kunnen eveneens voorkomen. De correctie van de hypoxie zal bijdragen tot de correctie van de acidose.

### Vraag 5: D

Zoals bij alle traumapatiënten is het doel van een initiële resuscitatie bij een patiënt met een traumatisch hersenletsel een effectieve ademweg te bewaren, de SaO<sub>2</sub> boven de 90 % en de systolische bloeddruk boven de 90 mm Hg te houden. Traumapatiënten met een GCS < dan 8 à 9 moeten snel geintubeerd worden. Vochtverlies uit het oor moet in een secundair onderzoek nagekeken worden nadat de ademweg, de ademhaling en de circulatie gevrijwaard zijn.



Vernieuwde website VVU: [www.vlaamseverpleegunie.be](http://www.vlaamseverpleegunie.be)

# Nederland: Verpleegkundig specialist nu officieel beroep

10 februari 2009

**Nederland heeft er een nieuwe zorgprofessional bij: de verpleegkundig specialist met een erkende, wettelijk beschermde titel.**



Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met een erkende, specifieke masteropleiding en ervaring op het niveau van expert, die individueel en zelfstandig patiënten behandelt. Op 26 maart 2009 heet minister Klink de eerste verpleegkundig specialisten in Nederland welkom op het ministerie van VWS.

## Behandelrelatie

Verpleegkundig specialisten staan met één been in de verpleegkundige en met het andere in de medische wereld. Naast de vier hoofdtaken van een verpleegkundige - het bevorderen van gezondheid, het voorkomen van ziekten, het herstellen van gezondheid en het verlichten van het lijden - richt een verpleegkundig specialist zich op de ziekte zelf, binnen het eigen deskundigheidsgebied. Een verpleegkundig specialist heeft een behandelrelatie met patiënten, is verantwoordelijk voor de werkzaamheden die zij daarbinnen verricht en legt indien nodig verantwoording af aan collega's, artsen en leidinggevenden.

Vier verpleegkundig specialismen  
Minister Klink heeft de volgende  
verpleegkundig specialismen erkend:

- Preventieve zorg bij somatische aandoeningen
- Acute zorg bij somatische aandoeningen
- Intensieve zorg bij somatische aandoeningen
- Chronische zorg bij somatische aandoeningen

## Achtergrond

De afgelopen jaren kregen artsen steeds minder tijd voor de patiënt, door de groeiende vraag naar medische zorg. Daarom hebben verpleegkundigen (veelal nurse practitioners) taken van artsen overgenomen. Deze herschikking van taken biedt verpleegkundigen nieuw loopbaanperspectief. Om bij een groeiende vraag aan zorg de kosten in de hand te houden en de kwaliteit van zorg verder te verbeteren, bleek het noodzakelijk om cure en care meer op elkaar af te stemmen. Daardoor ontstond de functie Verpleegkundig Specialist.

## Hoe werkt het?

Je komt in aanmerking voor inschrijving in het Register Verpleegkundig Specialisten, wanneer je voldoet aan de competenties uit het Competentieprofiel Verpleegkundig Specialist. De opleiding Master Advanced Nursing Practice (nurse practitioner) beoordeelt of je inderdaad voldoet aan die competenties en geven het bewijs af dat je over de noodzakelijke competenties beschikt. Met dit bewijs én het getuigschrift van de opleiding, kun je je laten registreren.

Meer informatie vind je op de website [www.verpleegkundigspecialismen.nl](http://www.verpleegkundigspecialismen.nl).

# Nieuwe ziekenwagens 100 St-Truiden

Geert Berden  
HVPK Spoedgevallendienst  
St Trudoziekenhuis

In St-Truiden neemt het ziekenhuis voor de dienst 100 een nieuwe ziekenwagen in gebruik.

Het gaat hierbij om een Mercedes-Benz Sprinter 315 CDI / 3.5, een type Diesel die aangedreven is met een automaat (voorzien van elektronische stabilisatie).

Kostenplaatje: ongeveer 105.000€ Btw in (hetgeen voor de nieuwe generatie ziekenwagens nog prijsgunstig blijkt...).

Bij de inrichting en uitrusting van deze ziekenwagen werd voornamelijk rekening gehouden met volgende punten:

- de Europese Wetgeving
- het comfort van de patiënt
- de veiligheid van onze medewerkers

De wagen voldoet aan de Europese regelgeving ter zake, norm C-voertuigen (betreft de hoogste norm voor ziekenwagens in Europa, het type ziekenwagens waarbij gemedicaliseerd vervoer kan gebeuren).

Er werd bewust gekozen voor een niet container versie: gezien betere veiligheid / stabiliteit, geen technische en inzetproblemen voor andere dan B rijbewijs en vanuit prijsbewustzijn.

Aan de buitenzijde is de wagen opvallend goed zichtbaar door de stevig opvallende signalisatielichten (dubbele zwaibalk bovenaan, blauwe LED-fliters vooraan (voorzijde en op de (elektrisch verwarmde) buitenspiegels en witte LED-fliters in koplampen) en duidelijk hoorbare sirene (aangebracht aan de voorzijde, achter de voorste bumper) (bediening).

Naast de zijdelingse werkverlichting werd een zoeklicht geplaatst aan de voorzijde (bewust verlaagd om de passage in beperkt hoge garageruimten niet bijkomend te bezwaren).

De striping is sober gehouden en beantwoord strikt aan de voorschriften 100.

In de stuurcel werden 2 comfortzetels geplaatst.

Het voertuig is natuurlijk voorzien v d nodige communicatie (Astrid en GSM) en navigatie (GPS Tomtom) -apparatuur.

Het voertuig is uitgerust met een fleetlog-systeem van Rauwers met gepersonaliseerde input (sleutels). Dit laat toe om positieve feedback te geven aan de individuele bestuurders en alzo het verkeersveiliger rijden te bevorderen.

Sensoren aan voorzijde en achterzijde (met weergave in de achteruitkijkspiegels) geven aan als men gevaarlijk dicht nadert bij een obstakel.

De stuurcel is uitgerust met volgende airbags en gordels:

- airbag chauffeur (met gordelspanners)
- airbag passagier (inkl. gordelspanner)
- thoraxbags voor Chauffeur-/ en bijrijdersstoel (in Windowbags voor chauffeur en passagier)
- 3-punts veiligheidsgordels op alle zitplaatsen
- Gordelspanners voor chauffeur en bijrijder(s) (+ schoudergordel-riem brancard)

De sanitaire cel is voorzien van een centrale zwevende brancardtafel (éénvoudige bediening) (type Stem).



Tegen de zijwand werden 2 comfortzetels geplaatst en ook aan het hoofdeinde werd een zetel voorzien (al wordt deze laatste bij voorkeur niet gebruikt tijdens het rijden).

In de sanitaire cel kunnen de inzittenden, aan de hand van de extra voorziene signaallichten, vooraf vernemen (visueel signaal) wanneer (en naar waar) er zal afgeweken van de rijrichting (tenminste als de bestuurder gebruik maakt van de gepaste knipperlichten...).

De courante uitrustingsmaterialen kunnen vlot meegenomen naar de plaats van interventie, zonder het personeel zich daarvoor in de sanitaire cel moet begeven (= tijds winst en ergonomie).

De sanitaire cel is tevens voorzien van een kleine frigo (voor opstart v hypothermie na recuscitatie).

Tijdens het rijden kan zowel 12V als 220V stroom gebruikt.

Aan de zijkant werd een extra opklapbaar instrumententafeltje voorzien.

Aan de beide zijkanten is de wagen voorzien van schuifdeuren.

Verwarming is ook voorzien in het type Webasto.

Bovendien is er airco voorzien zowel in de stuurcel als in de sanitaire cel.

Het werkblad tegen de scheidingswand stuurcel is zo ontworpen dat de materialenkoffer van de MUG hierop kan geplaatst en aanvullend gefixeerd.

Het voertuig is voorzien van alle noodzakelijk materialen zoals: rugplank volwassene (+ kind), vacuüm matras, lepelberrie, KED, spalken, stoelberrie (de levering v e nieuw type

met rupsbanden wordt afgewacht), brancardtafeltje, helmen, airbaghoes.

De zijdelingse instap-trap is er één van het mechanisch type.

Geen elektronisch gerotzooi mee hiermee... , pedaal drukken vr uitklappen en induwen (met voet) voor terug inklappen.



Na verplichte individuele training van het regelmatig uitrukpersoneel kan het voertuig also voor een hopelijk lange en veilige gebruiksperiode in gebruik genomen.



# Wat leeft er in de wetstraat?

**Publicatie : 2009-08-17**

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

## **2 JULI 2009. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de lijst van de paramedische beroepen**

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,  
Onze Groet.  
Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, artikel 22bis, ingevoegd bij de wet van 19 december 1990;  
Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 8 januari 2009 en 6 april 2009;  
Gelet op de adviezen nr. 46.049/3 en 46.599/3 van de Raad van State, respectievelijk gegeven op 24 februari 2009 en 26 mei 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;  
Op de voordracht van de Minister van Volksgezondheid,  
Hebben Wij besloten en besluiten Wij :  
Artikel 1. Worden aangeduid als paramedische beroepen die betrekking hebben op handelingen of prestaties bedoeld bij artikel 22 van het koninklijk besluit nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening

van de gezondheidszorgberoepen, de verrichtingen van de volgende technieken :  
1° apothekers-assistentie;  
2° audiologie;  
3° bandage, orthese en prothese;  
4° diëtetiek;  
5° ergotherapie;  
6° laboratorium en biotechnologie, en menselijke erfelijkheidstechniek;  
7° logopedie;  
8° orthoptie;  
9° podologie;  
10° medische beeldvorming.  
11° vervoer van patiënten, met uitsluiting van het vervoer van de personen bedoeld in artikel 1 van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening.  
Art. 2. De Minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.  
Brussel, 2 juli 2009.  
ALBERT  
Van Koningswege :  
De Minister van Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONKELINX

**Publicatie : 2009-08-21**

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

## **9 JULI 2009. - Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 29 september 2008 tot vaststelling van de vergoeding voor wachtrol voor de functie van Directeur Medische Hulpverlening**

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  
Spoedgevallen 2009, nr. 2

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 8;  
Gelet op het ministerieel besluit van 29 september 2008 tot vaststelling van de vergoeding voor wachtrol voor de functie van Directeur Medische Hulpverlening;  
Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 20 februari 2009 en 11 maart 2009;  
Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 21 april 2009;  
Gelet op het advies nr. 46.729/3 van de Raad

van State, gegeven op 16 juni 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,  
Besluit :  
Enig artikel. In artikel 1, § 1, van het ministerieel besluit van 29 september 2008 tot vaststelling van de vergoeding voor wachtrol voor de functie van Directeur Medische Hulpverlening, worden de woorden « 60 EUR » vervangen door de woorden « 100 EUR ».  
Brussel, 9 juli 2009.  
Mevr. L. ONKELINX

**Publicatie : 2009-09-09**

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

**30 MAART 2009. - Ministeriële omzendbrief NPU-2 betreffende het algemeen nood- en interventieplan van de Provinciegouverneur**

**30 MAART 2009. - Ministeriële omzendbrief NPU-4 betreffende de disciplines**

## Nieuws

### Voorstelling nieuwe PIT-projecten

- UZ Brussel
- AZ Lokeren
- H Hartziekenhuis Mol
- Ziekenhuis Malmédy
- ziekenhuis Marche
- Ziekenhuis Namen

### Voorstelling PIT – P projecten

- St Pietersziekenhuis Brussel
- AZ ST Jan Brugge
- Ziekenhuis Libramont

# Verslag

## CONGRES AFIU 2009

Marc Van Bouwelen  
Spoedverpleegk., docent

De Franstalige spoedverpleegkundigen van de AFIU hielden op 19 maart II. hun jaarlijks congres in het cultureel centrum La Marlagne, bij Namur.

In dit verzorgde kader herkozen de leden hun bestuur (met versterking van enkele nieuwkomers). Zoals gebruikelijk werd ook de inwendige mens goed verzorgd. Uitwisseling was er door de aanwezigheid van verpleegkundigen uit Quebec, terwijl P. Fortain van de VVVS mee optrad als dagvoorzitter.

Inhoudelijk kwamen uiteenlopende onderwerpen aan bod.

### Spoedbevallingen en kinderen

De voormiddag bracht zorgen aan pasgeborenen en kinderen. Vroedvrouw C. Marion wees voor de spoedbevalling op het klaarnemen van het elementair materiaal, waaronder afdekking voor de baby en indien mogelijk 1 amp. Syntocinon°. Toediening daarvan vermindert het risico op postpartum bloedingen en is aangeraden wanneer mogelijk/toegelaten ter plaatse. De pasgeborene wordt op de buik van de moeder gelegd, gedroogd en toegedekt. Bedekken van het hoofdje (bijv. met een jersey) is belangrijk omdat de baby langs daar veel warmte verliest. De verpleegkundige bepaalt de Apgarscore na 1, 5 en 10 minuten. Na geboorte van de placenta helpt uitwendig masseren van de baarmoeder om bloedingen te voorkomen, of starten van borstvoeding als de moeder dat wil. Bij bloeding kan plaatsen van een blaassonde al helpen als eerste maatregel.

Dr. S. Redant (HUDERF) besprak acute ademproblemen bij kinderen. Een goede observatie kijkt naar frequentie, regelmaat, ademarheid, volume en huidskleur. Een uitgeput, geagiteerd kind met cyanose dat niet opklaart met zuurstof is aan het decompenseren ook als de bloedgassen nog aanvaardbaar zijn. Dyspnee en trekking van de hulpademspieren vraagt zuurstof, bij uitputting en apnee moeten we de ventilatie

ondersteunen. Het wegvallen van de ademinspanning met verminderde stridor en veranderend bewustzijn, cyanose of extreme bleekheid wijst op een onmiddellijk dreigende ademstilstand. Prioriteit is steeds het geven van zuurstof, best in comfortabele houding (op de schoot van de ouders).

De 5 grote syndromen die ademproblemen geven bij kinderen, zijn asthma met vaak woelige, geagiteerde patiëntjes die geen sedatie nodig hebben maar zuurstof en aërosol. Dan bronchiolitis, vaak veroorzaakt door RSV, die eerst aangepakt wordt met bevochtigde zuurstof. Valse "croup" (laryngitis) treedt op tot 4 jaar met een typische nachtelijke aanval van ademnood en hypoxie. Ook hier bevochtigde zuurstof en mogelijk een aërosol met adrenaline. Een vreemd voorwerp dat luchtwegen blokkeert is te verwachten bij plotse hinder tijdens spel of eten. Epiglottitis komt voor tussen 2 en 6 jaar en toont een ziek kind met hoge koorts en ademnood, dat weinig spreekt en zelfs zijn speeksel niet inslikt. Ook hier bevochtigde zuurstof in een comfortabele houding. Gezien de zwelling de glottis bijna volledig kan toedrukken, moet intubatie gebeuren door iemand die het kan, na enkele minuten oxygenatie aan 100 %, en met eventueel druk op de borstkas (de uitkomende luchtbel zet soms de larynx genoeg open om visualisatie van de opening en intubatie mogelijk te maken). Materiaal voor cricothyrotomie moet klaarliggen. Door de mogelijkheid van epiglottitis mag bij een kind met ademhalings- en keelproblemen nooit in de keel gekeken worden en mag nooit iets in de keel gestoken worden : door de prikkeling kan de glottis zodanig plots opzwellen dat de luchtweg snel en volledig geblokkeerd wordt.

De spreker rondde af met een overzicht van de literatuur over prehospital intubatie van kinderen. Allicht door het zeldzame voorkomen hebben hulpverleners weinig ervaring. Er is geen meerwaarde bewezen van intubatie voor overleving of neurologische outcome. Buiten het ziekenhuis blijkt

ballonbeademing de beste optie, tot het patiëntje in een veilige en ervaren omgeving kan geïntubeerd worden.

### **Pediatriesch trauma**

F. Tits overliep als pediatriesch verpleegkundige (HUDERF) de specifieke traumatologie bij kinderen. Overlijden is te wijten aan 3 factoren : hypoxie, massieve bloeding en hersenletsel. Bij kinderen kan niet teveel zuurstof gegeven worden. (Citaat : "ik ben in mijn carrière nog geen kinderen met COPD tegengekomen"...). Probeer bij twijfel te beademen, een kind dat het niet nodig heeft zal zich ertegen verzetten. Ook deze spreker benadrukte : een kind sterft niet omdat het niet geïntubeerd is, maar omdat het niet geventileerd is. Massale bloeding toont zich eerder door tachycardie met vermindering van de capillaire refill en de bewustzijnstoestand, dan door bloeddrukdaling. Opvullen gebeurt niet louter op basis van de parameters maar wanneer het klinisch nodig is. De eerste keuze is 20 ml/kg van een kristalloïd oplossing. Hersenletsel is de doodsoorzaak bij 75 % van de polytraumata. Naast de onmiddellijk fatale letsels zijn er de letsels door hypoxie en hypoperfusie. Voor inschatting is de WAPASchaal (Engels : AVPU, Awake-Verbal-Pain reaction-Unresponsive) vlotter en beter dan een slecht aangepaste of ingevulde Glasgow comaschaal.

Opvang gebeurt volgens een AcBCDE-schema. Voor cervicale immobilisatie en immobilisatie van lidmaatletsels werkt het beter het kind in een vacuümpalk te leggen, bijv. been van volwassene, deze aan te passen en leeg te trekken. Vastleggen van het hoofd met kleefpleister tussen 2 infuuszakken gaat vaak beter dan met de volwassen head blocks, die te hoog zijn.

### **Pijnstilling bij bloedname**

Bloedname bij kinderen blijft een pijnlijke zaak en de techniek waarvoor ze het meest schrik hebben ; angst die het pijngevoel nog verhoogt. Vooral tussen 3 en 7 jaar wordt de pijnlijke behandeling ervaren als een extra straf. De hulpverlener moet duidelijk maken dat de prik bedoeld is om de genezing te helpen. Tegen de pijn helpt een combinatie van medicatie en niet-farmacologische middelen. D. Van der Roost keek de mogelijkheden na op hun bewezen effect. Beneden 3 maand helpt het oraal toedienen van 2 ml suikerwater (aan 25 %), 2 minuten vooraf, best gevolgd door een fopspeen. Deze dosis is overigens te laag om de bloedwaarden te beïnvloeden. Vanaf 3 jaar kan afleiding geprobeerd worden, met leuke stripverhalen of Spoedgevallen 2009, nr. 2

met muziek. Die moet opgezet worden zodra het kind het lokaal binnenkomt en niet bij het starten van de bloedname zelf. Voordelen van al deze methoden zijn dat ze weinig of geen nevenwerkingen hebben en zeer goedkoop zijn.

Bij de geneesmiddelen is de EMLA<sup>®</sup>-patch het best bekend, maar die moet toegepast worden 45 minuten op voorhand. AMLI<sup>®</sup> en S-Caine<sup>®</sup> vragen nog 30 minuten. Dus daar kan de triageverpleegkundige de klevers opbrengen wanneer hij/zij een bloedname voorziet. In de USA bestaat nu een patch die bij openen aan de lucht spontaan opwarmt wat de penetratie bevordert (werkt binnen 20 minuten en geeft een pijnstilling 7 mm diep in de weefsels waar dat voor EMLA<sup>®</sup> 3 mm is). De SYNERA<sup>®</sup> is binnenkort in Europa beschikbaar. Voor toediening van een gasmengsel 50/50 zuurstof/lachgas moet het kind het masker aanvaarden en zelf ophouden. De observatie vereist hier een tweede verpleegkundige. Uiteraard moeten beiden adequaat opgeleid zijn. Een laatste middel is iontoforese, dit is met een zwak elektrisch stroompje uit een batterij inbrengen van een lidocaïne/adrenalinemengsel, met uiteraard de tegenindicaties en nevenwerkingen van beide producten.

Daarnaast kunnen nog enkele truukjes helpen : de arm enkele minuten opwarmen met een handdoek die 30 seconden opwarmde in de microgolf, een vleugelnaaldje met afgeknipte leiding of met een verlengstukje naar een infuuscatheter zodat het bloed vlot in de microtubes loopt.

### **Kinderpsychiatrie**

In de kinderpsychiatrie maakte dr. De Becker het onderscheid tussen crisis en urgentie. Een crisis is een onevenwicht in de leefsituatie met instabiliteit van de persoon en/of groep, vaak variabel en niet voorspelbaar, maar met mogelijkheid tot verbetering. Urgentie is er wanneer de poging tot herorganisatie van de situatie mislukt, met een (al dan niet veronderstelde) tijdsdruk. De perceptie door de omgeving hangt vooral af van de zwaarte waarmee de pathologie ervaren wordt door patiënt en omgeving. Het kan gaan om een reële urgentie of om een gevoelde urgentie (een betere term dan "valse" urgentie).

UCL St. Luc ziet vooral kinderen na mis(be)handeling, inbegrepen de vechtscheidingen waar het kind als pion gebruikt wordt door één van de partners die de andere wil beschuldigen, en gedragsstoornissen met bedreiging van de familie. In onze huidige maatschappij worden eenoudergezinnen eerder de regel (in Brussel :

60 %) wat soms leidt tot escalatie van polarisatie tussen ouder en kind. Ouders vragen in die situatie nogal eens een 'derde', onafhankelijke visie. In mindere mate komen gedecompenseerde angststoornissen voor, persoonlijkheidsstoornissen incl. autisme, depressie en noodzaak aan observatie.

Een kind leeft in 3 omgevingen : de familie, de school (met de assen prestaties en sociale omgang) en de buitenschoolse omgeving. Zolang het in minstens 1 sfeer goed kan functioneren, is er geen acuut gevaar. Evaluatie van de toestand houdt in : een bilan van de psychische toestand, een evaluatie van het levenskader (individueel lijden tegenover verstoring van het systeem waarin het patiëntje leeft) en de capaciteit van de omgeving om de toestand op te vangen en aan te pakken. Soms volstaat een nachtje hospitalisatie van het kind in transit om de toestand te kalmeren en te de-dramatiseren.

De middagpauze werd gevuld door een Italiaans buffet, dat de moeite van enkele wachtfiles waard was. Daarna konden de geïnteresseerden verder de stands bezoeken van de sponsorende firma's met een overzicht van nieuw en gekend materiaal voor de spoedgevallenzorg. De zitting hervatte met de bekendmaking van de AFIU-prijzen voor eindwerken en de verloting van een aantal prijzen van AFIU en sponsors tussen de aanwezigen.

### **Ethische bedenkingen**

Dr. A. Fox, sinds kort op pensioen als diensthoofd van de spoedgevallendienst CHR Namur, werd gehuldigd als één van de pioniers die urgentiegeneeskunde ontwikkelde in goede samenwerking met de verpleegkundigen. Hij kreeg een vrije tribune en deelde daarin een aantal beschouwingen over de fundamente van de spoedgevallenzorg.

De fundamente van elke sector zijn te vinden in de ethische waarden die ervan de basis vormen. Ethiek kan gaan over waarden (medelijden, goed doen, voorzichtigheid, moed), over overtuigingen die ons leren wat goed en slecht is, maar ook over plicht en verantwoordelijkheid. Men kan zich baseren op principes met een rangorde (autonomie, weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid) of op een discussie over het hier en nu, of op zorgzaamheid. Ethiek kan louter proceduraal worden maar er bestaat ook een casuïstische, feministische, narratieve en utilitaristische ethiek.

Voor artsen bestaan diverse deontologische codes, maar in België is al heel veel te vinden in de wet. De wet op de patiëntenrechten (2002) zegt veel over de autonomie van de patiënt en de verhouding tot de hulpverlener. Maar ook de wet op de dringende hulpverlening, de lijst van verpleegkundige handelingen en de erkenningsnormen voor de diensten geven duidelijke aanwijzingen. Of spoedgevallenzorg moet uitgevoerd worden door specialisten of algemene artsen is ondergeschikt aan de competentie die ze hebben en hun capaciteit om zich te leren aanpassen aan onvoorziene omstandigheden, en om patiënten op te vangen met alle soorten problemen, echt of ervaren. Opvang zonder financiële drempel moet de regel blijven op spoedgevallen. Het beroepsgeheim blijft belangrijk ook als het gedeeld wordt met andere gezondheidswerkers. DNR-beslissingen zijn niet gemakkelijk te interpreteren in urgenties en vragen een goede communicatie tussen alle betrokkenen, ook met patiënt/familie. Zeker prehospital moet de arts zich vragen stellen over zijn plicht tot hulpverlening en de omstandigheden van de tussenkomst. Alle medische beslissingen betekenen het nemen van verantwoordelijkheid.

Ethiek werd verder besproken door L. Ravez, docent ethiek aan de hogeschool Namur. Hij maakte kennis met het wereldje van de spoedgevallen en vond er chronisch tijdgebrek, burn-out, veeleisende patiënten en artsen maar ook de gedrevenheid voor een buiten-gewoon beroep. "Spoedgevallenzorgdienst" zou beter zijn dan spoedgevallendienst. Het blijft een dienst voor triage die rechtvaardig moet gebeuren, maar op basis waarvan : individuele noden, geleverde persoonlijke inspanningen of belang van de patiënt voor de maatschappij, verdiensten of marktmechanisme ? De klassieke utilitaristische ethiek vraagt om zoveel mogelijk goed te doen voor zoveel mogelijk mensen.

Zorg opnemen is aandacht hebben, engagement tonen, zorgen, en bezorgd zijn om het antwoord van de zorgvrager. Dat vraagt de principes van aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en gevoeligheid voor het verschillend zijn van de andere.

Zorgethiek gaat samen met ethische rechtvaardigheid.

Patiënten eisen alles, nu direct. We leven in een maatschappij van het onmiddellijke en ogenblikkelijke. Dit creëert verwachtingen en bouwt een beeld op van de spoedgevallenzorg (bevorderd door TV-series en persberichten over de Spoed). De spoedgevallendiensten

moeten dit beeld tegengaan en een meer realistische filosofie in de samenleving ondersteunen. “We moeten dringend de westerse maatschappij ont-haasten, met de hulp van de spoedgevallendiensten?”

### **Medisch-juridische eenheden in Frankrijk**

C. Pineau stelde de medico-juridische eenheden voor. Voor de 60.000 Franse gevangenen zijn 26 consultatiecentra en 7 hospitalisatiediensten ingericht. De hospitalisatie gebeurt in aparte gebouwen naast een universitair ziekenhuis. Ze zijn afgesloten en de toegang, ook voor het personeel, wordt bewaakt door de politie. De patiënten verblijven in eenpersoonskamers met eigen sanitair, met zicht naar buiten door getraliede ramen. Naast de nodige burelen en dienstlokalen is een ontspanningsruimte met bibliotheek voorzien. Zonodig gebeuren gespecialiseerde onderzoeken of behandelingen in het aangrenzende ziekenhuis.

De diensten richten zich op algemene hospitalisatie. Spoedgevallen en korte opnamen worden verwezen naar de algemene ziekenhuizen. Hoewel het standaard ziekenhuiscomfort aanwezig is en bezoek toegelaten wordt, ervaren de gedetineerde patiënten de ziekte als een extra straf. De diensten proberen zorgen toe te dienen van hetzelfde niveau als in de algemene ziekenhuizen, overigens gefinancierd door de sociale zekerheid.

### **Werking van de verpleegkundige-regulatoren**

Jérôme Massart en Samuel Stipulante zijn verpleegkundige regulatoren in de HC 100 van Namur resp. Liège. Om de centralisten (“aangestelden”), die weinig medische opleiding hebben, te steunen werken inderdaad in elke provincie verpleegkundigen. Volgens het K.B. van 27 maart 2008 zijn het verpleegkundigen met BBT die deeltijds actief blijven op MUG. Ze moeten de aangestelden, die weinig medische achtergrond hebben, ondersteunen, bijscholen en coachen om hun expertise te verhogen en een beter antwoord of ‘regulatie’ van de oproepen te krijgen. Bovendien leggen ze de link naar de spoedgevallensector en wisselen ze ervaringen uit.

Regulatie van de oproepen gebeurt volgens de Belgische Handleiding voor de Medische Regulatie (te downloaden van de website van de FOD Volksgezondheid : [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be)). Die geeft algemene richtlijnen voor de bevraging van de oproeper, Spoedgevallen 2009, nr. 2

instructies voor de aangestelden, nuttige informatie die kan doorgegeven worden aan de oproeper, en wat medische achtergrondinformatie. Uiteraard helpt een beter inschatten van de oproep ook om de indicatie te stellen voor een team ambulancier-spoedverpleegkundige (“PIT”). De inschakeling van de PIT in het hulpnet wordt gradueel opgebouwd op basis van de database van gegevens uit het lopende project.

Op het ogenblik is er geen uniforme opleiding voor de aangestelden. De regulatoren werken in onderling overleg en in samenwerking met provinciale ambulancierscholen aan een opleiding die vergelijkbaar is met die van de ambulancier DGH. Wetgeving, kennis van de middelen en medische opleiding moeten praktijkgericht zijn maar ook rampengeneeskunde en telefoontechniek moeten beheerst worden.

Opleiding is zeker nodig omdat de centrales met de overgang naar het agentschap 112 meer informatica zullen inschakelen. Binnen afzienbare tijd zullen neutrale calltakers alle oproepen van 100, 101 en 112 aannemen en doorgeven naar drie specifieke dispatchings waaronder de medische dispatching. Die moet meer tijd hebben om de oproeper te ondersteunen en te laten helpen. In Liège start nu al een project “Phone-CPR” waar de oproeper in afwachting van de ambulance eenvoudige richtlijnen krijgt om een ademstilstand vast te stellen en continu hartmassages te laten uitvoeren.

De regulatoren in de centra 100 helpen ook mee aan het opvolgen van de kwaliteit van het hulpnet. Er bestaat een fiche om anomalieën door te geven. Het doel is niet om te klagen maar om functionele tekorten in het systeem aan te tonen (objectiveren van geruchten en vermijden “dat men zegt...”). Het formulier wordt doorgestuurd naar de provinciale gezondheidsinspectie. De regulatoren zoeken de gegevens van oproep en uitruk, en de betrokken diensten en personen worden gecontacteerd. Uiteindelijk kan de gezondheidsinspectie waar nodig de richtlijnen aanpassen of verbeteringen voorstellen.

Het bijhouden van statistische gegevens helpt de responstijden te verbeteren en de actoren in de hulpketen op te volgen. Ook de kwaliteit van de regulatie wordt opgevolgd o.a. door oproepen te herbeluisteren met de aangestelden, feed-back te geven en bij te sturen door opleidingen en praktijk (bezoek aan ambulance, rampoefeningen...).

De integratie van de verpleegkundigen-regulators in de Hulpcentra 100, tot voor kort een typisch brandweermilieu, is niet steeds vanzelfsprekend. Het brengt wel respect voor de aangestelden die met een beperkte steun de hulp aansturen. De taak is geen directe patiëntenzorg meer maar houdt coaching, opleiding, communicatie en onderhandeling in.

Ook na deze laatste voordracht konden nog enkele vragen gesteld worden. Daarmee hadden de geïnteresseerden de kans hun kennis volledig op peil te brengen voor weer te vertrekken naar hun werkveld, tot het volgende congres.

## Van de bestuurstafel VVVS

Sinds 1981, bij de oprichting van de vereniging, leidde Marc Weeghmans de VVVS als voorzitter.

Wegens stopzetting van zijn professionele carrière kon Marc conform de statuten van de vereniging het voorzitterschap niet meer waarnemen. Daarom werd het voorzitterschap dan ook voorgedragen aan Door Lauwaert met als ondervoorzitter Christian Gilot.

Wat Marc Weeghmans als voorzitter en als collega en mens voor de vereniging en voor de Spoedverpleegkundigen in Vlaanderen heeft betekend, is moeilijk in een aantal zinnen weer te geven.

Het bestuur, samen met nog een aantal bestuursleden van het eerste uur, hebben dan ook Marc en zijn echtgenote op gepaste wijze gevierd.



# Agenda



## Jaarsymposium VVVS



### WAT NU WEER ???

“BIJZONDERE URGENTIES”

11 februari 2010  
Floreal Blankenberge

Update pediatrie - Sportongevallen - Abdominale problemen  
Mug-interventies in speciale omstandigheden

Workshop omgaan met moeilijke .....  
Demo-introductie TNCC

Het volledige programma zal beschikbaar zijn in het volgende tijdschrift (zie ook website)



**Belgische Reanimatieraad**  
3<sup>de</sup> BRC CONGRES

# REA 2009



[www.resuscitation.be](http://www.resuscitation.be)



@ UCL BRUSSEL 24/10/2009

Accreditering ethiek aangevraagd - Attest voor BBT en ambulancier



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

TM  
Tegaderm

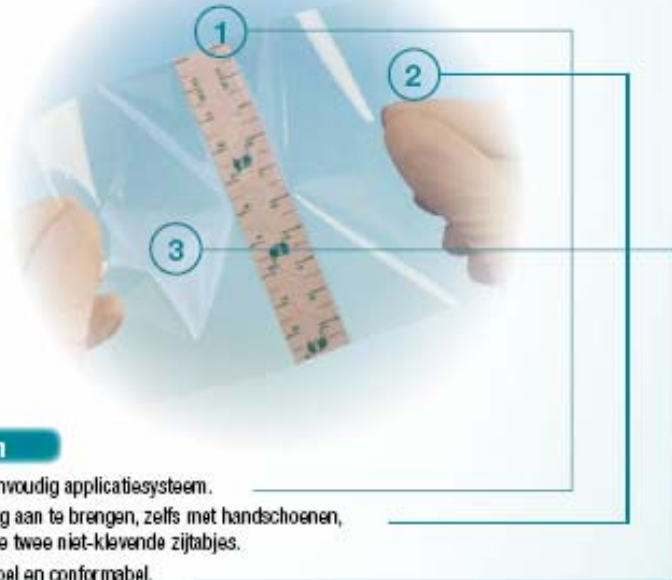
## 3M™ Tegaderm™ Roll

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](http://www.3M.be/healthcare)

**3M**