



Handboek Triage voor de Praktijkverpleegkundige.

Amsterdam, februari 2018

Handboek Triage voor de praktijkverpleegkundige Verpleeghuis / Verstandelijk Gehandicapten zorg (VGZ).

Voorwoord

Door de opleiding Praktijkverpleegkundigen in het Verpleeghuis (LPV) 2006 is in samenwerking met een docent een aanzet gedaan tot het maken van dit Triage handboek voor de Praktijkverpleegkundige. Dit is door de volgende groepen: LPV 2007 t/m 2016 geëvalueerd en verbeterd, deze groepen hebben ook een bijdrage geleverd in de vorm van een aantal nieuwe onderwerpen. De vernieuwde uitgave van dit handboek is het resultaat van de inspanningen van de groep praktijkverpleegkundigen die de leergang afgerond hebben in februari 2018. Deze groep heeft de opdracht gekregen om voorstellen tot verbetering te doen en omdat het verzadigingspunt bereikt is voor nieuwe onderwerpen, met name ook te kijken naar onderbouwing van de reeds uitgewerkte onderwerpen met richtlijnen; standaarden en/of artikelen, kortom evidence. Vermeld in de bronvermeldingen. En toevoegen van een stroomschema op 1 A-4.

Aanleiding voor de eerste versie van dit handboek is de door de eerste groep gesignaleerde behoefte aan een triagesysteem, analoog aan de NHG TriageWijzer, voor gebruik in verzorgings- en verpleeghuizen en de VGZ. Zij hebben de eerste uitgave verzorgd, onder verantwoordelijkheid van Dhr J. Meens / Specialist Ouderengeneeskunde en Mw E. Bos / Opleidingscoördinator, waarin 15 onderwerpen waren opgenomen.

De tweede groep is hiermee verder gegaan door een onderwerp uit de eerste uitgave te adopteren en op grond van praktijkervaringen veranderingen hierin aan te brengen.

Ook hebben zij nieuwe onderwerpen toegevoegd aan het handboek.

Deze procedure is nu ook gevolgd door de volgende groepen. Vanaf 2014 gaat het om een combinatie van praktijkverpleegkundigen werkzaam in het verpleeghuis of in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Het handboek is niet definitief en niet volledig en zal jaarlijks worden herzien. We hopen hiermee te komen tot een handboek dat bruikbaar is en blijft voor de acute zorg aan geriatrische bewoners van verzorgings-, verpleeghuizen en bewoners van instellingen voor VGZ.

Alle feedback en uw suggesties ter verbetering van dit boek zijn van harte welkom. Reacties kunt u richten aan: yvonne.zoetigheid@inholland.nl

Opleidingsadviseur; Hogeschool Inholland; OZW-gebouw; kamer 5C.04; de Boelelaan 1109; 1081 HV te Amsterdam.

De eerste versie van dit handboek is gepresenteerd op 2 juli 2007.

De tweede versie is gepresenteerd op 3 november 2008.

De derde versie is gepresenteerd op 15 februari 2010.

De vierde versie is gepresenteerd op 29 november 2010.

De vijfde versie is gepresenteerd op 12 december 2011.

De zesde versie is gepresenteerd op 26 november 2012.

De zevende versie is gepresenteerd op 25 november 2013

De achtste versie is gepresenteerd op 08 december 2014,

De negende versie is gepresenteerd op 14 december 2015,

De tiende versie is gepresenteerd op 13 februari 2017

De elfde versie is gepresenteerd op 19 februari 2018

Copyright

Alle rechten zijn voorbehouden aan Inholland Academy.

Niets uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming. Deze toestemming kan worden aangevraagd bij Inholland Academy

Inhoud

Inleiding	4
01. Ademwegobstructie.....	5
02. Afwijkende bloedsuikerwaarden.....	8
03. Agressie	13
04. Angst bij ouderen	15
05. Benauwdheid/kortademigheid	17
06. Bewustzijnsdaling / verlies	20
07. Bloedneus bij ouderen / Epistaxis	28
08. Braken	31
09. Buikpijn (algemeen)	33
10. Diarree	43
11. Duizeligheid	47
12. Hematurie bij ouderen.....	50
13. Hoesten	52
14. Hoofdletsel.....	55
15. Hoofdpijn.....	60
16. Huiduitslag	63
17. Insult	65
18. Intoxicatie.....	69
19a. Koorts	77
19b. Hypothermie.....	81
20. Medicatiefouten.....	85
21. Obstipatie.....	89
22. Oedeem	93
23. Pijn op de borst	96
24. Rectaal bloedverlies bij ouderen	102
25. Rood en/of dik been	104
26. Rood oog	107
27. Skintear.....	115
29. Urineretentie	121
30. Urineweginfectie.....	123
31. Vallen.....	127
32. Veranderd gedrag	130
33. Verdenking heupfractuur	132
34. Verminderde vocht inname/dehydratie	135
35. Vermoeden van complicaties bij gebruik van sedativa bij ouderen	139
36. Verslikken	141
37. Verstopte Katheter	146
38. Verwarde patiënt, verdenking op delier	148
39. Wond	152

NB De onderwerpen zijn direct vanuit de inhoudsopgave te benaderen via 'ctrl + click'!

Inleiding

In dit handboek dat bedoeld is als een leidraad voor triage, advies en handelen voor praktijkverpleegkundigen die werkzaam zijn in het verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Triage betekent het beoordelen en selecteren van de urgentie van de hulpvraag. De praktijkverpleegkundige kan in haar (nieuwe) functie te maken krijgen met de beoordelingen van hulpvragen. Afhankelijk van afspraken die er gemaakt zijn met de arts maakt zij een inschatting van het gepresenteerde probleem.

Bij triage zijn er drie fasen te onderscheiden:

1. Intake. Het doel van deze fase is inventarisatie van het probleem en het vaststellen of er sprake is van direct levensgevaar (ABCDE-(in)stabiel). Vaak zal er door een verzorgende op de afdeling worden gebeld met een vraag hoe te handelen probleemsituatie. Probleemverheldering en achterhalen van de vraag staat voorop. In dit boek worden hiervoor per onderwerp vragen aangereikt.
2. Triage. Het doel is een inschatting maken van de urgentie waarmee het probleem behandeld moet worden en wie bij de probleemplossing betrokken is. In dit boek zijn drie urgentieklassen gehanteerd:

ACUUT

- Vitale functies - ademhaling, bewustzijn en circulatie - dreigen uit te vallen of zijn uitgevallen
- Reële kans dat de toestand van de patiënt op korte termijn verslechtert
- (Praktijk)verpleegkundige informeert direct de arts

DRINGEND

- Patiënt is binnen half uur gezien door praktijkverpleegkundige
- De (praktijk)verpleegkundige zorgt ervoor, dat de patiënt binnen enkele uren gezien wordt door de arts

ROUTINE

- Geen tijdsdruk
- Symptomen/klachten van de patiënt eerst volgende werkdag met arts bespreken
- Observatie en rapportage van de klachten, het verloop en de genomen interventies

3. Advies. De praktijkverpleegkundige maakt afspraken hoe met het probleem wordt omgegaan. De arts wordt meteen of later ingeschakeld, de praktijkverpleegkundige lost het probleem (gedeeltelijk) op en/of de verzorgende krijgt adviezen.

De onderwerpen in dit handboek worden behandeld aan de hand van de onderstaande structuur:

1. Triage-criteria
2. Vragen
3. Adviezen
4. Achtergrondinformatie
5. Zie ook (verwijzingen naar de TriageWijzer of naar andere onderwerpen)

01. Ademwegobstructie

A. Lampio, praktijkverpleegkundige

Triage

- **ACUUT**
 - Bewusteloos
 - Blauw gekleurde huid, blauwe lippen of tong, blauwe extremiteiten
 - Paniek en naar de keel grijpen terwijl deze hoorbaar lawaaiiger adem haalt.
 - Ernstige benauwdheid en een gierende ademhaling
 - Bekend met allergische reacties
- **DRINGEND**
 - Koorts, ernstige keelpijn of heeft (vooral 's nachts) een hardnekkige blaafhoest
 - Ademt moeilijk
- **ROUTINE**
 - Keelklachten en pijn bij het slikken
 - Hoesten of kortademig

Vragen

- Ademt de patiënt nog?
- Is er sprake van hoorbare lawaaiige ademhaling?
- Wat is er gebeurd? Heeft de patiënt zich mogelijk verslikt in eten of drinken?
- Hoest en of kokhalst de patiënt?
- Maakt de patiënt een angstige indruk?
- Grijpt de patiënt paniekerig naar de keel?
- Heeft de patiënt een stokkende ademhaling?
- Is er sprake van (ernstige) benauwdheid?
- Heeft de patiënt koorts?
- Zou er sprake kunnen zijn van een allergische reactie? Is de patiënt bijvoorbeeld gestoken door een insect?
- Heeft de patiënt een blauwe gelaatskleur?
- Wat zijn de huidige gezondheidsproblemen?
- Is de patiënt verkouden, hees en of heeft deze stemverlies?
- Heeft de patiënt een beroerte doorgemaakt?
- Heeft de patiënt te snel gegeten of gedronken waardoor deze zich heeft verslikt?
- Schrokt de patiënt over het algemeen eten en drinken naar binnen?
- Heeft de patiënt een verminderde slikreflex door alcohol of medicijngebruik?

Adviezen

- Blijf zelf rustig, niet in paniek raken
- Roep een collega en laat een arts waarschuwen
- Blijf bij de patiënt
- Probeer zonodig de patiënt te kalmeren, patiënten die zich verslikken hebben de neiging om weg te lopen
- Controleer de luchtweg door in mond en de keel te kijken
- Probeer alles wat los in de mond zit met je vingers te verwijderen (gebit!)

Bij verslikken in drinken

- Voorover (laten) buigen
- Door de neus laten inademen
- Door en uit laten hoesten

- Zonodig zachtjes op de rug kloppen
- GEEN drinken geven
- Uitzuigapparatuur (laten) klaarzetten
- **HEIMLICH GREEP NIET TOEPASSEN!**

Bij verslikken in voedsel

- Stimuleer hoesten tot voedselbrok losschiet of de patiënt niet meer effectief kan hoesten of buiten bewustzijn raakt

Als de patiënt bij bewustzijn is maar niet (meer) effectief hoest

- Stoten tussen de schouders. Dit wel aankondigen
- Ga na of de patiënt het begrijpt. Steun met een hand de schouder en stoot met de andere hand maximaal 5 keer tussen de schouderbladen
- Bij onvoldoende resultaat de Heimlich greep toepassen. Herhaal de stoten tussen de schouders en de Heimlich greep in sessies van 5 keer tot de voedselbrok los schiet

Als de patiënt buiten bewustzijn raakt

- Waarschuw zo snel mogelijk een arts
- Ga na of er afspraken zijn over reanimatie en of overleg met de arts
- Start de basale reanimatie met 30 borstcompressies en wissel deze af met 2 beademingen

Zie ook

N.v.t.

Achtergrondinformatie

De keel wordt aan de bovenkant begrensd door de neusholte. De scheiding tussen mond en neus wordt gevormd door de huig. Aan de voorkant wordt de keelholte begrensd door het strottenhoofd (larynx). Deze kan worden afgesloten door het strotklepje. Aan de achterkant wordt de keelholte begrensd door de slokdarm.

De twee belangrijkste taken van het keelgebied zijn de spraak en het voorkomen van verslikking. De keel is het gebied waar spijskanaal en luchtweg elkaar kruisen.

Keelpijn

Meestal is er bij keelpijn sprake van een lichte irritatie van het slijmvlies van mond, neus en keelholte. Wanneer deze irritatie voortduurt en er bovendien een relatieve uitdroging optreedt, kan het slijmvlies sneller geïnfecteerd raken. Dit gebeurt dan door virussen of bacteriën.

Keelontsteking (faryngitis)

Ontsteking van het slijmvlies in de keelholte, keelwand, verhemelte en of amandelen. Ook kan het strottenhoofd ontstoken zijn. Bij laryngitis zijn de stembanden ontstoken. Keelontsteking geneest meestal binnen 1 tot 2 weken spontaan.

Strottenhoofdklep ontsteking (epiglottis)

Ontsteking van het klepje bij het strottenhoofd. Meestal veroorzaakt door een infectie met een griepvirus.

Strottenhoofdkanker

Gezwel in het strottenhoofd. (Mogelijke) verschijnselen zijn; heesheid door aantasting van de stembanden, slikproblemen, knobbels in hals (als gevolg van uitzaaiingen naar een halslymfeklier) stemverlies.

Mogelijke oorzaken zijn roken en overmatig alcoholgebruik.

Anafylactische reactie (allergie)

Een anafylactische reactie treedt gewoonlijk pas op na herhaald contact met een stof waarvoor men overgevoelig is (=allergeen). Het is belangrijk dat de arts weet voor welke stoffen of medicijnen de patiënt overgevoelig is en of die in het verleden al eerder dergelijke klachten heeft gehad.

Deze anafylactische reactie kan o.a. benauwdheid en zwelling veroorzaken door vochtophoping (=oedeem) o.a. gezwollen tong.

Heimlich greep

- Ga achter de patiënt staan
- Buig de patiënt iets voorover
- Maak een vuist en pak die met de andere hand vast
- Leg de vuist tussen navel en borstbeen bij de patiënt
- Geef een krachtige ruk schuin omhoog naar je toe
- 5 maal Heimlich greep, 5 maal stoten tussen de schouders etc.
- Bedlegerige patiënten in zijligging plaatsen en eerst proberen met stoten tussen de schouders of de voedselbrok loskomt
- Bij onvoldoende resultaat reanimatieplank onder de patiënt schuiven en de Heimlich greep in rugligging uitvoeren
- In uiterste nood trachten het effect van de Heimlich greep te bereiken terwijl de patiënt in zijligging op bed ligt

02. Afwijkende bloedsuikerwaarden

A. Lamps-Hessels.

Herzien 2011: I. Wevers, G. Poel en A. de Vries praktijkverpleegkundigen

Herzien 2016: K. Imthom, M. van Beelen, S. Honing, I. Kraakman, praktijkverpleegkundigen

Triage

- **ACUUT**

Vermoeden ernstige hypoglycemie

Patiënt is buiten bewustzijn

Braken en kortademigheid en insulinegebruik

Patiënt is niet meer in staat te slikken

Patiënt heeft een snelle, zuchtende ademhaling

Bloedglucosewaarde <4 of >15 mmol/l

Verkeerde dosering insuline

- **DRINGEND**

Vreemd gedrag en glucose onbekend

Braken

Bloedglucosewaarden buiten de voor deze patiënt afgesproken norm (behandelplan) of indien niet aanwezig >15 mmol/l

- **ROUTINE**

Er wordt hoge of lage bloedglucosewaarden gemeten maar de patiënt heeft geen klachten

Vragen

- Is de patiënt aanspreekbaar?
- Is de patiënt apathisch, reageert hij sloom en minder alert?
- Kan de patiënt nog slikken?
- Braakt de patiënt? Zo ja, hoe lang en hoe vaak?
- Wat is de bloedglucosewaarde? Waarom is deze gemeten?
- Welke medicatie wordt er gebruikt in verband met de diabetes? En wanneer zijn deze voor het laatst gegeven? Zijn er recent wijzigingen geweest?
- Welke klachten zijn er: duizelig, zweten, angst, honger, dorst, veel plassen, sloom, kortademigheid etc.?
- Is de patiënt ziek: koorts, diarree, infectie?
- Zijn er in het behandelplan al vaste afspraken beschreven?
- Heeft de patiënt wel of niet gegeten of iets extra's gehad?
- Is er iets bijzonders gebeurd (verjaardag, begrafenis, angst, spanning, meer of minder beweging)?

Toevoeging:

- Zijn de handen gewassen voordat de bloedglucosewaarde is geprikt?
- Bij grote afwijkende waarde controleer opnieuw eventueel met een ander apparaat.

- Is het teststripje niet over de datum? Zijn de juiste strips gebruikt?
- Is het bloedsuikerapparaat geijkt?
- Is er op de juiste manier de bloedglucosewaarde geprikt?
- Is er op de juiste manier insuline geïnjecteerd?
- Is de insulinepen kapot?
- Is de mix insuline goed gemengd?
- Zijn er sputinfiltretaten?

Adviezen

De “Braken =bellen”-regel

Braken, bijvoorbeeld door “buikgriep”, is een alarmsignaal bij diabetespatiënten. Het kan tot uitdroging leiden en stijgende bloedglucosewaarden. Neem bij braken daarom direct contact op met de arts.

Blijf altijd proberen regelmatig kleine hoeveelheden water, thee, bouillon etc. te laten drinken.

NB: checklist voor je gaat bellen met huisarts / specialist ouderengeneeskunde.

- Meldt naam, adres, woonplaats (NAW).
- Gegevens van de patiënt en de behandelaar.
- Welke bloedglucosewaarde heb je gemeten? Controleer deze regelmatig.
- Wat is het tijdstip daarvan tot de genuttigde maaltijd/ Hoeveel gegeten en gedronken?
- Klachten patiënt met name koorts en braken.
- Medicatie: tabletten*, soorten insuline, hoeveel en wanneer gegeven?
- Is de ‘2-4-6’-regel gehanteerd? Dit houdt in: elke 2 uur bloedglucosewaarde controleren tot onder de 15 mmol/l. Bij bloedglucosewaarde 15-20 mmol/l 4E snelwerkend insuline en bij bloedglucose boven de 20 mmol/l 6E snelwerkend insuline bijspuiten.

Advies bij een hypoglycemie

- Bij een bloedglucosewaarde zo laag dat de bewoner niet meer kan slikken of niet bij bewustzijn is: **Direct GLUCAGON spuiten**. Meteen daarna de arts waarschuwen dat er glucagon gespoten is en afspraken maken over het vervolg.
Na het spuiten van glucagon dient de patiënt na ongeveer 10 tot 15 minuten weer bij bewustzijn te zijn. Controleer bloedglucosewaarde na 15 tot 20 minuten opnieuw, omdat een tweede hypoglycemie minder goed gevoeld kan worden.
- Bij een bloedglucosewaarde lager dan 4 mmol/l en de patiënt is bij bewustzijn en kan nog slikken: 3 tot 6 tabletten dextropur (druivensuiker) of 30 gram suiker of een glas zoete drank (geen suikervrije limonade) geven.
Daarna langzame koolhydraten laten nuttigen bv. een boterham met kaas, yoghurt of fruit.
- Geen medicatie (oraal of via injectie) toe laten dienen!
- Na een uur tot anderhalf uur nogmaals bloedglucosewaarde (laten) meten.

- Bij het meten van een hoge bloedglucosewaarde na een flinke hypoglycemie moet er niet met medicatie “bijgeregeld” worden. Het lichaam heeft minimaal 24 uur tijd nodig om van een dergelijk hypoglycemie te herstellen!

Advies bij een hyperglycemie

- Vraag of er vaste afspraken in het dossier van de patiënt aanwezig zijn over een bijspuitschema.
- Bij geen bijspuitschema hanteer in overleg met de arts de ‘2-4-6’-regel.
- Bij bloedglucosewaarde boven de 15 mmol/l de patiënt extra drinken geven (indien mogelijk 500ml in 1^e uur).
- Overleg na 4 tot 6 uur met de arts wanneer de bloedglucosewaarde niet wil zakken, of eerder bij alarmsymptomen (zie triage).

Advies bij ontregeling in de laatste levensfase

Overleg met een arts bij ontregeling van bloedglucosewaarden in de laatste levensfase.

Achtergrondinformatie diabetes mellitus

Diabetes mellitus:

Diabetes mellitus is een stofwisselingsziekte waarbij de bloedglucosespiegel niet op peil blijft.

Er zijn meerdere soorten diabetes. Diabetes type 1: het lichaam maakt zelf geen insuline aan. Diabetes type 2: de alvleesklier maakt te weinig insuline aan of de insuline werkt niet goed meer. Diabetes wordt behandeld met dieetmaatregelen, tabletten of met insuline injecties. Bloedglucosewaarden kan je bepalen door middel van een vingerprikk en/of laboratoriumonderzoek. Een normale nuchtere bloedglucosewaarde ligt tussen de 4 en 7 mmol/l.

Bij afwijkende bloedglucosewaarden kan er sprake zijn van hypoglycemie of hyperglycemie.

Hypoglycemie

Hier is sprake van een te laag bloedglucose. Een lage bloedglucosewaarde wil zeggen: onder de 4 mmol/l met klachten zoals duizeligheid, wazig zien, bleekheid, zweten, beven, hoofdpijn, honger, verwardheid en angst. Bewusteloosheid kan optreden, wat kan leiden tot hersenbeschadiging. Oorzaken kunnen zijn: te veel insuline of tabletten, te weinig voedsel opname en/of overmatige lichamelijke inspanning. Hypoglycemie behandel je met het geven van suiker en koolhydraten. Indien de patiënt niet meer aanspreekbaar is, behandel je met 1 mg glucagon injectie subcutaan of intramusculair. Indien noodzakelijk dient een arts glucose intraveneus toe.

Hyperglycemie:

Hier is sprake van een te hoog bloedglucose. Een hoge bloedglucosewaarde wil zeggen boven de 15 mmol/l. Dit is vaak te herkennen aan dorst, veel plassen en veel drinken, kortademigheid, vermoeidheid, gewichtsverlies, jeuk en adem die naar aceton ruikt. Indien glucose verder stijgt, volgt duizeligheid, misselijkheid, braken en/of buikpijn.

De ademhaling wordt diep en snel, lijkt op hyperventilatie, en de adem ruikt naar aceton. De patiënt raakt in coma.

Oorzaken kunnen zijn: geen of weinig insuline, te veel gegeten, infectie, operatie, hartinfarct, beroerte of niet ontdekte diabetes.

Op langere termijn geven hoge bloedglucosewaarden schade aan. Onder andere: hart, bloedvaten, ogen, nieren, zenuwen, pezen en gewrichten.

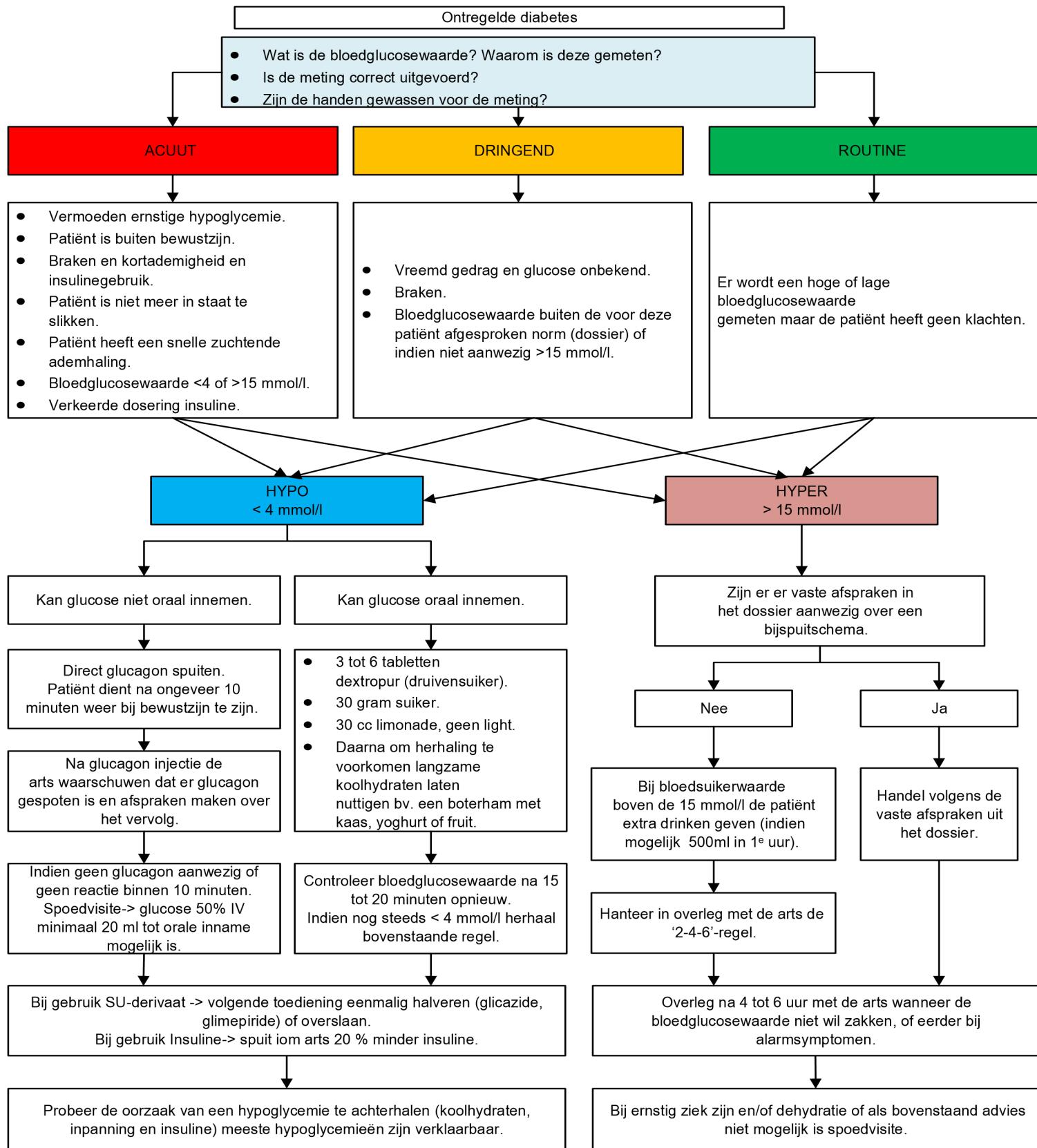
Als een patiënt niet bewusteloos is en het is niet duidelijk of het een hypo- of hyperglycemie is (als er bijvoorbeeld geen bloedsuikermeter aanwezig is) behandelen als **hypoglycemie**.

- Laat de patiënt iets zoets eten en/of drinken (druivensuiker, boterham met jam of vla met limonadesiroop)
- Zorg er binnen een half uur voor dat de bloedglucosewaarde wordt gemeten.
- Als de glucosewaarde snel stijgt bijvoorbeeld van 2 naar 4 mmol/l is er sprake van een hypoglycemie, deze aandoening laat snel verbetering zien. Is er sprake van een hyperglycemie dan is de invloed van het zoete eten of drinken gering (bv stijging van 24 naar 26 mmol/l).

*SU-derivaten (Sulfonylureumderivaten) stimuleren de afgifte van insuline door de β -cellen van de eilandjes van Langerhans. Binnen de groep van SU-derivaten wordt een onderscheid naar werkingsduur van belang geacht. Hierbij wordt een indeling in kortwerkende (tolbutamide) en langwerkende middelen (glibenclamide, gliclazide tabletten mga, glimepiride) gehanteerd. Bij de langwerkende is er meer kans op ernstige hypoglycemie; dit geldt met name voor glibenclamide.

Literatuur en aanvullende informatie

- Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes, Verantwoorde Diabeteszorg bij kwetsbare ouderen thuis en in verzorgings- of verpleeghuizen, Deel 1 Samenvatting, aanbevelingen, indicatoren en medicatietabellen.
- Rutten GEHM, e.a. (2006): NHG-standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening), Huisarts en Wetenschap, 49(3)
- Houweling, S.T. e.a. (2013/2014), Protocollaire diabeteszorg, mogelijkheden voor taakdelegatie (5e druk), Stichting Langerhans. (ISBN 9789078380146)
- NHG-TriageWijzer, versie 2014.
- www.diabetes2.nl
- www.thuisarts.nl
- www.dvn.nl



03. Agressie

I. Blom, B.J. Smart, J.J. Schuiteman, T.C. van der Leek: Praktijkverpleegkundigen

Triage

- **ACUUT:**
 - gewelddadig of bedreigend gedrag, tegen zichzelf, medebewoners of de omgeving
 - suïcidaal gedrag
- **DRINGEND:**
 - suïcidale uitingen
 - terugkerende verbale of fysieke agressie
 - ernstig aanhoudend roepgedrag
 - dreigende uitputting ten gevolge van agitatie
 - delirant gedrag (plotselinge onrust of juist heel stil gedrag), zie *delier*
 - plotselinge verwardheid, afwijkend gedrag, vreemd voor deze cliënt.
 - opeens optreden van ernstige hallucinaties van wanen
- **ROUTINE:**
 - angst/onrust
 - depressie
 - ernstig aanhoudend roepgedrag
 - verbale agressie
 - ontremming

Adviezen in acute fase:

- **Denk aan eigen veiligheid!**
- Probeer de situatie in te schatten en te de-escaleren.
- Blijf indien mogelijk bij de cliënt, probeer hem/haar te kalmeren, maak oogcontact, naam noemen, gedrag benoemen.
- Haal directe gevaren uit omgeving bijvoorbeeld: glas, bestek etc.).
- Breng zo nodig omstanders/cliënten in veiligheid.

Vragen

- Waar bevindt de cliënt zich?
- Is dit gedrag bekend bij de cliënt?
- Is er contact met de patiënt?
- Is er sprake van dreigend of gewelddadig gedrag? Waaruit blijkt dit?
- Is er sprake van hallucinaties of waangedachten (waarnemingen of gedachten die niet berusten op de realiteit en niet corrigerbaar)?
- Geef een nauwkeurige, concrete beschrijving van het gedrag.
- Welke interventies zijn er eerder ingezet? Wat zijn de afspraken?
- Wat is de aanleiding geweest? (ingrijpende gebeurtenis zoals overplaatsing, overlijden, is er sprake van een trauma).
- Worden er medicijnen gebruikt? Is de medicatie toediening juist geweest?
- Heeft cliënt een medicatie voorschrijft dat ingezet kan worden bij escalatie?

Somatische factoren:

- Koorts?
- Infectie?
- Pijnklachten?
- Zweten, beven, bekend met diabetes mellitus/bloedsuiker? Zo ja, wat is de bloedsuikerwaarde?
- Zijn er neurologische veranderingen (b.v. uitvalsverschijnselen)?
- Zijn er drugs of alcohol gebruikt?
- Is er eerder gebruik gemaakt van dwangmiddelen (is er een middelen en maatregel afspraak).
- Zijn er onlangs wijzigingen in het beleid geweest?

Nazorg:

- Geef een nauwkeurige beschrijving van het probleemgedrag in het zorgdossier.
- Stel andere disciplines op de hoogte.
- Informeer 1^e contactpersoon/vertegenwoordiger van cliënt.
- Bespreek na incident jouw gevoelens/beleving met gedragsdeskundige en/of collega.

Zie ook

Bijlage

Urineweginfectie

Verwarde patiënt, verdenking op delier

Afwijkende bloedsuikerwaarde

Achtergrondinformatie:

Definities

Acuut: ernstig probleemgedrag (crisis) = ernstig probleemgedrag waarbij acuut handelen (zoals medicatie injecteren, overmeesteren) vereist is om de veiligheid van de cliënt of zijn/haar omgeving te waarborgen

Dringend: ernstig probleemgedrag: terugkerend gedrag van de cliënt dat een gevaar vormt voor zichzelf of zijn/haar omgeving **of** dat het welzijn van de cliënten en zijn/haar omgeving structureel ernstig verstoort.

Routine: probleemgedrag= alle gedragingen van de cliënt dat door de cliënten en omgeving als storend en moeilijk hanteerbaar worden ervaren.

Bronvermelding:

<http://www.gezondheid.nl/nieuwsartikel.php?nieuwsartikelID=2720>

http://www.platformouderenzorg.nl/uploads/files/guidelines/richtlijn_probleemgedrag.pdf

<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VER00316Probleemgedragherzien02.pdf>

<http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/RichtlijnOmgaanMetGedragsproblemenBijDementie>

04. Angst bij ouderen

E.M. Speijer, S. Sewtahal en J.Saalmink, praktijkverpleegkundigen

Triage

- **Acuut**
- **Dringend**
Heftige beklemming en vrees die gepaard gaat met pijn, kortademigheid en nachtmerries, Slapeloosheid en doodswens
- **Routine**
Herhaalde perioden van angst en paniek

Vragen

- Is de angst continu aanwezig of in aanvallen?
- Zijn er uitlokende factoren?
- Wordt eventueel lichamelijk lijden adequaat behandeld?
- Wat is de objectiviteit van het lijden?
- Is de angst een belemmering voor het sociale functioneren?
- Zijn er naast de angst ook andere psychische klachten, m.n. somberheid? Doodswens?
- Wat heeft de patiënt tot nu toe zelf gedaan om de angst te verminderen, wat hielp en wat niet?
- Heeft de patiënt last van slapeloosheid? Zijn er nachtmerries? Wordt er gepiekerd en waarover?

Adviezen

- Zorg voor een veilige omgeving met daarin aandacht voor onder- of overprikkeling.
- Bied zo nodig ondersteuning door een fysiotherapeut aan in verband met het aanleren van effectieve ademhaling.
- Leer de patiënt zich met ademhalings- en ontspanningsoefeningen te ontspannen.
- Geef extra aandacht aan angst voor de dood, slecht gecontroleerde pijn en kortademigheid en medicatie die aanleiding kan geven tot angstige gevoelens.

Achtergrondinformatie

Hoewel angstklachten bij ouderen veel voorkomen, wordt de diagnose angststoornis niet vaak gesteld. Angstklachten worden eerder gezien als onderdeel van grotere stoornissen, zoals dementie of depressie. Ook de oudere zelf staat niet te popelen om over zijn angstklachten te praten, bang om een "gek" of een "zeur" te worden gevonden. Veel angst speelt zich ook af rond ouderdomskwaden, zoals de angst om te vallen, of angst om dement te worden. In vergelijking met jongeren staan bij ouderen de lichamelijke verschijnselen meer op de voorgrond. Zo worden bij paniekstoornis en de gegeneraliseerde angststoornis vaak klachten als pijn, moeheid, rusteloosheid, concentratiestoornissen, irritaties, spierspanning en slaapstoornissen genoemd. Om angstproblemen in kaart te brengen, is een anamnese (gesprek met de patiënt) en soms ook een heteroanamnese (gesprek met een naaste van de patiënt) onontbeerlijk.

Daarnaast is kennis van lichamelijk aandoeningen op oudere leeftijd nodig. Vervolgens moeten de functionele gevolgen van de angststoornis onderzocht worden. Vaak is er sprake van verstoring van het zelfstandig en sociaal functioneren, met als gevolg afhankelijkheid en

isolement, of "lastig" gedrag voor anderen.

Angststoornissen ontstaan zelden op oudere leeftijd. Meestal bestaan de klachten al heel lang en kunnen ze verergeren na stressvolle gebeurtenissen, zoals het verlies van een partner, of net niet meer kunnen en mogen autorijden. Ook lichamelijk ziekte, medicatie, alcoholgebruik en cafeïne kunnen de klachten uitlokken of doen toenemen. Ook moet bedacht worden dat angst juist een onderdeel kan zijn van een lichamelijke ziekte, zoals een schildklieraandoening. Omdat angst een sterke overlap heeft met depressie, is het goed om beide aandoeningen apart in kaart te brengen. (Bron symposium Angst bij ouderen december 2004).

05. Benauwdheid/kortademigheid

M. La Rondelle,

Herzien november 2013: R.W.J. Post, S.E.M. Konings, M.C. Steenbrink,
praktijkverpleegkundigen

Triage

- **ACUUT**

Trauma, verslikt, iets in de keel. (zie ook: ademwegobstructie, H 1, of verslikken, H 34)

Bewusteloosheid, verminderd bewustzijn

Acuut pijn op de borst, pijn linker arm/kaak, misselijk, bleek, klam

Ademnood, patiënt lijkt te stikken, kan geen woord uitbrengen, kreunende ademhaling

Anafylactische shock, ademhalingsmoeilijkheden, klam en zweterig

Kortademigheid die snel vererger

Astma/COPD, zonder verbetering na medicatie

Ernstige dehydratatie met verwardheid, sufheid en/of flauwvallen

Matig tot fors rectaal bloedverlies

- **DRINGEND**

Koorts

Toenemende benauwdheid, Angst, paniek, onrust of bij een eerste aanval van hyperventilatie.

Geleidelijke verslechtering, toenemen van koorts en/of benauwdheid

- **ROUTINE**

Herhaalde periode van angst of paniek – bekende klacht hyperventilatie

Herhaalde periode van benauwdheid bekende klachten bij benauwdheid bij hartfalen of astma / COPD

Vragen

- Is de patiënt bij bewustzijn?
- Gelaatskleur: rood, roze, blauw/paars
- Pijn/drukkend gevoel op de borst, uitstralend naar linker arm/kaak, misselijk, klam?
- Hoe is het gedrag? Rustig, onrustig, angst, lijkt de patiënt te stikken?
- Is de patiënt bekend met: Astma/COPD, Hartfalen of hyperventilatie?
- Hoe is de ademhaling, piepend bij rust of bij geringe inspanning, snel, Bemoeilijke uitademing, zacht/hoorbaar, bij inademing (stridor), kreunend, diep, adequaat?
- Klinkt patiënt vol op de borst? Hoesten?
- Temperatuur, bloeddruk en pols, Saturatie?
- Heeft de patiënt geúrineerd, incontinent? Oedeem?
- Pijn vastzittend aan de ademhaling? Ademhalingsfrequentie > 20 p/m (normaal 8 tot 20 p/m)? Kortademig, snel ademen?
- Kan de patiënt een hele zin zeggen zonder benauwd te worden?
- Kan de patiënt platliggen of moet hij/zij rechtop zitten om lucht te krijgen?
- Hoe snel is de benauwdheid ontstaan? In rust?

Zijn er andere klachten:

- Allergische reactie, bekende allergie?
- Hoe is het defecatiepatroon, bekend met obstipatie? (zie ook: obstipatie)

- Snel ademen, licht in het hoofd, tintelingen, duizelig, hartkloppingen?
- Medicijngebruik, (bij)werkingen?
- Is de patiënt al eerder zo benauwd geweest, hoe was toen het verloop?

Adviezen

- Laat de patiënt recht op zitten in een voor de patiënt comfortabele houding, zo mogelijk met de benen uit bed.
- Laat de patiënt niet alleen!
- Overweeg indien aanwezig nitroglycerine onder de tong, ook als er geen sprake is van pijn op de borst; herhaal dit zo nodig na 15 minuten herhalen. **Let op! Bij systolische bloeddruk < 90 mmHg. Geen nitraten!**

Bij astma/COPD

- Geef de patiënt een extra dosis luchtwegverwijder (bijv. Salbutamol, Ventolin) of O₂.

Zie ook: *Ademwegobstructie, Obstipatie, Verslikken.*

Achtergrondinformatie

Benauwdheid, kortademigheid, ademnood en luchthonger zijn verschillende benamingen voor een (zeer) beangstigend gevoel van 'luchtekort'. De medische benaming voor kortademigheid is **dyspneu**. Kortademigheid wordt vaak ervaren als een zeer bedreigend gevoelen kan vele oorzaken hebben. Er kan kortademigheid ontstaan na inspanning (dyspneu d'effort) of kortademigheid in rust (dyspneu de repos)

Acute kortademigheid;

Kenmerkt zich door het plotselinge ('van het ene op het andere moment' of binnen enkele uren) ontstaan van de klacht.

Langzaam toenemende kortademigheid;

Ontwikkelt zich over een langere periode van bijv. enkele weken, maanden of zelfs jaren.

Patiënten omschrijven de kortademigheid vaak op verschillende manieren;

Bandgevoel om de borst, drukgevoel op de borst, niet achter de adem kunnen komen of niet kunnen doorzuchten, snel buiten adem zijn of een gevoel van zuurstof te kort.

Mogelijke oorzaken van benauwdheid/kortademigheid;

Astma/COPD

Aandoening van de luchtwegen en longen, toestand kan snel verslechteren. Wanneer de kortademigheid toeneemt of de gebruikelijke verlichting van klachten door medicatie uitblijft, is spoed geboden.

Astma Cardiale

Ernstig acuut hartfalen. De patiënt is zeer benauwd, rochelt, heeft het gevoel te stikken. Kan cyanotisch zijn. Oorzaak: toename van bestaand hartfalen, soms een ritmestoornis of hartinfarct.

Hartfalen

Verminderde pomppunctie van het hart. Leidt tot een verminderde inspanningstolerantie, dus tijdens inspanning snel moe en kortademig. Andere symptomen: dikke enkels, benauwdheid tijdens platliggen en 's nachts vaak plassen.

Stridor

Is altijd inspiratoir (bij de inademing). Inspiratoire stridor wijst op een vernauwing van de bovenste luchtwegen door een vreemd voorwerp (brok eten, gebit) in de keel of in de luchtpijp of op een sterke zwelling of tumor van de weefsels in de keel. Ook kan het worden

veroorzaakt door een tweezijdige stembandverlamming

Epiglottitis

Ontsteking van het strokklepje; de patiënt is ziek en zwak. Vaak is bij het inademen een gepiep hoorbaar. Andere symptomen zijn: een kersenrode zwelling achter in de keel, moeite met slikken, kwijlen, niet drinken. De patiënt zit het liefst voorovergebogen.

Hyperventilatie

Bij angst en spanning kan de ademhaling te snel of te diep zijn. De ademhaling is van slag, vaak zonder dat iemand het beseft. De persoon zit in een stoel, maar ademt alsof hij een marathon loopt. Hyperventilatie leidt vaak tot paniek/onwel voelen, soms zelfs tot bewusteloosheid. Het is meestal ongevaarlijk maar kan bij een eerste aanval een ernstig symptoom zijn van een hartinfarct of een longembolie.

Longembolie

Stolsel in longvaten. Doorgaans met kortademigheid en pijn verbonden aan de ademhaling. Risico factoren: operatie, langdurige bedrust, eerdere trombose.

Pneumonie

Gaat meestal gepaard met koorts. Kan pijn geven als dit samengaat met irritatie van de longbladen (pleuritis).

Pneumothorax

Lucht tussen borst- en longvlies, waardoor een long samenklapt. Plotselinge pijn op de borst gaat gepaard met kortademigheid. Kan spontaan gebeuren; maar komt meestal op jonge leeftijd voor bij leptosomen (aanduiding voor een langwerpig lichaamstype: smal, lang gelaat, scherpe neus, smal van lichaamsbouw).

Bronvermelding

Farmacotherapie voor de huisarts, editie 2013, *Acuut hartfalen*, blz 122.

NHG standaard COPD en Astma bij volwassenen; *Diagnostiek en COPD behandeling*.

NHG-standaard Hartfalen (tweede herziening).

NHG-Triage Wijzer versie 2012-III

Zakboek verpleegkundige diagnosen, L.J Carpenito-Moyet, *Inspanningstolerantie, beperkte*, blz 231

[http://www.frieselongartsen.nl/\(30 september 2013\)](http://www.frieselongartsen.nl/(30 september 2013))

06. Bewustzijnsdaling / verlies

H. van den Hoeven-Cavalini, A. Wijckmans en R. Neijman.

Herzien 2012: S. van Bergen, M. Hoogerwerf en Y. Wijnhoven, praktijkverpleegkundigen.

Herzien 2014: N. Kamermans – van Schaik, J. van Diermen, A.W.H.M. Higler – van Huijgevoort, praktijkverpleegkundigen.

Triage vragen

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Wat is het beleid? | Wel of niet reanimeren.
Wanneer 112 bellen | |
| 2. Is de situatie veilig voor de Verpleging en Verzorging? | | |
| 3. Is de situatie veilig voor de patiënt/bewoner/persoon? | | |
| 4. Hoe tref je de persoon aan? | | |
| 5. Geen bewustzijn | Geen ademhaling | Start reanimatie protocol |
| 6. Geen bewustzijn | Wel ademhaling | ABCDE protocol toepassen.
Zie stroomschema (bijlage 1) |

ABCDE - methode

Airway (luchtweg)

- Is de lucht / ademweg vrij? Nee → Indien mogelijk vrij maken (zie ABCDE protocol)

Breathing (ademhaling)

- Patiënt is ernstig benauwd (Patiënt kan geen hele zin spreken).
- Ademt patiënt hoorbaar in? Ademt patiënt snel (>20x per minuut)? → dan acuut Letten op frequentie, regelmaat en diepte van de inademing. Wat is de saturatie
- Letten op cyanose

Circulation (bloedsomloop)

- En patiënt heeft een snelle pols? → heeft dit te maken met een circulatie probleem, angst, adrenaline, koorts? Zijn er shock symptomen? (bleekheid, roodheid, transpiratie)
- Letten op cyanose (maskergelaat)

Disability (verminderd bewustzijn)

Bewustzijn controleren met de AVPU methode:

Alert en bewust van de omgeving,
Vocal, reageert op aanspreken,
Pain, reageert alleen op pijnprikkels,
Unresponsive: reageert niet op pijnprikkels.

Bewustzijn controle iedere 5 minuten

Exposure (omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt)

- Waar en hoe is de patiënt aangetroffen? Hoe ernstig? Zichtbaar letsel?
- Zijn er trekkingen met armen, benen en in het gelaat? Is er incontinentie? Is er een tongbeet?
- Is de patiënt diabeet/wat is de glucose waarde?
- Verliest patiënt bloed (bloed braken/bloed opgeven/rectaal bloedverlies).
- Letten op de kleur van de vingernagels
- Is patiëntverward/suf? Is er sprake van onrust, verwardheid, uitvalsverschijnselen, spraakstoornissen?
- Geeft patiënt aan dat het hem 'zwart voor de ogen' wordt, heeft patiënt het gevoel het bewustzijn te verliezen.

Anamnese vragen

- Is patiënt bekend hart- en vaatziekten (myocardinfarct, angina pectoris, TIA, CVA, hartritmestoornissen, lage of hoge bloeddruk, hyperventilatie?)
- Is patiënt bekend met een allergie of overgevoeligheid?
- Is patiënt bekend met diabetes mellitus? Heeft de patiënt een protocol bij lage c.q. hoge glucosewaarde?
- Is patiënt bekend met trekkingen en bewustzijnsverlies/epilepsie?
- Is de patiënt bekend met veel drinken (bijv. 1500 ml water binnen een half uur)
- Gebruikt patiënt alcohol, drugs of medicijnen?
- Welke medicatie gebruikt de patiënt, zijn er recent wijzigingen geweest? Uitvragen
- Zijn er al eerder controles gedaan, hoe waren deze? (historie)
- Is de persoon recent gevallen (3 dagen), attentie op subduraal hematoom, hersenkneuzing

Triage

ACUUT

- Kenmerkende symptomen passend bij CVA/ TIA Hanteer de FAST methode: Face, Arm, Speak en Time (zie CVA) Krachtsvermindering/ krachtsverlies. Bij acute ziekenhuisopname ivm trombolyse.
- Bewustzijnsdaling die langer dan 5 - 10 minuten duurt afhankelijk van de situatie en het beleid.
- Shock zoals Anafylactische shock bij bekende overgevoeligheid/allergie voor bepaalde medicijnen, voedingsstoffen of insectenbeten of hemostatische shock bij teveel bloedverlies
- Recidiverende collaps.
- Schedeltrauma(bloed of vocht uit neus en oren).
- Pijn op de borst, in de buik, maag, kaak of het hoofd.
- Status Epilepticus
- Ernstig bloedverlies
- Intoxicatie van medicatie (door overdosis of overdosering)
- Hypoglycaemie (Glucose waarde < 3.5 mmol/l)

DRINGEND

- Recidiverende collaps die de patiënt niet voelt aankomen
- Wisselend bewustzijn
- Insult dat terugkomt (bij bekende epilepsie)
- Insult dat voorbij is zonder epilepsie in de voorgeschiedenis
- Hyperglycaemie (Glucose waarde>20mmol/l)
- Dehydratie (heftig of langdurig braken, diarree, slecht drinken, koorts)
- Krachtsvermindering/krachtsverlies wanneer een acute ziekenhuisopname of behandeling niet noodzakelijk is.
- Onregelmatige polsslag/abnormale polsslag (<50/min of > 120/min)
- Lateralisatie(links-rechts verschil bij neurologisch onderzoek)

ROUTINE

- (bekende) Epilepsie
- Flauwvallen (max 30 sec. bewusteloos)
- Wegraking door angst of paniek
- Collaps bij defecatie of mictie, bij hyperventilatie of hoesten
- Collaps bij plotseling of snel opstaan (orthostatische syncope)

Adviezen

Let op ademwegobstructie (gebitsprothese verwijderen), Pas op voor de tongbeet bij epilepsiepatiënten.

- Zorg voor een vrije ademweg (stabiele zijligging, kinlift, kaaklift, hoofd achterover kantelen). Eten verwijderen
- Bij verdenking hoofdletsel eerstvolgende 24 uur/ wekadvies à 2 uur na herstel bewustzijn (en bij twijfel altijd overleg met arts!)
- Bij patiënt die bekend is met epileptisch insult of hypo-/hyperglycaemie de geldende protocollen uitvoeren
- Nabijheid van medewerker bij patiënt zo lang als het bewustzijnsverlies duurt
- Vraag de patiënt naar oriëntatie plaats en tijd bij herstel bewustzijn Bij herstel van het bewustzijn niet direct wat laten drinken i.v.m. verslikkingsgevaar.
- Controles uitvoeren (glucose, RR, temp, pols, ademhaling, eventueel saturatie) en rapporteren
- Puls tellen zowel handmatig als op de borst met de stethoscoop
- Rapporteer de observaties, het verloop en de tijdsduur
- Licht altijd de arts in
- Voorkom (Verder) Letsel

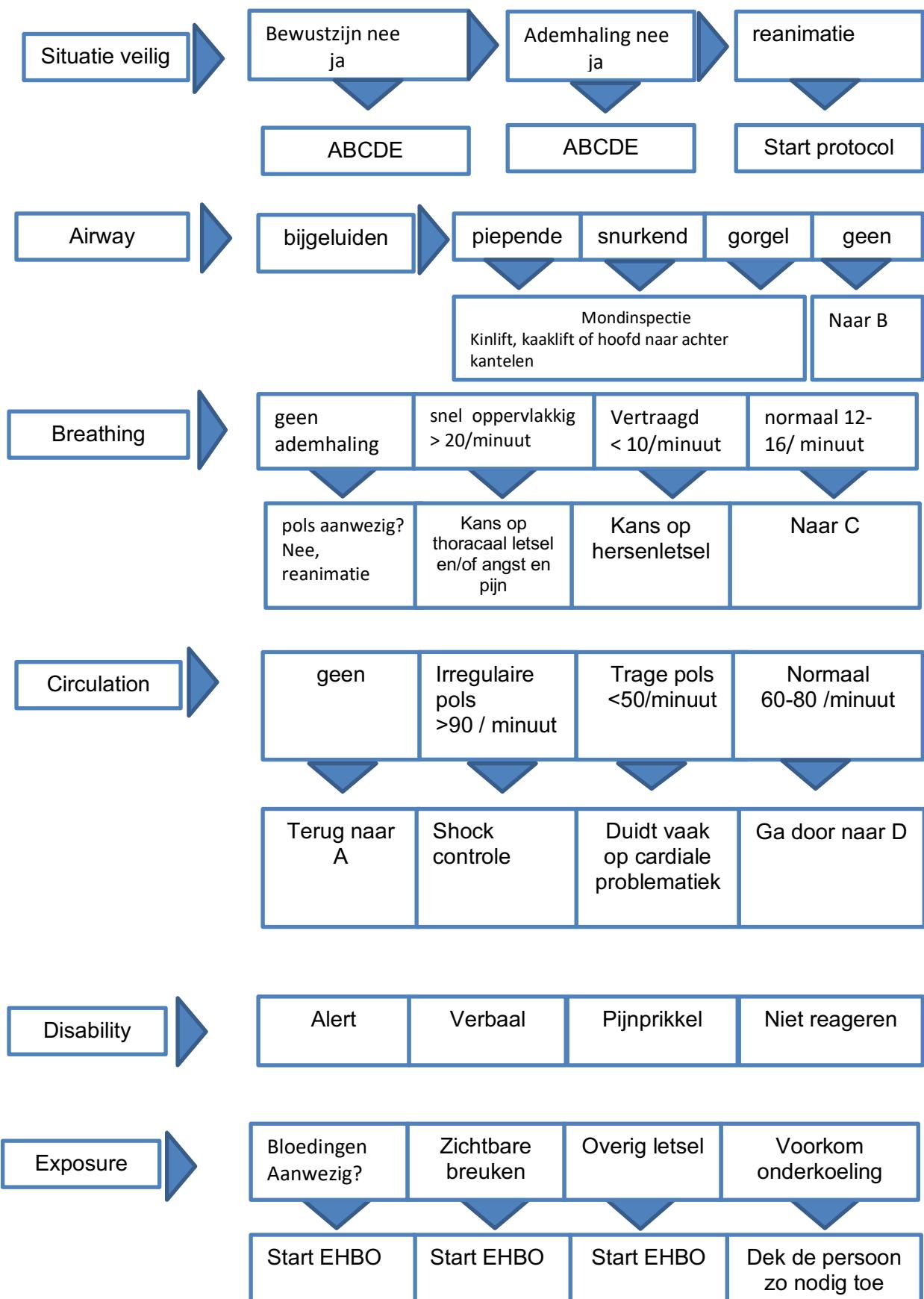
Zie ook

Afwijkende glucosewaarden

Benaudheid

Verslikken

BIJLAGE 1: STROOMSCHEMA: ABCDE - PROTOCOL



Bijlage 2: Achtergrond informatie

Collaps (syncope)

Dit is een tijdelijk, gedeeltelijk (=flauwte) of totaal bewustzijnsverlies als gevolg van een verminderde toevoer van bloed, resp. zuurstof en voedingsstoffen naar de hersenen

Orthostatische collaps

Ontstaat bij plotseling of snel opstaan; dit komt vaak voor bij ouderen doordat de bloeddruk stabiliserende reflexen verminderd werken; m.n. ook als bijwerking van medicatie, vooral bloeddrukverlagende medicatie

Shock

wordt gedefinieerd als een verandering van circulatie die leidt tot hypoxie op weefselniveau of levensbedreigende toestand waarin te weinig bloed met zuurstof naar de organen wordt vervoerd, doordat te weinig bloed in de slagaderen aanwezig is, de functie van het hart tekortschiet of door verwijding van belangrijke bloedvaten in het lichaam

Soorten shock: hypovolemische shock (bijv. verbloeding)

cardiogene shock (bijv. na myocardinfarct)

obstructieve shock (bijv. grote longembolie)

distributieve shock (bijv. septische shock)

(www.intensivist.nl)

Het lichaam tracht het gebrek aan zuurstof te compenseren door enkele correctiemechanismen. Het hart pompt het bloed sneller rond (hartfrequentie ↑), de ademhaling versnelt en de minder belangrijke organen zoals de huid krijgen minder bloed (bleek zien). Het lichaam reageert op het probleem en het slachtoffer wordt rusteloos en angstig. Bij een shock nooit iets te eten en drinken geven i.v.m. aspiratierisico.

Anafylactische shock ontstaat door massale bloedvatverwijding tgv overgevoeligheid/allergie voor bepaalde stoffen (medicijnen, insectenbeten, voedingsstoffen)

Epilepsie

Epilepsie is een verzamelnaam voor aandoeningen waarbij regelmatig aanvallen optreden van veranderingen in de elektrische activiteit in de hersenen. Door het afgeven van elektrische impulsen communiceren hersencellen met elkaar. Bij een epilepsieaanval worden sommige hersencellen overactief en gaan in het wilde weg elektrische signalen afgeven.

(www.hersenstichting.nl)

Deze ontstaan meestal doordat er een beschadiging is geweest, bijv. CVA (infarct of bloeding) of trauma, soms door intoxicatie met bepaalde stoffen, m.n. medicijnen (neuroleptica, antidepressiva). Aanvallen verschillen van persoon tot persoon.

Epilepsie kan zich op vele manieren uiten, meest bekend zijn de gegeneraliseerde tonisch/clonische insulten met trekkingen van alle ledematen.

Partiële epilepsie uit zich door trekkingen van enkele spiergroepen. Soms zie je alleen absences, waarbij de patiënt even (enkele seconden tot soms enkele minuten) "afwezig" is zonder flauwvallen of trekkingen; kenmerkend is dat de patiënt zich van deze periode niets kan herinneren ("black out").

Om verdere schade aan hersenen (en lichaam) te voorkomen wordt een patiënt ingesteld op anti-epileptica.

Vaak wordt bij hevige aanvallen diazepam/valium voorgeschreven (veelal in de vorm van stesolid = valium rectiole).

Hypoglycaemie

Bewustzijnsverlies kan optreden door een te laag glucosegehalte (glucose < 3,5 mmol)

Hyperglycaemie

Hyperglycaemisch coma door te lang een te hoog glucosegehalte (>20mmol) door b.v. een onbehandelde infectie.

CVA

CVA: acute verstoring van de cerebrale circulatie, gepaard met neurologische uitvalsverschijnselen. Cerebrovasculaire accidenten worden grofweg ingedeeld in bloedige CVA's (hersenbloedingen) en niet-bloedige CVA's (herseninfarcten). Ischemische beroertes of CVA's ontstaan als een bloedvat verstoopt raakt. De oorzaak van de blokkade zijn meestal stolsels. Het stolsel kan in de bloedvaten van de hersenen ontstaan of in bloedvaten die bloed van het hart naar de hersenen brengen. Dit type beroerte wordt een hersentrombose genoemd. Deze stolsels ontstaan op plaatsen waar aderverkalking of atherosclerose de bloedvaten beschadigd heeft. Hersenbloedingen ontstaan wanneer een bloedvat in of rond de hersenen openbarst. Als dit gebeurt krijgen de hersencellen ook geen voedingsstoffen en zuurstof meer en sterven geleidelijk af. Het bloed dat uit het bloedvat vloeit duwt het normale hersenweefsel weg. (www.btsg.nl)

Via de **FAST** methode kun je snel achterhalen of het echt om een beroerte of eventueel hersenbloeding gaat.

- F = Face (het gezicht raakt verlamt waardoor een mondhoek gaat hangen)
- A = Arm (laat het slachtoffer zijn arm recht vooruit steken, wanneer hij/zij deze niet omhoog kan houden duid dit op een verlammingsverschijnsel)
- S = Speak (het slachtoffer heeft moeite om te praten, of zal alleen kunnen brabbelen).
- T = Time (het is noodzakelijk snel te handelen en 1-1-2 te bellen en te zeggen dat het om een beroerte gaat) Een trombolyse moet binnen 4 uur na het ontstaan van de klachten uitgevoerd worden (behandeling, therapie)

Soorten bloedingen:

Subduraal haematoom: een bloeding (hematoomvorming) tussen het spinnenwebvlies en het harde hersenvlies. (www.btsg.nl)

Oorzaken

De bloeding bij een subduraal hematoom kan acuut ontstaan door ernstig hersenletsel, bijvoorbeeld door een ongeluk. Hierbij ontstaat er ernstige kneuzing van de hersenen en scheurt deader. De bloeding kan echter ook langzaam ontstaan. Dit gebeurt meestal bij oudere mensen waarbij door de leeftijd de hersenen vaak al wat gekrompen zijn.

De ruimte tussen het harde hersenvlies en hersenoppervlak is hierdoor groter waardoor de bloedvaten tamelijk gestrekt lopen om deze ruimte te overbruggen. Een kleine schok, zoals het stoten van het hoofd, kan dan al een bloeding veroorzaken. Verder hebben mensen met stollingsstoornissen of vaatafwijkingen een groter risico op een subduraal hematoom.

Verschijnselen: hoofdpijn, misselijkheid (soms met braken), verlamming aan een arm of been, spraakproblemen, epileptische aanvallen met schokken van armen en benen, achteruitgang van geestelijke vermogens (verwardheid, vergeetachtigheid, gedragsveranderingen), incontinentie, slaperigheid en/of suf worden, bewusteloosheid (www.bronovo.nl)

De verschijnselen van deze langzaam verlopende bloeding zijn soms pas na dagen of weken waarneembaar.

Subarachnoïdale bloeding:

Een bloeding rond of in de hersenen onder het spinnenwebvlies (arachnidea). Subarachnoidale bloedingen worden vaak veroorzaakt door het openbreken van een aneurysma, een abnormale uitstulping van een bloedvat. Deze abnormale uitstulping ontstaat op een zwakke plek in een hersenbloedvat. Uiteindelijk kan dit aneurysma openbarsten en een hersenbloeding veroorzaken. De verschijnselen zijn een zeer plotseling optredende heftige en aanhoudende hoofdpijn en nekpijn. Veel patiënten beschrijven een 'knapje' of slag in de nek. Als de bloeding zeer ernstig is, kan er beschadiging van hersenfuncties optreden met bewustzijnsverlies of coma.

TIA

TIA: (Transient Ischaemic Attack): 20 tot 40% van alle beroertes wordt voorafgegaan door kortdurende verschijnselen: TIA. Dit is een voorbijgaande aanval (binnen 24 uur zijn de verschijnselen verdwenen) door belemmering in de bloedtoevoer. Deze voorboden kunnen zich soms meerdere malen herhalen voordat een beroerte ontstaat. Een TIA valt niet onder CVA.
(www.btsg.nl)

Stuporeus

De patiënt reageert niet meer op prikkels. Sterke vermindering of totale opheffing van de geestelijke functies gepaard gaande met onbeweeglijkheid van het lichaam, kan optreden na hevige emoties, kan een uiting zijn van een depressie, of van een andere functionele psychiatrische stoornis. Het kan ook het gevolg zijn van een hersenaandoening of een stil delier.

Hartritmestoornissen

Bij een ritmestoornis slaat het hart te snel (tachycardie), of te langzaam (bradycardie), of onregelmatig. Hierdoor kan bewustzijnsverlies optreden.

Vaso-vagale collaps

is de meest voorkomende vorm van flauwvallen. Het tijdelijk en omkeerbaar bewustzijnsverlies (*syncope*) en wordt uitgelokt door een vasculaire stimulatie door de hersenzenuw. Het betreft voornamelijk een plots vagale stimulatie die een onvoldoende doorbloeding uitlokt. Deze vasculaire stimulus kan op haar beurt veroorzaakt worden door een scala van factoren die alle leiden tot hetzelfde beeld van flauwvallen. De vasovagale syncope kan dus veroorzaakt worden door vele aandoeningen of factoren.

Bronvermelding:

- Bohy B. Actueel bewustzijnsverlies. Internetsite www.medics4medics.com. Beschikbaar via:<http://www.medics4medics.com/index.php/symptomen-mainmenu-9/bewustzijnsdaling-mainmenu-66?showall=1>. Geraadpleegd 2012 september 7.
 - Moya A. et al., 2009. Richtlijnen voor patiënten met syncope in zakformaat. Gebaseerd op de ESC Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope (European Heart Journal 2004;35:2054-2072) en Pocket Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope (Update 2005) Beschikbaar via:
<http://cantrijnonline2.nl.dotnet33.hostbasket.com/NVKG/soma1/Richtlijn%20syncope.pdf>. Geraadpleegd 2012 september 7.
- <http://assortiment.bsl.nl/files/e4a05eae-4d82-4c92-bf75-381ab0836dc3/9789031391639proefhoofdstuk.pdf> Volgorde bij circulatie.

- Nederlandse Internisten vereniging 2012. Richtlijn elektrolytstoornissen 2012. Beschikbaar via:www.internisten.nl Geraadpleegd 2012 september 11.
Oranje Kruis boekje, Leerstof voor het Diploma Eerste hulp samengesteld in opdracht en onder toezicht van de Stichting Koninklijke Nationale Organisatie voor Reddingwezen en Eerste Hulp bij Ongelukken: Het Oranje Kruis:. Thieme Meulenhoff, Utrecht/Zutphen, 2006. Blz 31
- Schiphorst, J.P.T, Fouwels, A.J. Clozapine tegen de dorst uit Tijdschrift voor Psychiatrie 2003. Beschikbaar via:
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/11/articles/63.Geraadpleegd_2012_september_11

<http://assortiment.bsl.nl/files/e4a05eae-4d82-4c92-bf75-381ab0836dc3/9789031391639proefhoofdstuk.pdf> Uitleg FACT

NHG standaard ABCDE kaart voor huisartsen, oktober 2013

07. Bloedneus bij ouderen / Epistaxis

Drs. M.A. Vermaas, verpleeghuisarts.

Herzien 2014. Z. Klein Schiphorst, N. van Halderen, A. Biesterbos, B. Baron,
Praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **ACUUT**
- **DRINGEND**
Bij bloeddrukdaling, collaps of persisterende bloeding
- **ROUTINE**
Regelmatig terugkerende bloedneus

Vragen

- Bent u ermee bekend?
- Welke medicatie wordt gebruikt? M.n. Acetylsalicylzuur/Coumarinederivaten.
- Is er een aanwijsbare oorzaak?
- Hoe lang duurt het al?
- Hoe is de bloeddruk?
- Indien van toepassing, vragen naar de laatste INR controle.

Adviezen

- In licht voorovergebogen houding neus dichtduwen net onder de Ossa Nasalia. 15 minuten zo blijven zitten. Hierna pas loslaten.
- IJs kraag om doen (vasoconstrictie via aanvoerende bloedvaten), of zuigen op een ijsblokje. Eventueel Xylomethazoline sprayen.
- Indien nog steeds bloedneus: goed en stevig snuiten (links en rechts om de beurt) om stolsels te verwijderen. Hierna opnieuw 15 minuten dichtduwen.
- Indien persisteren bloeding: Nogmaals contact opnemen/overleg met arts (behandeling middels tamponade overwegen). Let op! Ademen door 1 neusgat geeft snel hoofdpijn, geef hiervoor paracetamol.
- Na 2x 15 min dichtduwen zonder resultaat en bij anticoagulantia INR prikken en uitslag doorbellen aan trombosedienst of arts.
- Staak iom arts tijdelijk de medicatie die verneveld moet worden.
- Na de bloeding hoofdeind van het bed wat hoger zetten (indien van toepassing).
- Algemene leefregels voor de eerste 2-3 dagen na een bloeding en na het verwijderen van tampons:
 - geen krachtsinspanning leveren
 - niet bukken/tillen
 - geen stomend warme dranken of spijzen
 - geen hete douche
 - niet snuiten!
 - geen gekruid voedsel
 - geen alcohol, niet roken
 - niet in de neus peuteren

Achtergrondinformatie

Verouderingsveranderingen neus en neusslijmvlies

- Het neusslijmvlies wordt veel droger door atrofie mucus producerende klieren
De atrofisch wordende mucosa geeft het gevoel van neusverstopping
- Het mucociliair transport wordt minder effectief, dit kan samen met een afname van de autonome controle leiden tot een postnasal drip en een loopneus
- Fragielere en scleroserende bloedvaten in neus → makkelijker epistaxis
- Olfactorische systeem gaat achter uit → reuk slechter
- Kraakbeen van de neus worst slapper/zwakker → meer obstructie
- Makkelijker aanzuigen neusvleugels. Een pre-existente septumdeviatie kan opeens problemen gaan geven
- Neusbloedingen kunnen veroorzaakt worden door een ongeluk van de neus (klap of stoten) of beschadiging van het neusslijmvlies (b.v. door medicijnen die verneveld worden).
- Verhoogde bloeddruk kan een oorzaak zijn van een bloedneus, zo ook het gebruik van bloedverdunners.
- Een andere oorzaak kan veroorzaakt worden door chemische stoffen die het neusslijmvlies irriteren.
- Misvorming in de neus (b.v. een gat in het neustussenschot) kan ook een oorzaak zijn van een bloedneus.

Algemene oorzaken:

- **Hematologisch (trombopenie, hemofilie).**
- **Coumarinederivaten.**
- **Omgevingsfactoren.**
- **Orgaan falen (uremie, levercirrose).**
- **Overige (atherosclerose, alcohol).**
- **Lokaal (vasculair).**

Acute neusbloeding

De meeste neusbloedingen zitten anterieur. De bloeding begint uit de neus maar later kan ook via de keel bloed komen. Een posterieure neusbloeding is meestal heviger en de lekkage begint vaak in de keel. Hiervoor is vaak insturen nodig i.v.m. met de hevigheid.

Vaak is de mucosa al zeer teer door de veroudering en droogte en kan bij een relatief klein trauma (peuteren, hard snuiten) gaan bloeden. Hypertensie kan dit verergeren evenals bloedverdunners.

Behandeling persistente bloeding

Bij een persistente bloeding zal de Praktijkverpleegkundige de bloeding middels tamponeren stoppen.

Tamponade van de neus verlaagt echter de zuurstofconcentratie in het bloed bij ouderen. Ouderen kunnen minder goed omschakelen om een mondademhaling. Met name tijdens de slaap kan dyspneu/apnoe en ademstilstand optreden. Let hierop!!

Er zijn diverse tampons beschikbaar:

- Veel gebruikt is de Merocelttampon. Voor het inbrengen hard en slank, maar opzwelend in de neus. *Belangrijk:* Breng de tampon goed in, dwz niet alleen helemaal voorin, de hele tampon dient in de neus te zitten. Eventueel kan wat vaseline de introductie vergemakkelijken. Na 2 dagen pas verwijderen.
- 1 of 2 cm gaastampon met vaseline: gelaagd plaatsen in de neus. Moeilijker in

- te brengen
- In de niet-ziekenhuis setting is de Rapid Rhino® tampon heel makkelijk te gebruiken. Dit is een tampon die makkelijk in te brengen is (vergelijkbaar met de Merocel) en daarna opgeblazen wordt. De tampon vormt zich zo naar het neusoppervlak. Na 2 dagen langzaam leeg laten lopen en verwijderen als er geen recidief bloeding hierbij optreedt. Bij recidief bloeding weer opblazen. Als de bloeding niet stopt of vaak recidueert zal de arts verwijzing naar de KNO overwegen. Electrocoagulatie, andere vormen van tamponade (bv Belloque = tampon in neus en Nasopharynx) en, bij hevige bloedingen, eventueel embolisatie of klippen van A. Sfenopalatina behoort dan tot de mogelijkheden.

Preventie

Vaak wordt een droog neusslijmvlies met korstvorming gezien. Bij verwijdering van de crustae treedt dan gemakkelijk een neusbloeding op.

Behandeling bestaat dan uit:

- goed bevochtigen (spoelen met fysiologisch zout)
- eventueel in combinatie met een neuszalf
- een meer vochtige binnen omgeving
- Soms kan een septumcorrectie of correctie van het klepgebied (bv spreader grafts) nodig zijn.

Bronnen:

- Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Erasmus MC 19-05-2010
- www.Flevoziekenhuis.nl

08. Braken

M. van het Klooster en P. Maas.

Herzien 2009: M.E. Albers, M. de Beer en C.H. Ploeg, praktijkverpleegkundigen

Triage

- **ACUUT**
 - Bewustzijnsverlies
 - Pijn op de borst
 - Bloedbraken
 - Faecaal braken
- **DRINGEND**
 - Hevige buikpijn
 - Ernstig ziek bij risicogroep (bijv. m. Addison)
 - Suf of dehydratie
 - Diabetes Mellitus
- **ROUTINE**
 - Aanhoudend braken bij risicogroepen
 - Algeheel ziek voelen
 - Medicatie (anti-epileptica, antibiotica, digoxine, opiaten)

Vragen

- Hoelang en hoe vaak gebraakt?
- Diarree?
- Wanneer voor het laatst geplast?
- Wanneer voor het laatst ontlasting gehad?
- Zijn er in de omgeving anderen die braken en/of diarree hebben?
- Is er sprake van misselijkheid (geweest)?
- Vaker last van braken of refluxklachten?
- Hoe ziet het braaksel eruit? Voedselresten (vers of verteerd (=zuur voedsel), helder vocht, gal, bloed, darminhoud (feacaal ruikend)?
- Koorts?
- Zijn er andere verschijnselen? Zoals:
 - buikpijn, maagklachten
 - pijn op de borst
 - duizelig
 - hoofdpijn
 - sufheid
 - ziekte gevoel
- Is er vlak voor het braken een ongeval gebeurd?
- Is er sprake diabetes? Ziekte van Addison?
- Relatie medicijngebruik?
- Relatie eten en/of drinken? (b.v. alcohol, rauw vlees / vis)

Adviezen

- Drink vaak, neem bijvoorbeeld elke vijf tot tien minuten een slokje water; dit beperkt het vochtverlies
- Drink en eet meer zodra het beter gaat
- Vocht- en voedingslijst aanleggen
- Glucosemetingen bij DM patiënten

- Indien meerdere mensen deze klachten hebben, nagaan wat ze gegeten hebben en overleggen met de arts
- Wees alert op dehydratie en metabol stoornissen (electrolyten (Natrium, Kalium, Chloor)
- Leg cliënten die niet zelf kunnen draaien op de zij, zodat ze niet kunnen stikken in eigen braaksel.

Achtergrondinformatie

Braken is het uitdrijven van de maaginhoud, door een krachtig en gecoördineerd samentrekken van de spieren van de buikwand en het diafragma. Het eigenlijke braken wordt meestal vooraf gegaan door misselijkheid en kokhalzen. Braken is een frequent en atypisch symptoom en het komt bij veel verschillende aandoeningen voor, zowel bij ernstige als meer banale aandoeningen. De aanwezigheid van andere symptomen (o.a. koorts, diarree, pijn, afwezigheid van stoelgang of flatus, algemeen ziektegevoel, duizeligheid, neurologische symptomen) is belangrijk om de ernst van het braken in te schatten.

Overgeven is vaak het gevolg van een infectie van maag of darmen. Vaak gaat het gepaard met diarree. Oorzaak is meestal een virus, soms een bacterie. De besmettingbron kan iemand uit de omgeving zijn, besmet water of bedorven voedsel. Meestal vermindert het braken na een dag vanzelf. Houdt er rekening mee dat medicijnen bij braken minder goed kunnen werken (anti-epileptica, antibiotica) of dat er helemaal geen opname is.

Gastro-intestinale oorzaken

- Obstructie van de pylorus (ulcus, tumor)
- Mechanische obstructie dunne darm of colon (b.v. tumoren, ingeklemde hernia)
- Motiliteitsstoornissen (b.v. gastroparese, pseudo-obstructie)
- Infecties (b.v. gastro-enteritis, hepatitis, voedselintoxicatie)
- Intraperitoneale pathologie (b.v. pancreatitis, appendicitis)

Neurologische oorzaken

- Migraine
- Verhoogde intracraniële druk
- Meningitis
- Ontsteking evenwichtsorgaan

Heftige pijnen

- Myocardinfarct
- Koliekpijn

Metabole aandoeningen

- Ziekte van Addison (bijnierschorsinsufficiëntie)
- Metabole acidose (te lage pH van het bloed)
- Nierinsufficientie
- Intoxicaties

Medicatie

- Chemotherapie voor maligne aandoeningen
- Digitalis
- Opiaten
- Antibiotica

Psychische oorzaken

- Psychogene braken
- Eetstoornissen

09. Buikpijn (algemeen)

B. Eichhorn en D. van Galen.

Herzien 2009: B.A.M. Neerscholten, M.W. Snoey Kiewit, B. Keizer, I.J.M. de Bruin, Praktijkverpleegkundigen.

Herzien 2017: J.B.F Vaissier, J. Visser, G.A.M Weijers, praktijkverpleegkundigen

Triage

ACUUT

- Shockverschijnselen
- Acute aanhoudende hevige pijn evt. gepaard met koorts, braken en een verminderde ademhaling
- rectaal bloedverlies (helder rood of stolsels)
- Pijnlijke harde buik met spierverzet (abdominale spanning)
- Fecaal braken
- Melaena (zwarte, hevig ruikende ontlasting)
- Trauma

DRINGEND

- Aanvalsgewijze pijnen (koliekpijn)
- Brandende pijn in het midden van de buik.
- Zeurende pijn rechtsonder in de buik.
- Pijn bij aanraking links onder in de buik.
- Buikpijn uitstralend naar, of linker arm, of kaak, of tussen de schouderbladen.
- Obstipatieklachten gepaard gaande met braken en/of diarree verminderde eetlust.
- Matige buikpijn die heviger wordt

ROUTINE

- Licht zeurende pijnklachten in onderbuik en onderrug

Vragen

Vraag naar de duur van de buikpijn om acute buikpijn te onderscheiden van niet-acute buikpijn. (Bij het signaleren van pijn kun je gebruik maken van de samenvattingsskaart van V&VN 2015, (zie bijlage 1)

Bij mensen die niet adequaat hun klachten kenbaar kunnen maken verwijzen wij graag naar "Beslisboom observatielijst pijngedrag cliënt ", (zie bijlage 2) zodat er volgens passend observatiemodel de klachten in kaart kan brengen.

Besteed bij acute buikpijn aandacht aan:

- Wanneer zijn de klachten begonnen?
- Soort pijn? Continu of in aanvallen, ernst/duur van een pijnaanval (bewegingsdrang),
- Frequentie van aanvallen, plaats van de pijn, uitstraling, vervoerspijn.
- Eerdere periodes van buikpijn en het verloop daarvan?
- Wat is de voorgeschiedenis?
- Is er pas medicatie gewijzigd?
- Zijn de pijnklachten gerelateerd aan de maaltijden? Of toiletgang?

- Zijn er problemen met de ontlasting?
- Is er sprake van een harde opgezette buik?
- Wanneer was de laatste ontlasting / hoe was de consistentie? Bloed en/of slijm erbij?
- Was er de laatste ontlasting normaal of meer/minder dan anders?
- Zijn er problemen met urineren? (Pijn, loze drang, etc.)
- Is er sprake van koorts, braken, diarree?
- Hoe is het met de eetlust? Vochtintake?
- Is er sprake van toenemende verwardheid/onrust?
- Is er sprake van agressie of toenemende agressie?
- Is er iets in de omgeving van de cliënt veranderd?
- Controle op vitale functies (RR, P, ademhaling, bewustzijn)
- Welke medicijnen worden gebruikt?

Besteed bij niet-acute buikpijn ook aandacht aan:

- Inflammatoire darmziekten
- Ongewild gewichtsverlies;
- Indien er sprake is van een vrouwelijke cliënt
- Wanneer was de laatste menstruatie?
- Wat wordt er als anticonceptie gebruikt?
- Is de cliënt seksueel actief?

Adviezen

Bij acute en dringende buikpijn:

Direct overleg met arts door de praktijkverpleegkundige
In overleg met de arts vragen naar zo nodig extra pijnmedicatie.

Bij niet acute buikpijn:

- Informeer 2dd naar de pijnbeleving, indien dit niet mogelijk is door niet adequaat kenbaar kunnen maken van klachten door cliënt, zie beslisboom observatielijst pijngedrag cliënt, (bijlage 2)
- Houdt dagelijks defecatie cliënt bij, voorkeur middels Bristol stoelgangkaart, (bijlage 3)
- Observeren en rapporteren van het klinisch beeld
- Bewaken van de vitale functies en de lichaamstemperatuur
- Bij lichte pijnklachten onderbuik / rug: urine controleren op aanwijzing voor UWI
- Overleg dieet cliënt met arts en/of diëtist
- Eventueel medicatie herzien
- Bij buikkramp / braken / diarree / koorts / hoofdpijn wees alert op dehydratie.
 - Vochtintake bijhouden
 - Stimuleren tot het frequent drinken van kleine hoeveelheden
 - Medicatie herzien; met name diuretica, laxantia, sederende middelen en bloedglucose verlagende middelen

Achtergrond informatie

Bij acute buikpijn of acute verergering van chronische buikpijn ligt het accent van anamnese en lichamelijk onderzoek op het aantonen of uitsluiten van somatische oorzaken.

Bij chronische buikpijn en vervolgcontacten van functionele buikpijn zal het accent meer

liggen op beleving van de buikpijn en de invloed van de buikpijn op het dagelijks leven.

De buik is het gebied in de onderste helft van de romp. De buik wordt aan de bovenkant begrensd door het middenrif en de ribbenboog en aan de onderzijde door het bekken. Inwendig wordt de buik door het tussen de ribben gespannen middenrif gescheiden van de borst. Buikpijn heeft vele mogelijke oorzaken. Vaak is het iets onschuldig en van voorbijgaande aard, zoals prikkeling van maag of darm. Er zijn echter ook omstandigheden die tijdelijke medische hulp vereisen. Vaak kan de locatie van de buikpijn een belangrijke aanwijzing verschaffen over de mogelijke oorzaak. Op andere momenten kan buikpijn optreden in onverwachte patronen, en is de oorzaak minder duidelijk. Ook kan de pijn uitstralen naar de rug, het borstbeen, de liezen of de benen. Het is nuttig om te kijken op welke plek je buikpijn voelt.

Bij mensen die hun klachten **niet** adequaat kenbaar kunnen maken, is het erg lastig om er achter te komen of de cliënt echt buikpijn heeft of dat er andere klachten zijn. Het is daarom van belang dat de aard, de intensiteit en de lokalisatie van de pijn zo nauwkeurig mogelijk omschreven wordt, en dat ook gericht gevraagd wordt naar begeleidende verschijnselen. Bijvoorbeeld agressie of toenemende agressie. Ook is het belangrijk andere klachten uit te sluiten. Denk bijvoorbeeld aan oorklachten, hoofdpijn of veranderingen in omgeving.

Het is van belang om helder te hebben om welke vorm van buikpijn het gaat.

- Acute buikpijn is buikpijn van recente aanvang die verband houdt met feitelijke weefselschade. Verergering van chronische buikpijn of ernstige buikpijn met peritoneale prikkelingsverschijnselen of ileusperistaltiek, waarbij met spoed een medische beslissing noodzakelijk is.
- Niet-acute buikpijn is buikpijn die langer dan één week aanwezig is.
- Chronische buikpijn is continu aanwezige buikpijn of buikpijn met een recidiverend beloop, die tenminste één keer per week gedurende ten minste twee maanden aanwezig is.
- Functionele buikpijn is buikpijn waarvoor de huisarts geen onderliggende weefselbeschadiging, somatische aandoening of metabole of anatomische afwijking veronderstelt op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek

Algemene buikpijn

De volgende omstandigheden kunnen leiden tot gegeneraliseerde buikpijn, dat is buikpijn die niet gelokaliseerd is in één bepaald gebied:

Ingewandsstoornissen

Een krampachtige pijn door de hele buik heen heeft vaak te maken met de spijsvertering, denk aan iets verkeerds gegeten, te snel gegeten of voedselvergiftiging. Diverse ingewandsstoornissen die buikpijn veroorzaken worden veroorzaakt door buikgriep met diarree.

Dunne darm

Pijn rond de navel kan wijzen op problemen in de dunne darm.

Hart

Pijn net onder de ribbenboog heeft veelal te maken met de maag, maar kan ook afkomstig zijn van het hart.

Galstenen

Een koliekpijn rechtsboven in de buik, soms met uitstraling naar het schouderblad wordt vaak veroorzaakt door galstenen.

Lever

Pijn in de rechter boven kwadrant kan duiden op hepatitis en andere aandoeningen van de

lever, soms pancreas.

Maagklachten

Een brandende pijn boven in het midden van de buik kan komen door maagproblemen zoals een gastritis of een maagzweer (ulcus duodeni/ventriculi). Blindedarmontsteking. Een zeurende pijn rechtsonder kan wijzen op een blindedarmontsteking, problemen met de dikke darm of bij vrouwen de ovaria.

Blaasontsteking

Pijn in de onderbuik, eventueel ook in de rug treedt op bij een blaasontsteking. Als pijn door een blaasontsteking aanhoudt kan de ontsteking zich uitbreiden tot andere infecties in de buikholte tenzij deze behandeld wordt.

Prikkeling van het buikvlies. Dit kan bijvoorbeeld door een ontsteking (aan 1 of meerdere buikorganen) of een maligniteit komen. Peritoneale prikkeling leidt vaak tot een plankharde buik (defense musculaire), hoewel dit bij ouderen vaak minder uitgesproken is.

Langdurige obstipatie

Leidt tot een verstoerde darmpassage, verstoerde spijsvertering, paradoxale diarree, en verstoerde bloedvoorziening. Dit beeld leidt uiteindelijk vaak tot een langdurig krampende c.q. zeurende pijn diffus in de onderbuik (veroorzaakt door diverticulose). Bij ontsteking van divertikels (diverticulitis) ontstaat een beeld van matige koorts, algemene malaise, anorexie en diffuse pijn. Dit beeld kan zelfs uiteindelijk tot weefsel versterving (darm-necrose) leiden.

Ileus

Volledig wegvalLEN van darmpassage, hetzij door verstopping (obstructie-ileus bijv. bij tumor of volvulus) hetzij door verlamming (paralytische ileus).

Gynaecologie

Buikpijn onderin de buikstreek kan bij vrouwen ook veroorzaakt worden door problemen van gynaecologische aard.

Norovirus

Bij ouderen komt frequent het NOROVIRUS voor. Dit geeft de verschijnselen van een buikgriep en ontstaat binnen 16-48 uur na besmetting. De klachten verdwijnen meestal weer vanzelf na 1-4 dagen. Bij mensen met een kwetsbaar evenwicht kunnen de klachten aanzienlijk langer duren

Bronvermelding

- Beslisboom observatielijst pijngedrag cliënt, bijlage 2.
- Bristol stoelgangkaart, bijlage 3
- V & VN Samenvattingskaart 2015, bijlage 1

- Gieteling MJ, Van Dijk PA, De Jonge AH, Albeda FW, Berger MY, Burgers JS, Geijer RMM, Eizenga WH. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Huisarts Wet 2012;55(9):404-9.
- Nuri B. , Eekhof J.A.H., 2007 oktober, Familiaire mediterrane koorts in de huisartsenpraktijk.
- Dr. J.A.H. Eekhof, dr. A. Knuistingh Neven, dr. W. Opstelten: Kleine kwalen in de huisartspraktijk, Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam, vijfde geheel herziene druk, 2010
- Dalen van, F., 30-11-2012, de Bristol stoelgangschaal Ontlasting in zeven categorieën
- Tartuffel, 10-02-2017, 03-11-2014 , Mens en Gezondheid Subrubriek: Aandoeningen Special: Pijn in onderbuik

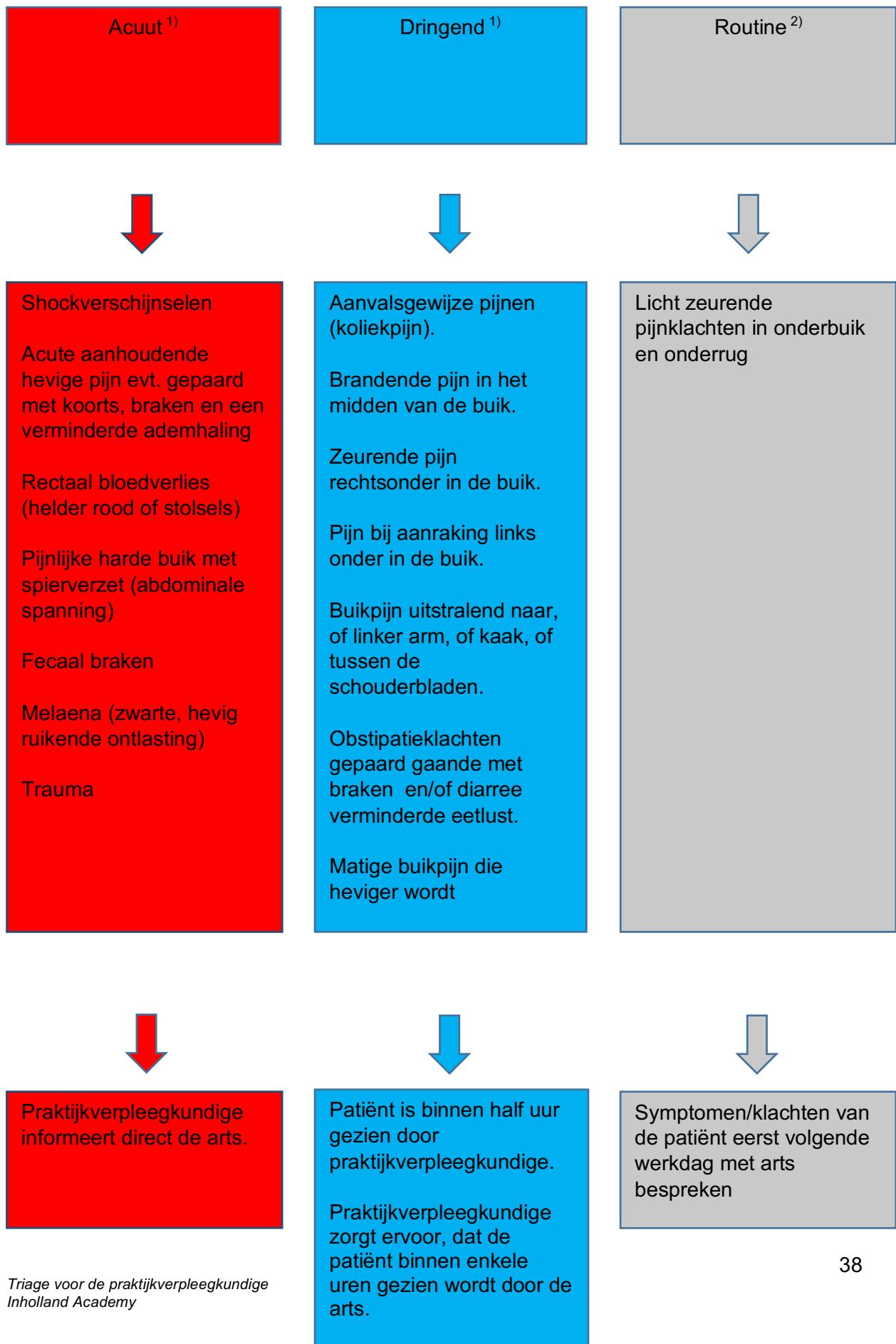
Gelezen ter info:

- Nuri B. , Eekhof J.A.H., 2007 oktober, Familiaire mediterrane koorts in de huisartsenpraktijk.
- T.J.M.E. Bakker, 07-2015, Klinisch redeneren bij ouderen Bakker Functiebehoud in

levenslopperspectief,

- PACSLAC-D - Nederlandse versie van de Pain Assessment Checklist for Seniors with Severe Dementia
- De Praktijk, Platform ouderenzorg, 2012
- REPOS
- Verenso, 2011,Ouderen en pijn tips voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Stroomschema buikpijn



1) Besteed bij acute en dringende buikpijn aandacht aan:

- Wanneer zijn de klachten begonnen?
- Soort pijn? Continu of in aanvallen, ernst/duur van een pijnaanval (bewegingsdrang),
- Frequentie van aanvallen, plaats van de pijn, uitstraling, vervoerspijn.
- Eerdere periodes van buikpijn en het verloop daarvan?
- Wat is de voorgeschiedenis??
- Is er pas medicatie gewijzigd?
- Zijn de pijnklachten gerelateerd aan de maaltijden? Of toiletgang?
- Zijn er problemen met de ontlasting?
- Is er sprake van een harde opgezette buik?
- Wanneer was de laatste ontlasting / hoe was de consistentie? Bloed en/of slijm erbij?
- Was er de laatste ontlasting normaal of meer/minder dan anders?
- Zijn er problemen met urineren? (Pijn, loze drang, etc.)
- Is er sprake van koorts, braken, diarree?
- Hoe is het met de eetlust? Vochtintake?
- Is er sprake van toenemende verwardheid/onrust?
- Is er sprake van agressie of toenemende agressie?
- Is er iets in de omgeving van de cliënt veranderd?
- Controle op vitale functies (RR, P, ademhaling, bewustzijn)
- Welke medicijnen worden gebruikt?

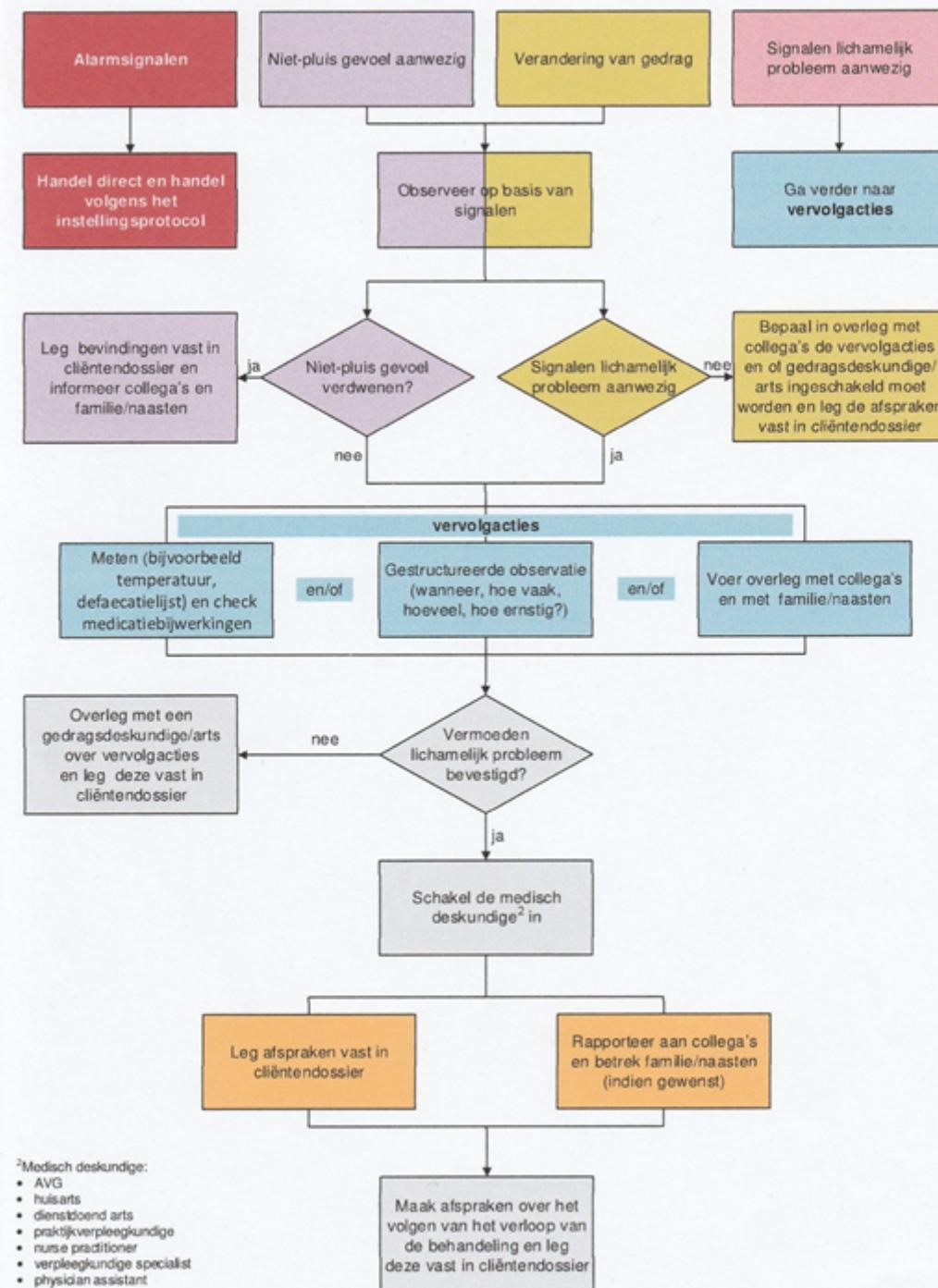
2) Bij niet acute/routine buikpijn:

- Informeer 2dd naar de pijnbeleving.
Indien dit niet mogelijk is door niet adequaat kenbaar kunnen maken van klachten door cliënt, zie beslisboom observatielijst pijngedrag cliënt, (bijlage 2)
- Houdt dagelijks defecatie cliënt bij, voorkeur middels Bristol stoelgangkaart, bijlage 3.
- Observeren en rapporteren van het klinisch beeld
- Bewaken van de vitale functies en de lichaamstemperatuur
- Bij lichte pijnklachten onderbuik / rug: urine controleren op aanwijzing voor UWI
- Overleg dieet cliënt met arts en/of diëtist
- Eventueel medicatie herzien
- Bij buikkram / braken / diarree / koorts / hoofdpijn wees alert op dehydratie.
 - Vochtintake bijhouden
 - Stimuleren tot het frequent drinken van kleine hoeveelheden
 - Medicatie herzien; met name diuretica, laxantia, sederende middelen en bloedglucose verlagende middelen

Bijlage 1 - samenvattingenkaart multidisciplinair richtlijn signaleren lichamelijke problemen bij mensen met een verstandelijke beperking (V&VN,2015)

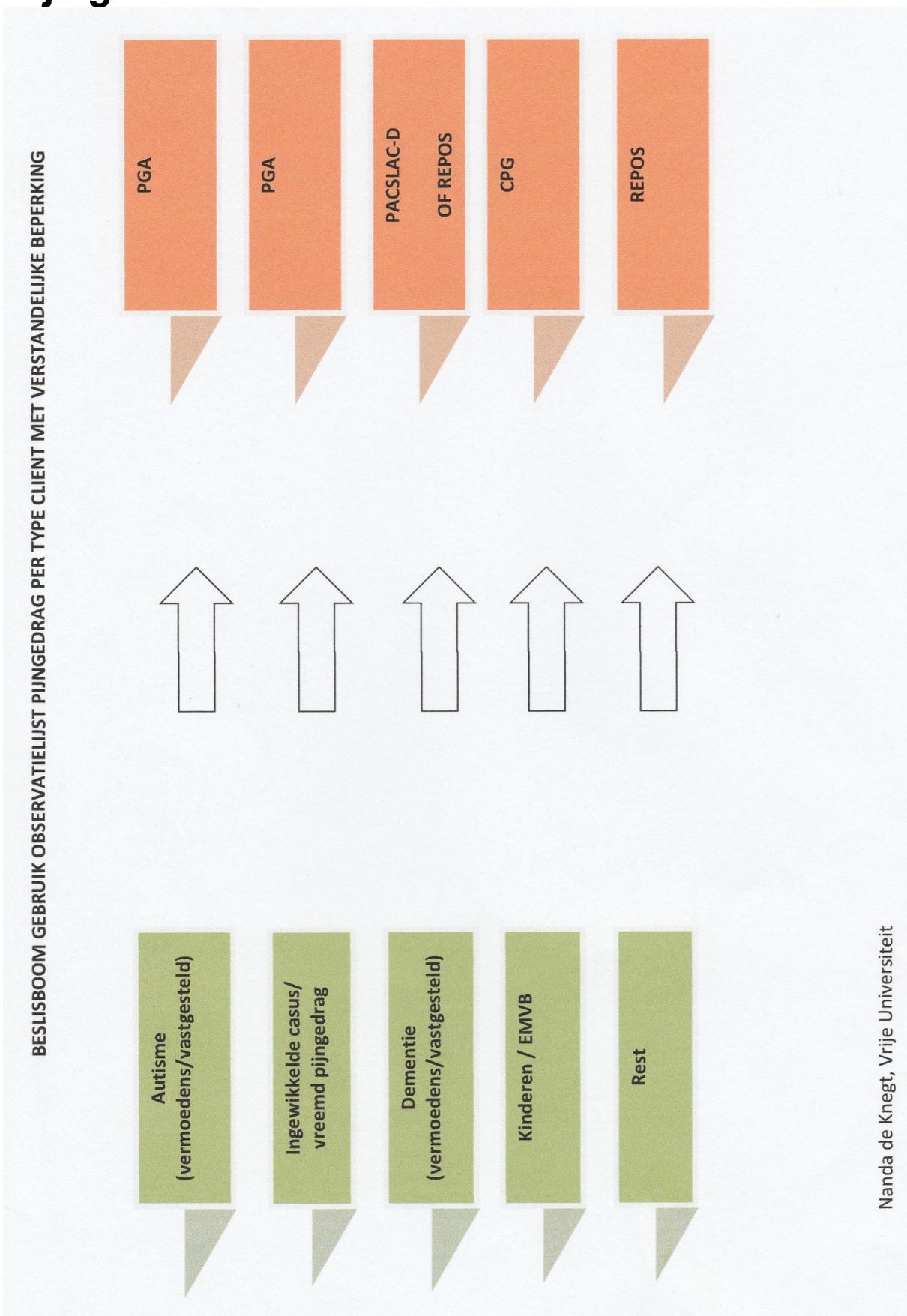
Samenvattingenkaart

multidisciplinaire richtlijn Signaleren lichamelijke problemen bij mensen met een verstandelijke beperking (V&VN, 2015)



Kijk voor de richtlijn Signaleren lichamelijke problemen bij mensen met een verstandelijke beperking (V&VN, 2015) op www.venvn.nl thema Richtlijnen.

Bijlage 2 - Beslisboom



Bijlage 3 - Bristol stoelgang kaart

De Bristol Stoelgangschaal is een kaart waarbij ontlasting op basis van de consistentie in categorieën wordt verdeeld. Gezonde ontlasting hoort een aaneengesloten worst te zijn, dus niet keutelig of een serie losse worstjes. Door de ontlasting in beeld te brengen, kan makkelijker worden vastgesteld wat de eventuele stoelgangproblemen veroorzaakt.

De Bristol Stoelgangschaal of Bristol Stoelgangkaart is ontworpen om de vorm van menselijke ontlasting te verdelen in zeven categorieën. Vaak wordt deze gecombineerd gebruikt met een poepdagboekje om stoelgangproblemen in kaart te brengen.

De schaal die in het Verenigd Koninkrijk ook wel de 'Meyers Scale' wordt genoemd, is ontwikkeld door Heaton aan de Universiteit van Bristol, vandaar de naam. De vorm van de ontlasting hangt af van de tijd dat die in de darmen is geweest. Het is dus een medisch hulpmiddel dat in beeld aangeeft hoe het met de stoelgang gesteld is.

De zeven types van ontlasting zijn:

	Verschillende kleine harde keuteltjes, worden moeizaam uitgescheiden. 1. De ontlasting heeft een behoorlijke tijd in de darm doorgebracht en is uitgedroogd.	
	2. De ontlasting heeft in de vorm van een enkele keutel, maar hard, klonterig en bobbelig.	
	3. De ontlasting heeft de vorm van een worstachtige keutel, met barsten aan het oppervlak.	
	4. De ontlasting heeft de vorm van een gladde slangachtige keutel. Dit is normale ontlasting. Deze zal met weinig druk worden uitgescheiden.	
	5. Zachte ontlasting in meerdere kleinere zachte keutels, die eveneens makkelijk uitgescheiden wordt.	
	6. Brijachtige, zachte ontlasting met enkele hardere stukjes erin.	
	7. Waterige, volledig vloeibare stoelgang.	

Types 1 en 2 wijzen op [obstipatie](#) (verstopping). Types 3 en 4 zijn de 'ideale uitscheidingtypes' - vooral de laatste - omdat ze het makkelijkst uit te scheiden zijn. Types 5 tot en met 7 neigen naar [diarree](#).

10. Diarree

B. de Jong, praktijkverpleegkundige.

Herzien 2013: L.W.E.M. Chau-Thissen, C.E.R. den Hollander-Keijzer, C.J.M. Hout, praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **ACUUT**
Ernstige dehydratie met verwardheid, sufheid en/of flauwvallen
Matig tot fors rectaal bloedverlies
- **DRINGEND**
Aanhoudend braken
Dehydratie
Koorts én risicogroep (kwetsbaar qua leeftijd, handicap, verminderde weerstand en/of medicatiegebruik)
Zieke indruk en rectaal bloed- en/of slijmverlies
Aanhoudende buikpijn/buikkrampen
Meer dan 6 maal per dag waterdunne diarree gedurende 1 dag of langer en ouder dan 70 jaar
Neiging tot flauwvallen
- **ROUTINE**
Frequente diarree langer dan 3 dagen
Bloed of slijm bij ontlasting
Medicijngebruik: anti-epileptica, lithium, digoxine, diuretica, insuline
Abnormaal verloop, verminderde weerstand of bijzondere omstandigheden

Vragen

- Hoe vaak komt er ontlasting? Is die waterdun? Sinds hoeveel dagen? Ook 's nachts?
- Wanneer voor het laatst ontlasting gehad? Is er sprake van obstipatie?
- Zit er bloed bij de ontlasting of is er rectaal bloedverlies zonder ontlasting?
Hoe ernstig is het bloedverlies (druppels, straaltje of een kopje vol)? Menstruatie weggehaald
- Welke kleur heeft het bloed (donker, zwart of helderrood)?
- Zit er slijm bij de ontlasting?
- Geeft de patiënt over? Hoe vaak? Wanneer is het begonnen? Wat is de inhoud van het overgeven? Zie ook hoofdstuk 6.
- Zijn er tekenen van uitdroging?
Zoals droge slijmvliezen, verminderde huidturgor, weinig of geen urineproductie gedurende meer dan 12 uur, sufheid, verwardheid, snelle pols, snelle ademhaling, vreselijke dorst.
- Hoe ziek is de patiënt? Te merken aan ADL-activiteiten, eetlust en alertheid.
- Is er koorts? Hoe hoog?
- Is er sprake van een verminderde weerstand door leeftijd, zwangerschap, chronische ziekte?
Denk aan: diabetes mellitus, behandeling bij kanker, nierinsufficiëntie.
- Gebruikt de patiënt medicijnen die de bloedspiegel beïnvloeden? (bijvoorbeeld: lithium, digoxine, anti-epileptica, theophylline, diuretica, corticosteroïden, anticoagulantia en/of de anticonceptiepil)? Of kan het een bijwerking van medicatie zijn? (metformine, antibiotica)
- Zijn er andere klachten?
Buikpijn (buikkrampen of aanhoudende buikpijn?), ander gedrag, neiging tot flauwvallen, kortademigheid bij uitdroging.

- Zijn er meer patiënten die diarree hebben in dezelfde omgeving?
- Is er een vermoeden voor een aanleiding? (bijvoorbeeld: onlangs gestart met nieuwe medicatie? Besmet eten of drinken? Recente reis, welk land?)

NB Denk ook aan overloopdiarree! (Meestal niet 's nachts)

Adviezen

- Drink meer dan anders, ongeveer 2 tot 3 liter. Drink zittend om verslikking te voorkomen.
- In het geval van braken vaker kleine beetjes drinken, elke 5-10 minuten een slok water.
Drink en eet meer als het beter gaat.
- Eten kan en mag naar behoefte. Een dieet is niet nodig.
- Gebruik kant-en-klare ORS drank of -zakjes bij (risico op) uitdroging en blijf daarnaast gewoon eten en drinken.
- Gebruik van medicijnen is meestal niet nodig.
- Reizigersdiarree is met vijf dagen over. Meeste diarree is binnen 2 weken vanzelf over.
- **Zorg voor goede hygiëne:**
 - Was de handen met water en zeep na elk wc-bezoek en na het verzorgen van patiënten met diarree.
 - Verwissel het incontinentiemateriaal direct na de defecatie.
 - Reinig bekers, keukengerei, aanrecht en wc na gebruik
 - Bereid maaltijden hygiënisch, bewaar eten koel, let op de uiterste houdbaarheid en verhit het eten goed.
- Weeg kwetsbare patiënten en laat een vochtbalans bijhouden.
- Extra aandacht voorbloedsuikerwaarden bij diabetes mellitus.
- Handel tevens volgens de specifieke handleidingen en richtlijnen binnen de eigen instelling.

Contactadvies: Contact opnemen bij bloedverlies of ernstige uitdroging met bewustzijnsverlaging.

Achtergrondinformatie

Diarree:

Is een abnormaal (veranderd) ontlastingspatroon dat korter dan veertien dagen bestaat, waarbij dunne ontlassing wordt geproduceerd in een toegenomen frequentie, hoeveelheid en met een verhoogd watergehalte. Diarree is in het algemeen een symptoom van een ander probleem.

Acute diarree:

Komt zeer veel voor en gaat in de meeste gevallen vanzelf over binnen vier tot zeven dagen. Het wordt meestal veroorzaakt door een infectie (virus, bacterie of parasiet). Bekend binnen instellingen is de besmetting met het norovirus. Denk ook aan overleg met de GGD betreffende maatregelen.

Ook kan de oorzaak liggen bij pas gestarte medicatie zoals AB, antihypertensiva, digoxine, SSRI, NSAID.

De huisarts behandelt acute diarree vrijwel altijd zelf. Het beleid richt zich in eerste instantie op voorlichting en in tweede instantie op het voorkomen of behandelen van dehydratie. Dit is een ernstige complicatie, die zelden voorkomt.

Uit onderzoek blijkt dat in de verstandelijke gehandicaptenzorg diarree vaker voorkomt, mogelijk door het leven in woongroepen, de matige hygiëne en het frequenter gebruik van medicatie.

Chronische diarree:

Dit kan veroorzaakt worden door bijvoorbeeld het prikkelbare darm syndroom, voedselovergevoeligheid (coeliakie bij downsyndroom), een chronische darmontsteking (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, diverticulitis), een ongezond voedingspatroon, bijwerkingen van medicatie, sondevoeding, het overmatig gebruik van suikers of kunstmatige zoetstoffen (light-producten). Er kan echter ook sprake zijn van overloopdiarree.

Dehydratie/uitdroging:

De angst voor uitdrogen is bijna altijd ongegrond. De kans hierop is bij volwassenen klein, maar ernstig zieken of kwetsbare ouderen zijn wel gevoelig voor uitdroging. Ze hebben een verminderd dorstgevoel, een verminderde nierfunctie en/of gebruiken diuretica. Zeker wanneer ze langer dan een dag frequent waterdunne diarree hebben of diarree met koorts en/of braken, moet men alert zijn op uitdroging.

Tekenen die op vochttekort wijzen, zijn: droge slijmvliezen van de mond, huilen zonder tranen, geen of donkere urine / langer dan een halve dag geen nat incontinentiemateriaal, een snellere hartslag dan normaal, sufheid en/of verwardheid, afgenomen huidturgor (beoordeling vereist ervaring), opvallende dorst, neiging tot flauw vallen.

ORS kan gebruikt worden bij dehydratie of bij een verhoogd risico op dehydratie bij risicogroepen. Het vult mineralen, die door het vochtverlies verloren zijn gegaan, weer aan.

Het gebruik van appelsap, cola, sportdrank, jus d'orange en kippenbouillon zijn onbruikbaar ter vervanging van ORS.

Medicijnen en diarree:

Diarree is een bijwerking van veel medicamenten zoals antibiotica, laxantia, digitalis, bètablokkers, NSAID's, cytostatica en magnesiumzouten.

Diarree beïnvloedt de opname van medicijnen en dehydratie beïnvloedt de werking ervan. Door bloedspiegel veranderingen kunnen bij gelijkblijvende dosis toxiche bloedspiegels ontstaan.

Bij diarree loopt de betrouwbaarheid van de pil gevaar, er is extra bescherming nodig. Bij gebruik van anti-epileptica, lithium, dioxinen, corticosteroïden, anticoagulantia, analgetica, hypoglykemische middelen, insuline en orale anticonceptiva moet met de arts worden overlegd of aanpassen van de medicatie noodzakelijk is.

Overloopdiarree:

Dit is het gevolg van een verstopping in de darm. Dunne ontlasting kan hierlangs weglekken. Het is een uiting van ernstige obstipatie.

Rectaal bloedverlies:

Het inschatten van bloedverlies kan lastig zijn, zeker als het bloed vermengd is met water in de pot. Probeer een indruk te krijgen door te praten over begrippen als: druppelen, straaltje, kopje vol. Helderrood bloed is meestal onschuldig, maar verontrust de patiënt het meest, terwijl juist het met de ontlasting vermengde donkerrode bloed een indicatie kan zijn van ernstige oorzaken.

Reizigersdiarree:

Ontstaat meestal kort na aanvang van een bezoek aan sommige landen. Besmetting treedt op via voedsel en drank, meestal met speciaal type E. Coli-stammen.

Risicogroepen bij diarree:

Deze vergen extra aandacht. De patiënt kan in korte tijd ernstig ziek worden. Denk aan: kwetsbare ouderen, nierinsufficiëntiepatiënten, patiënten met verminderde weerstand door een ziekte of de behandeling daarvan (HIV, DM, splenectomie, bestraling of cytostatica in verband met kanker, corticosteroïdgebruik), gebruik van medicatie die de dehydratie of elektrolytverschuivingen door de diarree kunnen verergeren (diuretica) of het gebruik van medicatie met een smalle therapeutische breedte.

Daarnaast zijn patiënten met acute diarree die verblijven in een instelling een verhoogd besmettingsgevaar voor anderen.

Zie ook: braken en buikpijn (hoofdstuk 8 en 9)

Bronnen:

- <http://www.platformmouderenzorg.nl/kennisbank/ziektebeelden/diarree> (aug 2012)
- http://www.cce.nl/somatiek/model_voor_analyse_van_probleemgedrag/analyse_van_factoren_die_verband_kunnen_houden_mit_probleemgedrag/medische_factoren/somatische_aandoening/ziekten_aan_maag_of_darmen/diarrее?fromSearchType=abc (aug 2012)
- BrühlPhC, Lamers HJ, Van Dongen AM, Lemmen WH, Graafmans D, Jamin RH, Bouma M. Huisarts Wet 2007;50(3):103-13, NHG-Standaard Acute diarree (Tweede herziening), 2007
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-acute-diarree>
- NHG-Triagewijzer, Gebaseerd op Nederlandse Triage Standaard, Hoofdstuk Diarree, versie mei 2011, Uitgave NHG.

11. Duizeligheid

B. van der Pas, S. Leeneman, R.G.J. Marijnissen, J.J.F.C. van Tartwijk,
Praktijkverpleegkundigen

Triage

- **Acuut**
Neurologische uitval
Pijn op de borst
Wisselend bewustzijn
- **Dringend**
Hevige duizeligheid
Neiging flauw te vallen (collaberen)
Oorpijn, loopoor
- **Routine**
Ernstige bezorgdheid van patiënt – overleg
Hyperventilatie, eerste keer – overleg
Hyperventilatie, hernieuwde aanval – afspraak eigen huisarts

Vragen

Controles: temp, pols, tensie, saturatie

Diabetes Mellitus; glucosewaarde

Heeft u last van dubbelzien of spraakstoornissen?

Wat voor soort duizeligheid heeft u? – draaiduizelig, anders

Hoe erg en hoe lang duurt die?

Wordt de duizeligheid door een houding of bij bewegen opgewekt? (– BPPD)

Zijn er andere klachten?

- misselijkheid, braken
- alsmaar wegzakken
- pijn op de borst
- snel ademen, licht gevoel in het hoofd, tintelingen, hartkloppingen
- erge oorpijn, loopoor
- hartkloppingen
- medicatiegebruik
- alcoholgebruik

Adviezen

Kortdurende duizeligheid

- Blijf gewoon bewegen.
- Kortdurende duizeligheid na verandering van houding of draaien van het hoofd is hinderlijk, maar onschuldig.
- Meestal worden de aanvallen minder in de loop van een maand.

Licht gevoel in het hoofd

- Kom rustig overeind.
- Houd u eventueel ergens aan vast zodat vallen wordt voorkomen.
- Een licht gevoel in het hoofd na vlug overeind komen ontstaat doordat het lichaam zich niet snel genoeg aanpast. Ook kunnen bepaalde medicijnen de klachten veroorzaken

47

Gevoel van flauwvallen

- Ga zitten of liggen om echt flauwvallen te voorkomen.
- Het gevoel flauw te vallen ontstaat door lang staan of emoties als schrik of pijn. Het lichaam reageert daarop met een verwijding van de bloedvaten en een vertraagde hartslag.

Achtergrondinformatie

Duizeligheid is een vaak voorkomende klacht en wordt meestal als een moeilijk probleem ervaren. Patiënten vinden het beangstigend terwijl de huisarts weet dat de kans op een ernstige oorzaak gering is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen draaiduizeligheid en een licht gevoel in het hoofd of het gevoel flauw te vallen. Bij draaiduizeligheid is sprake van een bewegingssensatie. De patiënt beschrijft het alsof de wereld om hem heen beweegt of alsof hij zelf beweegt. De huisarts behandelt de meeste patiënten met duizeligheid. In enkele gevallen is verwijzing geïndiceerd: bij aanwijzingen voor ernstige aandoeningen – neurologisch of cardiaal -, soms voor aanvullende diagnostiek. Bij ouderen en bij patiënten met een ziekte aan hart of bloedvaten, moet eerder gedacht worden aan ernstige pathologie.

Verschijnselen

Draaiduizeligheid

BPPD – benigne paroxismale positieduizeligheid:

Aanvallen van draaiduizeligheid uitgelokt door plotselinge veranderingen van de stand van het hoofd zoals draaien in bed, vooroverbuigen, omhoog kijken. Het duurt enige seconden tot enkele minuten. Meestal worden de aanvallen in de loop van ongeveer een maand minder. Gewoon blijven bewegen.

Neuritis vestibularis:

Constant aanwezige heftige draaiduizeligheid gedurende enkele dagen, vaak met misselijkheid en braken. De duizeligheid is dikwijls zo heftig dat de patiënt met gesloten ogen in bed ligt. Neemt meestal af in de loop van enkele dagen. Daarna kunnen langere tijd lichte klachten bestaan. Er is geen behandeling waardoor de aandoening sneller overgaat. Indien nodig, kan medicatie tegen misselijkheid en braken worden gebruikt.

Ziekte van Ménière:

Spontane aanvallen van draaiduizeligheid met gehoorstoornis en oorschotteren (tinnitus). Komt in aanvallen en is zeer hinderlijk. Tijdens de aanval is er eenzijdig gehoorverlies. Het verloop is wisselend: sommige patiënten hebben sporadisch een aanval, anderen een keer per week tot een keer per maand. De frequentie van de aanvallen neemt na jaren af. Later ontstaat blijvend gehoorverlies.

Medicatie kan de frequentie van de aanvallen niet verminderen of het gehoorverlies beperken, door medicatie kunnen misselijkheid en braken wel afnemen.

CVA TIA

Kunnen draaiduizeligheid veroorzaken. Er zijn neurologische symptomen die wijzen op een aandoening van de hersenstam of cerebellum, zoals neurologische uitval – dubbelzien, spraakstoornissen.

Duizeligheid als een licht gevoel in het hoofd of het gevoel van bijna flauw te vallen

Psychische oorzaak

Komt het meest voor bij angststoornis, met name de paniekstoornis. Hyperventilatie kan veel klachten geven waaronder duizeligheid.

Orthostatische klachten

Na het opstaan uit liggende of zittende houding. Vijf tot tien seconden na het opstaan ontstaat een licht gevoel in het hoofd, na enkele seconden trekken de klachten weg. Ook bepaalde medicijnen, met name voor hoge bloeddruk, kunnen de klachten veroorzaken. Rustig overeind komen is belangrijk, eventueel met zich vasthouden om vallen te voorkomen.

Vasovagale klachten (flauwvallen):

Situatieel, ze ontstaan bij emoties of na lang staan. Het lichaam kan erop reageren met een verwijding van de bloedvaten en een langzamere hartslag. Dit veroorzaakt het gevoel flauw te vallen. Door te gaan zitten of liggen kan echt flauwvallen worden voorkomen.

Cardiovasculaire aandoeningen:

In zeldzame gevallen geven zowel ritmestoornissen van het hart als klepafwijkingen (aortastenose) duizeligheid.

Bij een deel van de patiënten is het niet mogelijk een verklaring van de duizeligheid te vinden. Vooral niet bij ouderen. Behalve een licht gevoel in het hoofd, kunnen zij een onvast gevoel op de benen als duizeligheid ervaren.

Mogelijke oorzaken

- bloeddrukdalting
- angststoornis, met name paniekstoornis
- hyperventilatie
- na het opstaan uit liggende of zittende houding
- ritmestoornissen van het hart
- klepafwijkingen

12. Hematurie bij ouderen.

D. Pol en E. van den Berg, praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **ACUUT**
 - Shock verschijnselen (transpireren, bleek, klam, lage RR, verminderd of niet aanspreekbaar)
 - Helderrood bloedverlies (aanhoudend) zonder shockverschijnselen
- **DRINGEND**
 - Productie van rode of donkerrode urine
 - Gebruik van bloedverdunners bij hematurie.
 - Krampende buikpijn, rugpijn, onrust, koliekpijn
- **ROUTINE**
 - Klachten t.g.v. urinecatheter (transurethraal, suprapubisch)
 - Mogelijk urineweginfectie
 - Productie van roze urine

Vragen

- Hoelang is er al sprake van bloed bij de (gekleurde) urine?
- Schatting bloedverlies, zijn er stolsels?
- Wat is de kleur? Roze, rood, donkerrood?
- Is er sprake van een veranderd mictiepatroon?
- Heeft persoon eerder hematurie gehad?
- Is er sprake van een catheter?
- Is er retentie bepaald?
- Is bewoner onlangs gevallen?
- Heeft persoon pijn en zo ja, waar? Continue of aanvalsgewijs? (afwisselend?)
- Is er sprake van shock(verschijnselen)?
- Hoe zijn de RR+pols+ temperatuur?
- Gebruik van loedverdunners(ascal/acetylsalicyzuur/coumarinederivaten,fraxiparine)?
- Heeft bewoner in de voorgeschiedenis eerder blaas en/of nierproblemen of bloedingsproblemen gehad?
- Wat is het afgesproken medische beleid bij complicaties?

Adviezen

- Bij veel bloedverlies en of shockverschijnselen meteen arts inlichten en controle pols en bloeddruk elke 15 min.
- Nieuw zakje aansluiten bij catheter en observeren
- Observeren en rapporteren bloedverlies: aanhouden/toename/afname/stoppen
- Let op eventueel ander materiaal in urine (steentje(s), gruis, pus).
- Na overleg eventueel staken bloedverdunners
- Wederom overleg bij aanhoudend bloedverlies en veranderend klinisch beeld
- Z.n. onderzoek door vph.arts oriënterend lichamelijk onderzoek en zo nodig bloedonderzoek (lab, controle Hb, Ht, INR) en/of urineonderzoek
- Eventueel pijnmedicatie geven na overleg
- Veel laten drinken
- Bij twijfel retentie bepalen. (Bladderscan/eenmalig catheteriseren)
- Overweeg om de blaas te laten spoelen (met fysiologisch zou op lichaamstemperatuur!!!) bij een blaascatheter.

Zie ook

Urineweginfectie bij ouderen

Achtergrondinformatie

De urinewegen bestaan uit 2 boonvormige nieren die zich achter het peritoneum bevinden ter hoogte van de 3^e lendenwervel. Vanuit het pyelum loopt een afvoerende buis voor de urine: ureter, ongeveer 25 cm lang. De ureteren komen achter via de blaaswand in de blaas. De afvoer van urine vindt plaats via peristaltische bewegingen. De urine wordt verzameld in de blaas. Vanuit de blaas loopt een buis de urethra, via vagina of penis om urine af te voeren.

Als er sprake is van bloed in de urine is het bijna onmogelijk te schatten hoeveel dit is. Zelfs een druppel bloed geeft al een verkleuring van de urine. Het is echter wel degelijk een aandachtspunt voor observatie en rapportage.

Verschijnselen

- Pijnlijk of pijnloos verlies van bloed in de urine, waardoor urine zichtbaar roze, rood of donkerrood kleurt (macroscopisch).
- Er kan ook sprake zijn van microscopisch bloedverlies, maar dit kan alleen maar aangetoond worden m.b.v. lab onderzoek en/of stick met Hb-/bloedstrookje.
- Hoe meer sprake er is van andere verschijnselen: pijn, koorts, shockverschijnselen, desto meer is er noodzaak van ingrijpen door een arts.

Mogelijke oorzaken

- ontstekingen,
- tumoren in de urinewegen
- aangeboren afwijkingen
- stenen in de blaas/urinewegen
- blaaspoliepen
- trauma
- stollingsstoornis
- afvalprodukt van voedsel
- en last but not least Catheter.

13. Hoesten

M.E. Albers, M. de Beer en C.H. Ploeg, praktijkverpleegkundigen
Herzien februari 2016: E. Bezuijen, L. van Emst, S. Kramer, T. Terra.

Triage

- **ACUUT** (*direct arts informeren*)
Ernstig ziek, benauwd, blauw aanlopen
Verslikken/stikken, luchtweg obstructie
Ophoesten van (grote) hoeveelheden bloed
Acuut kortademig in rust, ademfrequentie >20 x/min
- **DRINGEND** (*binnen enkele uren gezien door arts*)
Matig ziek zijn (vooral tachypneu)
Benauwd
Pijn die vastzit aan de ademhaling
Piepende ademhaling
Ophoesten van minder dan een streepje bloed
Koorts hoger dan 38°C en langer dan 3 dagen
- **ROUTINE** (*geen tijdsdruk*)
Niet ernstig ziek
Niet benauwd
Hoesten zonder verdere klachten
Chronische hoest
Veranderd hoestpatroon

Vragen

- Wat is de huidskleur. Is er benauwdheid/angst aanwezig?
- Is het ademhalen pijnlijk? Pijn in of aan de borstkas?
- Benauwdheid/piepende ademhaling bij in- of uitademing?
- Voelt de patiënt zich ziek?
- Hoe lang hoest de patiënt < 3 weken is acuut, > 3 weken is chronisch? Verslikt?
- Is hoest productief? Zo ja, kleur + aspect sputum, bloedbijmenging, geur?
- Wordt er bloed opgehoest? Zo ja, grote hoeveelheid, streepje?
- Zijn er nog andere klachten zoals keelpijn, hoofdpijn, spierpijn, oedeem (chronisch hartfalen kan ook prikkelhoest geven)?
- Heeft de patiënt er erge hinder van te merken aan de ADL activiteiten, eetlust, alertheid?
- Rookt de patiënt?
- Is patiënt bekend met hart en vaatziekten? Is patiënt bekend met COPD? Gebruikt patiënt inhalatie medicatie? Overige vragen: andere longziekten, Sinusitis of rhinosinusitis, verminderde weerstand etc..
- Wat is de pols, bloeddruk en temperatuur (hoogte, duur, beloop), ademfrequentie, (evt. saturatie)?
- Welke medicatie (in het bijzonder ACE-remmers) gebruikt de patiënt?

Adviezen

- **Acuut hoesten:** Bij ernstig zieke indruk, ernstig blauw aanlopen, stikken, luchtweg obstructie en of grote hoeveelheid bloed opgeven. Bel direct met de arts voor advies. Bij een spoortje bloed ophoesten (hemoptoë) kan het een beschadiging van het slijmvlies in de luchtpijp zijn. Dit is niet direct reden tot actie bij een patiënt die verder gezond is. Kijk of de patiënt bloedverdunners gebruikt. Stel patiënt gerust, vaak is het niet ernstig, bij herhaling overleg met de arts. Geef aan dat het beter is om niet te roken, omdat het de hoestprikkel verergerd. Overleg met arts voor eventuele nicotinepleisters.
- **Chronisch hoesten:** Bij ongecompliceerde luchtweginfectie gaat dit over zonder specifieke maatregelen binnen 2 a 3 weken. *Ongecompliceerd = zonder koorts, polsfrequentie <100 en ademfrequentie < 20 en geen andere klachten.* Neem regelmatig een lepel honig, een dropje of iets warms te drinken. Ontraad veelvuldig schrapen van de keel, kan hoesten onderhouden. Bij patiënten met slijklachten alert zijn op verslikken; eventueel logopediste of diëtiste inschakelen. Patiënten die niet goed kunnen ophoesten; rechtop laten zitten en goed laten doorademen. Houdingsadviezen evt. fysiotherapie, (haffen).
- **Hoestmedicatie:** Hoestprikkeldempende middelen, hoestdrankjes en antihistaminica bij acute hoest worden niet aangeraden. Van deze middelen is de effectiviteit niet aangetoond, terwijl sommige middelen zoals codeïne bijwerkingen hebben. Maak bij het slijm ophoesten of bij verkoudheid het slijm dun door zoutoplossing neusspray te gebruiken of door te stomen (stomen kan ook onder douche). Indien aanwezige apparatuur, voer een C-reactief proteïne (CRP) sneltest uit. Een CRP sneltest is bekend dat deze bij acute hoest of benauwdheid leidt tot meer accurate diagnoses.
- **Hoesten bij hart- longmedicatie:** Overleg met de arts vanwege eventueel aanpassen medicatie. ACE-remmers hebben hoesten als bijwerking (5 tot 35% van de gebruikers hebben hoestklachten).
- **COPD:** Kijk of de patiënt inhalatie medicatie gebruikt en/of deze verhoogd kan worden. Als deze medicatie op "zo nodig" staat zet deze op vaste tijden voor de duur van de infectie om exacerbatie COPD te voorkomen. Observeer of het lukt met inhaleren van de medicatie of anders een voorzetkamer gebruiken. Als inhalatie medicatie niet helpt overleggen met de arts voor evt. ander medicatie.

Achtergrondinformatie

Aan de binnenkant van de luchtwegen zit het slijmvlies. Als het slijmvlies geprikkeld wordt maakt het extra slijm aan. Hierdoor kan je gaan hoesten.

Hoesten is geen ziekte maar een zinvolle verdedigingsreactie van ons lichaam. Door het hoesten worden longen en luchtwegen schoongehouden waardoor de ademhaling optimaal kan plaats vinden. Hoesten heeft dus in het algemeen een nuttige functie. In sommige gevallen is hoesten het teken van een minder onschuldige aandoening. Bijkomende symptomen plus de voorgeschiedenis bepalen of er aan andere ernstige aandoeningen moet worden gedacht.

Er zijn twee soorten hoest:

Productieve hoest; De hoestprikkel wordt veroorzaakt door te veel slijm of pus in de luchtwegen. Het hoesten levert dus iets op: slijm en/of pus komen uit de longen naar boven.

Droge hoest; Ook wel prikkelhoest of kriebelhoest genoemd. Ondanks het hoesten komt er niets naar buiten. Het hoestcentrum wordt eigenlijk voor niets geprikkeld. Sterker nog, juist door het hoesten worden de slijmvliezen steeds erger geirriteerd. Bij veel hoesten is een schrale keel mogelijk, met eventueel een hoestprikkel als gevolg.

CRP sneltest; C-reactief proteïne is een eiwit dat gemaakt wordt in de lever en afgegeven wordt aan de bloedbaan. Na het ontstaan van een ontsteking neemt de hoeveelheid CRP in het bloed binnen 6-8 uur uren flink toe. Daardoor is de bepaling van CRP waardevol bij het vaststellen van een ontsteking. Deze handeling wordt gedaan door arts of verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is.

Verkoudheid en griep geven vaak aanleiding tot hoest. Virussen en bacteriën kunnen luchtweginfectie en soms zelfs longontsteking (pneumonie) veroorzaken met hoesten tot gevolg. Dit kan zowel een productieve hoest alsook een kriebelhoest geven. Ook neusverkoudheid of bijkholte ontsteking (sinusitis) kan een hoest veroorzaken.

Inhaleren van rook- en stofdeeltjes (bv. sigarettenrook) kan leiden tot hoesten.

Andere veel voorkomende oorzaken van hoesten zijn nachtelijk hoesten (bij platliggen) of anderszins maagklachten, allergieën, bijwerkingen van bepaalde medicijnen (ACE-remmers) en soms zelfs spanningen of stress. Hierbij is er vaak sprake van een kriebelhoest. Soms is hoesten het gevolg van een minder goed pompend hart of van longkanker. Een enkele keer is tuberculose of een andere longziekte de oorzaak. Een aantal van deze oorzaken geeft ook klachten van nachtelijk hoesten waardoor de nachtrust ernstig verstoord kan raken.

Oorzaken

- Astma/COPD
- Aspiratie
- Bij hartfalen (vochtophoping in de longen)
- Bijwerking van ACE-remmers
- Chronische hoest
- Kinkhoest
- Kortademig
- Longembolie
- Onschuldige virale infectie
- Pneumonie
- Roken
- Verkoudheid/griep

Bronvermelding

- **Organisatie als auteur**

Cordaan., (2013), Triageboek voor verpleegkundigen in de V&V., Amsterdam

www.cfenbewegen.nl/ademhaling-en-hoesten/hoesten/huffen binnengehaald 03-12-2015

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> binnengehaald 08-12-2015

<File:///P:/Triagewijzer/data/topic54.html?t=tab> binnengehaald 15-12-2015

<http://www.henw.org/archief/volleidig/id5060-crp-sneltest-in-de-dagelijkse-praktijk.html>

binnengehaald 15-12-2015

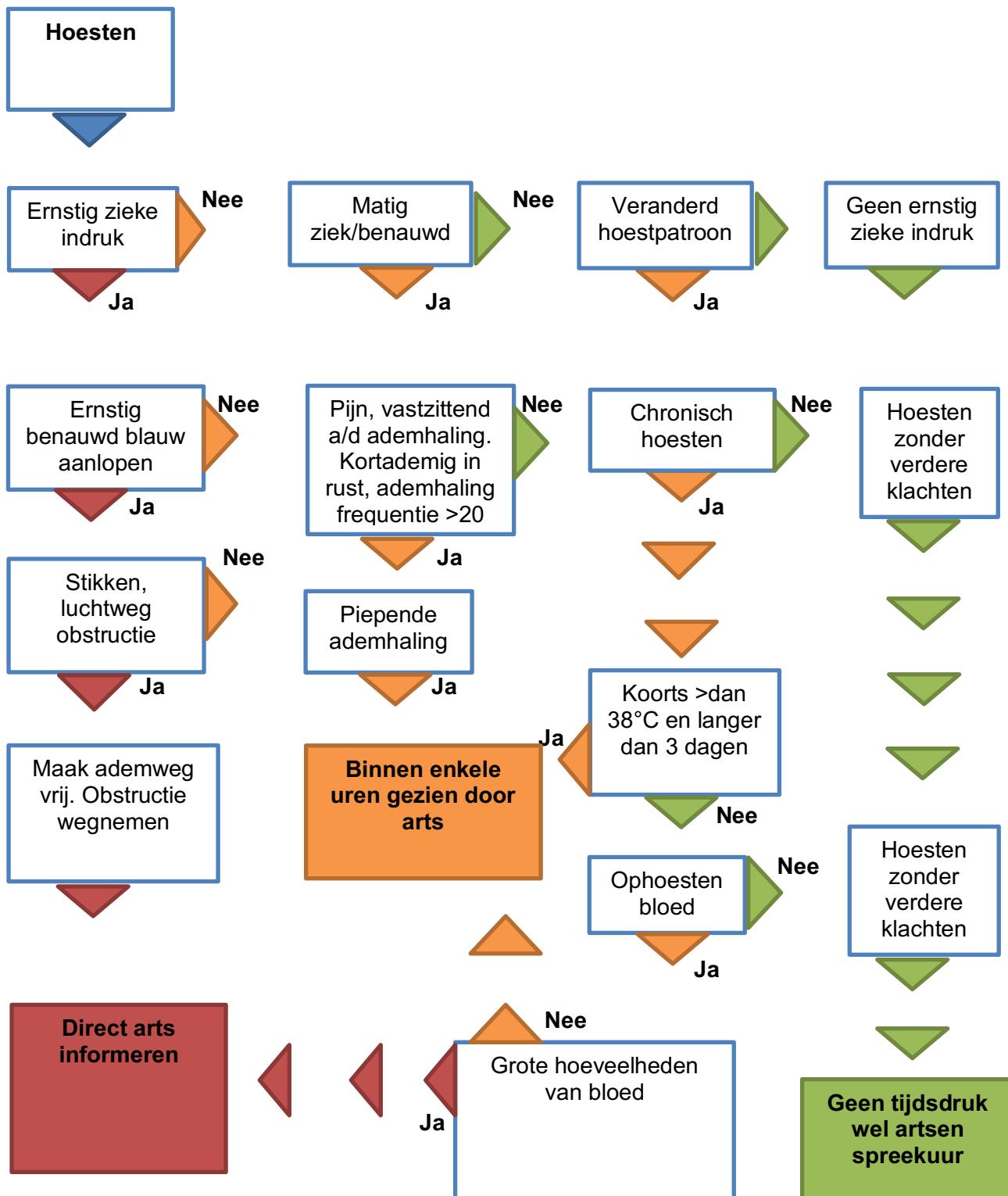
www.platformouderenzorg.nl binnengehaald 13-01-2016

<https://www.nhg.org/standaarden/volleidig/nhg-standaard-acuut-hoesten>

binnengehaald 14-01-2016

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/> binnengehaald 14-01-2016

Stroomschema



14. Hoofdletsel

A. van Es, D. Meijwaard, A. Stam en M. Stokx, Praktijkverpleegkundigen

Triage

- **Acuut**
 - Bij bewusteloosheid op het moment van de melding
 - Bij helder strogeel vochtverlies of bloed uit oren of neus (kan hersenvocht zijn)
 - Sufheid, vooral in toenemende mate
 - Gebruik bloedverdunners
 - Niet te stelpen hoofdwond
- **Dringend**
 - Bewusteloosheid die langer dan 15 minuten heeft geduurde
 - Amnesie langer dan 1 uur
 - Verwardheid
 - Bijzondere omstandigheden zoals ontregeling van chronische ziekten, gebruik van alcohol en/of drugs
 - Letsel ten gevolge van agressie
- **Routine**
 - Niet van toepassing

Adviezen

1. Blijf rustig en zorg voor een rustige omgeving
2. Bij bewusteloosheid cliënt in stabiele zijligging leggen of 30 graden doordraaien op buik.
3. Bij zichtbaar bloedverlies; bloeding stelpen eventueel ijspakking geven maar geen pressie op wond laten uitoefenen.
4. Snede in hoofd eventueel lijmen (histroacryl, zwaluwstaartjes) of hechten of beschermen met steriel gaasje. Totaal bloedverlies inschatten (zie protocol wond)
5. Bij aanwezigheid van nekklachten; nek stabiliseren; zo min mogelijk laten bewegen of aankomen.
6. Laat cliënt niet eten en drinken of geef geen pijnstillers of sedativa in geval van hersentrauma.
7. Bij helder, strogeel vochtverlies of bloed uit oren of neus; niet tegenhouden, cliënt niet laten snuiten!
8. Wekadvis (zie bijlage 1)
9. MIC invullen + observatielijst schedelletsel (zie bijlage 2)
10. In dossier rapporteren: datum, tijd, plaats, vermoedelijke oorzaak, aanwezigheid van andere mensen.

Achtergrondinformatie:

Het door uitwendig geweld (klap of val) ontstaan van letsel aan het hoofd. Dit letsel kan zichtbaar zijn aan de buitenkant van de schedel en/of gezicht (wond/snee) maar kan ook onzichtbaar binnen de schedel (hersenletsel) aanwezig zijn.

Bijlage 1

Hoofdletsel wekadvies

Begripsbepaling

Opdracht die gegeven wordt na letsel aan het hoofd om complicaties tijdig te signaleren.

Uitvoering

1. Wekadvies geldt voor de eerste 24 uur na het trauma
2. De eerste zes uur moet de cliënt ieder uur gecontroleerd worden, daarna iedere twee uur
3. Spreek hem of haar aan. Vraag bijvoorbeeld naar de naam van cliënt en vraag waar hij of zij is. Houd rekening met eventuele slechthorendheid!
4. Als dat niet direct lukt, raak cliënt dan aan of knijp hem/haar even.
5. Als de patiënt niet normaal reageert op uw vragen, neem dan direct contact op met de dienstdoende arts. De sufheid kan op een verslechtering van de toestand wijzen.
6. Bel ook direct als een cliënt last heeft van forse hoofdpijn, aanhoudende misselijkheid of herhaalt braken.
7. Vul na iedere controle EMV score in op lijst (bijlage 2 observatielijst schedelletsel)
8. Er mogen geen sedativa, slaapmiddelen of alcohol toegediend worden.
9. Enige pijnstiller die gebruikt mag worden is paracetamol.

Bijlage 2

Observatielijst schedelletsel

EMV score

Frequentie zie wekadvies (bijlage 1)

Uitvoering van de Glasgow Coma Scale in een EMV-score

Het openen van de ogen

- 4 - spontaan: ogen spontaan open
- 3 – op aanspreken: bij stellen van een vraag
- 2 – op pijnprikkel: na toedienen van een pijnprikkel
- 1 – niet: ogen blijven gesloten
- C – niet vast te stellen (zolas b.v bij een brilhematoom)

De motorische reactie

- 6 – gehoorzamen: het uitvoeren van opdrachten
- 5 – lokaliseren: het lokaliseren van de pijnprikkel
- 4 – terugtrekken: terugtrekken op een pijnprikkel
- 3 – abnormaal buigen: abnormaal buigen op een pijnprikkel
- 2 – strekken: abnormaal strekken op een pijnprikkel
- 1 – geen: geen reactie op een pijnprikkel

De verbale reactie

- 5 – georiënteerd: geeft juiste antwoorden
- 4 – verward: geeft onjuiste antwoorden
- 3 – inadequaat: geeft onsaamhangende antwoorden
- 2 – onverstaanbaar: maakt alleen geluiden
- 1 – geen: reageert niet
- T – tube of afasie

Let op!!

Bij de EMV-score wordt altijd gekeken naar de beste reactie.

Bij de motore reactie wordt altijd gekeken naar de beste reactie van de armen

Bij de motore reactie moet rekening gehouden worden met eventuele aanwezigheid van een parese/paralyse.

De maximaal te behalen score bedraagt 15.

Observatielijst schedelletsel

Naam	
Geb: datum	
datum	

15. Hoofdpijn

E. Atmo en C. Landburg. Praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **ACUUT**
 - Ernstige Hoofdpijn, die plotseling is ontstaan (seconden-minuten tot enkele uren) en/ of snel toeneemt tot zéér ernstige pijn
 - Ernstig ziek, suf en/ of vlekjes (puntbloedingen) over gehele lichaam
 - Nekstijfheid
 - Rood of pijnlijk oog gepaard met misselijkheid en braken
- **DRINGEND**
 - Hevige hoofdpijn bij een patiënt die anders nooit hoofdpijn heeft
 - Onbekende hoofdpijn
 - Schedeltrauma korter geleden dan 2 weken
- **ROUTINE**
 - Elke ongewone hoofdpijn
 - Langdurig en dagelijks gebruik van pijnstillers als paracetamol en NSAID's
 - Overmatig gebruik van triptan (> 2 maanden) of ergotamine (> 1 week)

Vragen

- Is de hoofdpijn plotseling (minuten-uren) ontstaan?
- Hoe omschrijft de patiënt zelf de pijnklachten
- Is de hoofdpijn stekend/ bonzend/ drukkend/ knellend?
- Waar bevindt zich de pijn? Eenzijdig, tweezijdig, bandgevoel, rond of bij een oog)
- Hoelang duurt de hoofdpijn al?
- Is er sprake van:
 - Sufheid
 - Misselijkheid en/ of braken
 - Gevoeligheid voor geluid/ geluid/ geur(en)
 - Heeft de patiënt vaker last van hoofdpijn? Zo ja lijkt de huidige pijn erop?
- Hoelang duurt de hoofdpijn al?
- Heeft de patiënt recent of in de afgelopen 2 weken het hoofd gestoten?
- Gebruikt de patiënt pijnstillers? Zo ja welke, Hoe lang, hoe vaak en hoeveel per dag?
- Is er sprake van koorts? Zo ja, Kan de kin op de borst worden gebracht?
- Zijn er vlekjes op de huid? – weg te drukken
- Verergert de pijn bij het vooroverbuigen?
- Controles van pols en tensie
- Wat is de voorgeschiedenis en co-morbiditeit van de cliënt?
- Welke medicatie gebruikt de cliënt

Adviezen

- Zorg voor voldoende rust (bedrust) en ontspanning.
- Paracetamol aanbieden, eventueel een NSAID. Let op (niet vaker dan nodig en niet weken achtereen elke dag).
- Indien de hoofdpijn opkomt bij lezen of tv-kijken overweeg oogheelkundige problemen (afspraak oogarts of opticien).
- Regelmäßig eten, matig gebruik van alcohol, koffie of cola.
- Gebruik nooit vaker dan eenmaal per week ergotamines bevattende geneesmiddelen.
- Contact opnemen met arts indien er binnen 4 uur en na gebruik van medicatie geen verbetering optreedt of indien de pijn zeer heftig is en binnen minuten tot enkele uren is ontstaan

Zie ook

Afwijkende bloedsuikerwaarden

Achtergrondinformatie

Hoofdpijn komt vaak voor en heeft meestal een onschuldige oorzaak (griep/ hormoorschommelingen/ stress/ spierspanning vanuit nek en schouder). Sommige soorten treden in aanvallen op. De patiënt heeft vaker last en herkent de symptomen.

Verkoudheid/sinusitis

(ontsteking van een bijkholte van de neusholte).

Adviseer gebruik van xylomethazoline.

Spanningshoofdpijn

Knellende/ drukkende meestal tweezijdige hoofdpijn en/of bandgevoel. De pijn loopt van de monnikskapspier, via schouder en nek over het hoofd. In tegenstelling tot migraine wordt het niet erger bij lichamelijke inspanning en kan enkele uren tot dagen aanhouden zonder misselijkheid of braken. Naast pijnstillers zijn warmteapplicatie (paraffine, warme vochtige handdoek, 'hittepit') en/of fysiotherapie (massage en ontspanningsoefeningen) zinvol.

Migraine

Herhaalde aanvallen van matig tot heftig, meestal eenzijdige bonzende hoofdpijn met misselijkheid en braken. Soms voorafgaand aan de pijn een aura: sterren en flitsen zien. Verergert bij lichamelijke activiteit, overgevoeligheid voor licht/ geluid. Duur altijd 4 - 72 uur.

Clusterhoofdpijn

Aanvalsgewijze hevige bonzende/ stekende eenzijdige hoofdpijn rondom het oog of temporaal. Duur 15 minuten tot twee uur met bewegingsdrang. Vaak traant het oog aan de kant van de pijn en is het neusgat verstopt.

(Genees-) Middelen geïnduceerde hoofdpijn

Chronische hoofdpijn >3 dagen per week. Door dagelijks gebruik van pijnstillers, specifieke migraine middelen of > 5 eenheden cofeïne per dag wordt de bloedspiegel te laag. Als onttrekkingverschijnsel treedt weer hoofdpijn op.

Meningitis- Encefalitis (bacterieel/viraal)- hersenabces

Symptomen zijn hoge koorts, braken, sufheid, nekstijfheid en (bij bacteriële meningitis) puntbloedingen. Bij nekstijfheid is het zeer pijnlijk of onmogelijk de kin naar de borst te brengen, draaien van het hoofd is wel mogelijk.

Puntbloedingen zijn in het begin een tot twee millimeter groot.

Later kunnen deze rode puntjes met elkaar vervloeien tot grotere vlekken. De rode vlekjes verdwijnen niet wanneer men ze probeert weg te drukken met de vingertoppen of met een dik glas. Bij iedere verdenking op dit beeld meteen contact opnemen met de arts.

Subduraal hematoom

Door een schedeltrauma, soms met een uitstel van dagen tot weken. De kans daarop is groter als iemand bloedverdunners gebruikt. Na verloop van tijd verlammingsverschijnselen, gedrag- of bewustzijnsverandering.

Acuut glaucoom

Plotselinge drukverhoging in het oog met roodheid en visusdaling, heftige hoofdpijn, misselijkheid en braken.

Acuut glaucoom leidt zonder behandeling in korte tijd tot blindheid.

Bij iedere verdenking op dit beeld meteen contact opnemen met de arts

Hersentumoren

Geven zelden aanleiding tot intracraëniale (binnen de schedel) drukverhoging en hoofdpijn, maar worden veel vaker ontdekt na functie-uitval of gedragsverandering.

Hersenoedeem

Hoofdpijn is soms de oorzaak van drukverhoging. Kan optreden bij CVA, hersenschudding. HELLP-syndroom (zwangerschap) en extreem hoge bloeddruk.

Aangezichtspijn

Aandoening van de zenuwen van het gezicht kan hoofdpijn veroorzaken. Vooral de pijn na gordelroos in het gezicht is berucht omdat deze, vooral bij ouderen, jaren later nog heftige pijnaanvallen kan geven. Ook pijn door een ontsteking aan een kleine arterie ter hoogte van de slaap (arteritis temporalis) hoort tot deze categorie. Bij arteritis temporalis treden ook vaak visusklachten (tot zelfs blindheid) op. Vaak is de cliënt ook bekend met polymyalgia rheumatica ("spierreuma")

Hoofdpijn bij hypertensieve crisis

Hoofdpijn wordt zelden veroorzaakt door hypertensie. Alleen bij zeer snel ontstane hypertensie (binnen enkele uren) of bij extreem hoge waarden (Syst > 240 en/of diastolisch > 120 mm Hg) kan hoofdpijn ontstaan die vaak gepaard gaat met misselijkheid, braken en visusstoornissen)

16. Huiduitslag

Fennema en B.Tombergen. Praktijkverpleegkundigen.
Herzien in 2014 door: M.Broerse, A.Hendrickx, praktijkverpleegkundigen

Triage

- **ACUUT**
Ademhalingsmoeilijkheden Bewusteloosheid
Shockverschijnselen
- **DRINGEND**
Koorts
Onhoudbare jeuk
Snelle toename van zwelling, pijn, uitbreiding rode vlekken
Verminderd bewustzijn
Verdenking allergische reactie t.g.v. geneesmiddelen (m.n. antibiotica) of voedsel
- **ROUTINE**
Geleidelijke toename van zwelling, jeuk, pijn, uitbreiding rode vlekken

Vragen

- Bent u bekend met deze uitslag / zwelling, ooit eerder gehad?
- Wanneer is de uitslag begonnen; is het erger geworden, méér uitgebreid?
- Hoe ziet de uitslag eruit; welke kleur, zwelling, begrenzing, blaren?
- Weet u of heeft u een idee over de oorzaak van de uitslag?
- Waar op het lichaam bevindt de zwelling zich, hoe uitgebreid is deze?
- Hebt u koorts, bent u benauwd of duizelig?
- Hebt u een wondje? Bent u gestoken door een insect?
- Hebt u ooit een allergische reactie gehad? Wanneer? Waardoor?
- Gebruikt u medicijnen of bent u onlangs gestart met medicijnen?
- Is uw huid in aanraking geweest met planten, chemicaliën, straling / zon?
- Jeukt de uitslag?
- Is het pijnlijk? alleen bij aanraken? Of ook in rust?
- Hebt u iets aparts gegeten (wat u anders nooit eet)?
- Is de uitslag wegdrukbaar?
- Wat was er eerst; de zwelling of de roodheid/uitslag?

Adviezen

- Neem rust / huid koelen (natte handdoek)
- Warme kleding uit doen, koele stoffen dragen (katoen).
- Gebruik van mentholpoeder/ koelzalf/ijszakken bij jeuk.
- Geruststellen!
- Plek huiduitslag aftekenen, zo mogelijk foto maken na toestemming
- Afspreken wanneer opnieuw contact opgenomen moet worden: zie dringend/acuut
- Pijnstilling nodig?
- Bij huidinfecties, goede hygiëne in acht nemen

Achtergrond informatie

Huiduitslag (exantheem) is een reactie van de huid als gevolg van een lokale of lichamelijke (systemische) aandoening. Een exantheem uit zich vaak als erytheem: rode huidvlekken door bloedovervulling (hyperemie) als gevolg van bloedvatverwijding (vasodilatatie). Het is uitslag aan het buitenoppervlak (epidermis) van het lichaam en wordt onderscheiden van enantheem (uitslag op slijmvliezen)

Lokaal

Reactie op contact huid met planten, insectenbeten, zon, chemische stoffen of metalen. Beschadiging van de huid kan een mogelijke infectie veroorzaken

Systemisch

Allergische reactie op voedsel, medicatie of insectenbeet.

Een geneesmiddelexantheem is iets waar je alert op moet zijn in het verpleeghuis.

Oorzaak:

- Antibiotica
- fenolftaleïne (sommige laxeermiddelen)

Exantheem fixa (rood-paarse vlekken op steeds dezelfde plaats)

- antibiotica en overige medicatie

Purpura (niet wegdrukbare roodheid)

- anticoagulantia
- sommige diuretica

Eczeem

Term wordt meestal gebruikt voor de bovenste lagen van de huid

Het is een jeukende plek op de huid en er zijn verschillende fasen te herkennen:

- acute fase : jeuk, erytheem, knobbeltjes, blaasjes en/ of natten, schilfering, korsten, kloven
- sub acute fase: afname van deze verschijnselen m.u.v. jeuk en roodheid

Erysipelas

Speciale aandacht voor wondroos. Ziektebeeld met roodheid, scherp begrensd, hoge koorts en misselijkheid. Mensen voelen zich echt ziek. Vaak is er ergens in het rode gebied een wondje te vinden, de zogenaamde porte d'entrée. (kan ook tussen de tenen)

Dermatitis

Term wordt meestal gebruikt voor de diepere lagen

Verschijnselen zijn; rode huid, huidirritatie, huidpijn, pijnlijke plekken, blaasjes.

- Oppervlakkige huidinfecties: Ontsteking van enkel de bovenste huidlaag; roodheid, zwelling, pijn, zweertjes, puistjes, pusvorming (huidabces).
- Diepere huidinfecties: tevens ontsteking van de dieper huidlaag en het onderliggende bindweefsel; roodheid, zwelling, pijn, koorts.

Mogelijke oorzaken van dermatitis

- Verstoerde huidafweer reactie (=immuunreactie), zoals bij eczeem, psoriasis. Infectie van de huid met micro-organismen zoals bacteriën, virussen, schimmels, gisten en parasieten.
- Bijwerking van medicijnen,

<http://www.huidziekten.nl/folders/nederlands/dermatitis-perioralis.htm>

<http://www.huidziekten.nl/folders/nederlands/allergischcontacteczeem.htm>

<http://www.huidziekten.nl/richtlijnen/conceptrichtlijn-cellulitis-en-erysipelas-2013.pdf>

<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/bacteriële-huidinfecties>

17. Insult

I.M. van Diepen, C. Buis. Herzien 2010: H.S.M. Schlepers, E.M.M. Pero en A.A. Middelberg. Herzien 2011: M.B. Kramer-Leeman, C. Meilink, C.M. Wempe en M.C. Dansen, praktijkverpleegkundigen.

Herzien 2014: E. Barendregt, C. Knoth, N. van Kooten, E. Nagel

Triage

• *Acuut*

- Status epilepticus (aanvalstoestand die langer duurt of een serie aanvallen waarbij de ene aanval overgaat in de volgende zonder dat mensen zijn hersteld van de vorige. Van een status epilepticus spreekt men als de aanval of serie aanvallen langer duurt dan dertig minuten)
- Tonisch Conische aanval langer dan 5 min.
- Wanneer het bewustzijn tussen 2 aanvallen niet terugkeert.
- Eerste insult, zonder dat er epilepsie in de voorgeschiedenis bekend is.
- Ernstige verwondingen of botbreuk t.g.v. epileptische aanval.
- Adem depressie t.g.v. couperen van een epileptische aanval
- Cyanose tijdens insult.

• *Dringend*

- Status Absence.
- Status eenvoudige partiële aanvallen langer dan 10-15 min.
- Tongbeet met bloeding.
- Onvoldoende effect op interventie medicatie

• *Routine*

- Bekende epilepsie
- Flauwvallen (max. 30 sec buiten bewustzijn)
- Geringe verwondingen

Vragen

1. Is de patiënt bekend met epilepsie, of is dit een nieuwe stoornis?
2. Kun je contact maken met de patiënt?
3. Treedt er vaker een insult op, zo ja hoe vaak?
4. Ziet de aanval er hetzelfde uit zoals de vorige aanvallen zijn beschreven?
5. Heeft de patiënt een coupeer protocol?
6. Is de patiënt gecoupeerd, zo ja met wat en hoe lang geleden?
7. Is de patiënt nu (weer) bij bewustzijn?
8. Hoe lang is de patiënt buiten bewustzijn:
 - Wat voor soort ademhaling heeft de patiënt?
 - Is de ademweg vrij?
 - Wat is de gelaatskleur?
9. Levert de omgeving gevaar, kan de patiënt zich verwonden?
10. Is de patiënt diabeet? Zo ja, wat is de bloedsuikerwaarde.
11. Heeft patiënt zichtbaar letsel?
12. Heeft de patiënt wit/rood schuim om de mond?
13. Is er sprake van een tongbeet?
14. Is er sprake van spontane incontinentie?
15. Is er sprake van automatismen, doelloze handelingen zoals rondlopen, smakken en friemelen?

16. Waar en hoe is de patiënt aangetroffen?
17. Hoe lang heeft het insult geduurd?
18. Wat is mogelijk de uitlokende factor van het insult? Heeft de patiënt koorts of een infectie? Is medicatie op tijd ingenomen. Is er sprake van stress of juist ontspanning. Menstrueert de patiënt (hormonale schommelingen). Is het slaappatroon veranderd.

Adviezen

1. Blijf kalm, een aanval gaat meestal vanzelf weer over
2. Informeer naar een individueel epilepsie protocol en volg dat op.
3. Neem de tijd op bij het begin van het insult (duur normale aanval niet langer dan 5 min.).
4. Let op adem weg obstructie (maak knellende kleding los).
5. Voorkom letsel bij de patiënt gedurende de aanval, neem beschermende maatregelen voor hoofd en ledematen, verwijder bril en/of eventuele orthopedische hulpmiddelen. Haal voorwerpen weg waar de patiënt zich aan kan verwonden.
6. Verplaats de patiënt niet tijdens het insult. Ligt de patiënt in bad laat het water weglopen en hou het hoofd boven water als de patiënt geen nekkraag om heeft.
7. Plaats geen voorwerpen tussen de tanden en probeer geen gebitsprothese te verwijderen tijdens een aanval.
8. Houdt schudkrampen niet tegen en probeer het insult niet te stoppen door tegen de patiënt te praten of hem aan te raken. Blijf bij de persoon tot de aanval over is en stel hem gerust als hij (weer) bij bewustzijn is.
9. Patiënten met dwaalaanvallen niet tegen houden maar naar een veilige omgeving leiden. Abrupt tegenhouden roept agressie op.
10. Geef coupeermedicatie die is voorgeschreven door de arts, bv. stesolid rektiole10 mg.
11. Noteer het tijdstip van de coupeermedicatie en het effect (moet na 15 min. effect hebben, evt. volgens afspraak nog een keer herhalen). Indien geen of onvoldoende effect dan direct de arts waarschuwen. Patiënten die coupeermedicatie hebben gehad zijn na een aanval erg moe en vallen in slaap. Ga geregeld (eens per kwartier) kijken of er niet een nieuwe aanval zich voordoet.
12. Geef geen drinken of eten tijdens en kort na de aanval (i.v.m. verslikkingsgevaar).
13. Leg de patiënt in stabiele zijligging in de “verslappingsfase”.
14. Denk aan eigen veiligheid i.v.m. schokkende of wilde bewegingen.

Adviezen bij optreden insult bij rolstoelafhankelijke patiënt.

1. Zie bovenstaande adviezen.
2. Laat de patiënt in de rolstoel zitten.
3. Maak geen riemen los i.v.m. valgevaar.
4. Verwijder een eventueel werkblad vanwege de kans op verwonding.
5. Doe, indien mogelijk, de rugleuning wat naar achteren of kantel de rolstoel maximaal.
6. Haal de patiënt na de aanval uit de rolstoel en leg hem in stabiele zijligging.
7. Als de patiënt na de aanval goed “wakker” is, kan hij in de rolstoel blijven zitten.

Adviezen bij stesolid-toediening bij rolstoelafhankelijke patiënt:

1. Maak vooraf afspraken over een eventuele transfer.
2. Maak gebruik van de mogelijkheden van de rolstoel.
 - Kan deze ver naar achteren gekanteld worden?
 - Kunnen beenstukken en zijkanten verwijderd worden?
 - Is het dan mogelijk om de patiënt te draaien?
3. Zorg voor een zo kort mogelijke transfer.
4. Laat de patiënt voorzichtig uit de rolstoel glijden, na het verwijderen van de beensteunen.
5. Als een patiënt met een tillift moet worden verplaatst kies dan voor een passieve lift. Zorg dat in de tilzak baleinen zitten. Dit voorkomt dat de patiënt tijdens een volgende

- aanval uit de tillift valt.
6. Leg de cliënt in stabiele zijligging en dien stesolid rektiole toe.
 7. Pas eventueel de coupeermedicatie aan:
vervang de stesolid rektiole door een ander coupeermiddel. (bv. Midozolam neusspray of clonazepam (rivotril) druppels.) na overleg met de arts.

Achtergrondinformatie

Epilepsie is een plotseling, overmatige, ongeordende elektrische ontlading van de hersencellen. Het gevolg hiervan is een epileptische aanval. Epilepsie kan het gevolg zijn van hersenletsel (aangeboren of verworven), een hersentumor, CVA, dementie of een infectie/ontsteking. Bij een kwart van de gevallen wordt er geen oorzaak gevonden (idiopathische aanvallen.)

Een aanval kan ook plaats vinden zonder dat er sprake is van een ongecontroleerde ontlading van de hersencellen. In dat geval is er geen sprake van epilepsie. Onderscheid is vaak alleen met een EEG te bepalen.

Epilepsie komt voor op alle leeftijden en de aanvallen verschillen van persoon tot persoon. Men spreekt van epilepsie als er zich in één jaar minstens twee aanvallen voordoen.

Afhankelijk van de plaats van ontlading in de hersenen en van de hoeveelheid hersencellen dat erbij betrokken is, zijn er twee groepen aanvallen te onderscheiden:

1. Partiële aanvallen:

Alleen een bepaald deel of bepaalde delen van de hersenen zijn bij de aanval betrokken. Dit uit zich in absences of trekkingen van bepaalde spiergroepen. Het bewustzijn kan nog intact zijn, of verminderd, maar ook geheel afwezig. De patiënt kan zich van deze periode niets herinneren.

Een aanval kan partieel beginnen en overgaan in een gegeneraliseerde aanval. In dat geval is de aanval secundair gegeneraliseerd.

2. Gegeneraliseerde aanvallen:

Hierbij zijn grote delen van de linker- en rechterhersenhelft betrokken. Dit uit zich bijvoorbeeld in tonisch/clonische insulten met trekkingen van alle ledematen. Bij gegeneraliseerde aanvallen is er altijd sprake van een bewustzijnsstoornis. Bij myoclonische aanvallen trekken spieren in armen en/of benen zich vrij plotseling samen waardoor schokjes optreden. Soms gaat het om één schokje, soms om een hele serie. Een enkele keer doet het hele lichaam mee. De schokjes duren zo kort dat het bewustzijn niet of niet waarneembaar is gestoord. Als de spierschokjes hevig zijn, kan iemand vallen. Een myoclonische aanval duurt kort en mensen herstellen zich snel na een aanval. Als een myoclonische aanval langer duurt worden ze wel gecoupeerd. Er zijn verschillende vormen van myoclonieën, zoals de onschuldige ochtendmyoclonieën die voorkomen bij Juvenile myoclonische epilepsie, ook wel het Syndroom van Janz genoemd. Naast Juvenile myoclonische epilepsie bestaan nog andere vormen van myoclonische epilepsie: myoclonische absences en progressieve myoclonische epilepsieën.

Bepaalde factoren kunnen van invloed zijn op het ontstaan en optreden van een epileptische aanval, zgn. uitlokende factoren. Denk hierbij aan het niet (tijdig) innemen van anti-epileptica, koorts/infectie, plotseling veranderende omstandigheden (spanning↔ontspanning) stress, lichtflitsprikkelingen, slaaptekort/uitputting, gebruik van alcohol en menstruatie (hormonale wisselingen).

Literatuur

Van Donselaar, C.A., ea., Stand van zaken Epilepsie van aanval tot zorg, Nederlands tijdschrift geneeskunde, 2009; 153:B327

<http://www.epilepsie.nl/> (13 mei 2011)

<http://www.nvavg.nl/bestanden/nvavg-standaarden/2008-nvavg->

[standaard%2004%20epilepsie.pdf](#) (13 mei 2011)
http://download.nhg.org/FTP_NHG/standaarden/FTR/Epilepsie_text.html (13 mei 2011)
http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGZiektebeschrijvingen/NHGZiektebeschrijving/Z048.htm (13 mei 2011)
http://www.neurologie.nl/uploads/136/454/RichtlijneEpilepsie_definitief1.pdf (13 mei 2011)
<http://www.epilepsienukanhetbeter.nl/index2.html> (13 mei 2011)
[http://www.epilepsiefonds.nl \(9-7-2014\)](http://www.epilepsiefonds.nl)
[http://www.nederlandseverenigingvoorneurologie.nl \(9-7-2014\)](http://www.nederlandseverenigingvoorneurologie.nl)

18. INTOXICATIE

Danielle Kors, Monique Damen, Mariëlle de Graaf (2015)

Triage

Acuut

- Overdosis mogelijk toxisch (genees) middel, minder dan 60 min geleden ingenomen.
- Inname bijtende stof en daarbij aan het kwijlen.
- Inhalatie gevaarlijke stoffen.
- Blootstelling gevaarlijke stof.
- Inname knoop cel batterij.

Dringend

- Inname bijtende stof.
- Overdosis mogelijk toxisch (genees) middel, meer dan 60 min geleden.
- Inname alcohol of drugs en daarbij apathisch, suf of ander zorgwekkend gedrag.
- Blootstelling aan een potentieel gevaarlijke stof.
- Inname (toxische) planten, bessen of paddenstoelen.
- Inname tabak.

Routine

- Overdosis niet toxisch (genees)middel.
- Inname zeep (producten).

Vragen

- Heeft de cliënt moeite met ademhalen?
- Is de cliënt bij bewustzijn? Reageert de cliënt alert?
- Heeft de cliënt stuipen?
- Heeft de cliënt moeite met slikken en/of kwijlt hij veel?
- Is de cliënt misselijk en of braakt hij?
- Geeft de cliënt pijn aan?
- Heeft de cliënt zeer grote of kleine pupillen?
- Zijn u en de cliënt in veiligheid?
- Om welke stof gaat het en om welke hoeveelheid?
- Hoe oud is de cliënt en wat is het gewicht van de cliënt?
- Hoe laat is het gebeurd?
- Ziet u lichamelijke klachten die ontstaan zijn na bootstelling aan of inname van de stof?
- Wat heeft u al wat gedaan om de cliënt te helpen?

Adviezen

- **Als de cliënt moeite heeft met ademhalen:**
 - Zorg dat zijn luchtwegen vrij zijn en leg de cliënt in de stabiele zijligging.
 - Stop de cliënt met ademhalen; begin met mond-op-mondbeademing.
 - Bel met spoed een arts of in een levensbedreigende situatie 112.
- **Is de cliënt buiten bewustzijn maar ademt hij zelfstandig:**
 - Leg de cliënt in de stabiele zijligging.
 - Bel met spoed een arts of in een levensbedreigende situatie 112.

- **Bij een instabiele cliënt;**
 - Houdt contact tot er hulp gearriveerd is en start zo nodig met reanimeren.
 - Bel met spoed een arts of in levensbedreigende situatie 112.
- **Bij giftige gassen en dampen;**
 - Haal jezelf en, als het veilig is, de cliënt uit de giftige gassen of dampen.
 - Bel (met spoed) een arts of in een levensbedreigende situatie 112.
- **Overdosis toxicisch of niet toxicisch (genees) middel;**
 - Verzamel alle medicatie ook de lege verpakkingen.
 - Houdt de cliënt wakker.
 - Houdt rekening met een tentamen suïcide.
 - Bel (met spoed) een arts of in een levensbedreigende situatie 112.
- **Bij inname knoopcel batterij;**
 - Laat de cliënt niet braken en geef geen norit.
 - Bel een spoed arts of in een levensbedreigende situatie 112.
- **Intoxicatie van alcohol of drugs;**
 - Is de cliënt bewusteloos maar ademt wel, leg cliënt in stabiele zijligging.
 - Bel (met spoed) een arts of in levensbedreigende situaties 112.
- **Inname tabak;**
 - Bij inname tabak is de hoeveelheid tabak belangrijk.
 - Laat de cliënt water drinken, daarna braken en dien norit toe.
 - Laat de cliënt braken door een vinger of stompe kant van de lepel de huig te prikkelen.
 - Bel (met spoed) een arts.
- **Huid- en oogcontact toxische stof(fen);**
 - In contact geweest met huid of ogen, deze spoelen met lauw water. Als het kan besmette kleding verwijderen. Denk hierbij aan je eigen veiligheid.
 - Bel (met spoed) een arts.
- **Vergiftiging planten, bessen en paddenstoelen;**
 - Raadpleeg de gifwijzer.
 - Bij vermoeden van hoge toxiciteit bewaar de betreffende plant, bes, paddenstoel en eventueel braaksel.
 - Raadpleeg een arts.
- **Bij inname bijtende stof;**
 - Niet laten braken.
 - De mond spoelen met water.
 - Moet de cliënt toch braken zorg ervoor dat de cliënt niet aspireert, leg de cliënt op zijn zij met de kin naar de borst.
 - Raadpleeg een arts.

- **Vergiftiging (ongevaarlijk);**
 - De cliënt kan misselijk worden en braken.
 - De cliënt kan last krijgen van buikpijn.
 - Bij toename of het niet overgaan van de klachten, raadpleeg een arts.

Achtergrond informatie

Het is relevant om te weten welke stof de cliënt heeft ingenomen of aan welke stof de cliënt blootgesteld is. Dit is nodig om de juiste behandeling in te zetten. Daarom het advies om flesjes, etiketten en andere informatie mee te nemen naar de arts. Het kan zijn dat niet giftige stoffen in hoge dosering wel giftig worden, vraag daarom naar de hoeveelheid van inname. (Bijv. koffie.)

Er is een verschil tussen een acute vergiftiging en een chronische vergiftiging . Bij een *acute vergiftiging* zijn de symptomen vrijwel gelijk of na een uur zichtbaar. Bij een *chronische vergiftiging* zijn de symptomen na 1 dag of langere periode zichtbaar. De chronische vergiftiging wordt veroorzaakt door langwerkende geneesmiddelen die zich in het lichaam ophopen. Hiervan is de dosering en de werkingsduur niet alleen van invloed. Ook nierleverfunctie stoornissen kunnen van invloed zijn. (*Ouderent!*). Het gebruik van alcohol en grapefruitsap kan de opname van medicatie versnellen, vertragen of versterken. De diagnose voor een chronische vergiftiging door medicatie wordt bepaald door een bloedspiegelbepaling.

Middelen die gebruikt worden om een vergiftiging op te heffen zijn norit/carbomix, azijn, ammonia en een snelwerkende laxeermiddel. Gebruik dit alleen in overleg met de arts. Norit/carbomix bindt zich aan het gif in het spijsverteringskanaal, waardoor het niet opgenomen wordt in het bloed, ook resorbeert het de giftige stof uit de bloedbaan zodat het sneller uit het lichaam verdwijnt. Bij acute intoxicatie en overdosis neemt men als volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar de inhoud van 1 à 2 flesjes Norit carbomix (=50-100 g geactiveerde kool). Voor kinderen jonger dan 12 jaar raadpleeg eerst een arts. Gebruik norit nooit als er inname is van bittende stoffen, dit kan een onderzoek van slokdarm en maag belemmeren. (Gastroscopie)

Andere manieren om de giftige stoffen te verwijderen zijn; de maag leegpompen en hemodialyse. Deze handelingen zijn voorbehouden aan het ziekenhuis. In sommige gevallen is er ook ondersteuning van de ademhaling nodig door een beademingsapparaat.

Bij vragen kan er contact gezocht worden met het *Nationale Vergiftiging Informatie Centrum (NVIC)*. Het NVIC is 24 uur per dag en 7 dagen in de week bereikbaar via [030-274 8888](tel:030-274 8888).

BRONVERMELDING

- **Website zonder auteur of organisatie.**
Gifwijzer dommelgroep. Geraadpleegd in januari 2015, van
<http://portal.dommelgroep.nl/Bibliotheek%20documenten/gifwijzer.pdf>
- **Organisatie als auteur.**
Efarma uw online apotheek. (2000-2015). *Vergiftigingen/wetenswaardigheden.* Geraadpleegd in januari 2015, van <http://www.efarma.nl/pages/zelfzorg.htm>
- **Organisatie als auteur.**
Isatis care. (2014) *De gifwijzer eerste hulp bij vergiftelingen.* Geraadpleegd in januari 2015, van <http://www.gifwijzer.nl/>
- **Organisatie als auteur.**
Merk Sharp & Dohme Corp. (2010). *De merck manual online medisch handboek.* Geraadpleegd in januari 2015, van
<http://www.merckmanual.nl/mmhenl/sec24/ch297/ch297a.html>
- **Organisatie als auteur.**
Nederlands huisartsen genootschap. (2015).
Intoxicatie. Geraadpleegd in januari 2015, van
<https://www.nhg.org/onderwerpen/search?search-onderwerpen=intoxicatie&=Zoeken>
- **Organisatie als auteur.**
UMC Utrecht. (2015). *Nationaal Vergiftelingen Informatie Centrum (NVIC).* Geraadpleegd in januari 2015, van [http://www.umcutrecht.nl/nl/Subsites/Nationaal-Vergiftelingen-Informatie-Centrum-\(NVIC\)/Nationaal-Vergiftelingen-Informatie-Centrum-\(NVIC\)](http://www.umcutrecht.nl/nl/Subsites/Nationaal-Vergiftelingen-Informatie-Centrum-(NVIC)/Nationaal-Vergiftelingen-Informatie-Centrum-(NVIC))
- **Organisatie en auteur.**
Gifwijzer (2014). Auteur: Dr. Ed Pennings, toxicoloog van de gifwijzer. Geraadpleegd in januari 2015, van <http://www.gifwijzer.nl/vergifteling-knooopcellen/>

Stroomschema



- *Ademhalingsproblemen*: maak de luchtwegen vrij en leg de cliënt in de stabiele zijligging.
- *Stopt de cliënt met ademhalen*: begin met beademing.
- *Is de cliënt buiten bewustzijn*: leg de cliënt in de stabiele zijligging.
- *Bij inname bijtende stof*: niet laten braken, mond spoelen met water. Moet de cliënt toch braken zorg ervoor dat de cliënt zich niet verslikt.
- *Vergiftiging acuut*: bij vermoeden van hoge toxiciteit bewaar de betreffende plant, bes, paddenstoel en eventueel braaksel voor de arts.
- *Als de giftige stof in contact is geweest met huid of ogen*: spoelen met lauw water.
- *Vergiftiging door inhalatie*: breng eerst jezelf en daarna de cliënt in veiligheid.
- *Overdosis toxische of niet toxische (genees) middel*: Houdt de cliënt wakker en verzamel alle medicatie, ook de lege verpakkingen.
- *Intoxicatie van alcohol of drugs*: is de cliënt bewusteloos maar ademt hij wel, leg hem in de stabiele zijligging.
- *Acute nicotinevergiftiging*: bij inname tabak is het belangrijk de hoeveelheid, de leeftijd en het gewicht van de cliënt te benoemen. Cliënt laten braken.

- *Vergiftiging dringend*: neem het product mee naar de arts. Mocht de cliënt braken, braaksel eventueel meenemen naar de arts.
Als er giftige stoffen in contact zijn geweest met huid of ogen, spoelen met lauw water. Als het kan besmette kleding verwijderen. Denk hierbij aan eigen veiligheid.
- *Vergiftiging(ongevevaarlijk)*: de cliënt kan misselijk worden en gaan braken. De cliënt kan last krijgen van buikpijn. Bij toename of het niet overgaan van de klachten, contact opnemen met de arts.

- *Inname zeep(producten) en niet giftige geneesmiddelen*: mits de klachten die de cliënt kan krijgen, zoals misselijkheid, braken en buikpijn, niet overgaan of toenemen, contact opnemen met de arts.

GIFWIJZER

Cijferadvies: volg het cijfer advies op dat achter de stof staat, in de volgorde zoals aangegeven.

1. Niet laten braken. Braken kan de situatie verergeren.
2. Mond 2 á 3 maal spoelen. Met water en water uitspuugen.
3. Een glas water laten drinken. Bij verminderbewustzijn NOoit laten drinken.
4. Geef norit. Bij kinderen altijd eerst overleggen met de arts.
5. Geeft iets vets. Dit voorkomt schuimvorming. Bijv. koffieroom, boter, slagroom, volle melk.
6. In de ogen. Direct kunststoflenzen uitdoen en de ogen enkele minuten spoelen met lauw warm water. Direct naar de arts of het ziekenhuis.
7. Op de huid. Enkele minuten spoelen met lauw water. Bij aanhoudende irritatie naar arts of ziekenhuis.
8. **Direct naar het ziekenhuis.**

A		Karmozijnbes-bessen	2
Aronskelk	2+norit	Kerstster	2+norit+6+7
Aceton	1+2+3+6	kleurpotloden	2
Aftershave(lotion)	2+3+6	Kunstgebitsreiniger	1+2+6
Afvoer ontstoppers	1+2+3+6+7	Kerstroos	2+norit
Afwasmiddel (hand)	1+2+5+6	Kwastontharders(terpentine)	1+2+6
Afwasmiddel (machine)	1+2+3+6+7	L	
Alcohol	1+2+3+6	Lampolie	1+2+6
Allesreiniger(s)	1+2+5+6	Laxeermiddelen	2
Ammoniak	1+2+3+6+7	Lelietje van dalen	2+norit
Anti conceptiepil	2	Ligusterbessen	2+norit
Aspirine	norit	Lijm (water oplosbaar)	2+6
Aspro	norit	Luciferkoppen	2
Azalea	2+norit	M	
Azijn	1+2+3+6	Mahoniabes	2
B		Make-up	2
Baby olie	1+2+6	Mierenlokdoos	2+norit
Badschuim	1+5+6	Monnikskap	2+norit
berenklauw	2+6+7	Muggenmelk (met Deet)	2+norit
Bitterzoet	2+norit	Muggenstift (met Deet)	2+norit
Bleekwater	1+2+3+6+7	N	
Bodylotion	2+6	Nachtshade, zwarte	2+norit
Brandspiritus	1+2+3+6	Nagellak	2+6
Bijensteek (angel verwijderen)	7	Nagellakremovers	1+2+6
C		O	
Caustic soda	1+2+3+6+7	Ontkalker	1+2+3+6+7
Chloorwater	1+2+3+6+7	Oranjeappelboopje	2+norit
Christoffelkruid (nauwelijks giftig)	2	Ovenreinigers (schaum)	2+6 (5)
Chroomreiniger	2+3+6	P	
Cif	1+2+6	Paracetamol	8
Citronella olie	1+2+6	Parfums	2+6
Correctievloeistof	2+3+6	Peperboomje	2+norit+8
Cotoneasterbessen (Dwergmispel)	2	Permanentvloeistof	1+2+6+7

D		Plantenmest-voeding	2+6
Dettol	2+3+norit+6	Ponkon	2+6
Dieffenbachia soorten	2+3	Pijnstillers	8
Doornappel	2+norit	S	
Douchebad-gel	1+5+6	Schoonmaakazijn	1+2+3+6+7
Dwergmispel	2	Schuimbaden	1+5
E		Schuurmiddelen(schuim)	1+2+6(5)
Eau de cologne	2+3+6	Seresta	8
Eau de toilette	2+3+6	Shampoo	1+5+6
Eucalyptesolie	1+2+6	Slaapmiddelen	8
Euphorbia soorten	2+norit+6+7	Soda	2+3+6
F		Spiritus	1+2+3+6
Finimal preparaten	norit	Staalpillen	8
Fluortabletten	2	T	
G		Tandpasta	2
Gatenplant	2+3	Taxus (venijnboom)	2+norit
Gelderseroos (niet of nauwelijks giftig)	2	Terpine	1+2+6
Geneesmiddelen	8	Tipp-ex (vloeibaar)	2+3+6
Glorix	1+2+6+7	Toiletverfrisser	2+6
Gootsteenontstopper	1+2+3+6+7	Toiletblokje	2
Gouden regen	2, norit	V	
Gramoxone	8	Valium	8
H		Vingerhoedkruid	2+norit
Haargel-lotion	1+2+6+7	Vitamine(hoge dosering)	2+norit
haarlotions	2+6	Vlekkenverwijderaar	1+2+6
Hart- en bloedvatenmiddelen	8	Vuilboombessen	2+norit
Hasj	2+norit	Vuurdoornbessen	2
herfsttijloos	2+norit+8	W	
Hoestmiddelen	2+norit	Wasbenzine	1+2+6
Huisbrandolie	1+2+6	Wasmiddelen(hand)	1+2+5+6
Hulstbessen	2+norit	Wasmiddelen(machine)	1+2+3+6+7
I		Wc-reinigers (schuim)	2+6 (5)
Inkten	2	Wolfskers	2+norit
Insekticiden	2+norit	Wolfsmelk	2+norit+6+7
Inweekmiddelen (biotex)	1+2+6	X	
J		Xtc tablet	8
Jodium	1+melk	IJ	
K		IJsazijn	1+2+3+6+7
Kalmeringsmiddelen (seresta en valium)	8	IJzerreparaten	8
Kamerplantenmest	2	Z	
Kamperfoeliebessen	2+norit	Zeep	1+5+6
Kardinaalsmutsbessen	2+norit	Zevenboom	2+norit
		Zinkzalf	2
		Zonnebrandolie	1+2+6
		Zuren	1+2+3+6+7

19a. Koorts

D. Uitermark, praktijkverpleegkundige

I.M.A. Salvaggio-Vlaar, J.R. Tarach-de Vries, S.G.K. Hoogland, T.J. van Esch-Bos, praktijkverpleegkundigen

Triage

- **ACUUT**

Verdenking nekstijfheid

Dreigende shockverschijnselen (pols↑, ademfrequentie ↑, bewusteloos, bloeddruk↓, diurese ↓)

Hevige benauwdheid.

Koude rilling in combinatie met risicofactoren.

- **DRINGEND**

Optreden van koorts onder antibiotica, immuno-suppressiva.

Toename van klachten zoals braken, dyspneu.

Ontregeling van de bloedsuikers.

- **ROUTINE**

Aanwezigheid van risicofactoren.

Koorts houdt langer dan 2 dagen aan zonder dat sprake is van verbetering.

Koorts keert terug.

Afwijkende urine (bloed, troebel, riekt).

Patiënt wordt kortademig of geeft sputum op.

Optreden van koorts onder paracetamol, NSAID gebruik.

Vragen

- Algehele indruk patiënt? (suf, verward, cyanotisch, transpireert, nekstijfheid, in shock)
- Koude rillingen of koude rillingen gehad? Temperatuur daarna gemeten, zo ja, hoe hoog?
- Huidige lichaamstemperatuur (rectaal of in het oor gemeten)
- Bloeddruk, pols, ademhaling; uitgangswaarden?
- Andere klachten: hoesten, benauwdheid, pijn bij plassen, huiduitslag, braken, diarree?
- Begin / aanleiding koorts?
- Vochtintake?
- Urineproductie?
- Wond (mogelijke infectie)?
- Medicatiegebruik? (antibiotica, corticosteroïden, paracetamol, NSAID's, immuno-suppressiva)
- Risico bij koorts door onderliggende ziekte?
- Recentelijk behandeld of nu behandeld (met medicatie) tegen infectie?
- Sprake van recidiverende infecties?
- Slecht functionerende temperatuurregulatie (tgv coma, hersenletsel, infectie), persoonlijke afspraken hierover?

Interventies

- 1x daags T-P-RR gedurende 3 dagen en daarna evalueren.
- Indien diabeet: laat de bloedsuiker controleren bij patiënt met DM.
- Laat de urine onderzoeken (urine sneltest) bij pijn bij het plassen, onrust of gedragsverandering.
- Rust nemen. Bedrust is niet nodig, binnenblijven is niet nodig, vermijd wel lichamelijke inspanning.
- Bij hevige transpiratie regelmatig verschonen, evt. alleen onder een laken verplegen.
- Voldoende drinken (1,5 -2 liter), vochtbalans bijhouden.
- Bij een cliënt die zich ziek voelt mag er paracetamol 1000 mgr. (oraal/ supp.) max. 4x daags gegeven worden. Dit beïnvloedt niet het beloop van de ziekte, maar vermindert het ziektegevoel.
- Draag zorg voor een goede mond- en huidverzorging. Let op drukplekken, wees bedacht op een vergroot risico op het ontwikkelen van decubitus. Pas zo nodig wisseling toe

Achtergrondinformatie

Koorts is een lichaamstemperatuur gelijk aan of hoger dan 38°, rectaal of via het oor gemeten. De hoogte van de temperatuur die axillair of in de mond wordt gemeten, is minder betrouwbaar. Koorts is een symptoom, geen ziekte. Het is van belang de oorzaak te achterhalen. De meest voorkomende oorzaak van koorts is een infectie. Het onderdrukken van de koorts vermindert het ziektegevoel, maar bekort de ziekteduur niet.

Koorts is een reactie van het lichaam op (meestal) een virale infectie en helpt bij het opruimen van de ziektekiemen

Koorts is ongevaarlijk, ook al kun je er flink ziek van zijn

De hoogte van de koorts zegt niets over de ernst ervan.

Er bestaan geen medicijnen die koorts genezen. Starten met antibiotica is afhankelijk van de oorzaak van de koorts en het beleid.

Risicofactoren

- Bedlegerigheid
- Immobiliteit
- Incontinentie
- Medicatie gebruik
- Comorbiditeit
- Sterk verminderde weerstand

Vergt extra aandacht: de patiënt kan in korte tijd ernstig ziek worden (sepsis)

Veel voorkomende oorzaken van koorts in het verpleeghuis/vgz:

- Virale infecties
- Bacteriële infecties
- Ontstekingen ledematen en gewrichten
- Geïnfecteerde wonden, bv operatiewond, decubitus, ulcus cruris.

Zeldzame oorzaken van koorts in het verpleeghuis/vgz:

Oververhitting:

Door extreme blootstelling aan warmte (zon), overmatige warmteproductie en/of extreme lichamelijke inspanning bij warm weer, kan hyperthermie optreden.

Ontregeling temperatuur:

Door hersenbeschadiging (trauma, tumor) of medicijnen (drugs, antipsychotica, overdosis aspirine).

Overproductie hormonen:

Schildklier of bijnier.

Sepsis:

Bacteriën die zich in de bloedbaan vermeerderen. Sepsis kan leiden tot levensbedreigende shock.

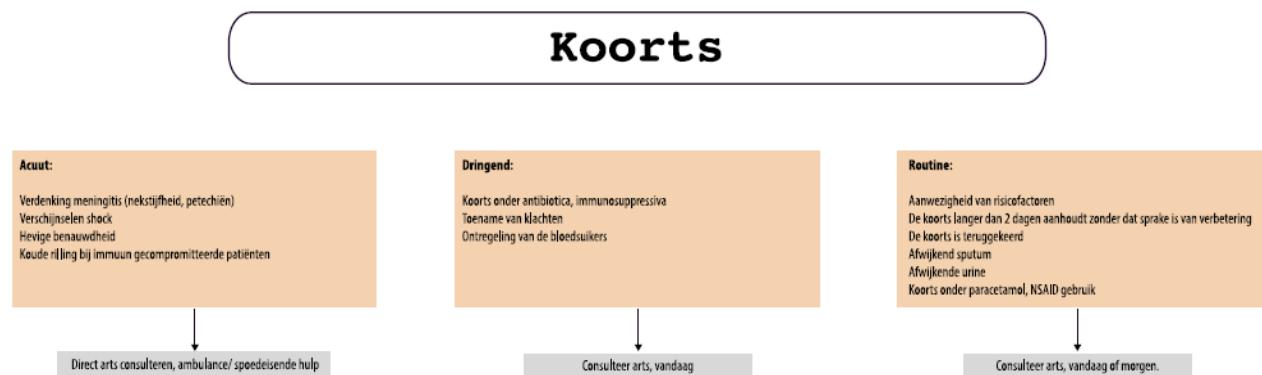
Maligne neuroleptica syndroom (MNS)

<https://www.ntvg.nl/artikelen/maligne-neurolepticasyndroom-een-levensbedreigende-complicatie-die-goed-te-behandelen>

Bronvermelding:

- Bastiaans, J.F., De Vries, H., Van Agtmael, M.A. (2004), Koorts bij volwassenen, Huisarts en wetenschap.
- <http://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=tyoJCh1cMPsC&oi=fnd&pg=PR13&dq=Diagnostiek+van+alledaagse+klachten,+Door+T.O.H.+de+Jongh&ots=g91LfPuAPN&sig=9v1VVxkTNKMY2fhKCdCPC8FfWQ#v=onepage&q=Diagnostiek%20van%20alledaagse%20klachten%2C%20Door%20T.O.H.%20de%20Jongh&f=false>
- Brouwer, M.C., Van de Beek, D. (2012), Bacteriële meningitis, Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde.
- [\[PDF\] Bacteriële meningitis](#)
- MC Brouwer, D Van De Beek - Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde, 2012 - ntvt.nl
- De Jongh, T.O.H., Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- <http://www.platformouderenzorg.nl/kennisbank/ziektebeelden/koorts>
- Mc Farland, G.K., Mc Farlane, E.A. (1997) *Nursing Diagnosis and Intervention, Planning for Patient Care*. (3e druk). St Louis, Missouri.
- NHG Triagewijzer
- Van de Beek, D. (2010) Neuro-infecties. Het Neurologie Formularium,
- [Neuro-infecties](#)
[D van de Beek - Het Neurologie Formularium, 2010 – Springer](#)
- <https://www.thuisarts.nl/diabetes-mellitus/mijn-bloedsuiker-is-te-hoog-hyperglykemie>

Stroomschema



19b. Hypothermie

T. van Esch-Bos, J.R. Tarach-de Vries, S.G.K. Hoogland, I.M.A. Salvaggio-Vlaar,
praktijkverpleegkundigen

Triage

• Acuut

- Temperatuur < 30°C, rectaal of in het oor gemeten
- Bewusteloos, coma
- Hartfrequentie verlaagd, zeer moeilijk meetbaar
- Bloeddruk hypotensief, zeer moeilijk meetbaar
- Ademhalingsfrequentie sterk verlaagd (apneu)
- Spier en gewrichtsstijfheid
- Geen reflexen meer
- Pupillen lichtstijf en verwijd
- Oligurie

• Dringend

- Temperatuur < 33°C en > 30°C, rectaal of in het oor gemeten
- Bewustzijn dalend
- Hartfrequentie verlaagd (bradycardie, kans op AF)
- Bloeddruk moeilijk meetbaar
- Ademhalingsfrequentie verlaagd
- Pupillen gedilateerd

• Routine

- Temperatuur < 35°C en > 33°C, rectaal of in het oor gemeten
- Bewustzijn: normaal (soms retrograde amnesie)
- Hartfrequentie verhoogd
- Bloeddruk verhoogd
- Ademhalingsfrequentie verhoogd (hyperventilatie)
- Rillen
- Koude diurese
- Bleke huid, blauwe lippen, vingers, oren, tenen
- Mogelijk verwardheid, amnesie, dysartrie, ataxie, desoriëntatie, irritabiliteit, apathie

Vragen

- Bewustzijnstoestand
- Huidige lichaamstemperatuur (rectaal of in het oor gemeten)
- Hartslag, frequentie en kracht
- Bloeddruk (normaal waarden?)
- Ademhaling, frequentie en aard
- Bloedsuiker, in geval van diabetes
- Urineproductie, hoeveelheid en temperatuur
- Onderliggend lijden (hersenletsel, diabetes, hypofyse of schildklieraandoeningen, bijnieraandoeningen, infectie, bloeding, cardiaal belast)
- Gebruik van medicatie zoals: bètablokkers, antidepressiva, benzodiazepines, lithium
- Alcoholintoxicatie
- Sterk vermagerd, gedehydreerd, immobiel
- Andere mogelijke oorzaken van onderkoeling aanwezig

Interventies

81

- Verplaats patiënt niet in geval van verschijnselen van acute en dringende fase
- Verwarm met name de romp en het hoofd met dekens en dekbedden of indien aanwezig een isolatiedeken.
- Niet extremiteiten warm wrijven
- Breng de patiënt, indien mogelijk, in een verwarmde omgeving
- Geef, indien mogelijk, warme koolhydraatrijke dranken (Cave verslikking)
- Achterhaal oorzaak hypothermie

Preventie

- Draag zorg voor een voldoende verwarmde ruimte (woonkamer 21°C, slaapkamer 18°C)
- Zorg voor warme maaltijden/ dranken
- Pas kleding aan, aan de omstandigheden. Meerdere dunne kledinglagen is effectiever tegen onderkoeling dan één dikke laag. Let op hoofdbedekking.
- Eventueel bedsokken
- Geef voorlichting, aan naasten en zorgprofessionals, over vroegtijdige signalen van hypothermie: koud aanvoelende huid, bleke gelaatskleur, wit weg trekken.
- Leg het belang van voldoende drinken uit
- Voorkom blootstelling aan extreme kou

Mogelijke oorzaken hypothermie

De primaire oorzaak van hypothermie is blootstelling aan een koude omgeving. Voor ouderen geldt dat zij zelfs verschijnselen van hypothermie kunnen krijgen in een ruimte op kamertemperatuur indien ze bijvoorbeeld onvoldoende gekleed, of onvoldoende mobiel zijn.

De secundair mogelijke oorzaken van hypothermie zijn:

- Endocrinologisch: Hypothyroidie
Diabetische ketoacidose
Bijnierinsufficientie
Uremie
- Infectie/ sepsis/huid: brandwonden
Huidziekten
- Neurologisch : letsel hypothalamus
Spinaal trauma
Shapiro-syndroom
- Geneesmiddelen: Betablokkers
Tricyclische antidepressiva
Benzodiazepines
Lithium
- Sociale factoren: Slechte huisvesting
Sociale isolatie
Laag inkomen
Alcoholintoxicatie

Achtergrondinformatie

Er is sprake van hypothermie als de lichaamstemperatuur beneden de 35°C daalt.

Wanneer de lichaamstemperatuur te laag wordt, worden de hartslag en de stofwisseling sterk vertraagd en ook de zuurstof opname daalt. Dit kan leiden tot bewusteloosheid of een circulatiestilstand.

Hypothermie is een onder gediagnosticererd probleem bij ouderen en mensen met een verstandelijke beperking.

De oorzaak van een verhoogde kans op hypothermie bij ouderen is een verminderd vermogen van het lichaam om zichzelf op temperatuur te houden. Dit wordt veroorzaakt door

een verminderde hoeveelheid haar, kleinere spiermassa, verminderde perifere vasoconstrictie. Tevens kan er sprake zijn van een verstoerde respons op koude door bijvoorbeeld dementie, onvermogen om lichamelijk onwelbevinden te uiten en immobiliteit en alcohol

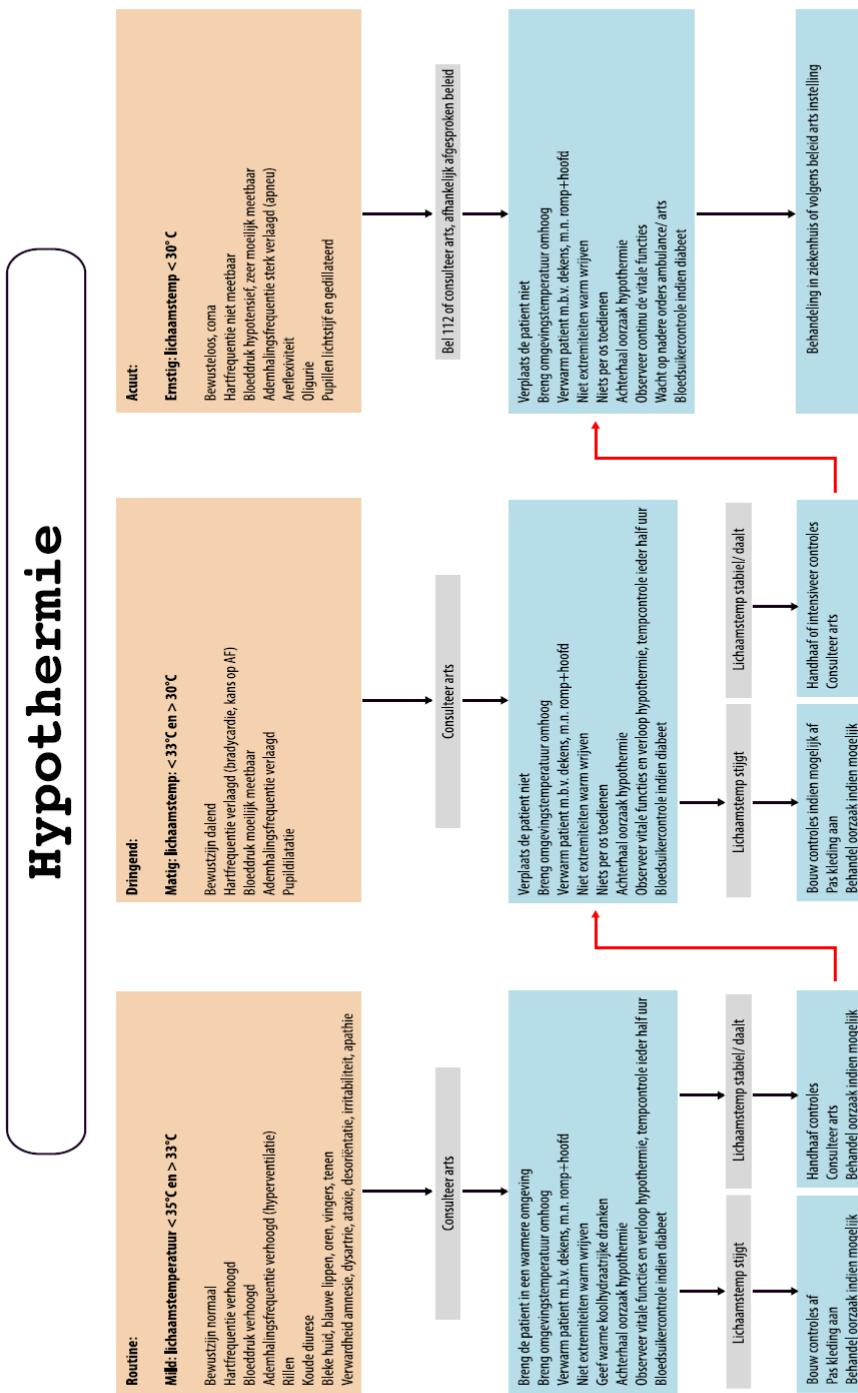
Bij hypothermie, zonder direct aanwijsbare oorzaak, moet altijd gedacht worden aan een onderliggende infectie zoals een urineweginfectie. Het is dan van belang urineonderzoek te verrichten.

Een gevaar van onderkoeling is ventrikelfibrilleren. Door het verplaatsen/ bewegen van een patiënt met hypothermie in de acute fase bestaat de kans op hartritmestoornissen.

Bronvermelding

- Carpenito-Moyet, L.J., e.a. (2012) *Zakboek Verpleegkundige Diagnosen*. (4^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Mc Farland, G.K., Mc Farlane, E.A. (1997) *Nursing Diagnosis and Intervention, Planning for Patient Care*. (3e druk). St Louis, Missouri.
- Kerckhove, E. van den., Denekens, D. (2011) *Hypothermie bij ouderen, Een vaak gemiste diagnose*. Huisarts Nu, oktober 2011; 40(6), pag: 344 – 349.
- Kouchlaa, M., Hoeks, W. (2003) *Hypothermie, een begrip waar je koud van wordt*. NTVA, pag 6 – 14 (www.issuu.com)
- www.ouderenfonds.nl
- www.rodekruis.nl

Stroomschema



20. Medicatiefouten

B.A.M. Neerscholten, M.W. Snoey Kiewit, B. Keizer, I.J.M. de Bruin.

Herzien 2010: A.M. Ottevanger, W.H. Boenders, R. Elzes.

Herzien 2012: N. Harmsen, S. Dorst, E. ten Berge, Praktijkverpleegkundigen.

Vragen

- Wat is er gebeurd?
- Om welke cliënt (en) gaat het?
- Om welke medicatie gaat het?
- Is de eigen medicatie al ingenomen?
- Welke medicatie had hij/zij moeten hebben/ denk ook aan dagdosis.
- Heeft hij/zij gebraakt, gespuugd of geweigerd?
- Hoe is de toestand van de cliënt?
- Leeftijd, gewicht en lengte van de cliënt?
- Controles P/T/RR.
- Hoe is de toestand van de cliënt?

Triage

- **ACUUT**

Verkeerde medicijnen gedeeld aan cliënt;
Verkeerde dosis gedeeld aan cliënt;
Verkeerd tijdstip (afhankelijk wat voor medicatie).

- **Dringend**

Verkeerd tijdstip (afhankelijk wat voor medicatie);
Vergeten te delen/geven;
Weigeren;
Uitspuugen;
Braken.

- **Routine**

Geen

Adviezen

- Controle vitale functies.
- Binnen 2 uur braken, eigen medicatie nogmaals geven.
- Altijd een incidentenformulier in-(laten)vullen: FOBO, ITSASK, MIC.
- Incident melding aan apotheker verzenden

Vergeten

De volgende procedure kan gevuld worden bij vergeten medicatie (indien hier afspraken over gemaakt zijn met de artsen).

- Als het middel **4 x** per dag gebruikt wordt:
Duurt het nog meer dan een uur voordat de volgende dosis normaal ingenomen wordt? Geef de vergeten dosis dan alsnog.
- Als het middel **3 x** per dag gebruikt wordt:
Duurt het nog meer dan twee uur voordat de volgende dosis normaal wordt ingenomen? Geef de vergeten dosis dan alsnog. Duurt het nog minder dan twee uur?
Sla de vergeten dosis dan over.

- Als het middel **2 x** per dag gebruikt wordt:
Duurt het nog meer dan vier uur voordat de volgende dosis normaal wordt ingenomen? Geef de vergeten dosis alsnog. Duurt het nog minder dan vier uur? Sla de vergeten dosis dan over.
- Als het middel **1 x** per dag gebruikt wordt:
Duurt het nog meer dan acht uur voordat de volgende dosis normaal wordt ingenomen? Geef dan de vergeten dosis dan alsnog. Duurt het nog minder dan acht uur? Sla de vergeten dosis dan over.

Zie internet www.apotheek.nl (Blijf alert bij stapeling van medicatie) raadpleeg dan arts.

Achtergrondinformatie

Als achtergrond informatie, bij een medicatie fout in het **Verpleeghuis**, is het van belang je bewust te zijn van onderstaande punten.

Veranderingen in het lichaam door het ouder worden, kunnen invloed hebben op het effect van medicijnen. En samen met het gebruik van (veel) verschillende medicijnen naast elkaar, kan dit leiden tot problemen. Het is belangrijk dat arts, apotheker, gebruiker en omgeving hiermee rekening houden.

Om welke veranderingen in het lichaam en effecten van medicijnen gaat het?

- **Minder snelle werking**
Geneesmiddelen die je inneemt, komen via maag en darmen in het bloed. Bij het ouder worden gaat dit trager en komt het medicijn minder snel in het bloed terecht. Daardoor kan het wat langer duren voordat het geneesmiddel gaat werken.
- **Sterkere, langere of zwakkere werking**
Het bloed brengt het medicijn naar alle delen van het lichaam. Bij het ouder worden neemt de hoeveelheid lichaamsvocht af en de hoeveelheid vetweefsel toe. De gevolgen: door de kleinere hoeveelheid lichaamsvocht gaan geneesmiddelen die goed oplossen sterker werken. Geneesmiddelen die goed oplossen in vet, gaan langer en zwakker werken. Want de grotere hoeveelheid vetweefsel houdt het geneesmiddel een tijdje vast.
- **Bijwerkingen**
Sommige geneesmiddelen komen terecht in de hersenen. Bij ouderen zijn de hersenen gevoeliger voor de werking van bepaalde medicijnen. Zij kunnen daardoor meer last krijgen van bijwerkingen als slaperigheid, duizeligheid, verwardheid, wazig zien of een licht gevoel in het hoofd.
- **Tragere uitscheiding**
Geneesmiddelen worden omgezet in de lever en verlaten het lichaam grotendeels via de nieren. Bij ouderen is de werking van de nieren vaak verminderd. Hierdoor zal het langer duren voor een geneesmiddel helemaal uit het lichaam verdwenen is. Hierdoor kan het middel ook sterker werken. Om bijwerkingen te voorkomen krijgt een oudere vaak een lagere dosis van een medicijn voorgeschreven.
- **Minder dorst**
Bij het ouder worden neemt het dorstgevoel af en daardoor vergeten mensen sneller dat ze genoeg moeten drinken. Voor de gezondheid en bij medicijngebruik is het belangrijke om voldoende te drinken - ten minste 1,5 liter vocht per dag. Een punt om rekening mee te houden.

Voor zowel het **Verpleeghuis** als de **VGZ** geldt onderstaande aanvullende informatie;

- **Anti-epileptica:** Geef nooit een dubbele dosering! Bij deze geneesmiddelen heeft een te hoge dosering snel een schadelijke werking. Neem bij een vergeten dosering altijd contact op met de arts, omdat in de regel altijd geschoven wordt met de tijden, zodat toch in 24 uur dezelfde hoeveelheid aan medicatie binnenkomt.
- **Anti-conceptie:** (Alleen van toepassing als de anticonceptiemiddel wordt gebruikt. Dus niet bij regeling van menstruatie). Als de pil vergeten is kan die alsnog ingenomen worden **binnen 36 uur** na de voorgaande pil. (dus maximaal 12 uur te laat. De daaropvolgende pil moet dan wel op het normale tijdstip ingenomen worden. De betrouwbaarheid is dan nog gegarandeerd. **Als je later dan 36 uur bent, is de pil niet meer betrouwbaar.**
 - Is een pil vergeten gedurende de **eerste week van een strip?** Geef dan alsnog de vergeten pil, ga verder met het inname schema en gebruik zeven dagen lang condooms. Is er sprake geweest van geslachtsgemeenschap in de periode van zeven dagen vóór of na de vergeten pil? Als er toen geen condoom gebruikt is, bestaat de kans op zwangerschap. Neem direct contact op met de arts voor advies.
 - Is een pil vergeten gedurende de **resterende weken van een pilstrip?** Geef dan alsnog de pil en ga verder met het inname schema. De pil is weer betrouwbaar als deze zeven dagen achtereen is geslikt. Zorg ervoor dat condooms gebruikt worden in de zeven dagen na het vergeten van de pil.
- **Antibiotica:** De vergeten dosis moet je alsnog zo snel mogelijk geven, tenzij het minder dan twee uur duurt voordat de volgende dosis ingenomen moet worden. Sla dan de vergeten dosis over en hervat het normale inname schema. De vergeten dosis moet wel aan het eind van de kuur ingenomen worden. Je verschuift dus het moment waarop de kuur wordt beëindigd. Maak wel de volledige kuur af, anders bestaat de kans dat de klachten terugkeren.
- **Anti-coagulantia:** De medicatie 3 tot 4 uur te laat innemen kan geen kwaad. Als toch de dosis vergeten is, vraag dan advies aan de arts.
- **Insuline:** Wanneer er een dosis vergeten is, controleer dan de bloedsuikerwaarde en spuit dan eventueel insuline bij conform de afspraken die daarover met betrekking tot deze cliënt zijn vastgelegd. Zijn er geen vaste afspraken gemaakt neem dan contact op met de arts.
- **Orale middelen bij Diabetes:** Deze moeten **tijdens de volgende maaltijd** ingehaald worden (dus **niet zonder** maaltijd) en vooral **geen dubbele dosering** innemen.
 - Als het middel **1 x** per dag gebruikt wordt:
Geef de tablet die 's morgens is vergeten bij de eerst volgende maaltijd. Dus bij de lunch of de avondmaaltijd. Ontdek je het pas na de avondmaaltijd, sla de vergeten tablet dan over;
 - Als het middel **2 x** per dag gebruikt wordt:
Geef de tablet die 's morgens is vergeten alsnog bij de lunch. Ontdek je het pas na de lunch, sla de vergeten tablet dan over. Ben je de tablet bij de avondmaaltijd vergeten te geven? Geef hem dan alsnog met wat voedsel.
 - Als het middel **3 x** per dag wordt gebruikt:
Geef de vergeten tablet alsnog in combinatie met wat voedsel. Ontdek je het pas als het al tijd is voor de volgende dosis, sla de vergeten tablet dan over.
- **Ritalin:** Duurt het nog minstens twee uur voor de volgende portie? Geef hem dan alsnog. Maar is de volgende portie binnen de komende twee uur, sla deze tablet(ten) dan over of verschuif de volgende portie tot later op de dag, maar niet later dan 15.00

uur. Ontdek je binnen drie uur voor bedtijd dat je vergeten bent om de tabletten te geven, sla ze dan over omdat er anders inslaapproblemen ontstaan.

Meer informatie? www.apotheek.nl

Wil je meer informatie over de werking en het gebruik van bepaalde medicijnen kijk dan op bovenstaande website. Hier vindt je per gekozen geneesmiddel antwoorden op onderstaande vragen:

- Wat doet dit middel en waarbij wordt het gebruikt?
- Op welke bijwerkingen moet ik letten?
- Wat moet ik doen als ik een dosis vergeten ben?
- Let op: in principe wordt bij medicatie fouten altijd een arts geraadpleegd, tenzij anders afgesproken.

Bronnen:

<http://www.invoorzorg.nl> (nov 2012)

<http://www.vilans.nl> (nov 2012)

<http://www.apotheek.nl> (nov 2012)

21. Obstipatie

E. van Schoot.

Herzien 2011: M.A.A.J van Vucht-Corsmit, Y. W.I.M. Roeling-Lint en C.A.M. Wierikx, praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **ACUUT**
Braken
Hevige buikpijn
Verward gedrag
- **DRINGEND**
Rectaal bloedverlies dat aanhoudt
Ernstig ziek
- **ROUTINE**
Vermagering en verminderde eetlust
Bloed of slijm bij de ontlasting
Afwisselend diarree en obstipatie
Chronische ziekte
Obstipatie door medicijnen (codeïne, morfine, staaltabletten)
Obstipatie langer dan 2 à 3 weken ondanks maatregelen

Vragen

- Bestaat er buikpijn?
- Is de patiënt bekend met obstipatie? Zo ja, zijn er afspraken gemaakt voor behandeling hiervan?
- Hoe is het normale ontlastingpatroon? Hoe vaak per dag / per week naar toilet?
- Hoeveel dagen was er geen ontlasting? Wordt dit bijgehouden op een def-lijst?
- Hoe vindt de stoelgang plaats (stoel, bed, toilet)?
- Als er ontlasting komt, hoe ziet deze eruit? (Bristol stool Chart)
- Worden er medicijnen genomen om de stoelgang te bevorderen? Zo ja, welke en hoeveel?
- Tijdsduur van het probleem?
- Is er koorts? Misselijkheid/overgeven?
- Is er sprake van afwisselend diarree en obstipatie?
- Heeft de patiënt bloed bij de ontlasting?
- Hoe is het eetpatroon? Is hier verandering in gekomen? Minder/ meer eetlust?
- Voelt de patiënt zich ziek?
- Is de buik drukpijnlijk/ Hard? Bol?
- Worden er andere medicijnen genomen. – ijzersuppletie, pijnstillers (morphine), maagzuurremmers, diuretica, Parkinson medicatie, anticholinergica, slaapmedicatie, tricyclische antidepressiva, anti-epileptica?
- Is er sprake van verwardheid/gedrag “anders dan anders”?
- Is er loze aandrang?
- Is er pijn in het rectum?
- Is er sprake van neiging tot flauwvallen?

Adviezen

- Eet op geregelde tijden en kauw goed (zit het gebit nog goed, is het passend).
- Vezelrijke voeding: volkorenbrood, groenten; peulvruchten; evt. extra zemelen in de yoghurt. Zo nodig diëtiste inschakelen.

- Laxerende/vezelrijke voeding: sinaasappels; pruimen en ongeschilde appels; evt. extra slaolie in de rauwkost
- Drink veel; tenminste 2 liter per dag
- Begin de dag met een glas lauw warm water op de nuchtere maag
- Ga bij aandrang direct naar de wc
- Zorg voor voldoende privacy en neem de tijd voor toiletgang.
- Zorg voor een goede houding op het toilet, rechtop zittend met de voeten gesteund.
- Beweeg veel, indien mogelijk wandelen. Anders oefeningen in bed doen.
- Masseer de onderbuik (draaiende beweging van rechts boven naar links onder).
- Indien mogelijk, laat de patiënt ontspannen in een warm bad.
- Bij een fissuur bescherm de huid rondom de anus. Inspecteer de rondom gelegen huid, houd de huid schoon met niet-irriterend middel, breng zonodig beschermende zalf aan.
- Bespreek de medicatie die bij kan dragen aan obstipatie.

Zie ook

Braken

Verminderd vocht inname / dehydratie

Buikpijn

Achtergrondinformatie

Onder obstipatie wordt verstaan: verminderde frequentie en/of hardere consistentie van de ontlasting dan gewoonlijk. Het normale ontlastingpatroon is bij iedereen verschillend. 1 à 3 maal per dag is normaal, maar ook 3 maal per week.

Er is sprake van obstipatie bij volwassenen wanneer ten minste twee van de volgende symptomen aanwezig zijn:

- defecatiepatroon ≤2 per week;
- hard persen tijdens defecatie;
- harde en / of keutelige defecatie
- manueel verwijderen van ontlasting is noodzakelijk.

Er kunnen verschillende oorzaken zijn:

- obstipatie door een onderliggende somatische oorzaak (obstructie door ileus of maligniteit, medicatie, organische oorzaak);
- obstipatie zonder onderliggend somatische oorzaak (functionele obstipatie).

Obstipatie komt voor bij (Bron: Integraal kankercentrum, Nederland versie 2009):

10% van de gezonde bevolking

37% van patiënten met kanker in de palliatieve fase

37% van patiënten met hartfalen

36% van patiënten met COPD

Het percentage bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking ligt hier nog ver boven. Obstipatie kan leiden tot urine-incontinentie. Wanneer een patiënt ineens urine-incontinent is kan dit een signaal voor obstipatie zijn.

Obstipatie als tijdelijke afwijking van het normale ontlastingspatroon, kan meestal geen kwaad. Laxeermiddelen maken de darmen lui en verergeren op den duur juist de klachten en dienen daarom niet chronisch te worden gebruikt.

Verstopping kan ontstaan om verschillende redenen:

- Te weinig vezels in de voeding; vezels houden vocht vast en maken de ontlasting zacht.
- Te weinig vochtinname. Om vezels effectief te laten zijn is veel vocht nodig.
- Te weinig lichaamsbeweging, bv. bedlegerigheid, rolstoelgebruik maar ook verminderde spierkracht.
- Bijwerkingen van een aantal groepen medicijnen als: opioiden (morphine, codeïne, tramadol) sedativa (diazepam, rivotril, frisium) sterk werkende diuretica (furosemide,

- bumetanide) ijzerpreparaten (ferugradumet, ferofumaraat), anti-psychotica, antidepressiva, anti-parkinsonmiddelen, maag-darm middelen (omeprazol) en anti-epileptica (gabapentine, pregabaline, lamotrigine)
- Spanningen of druk bezig zijn, waardoor men te lang wacht met naar het toilet te gaan.
- Lichamelijke oorzaken zoals afwijkingen in het maag-darmkanaal (vernauwing, ontsteking, neurologische aandoeningen (Parkinson, CVA, Syndroom van Down), psychiatrische aandoeningen (psychose, depressie, anorexia nervosa, seksueel misbruik) en metabole afwijkingen (diabetes mellitus, hypothyreïdie).
- De momenten van aandrang komen niet overeen met toiletrondes.

Soms hebben mensen al vanaf hun geboorte last van obstipatie, zonder duidelijke oorzaak. Er kan ook sprake zijn van een chronische darmziekte.

Ook bij aandoeningen van de schildklier, lupus erythematoses, taaislijmziekte, spastisch colon en diabetes mellitus kan zij optreden.

Klachten

- Buikpijn
 - Opgeblazen gevoel
 - Misselijkheid
 - Gasvorming
 - Loze aandrang
 - Buikkrampen
 - Pijn aan de anus
 - Overgeven
 - Gebrek aan eetlust
 - Onvrijwillig verlies van waterdunne ontlasting (kan alleen nog maar passeren) = paradoxe diarree, oftewel overloop diarree.
 - Moeilijke of moeizame ontlasting
 - Keiharde ontlasting, (harde) keutelige ontlasting
 - Vegen van ontlasting in het ondergoed of incontinentiemateriaal
 - Urineweginfecties
 - Ongewild urineverlies
 - Onrust of onverklaarbare gedragsverandering
- NB: patiënten kunnen onwel worden tijdens defeceren bij obstipatie (vasovagale collaps)

Coloncarcinoom

Bloed en slijm bij de ontlasting kunnen symptomen zijn van een ernstiger aandoening. Ook verminderde eetlust en vermagering kunnen hierop wijzen. Afwisselende periodes van obstipatie en diarree kunnen een symptoom zijn van kanker.

Fissuren

Scheurtjes of aambeien kunnen pijn geven, waardoor de ontlasting (onbewust) wordt opgehouden.

Ileus

Braken, al dan niet met hevige buikpijn, kan wijzen op een darmafsluiting.

Bronvermelding:

- NHG standaard M 94 Obstipatie (september 2010)
- Beleid bij obstipatie voor artsen en praktijkverpleegkundigen van Ipse de Bruggen
- (Instelling voor verstandelijk gehandicapten zorg)
- Carpenito L.J. (2008) *Zakboek Verpleegkundige diagnosen* (3e druk). Wolters Noordhoff, Groningen/Houten.
- De richtlijn palliatieve zorg: Obstipatie 2.0, werd in 2009 herschreven door A. de Graeff en R.J.A. Krol en opgenomen in het richtlijnenboek van de Vereniging van Integrale

Kankercentra.

- Richtlijn obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar (2009)
- De Bristol Form Stool Scale, <http://www.sthk.nhs.uk/library/documents/stoolchart.pdf> , developed by Heaton and Lewis at the University of Bristol
- Artikel over de Bristol Form Stool Scale:
<http://www.nursing.nl/verpleegkunde/richtlijnen-en-protocollen/article/5479/stoelgang-beschrijven-bristol-stool-chart>

22. Oedeem

L.M. Touber, M.A.H. Wouda en G. Frings.

Herzien 2011: M. Jansen, M. Bartels en A. Kemp, Praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **Acuut**

- Plotseling optredend oedeem in beide benen in combinatie met dyspnoe en ademhalingsproblemen (met verwardheid en bewustzijnsdaling)
- Snelle pols en een lage bloeddruk → zie “pijn op de borst”.
Eén dik been; rood/warm of wit/koud → kans op shock!
→ zie “rood en/of dik been”
→ zie “benauwdheid”

- **Dringend**

- Hoesten, al of niet met opgeven van (roze) sputum
Cyanose perifeer; tenen, vingers of lippen
Verminderde of geen urineproductie
Koorts en braken
Kortademigheid in rust

- **Routine**

- Dikkere onderbenen dan normaliter.
Kortademigheid bij inspanning.
Oedemen aan de enkels, bij liggen vooral aan de stuit (sacraal).

Vragen

Waarmee eventueel de anamnese kan worden uitgediept

- Wat is het gewicht en is het gewicht toegenomen?
- Wat zijn precies de klachten?
- Is cliënt bekend met een cardiale voorgeschiedenis?
- Hoelang bestaan de klachten?
- Controles temperatuur, pols, RR en ademhaling, evt. saturatie?
- Hoeveel is de diurese, wat is de kleur van de urine?
- Hoeveel is de vochtintake?
- Hoest de cliënt? Wordt er (roze) sputum opgegeven?
- Is de cliënt cyanotisch?
- Zijn er pijnklachten, zo ja waar zit de pijn, hoe is de aard van de pijn, stekend, kloppend, snoerend of drukkend?
- Wanneer neemt de benauwdheid toe en wanneer neemt de benauwdheid af?
- Zijn de dikke voeten/ onderbenen ook bij het opstaan aanwezig?
- Zijn er wonden aanwezig?
- Is er een orthopedische operatie geweest?
- Zijn er duizeligheidklachten aanwezig? Zo ja, in welke situatie?
- Welke medicijnen worden er gebruikt? Diuretica? Digoxine? Steroïden? NSAID's? Calciumantagonisten? En zijn deze ingenomen?
- Zijn de benen al eens eerder gezwachteld, zijn er steunkousen aanwezig?

Advies

In overleg met arts kunnen de volgende adviezen worden gegeven.

- Onderzoek oorzaak oedeem en behandelen
- Voeteneinde omhoog/ benen hoog leggen bij opzitten.
- Bij dyspnoe laten zitten; niet plat liggen.

- Mobiliseren of passieve oefeningen van knie-en enkelgewrichten op geleide van kunnen; dit stimuleert de doorbloeding en de spierfunctie in de benen waardoor het vocht kan verminderen.
- EAI (Enkel Arm Index) om perifeer arterieel vaatlijden (PAV) uit te sluiten.
- Afhankelijk van de uitslag van de EAI; benen ACT zwachtelen (ambulante compressie therapie).
 - Hierbij is het blijven bewegen belangrijk!
 - Niet mobiel dan zwachtelen met lange rek zwachtels
- Controle op toenemende benauwdheid of wit en/of koud worden van de tenen na het starten met zwachtelen.
- Controle op innname medicatie.
- Bij eindstadium hartfalen; dagelijks wegen en vochtbeperking van 1½ liter, zoutbeperking in het eten.
- Goede huidverzorging van de benen.
- Regelmatisch inspectie op ontstaan van wonden op de benen of voeten.
- Observaties: Temp; verhoogd bij infecties, kans op een UWI, pneumonie.
 - Pols; frequentie en regelmaat.
 - Ademhaling; wanneer is er dyspnoe.
 - RR; soms verhoogd, kleur (cyanose), gewicht en vochtabalans, hoesten.
 - Sputum; (schuimend roze, groen, geel, wit) ⇒zie “benauwdheid”.

Achtergrondinformatie

Oedeem

Oedeem is de aanwezigheid van vocht op plaatsen in het lichaam waar het normaal niet of nauwelijks aanwezig is. Er kan één bepaald deel, één bepaald orgaan of over het hele lichaam sprake zijn van oedeem.

Pitting oedeem is te herkennen aan het kuilje dat achterblijft als er gedurende 10 sec. met de duim druk is uitgeoefend op het gezwollen weefsel, bijv. bij de enkels. Lymfeoedeem kan je niet wegdrukken.

Kortademigheid, vooral bij inspanning of bij plat liggen kan een teken zijn van oedeem in de longen, dit is een teken van hartfalen.

Oedeem kan voorkomen bij hartfalen, nierfalen, al lang bestaande leveraandoeningen, ernstige ondervoeding, trombose, infecties en zwangerschap. Daarnaast kan oedeem een gevolg zijn van een plaatselijke aandoening, zoals trombose of lymfoedeem.

Ook bepaalde geneesmiddelen en allergische reacties kunnen oedeem veroorzaken.

Hartfalen

Onder decompensatie cordis verstaan we een onvoldoende werking van het hart. Dit heeft tot gevolg dat er onvoldoende bloed wordt uitgepompt en dat er stuwing ontstaat bij de aanvoer van het bloed naar het hart toe.

Met andere woorden: de weefsels krijgen enerzijds te weinig aangevoerd, anderzijds hoopt het bloed zich op in weefsels vóór het hart, waardoor oedeem ontstaat.

Als gevolg van de verminderde pomfunctie van het hart krijgen veel organen, –in het begin vooral bij verhoogde vraag, niet genoeg zuurstof en voedingsstoffen meer. Dit leidt snel tot vermoeidheid en kortademigheid .

Duizeligheid bij cardiale aandoeningen ontstaat door daling van de bloeddruk en bij daling van het hartminuutvolume. Als dit plotseling gebeurt, treedt meestal syncope op (syncope is plotseling optredende bewusteloosheid)

Wanneer de daling van het hartminuutvolume meer geleidelijk en niet zo ernstig is zal wel duizeligheid optreden maar meestal geen syncope. Dit doordat de hersencirculatie via vaatverwijding zich nog wat kan aanpassen.

Rechts decompensatie

De rechterhelft van het hart krijgt bloed aangevoerd uit de onderste en bovenste holle aders. Bij decompensatie van de rechter harthelft kunnen we de stuwing dus zien in de hals of aan de onderste helft van het lichaam.

Symptomen van decompensatio cordis rechts:

- Oedeemvorming in de enkels en benen
- Soms koude handen en voeten (verminderde bloedsomloop)
- Bovenbuikklachten
- Nycturie ('s Nachts veel moeten urineren)
- Gewichtstoename
- Vermoeidheid
- Bij bedlegerige mensen stuwing van vocht in de buikholte

Links decompensatie

Decompensatie van de linker harthelft geeft stuwing in de kleine circulatie (long-vaatgebied), dat wil zeggen in de longaders en dus in de longen. Daar ontstaat stuwing die gepaard gaat met benauwdheid. Zo'n benauwdheidsaanval kan vrij plotseling ontstaan, bijvoorbeeld als de patiënt plat ligt. We spreken dan van astma cardiale. Het vocht kan uit de haarraten treden en in de longblaasjes terecht komen waardoor longoedeem ontstaat dat de zuurstof opname ernstig bemoeilijkt. Zonder snelle behandeling kan de patiënt in zijn eigen vocht verdrinken.

Symptomen van decompensatio cordis links:

- De patiënt is ernstig benauwd, heeft het gevoel te stikken
- De patiënt geeft wit, soms licht rood gekleurde, schuimend sputum op
- De patiënt is onrustig en angstig
- De patiënt wil op de rand van het bed zitten of bij een open raam (vraagt om zuurstof)

Verminderde hartspierfunctie

- De belangrijkste oorzaak is het hartinfarct. Als gevolg van een hartinfarct is een gedeelte van de hartspier afgestorven en verlittekend en daardoor is een deel van de pompfunctie verloren gegaan.
- Stofwisselingsziekten o.a. Diabetes Mellitus
- Arteriosclerose van de kransslagaderen
- Myocarditis

Verminderde pomfunctie

- Hartritmestoornissen, bij gebruik van digitalispreparaten letten op de polsfrequentie en reacties van misselijkheid, braken, hoofdpijn en zeer langzame pols i.v.m. evt. digitalisintoxicatie.
- Klepgebreken

Literatuur en aanvullende informatie

Onderwerpen in dit Triagehandboek: Benauwdheid; Rood en / of dik been; Pijn op de borst
En:

- Hoes, A.W. e.a. (2010) M 51 NHG Standaard Hartfalen (tweede herziening). *Huisarts & Wetenschap* 53 (7), p 368-89.
- NHG standaard ulcus cruris venosum (Juni, 2010).
- www.artsennet.nl

23. Pijn op de borst

G. van der Grint, praktijkverpleegkundige

Herzien 2016: W. Koopmanschap, A. van Dijk, M.J. van Dam, praktijkverpleegkundige

Triage

- **ACUUT**

Shockverschijnselen – bleek gelaat, clam, zweten, onrust, neiging tot flauwvallen.
Bedreigde perifere circulatie (koude extremiteiten)
Acute hevige of scheurende pijn, al dan niet uitstralend
Kortademigheid, verwardheid en bewustzijnsdaling

- **DRINGEND**

Pijn verbonden met de ademhaling
Aanhoudende POB klachten in rust en/of na nitroglycerine
Pijn op de borst, versnelde ademhaling, duizeligheid, hartkloppingen
Beklemmende, drukkende pijn op de borst

- **ROUTINE**

Koorts
Stekende pijn, houdingsafhankelijk
POB klachten, die door rust verdwijnen binnen 15 minuten
Hartkloppingen zonder angst en normale controles

Vragen

- Hoe omschrijft de patiënt zelf de pijnklachten? Indien niet mogelijk vraag de verzorging en observeer pijngedrag.
- Waar is de pijn gelokaliseerd? Kan de patiënt het aanwijzen met 1 vinger, is er drukpijn?
- Beklemmend / drukkend gevoel?
- Is de pijn nog aanwezig, zo ja hoelang?
- Heeft de pijn een uitstralend karakter: naar de arm, rug, tussen de schouderbladen of kaken?
- Is de pijn verbonden met de ademhaling?
- Herkent de patiënt de pijn van een eerdere aanval van angina pectoris of hartaanval?
- Is de pijn houdingsafhankelijk?
- Is patiënt kortademig? Haalt de patiënt snel adem?
- Zweet de patiënt? Ziet hij bleek? Voelt hij/zij clam aan?
- Heeft patiënt neiging tot flauwvallen?
- Is er sprake van misselijkheid en/of braken? Bij vrouwen: naar gevoel in de maagstreek?
- Wanneer zijn de klachten ontstaan? In rust of bij inspanning?

- Is er sprake van
 - Stresssituatie of heftige emoties?
 - Toenemende angst?
 - Recent valincident?
 - Relatie met eten en/of drinken?
 - Overgang van warmte naar kou?
 - Vermoeidheid?
- Wat is er bekend over het beleid bij de patiënt?
- Is er een cardiale voorgeschiedenis? Eerdere hartklachten?
- Welke medicatie gebruikt de patiënt? Met name gebruik van gebruik van nitraten, antistolling, acetylsalisylzuur
- Wat zijn de waarden van temperatuur, pols (regelmatig/onregelmatig), bloeddruk, saturatie en frequentie ademhaling?
- Patiënt heeft nitroglycerine gebruikt: wat was het effect van de spray of het tabletje onder de tong?
 - De pijn was weg
 - De pijn zakte af, maar kwam weer terug
 - Had geen effect

Adviezen

- Knellende kleding losmaken.
- Patiënt rechtop of liggend in bed/stoel zetten.
- Bij angst, cliënt niet alleen laten.
- Rust bieden.
- RR meten.
- Indien na 15 min geen verbetering dan nogmaals herhalen indien RR het toelaat. Indien dan nog geen effect, dan altijd arts raadplegen.
- Bij verslechtering van klinisch beeld arts waarschuwen.
- Bij bekendheid met POB klachten volg het (elektronisch) patiëntdossier en geef de zo nodig medicatie.
- Normaal bij nitrospray: eerst RR meten, bij RR < 90 systolisch nitrospray NIET geven.

Altijd zittend/liggend geven ivm gevaar hypotensie. Cliënt of verpleging waarschuwen dat hoofdpijn als bijwerking kan optreden (soort flush). Dit kan angstig aanvoelen. Let op: afspraken in het (elektronisch) patientdossier kunnen hiervan afwijken.

- Bij werkdiagnose angina pectoris: Indien het niet afzakt in rust, nitraat geven (nitrospray of isordil) na meten RR en na overleg arts indien er geen zo nodig medicatie afgesproken is.
- Let op bij vrouwen kunnen de klachten zich anders uitten.
- Bij cognitief en verstandelijk beperkten let op gedragsverandering en de signalen van pijn.
- Bij terugkerende POB klachten een keer ECG maken, voordat Nitrospray is gegeven.
- Rapportage: over de observaties, het verloop, de genomen interventies.

Zie ook

Benauwdheid

Achtergrondinformatie

Het voorkomen van hart- en vaatziekten neemt drastisch toe met de leeftijd.

Het is de belangrijkste doodsoorzaak bij ouderen.

Er zijn vele aandoeningen en ziekten met cardiale verschijnselen, die pijn op de borst veroorzaken. De diagnostiek is moeilijker door vage anamnese, niet duidelijke presentatie van klachten en het hebben van meerdere aandoeningen tegelijk.

Angina Pectoris

Hierbij zijn er pijnklachten op de borst, die worden veroorzaakt door onvoldoende bloedtoevoer (zuurstof tekort) van de hartspier.

Angina Pectoris worden gekenmerkt door 3 symptomen

- Pijnklachten achter het borstbeen, die zich uiten in een beklemmend, drukkend of samensnoerend gevoel. Pijn kan naar de hals, kaak, schouder of arm trekken
- Klachten worden uitgelokt door inspanning, emoties, kou, warmte
- Klachten verdwijnen binnen 15 minuten in rust en/of binnen enkele minuten na het gebruik van sublinguaal toegediende nitraten

Aandachtspunt: het uitblijven van klachten bij inspanning, omdat de patiënt zijn inspanning aanpast of geen inspanning kan leveren.

Myocardinfarct

Hierbij voelt de patiënt een acuut ontstane hevige pijn op de borst, die niet verdwijnt met rust of binnen 5 minuten nadat sublinguaal nitraten zijn toegediend. Gaat vaak gepaard met bleek zien, klam, zweten en uitstraling naar de kaak en/of arm.

Aandachtspunt: het hartinfarct bij ouderen kan zich presenteren zonder de typische pijn op de borst. Soms zien we alleen kortademigheid en/of verwardheid.

Het hartinfarct kan zich ook presenteren als een neurologische stoornis (bewustzijnsdaling) door de daling van de hersencirculatie.

Aneurysma dissecans

Aneurysma dissecans is een bloedophoping in de wand van de aorta t.g.v. een scheur in de binnenwand. Plotseling heftige pijn. Lokalisatie: pijn achter borstbeen en uitstraling van de pijn (naar de rug), pijn in de buik.

Longembolie

Dit is een plotselinge afsluiting van een longarterie door een embolis. Een losgeraakte thrombus is in 90% afkomstig uit een been- of bekkenader.

Kortademigheid, pijn op de borst verbonden met de ademhaling.

Aandachtspunt: trombose komt bij ouderen vaak voor, door o.a. de aanwezigheid van ziekten die trombose bevorderen, zoals kanker en door de verminderde mobiliteit
Pijn met ademhalen kan bij een patiënt met dementie veroorzaakt worden door gekneusde rib(ben) t.g.v. een recent valincident.

Hyperventilatie

Hyperventilatie is een overmatig diepe ademhaling waardoor er een tekort aan koolzuur ontstaat in de longblaasjes en arteriën. Dit gaat gepaard met onaangename verschijnselen zoals: versnelde ademhaling, duizeligheid, beklemming op de borst, hartkloppingen.

Er zijn vele somatische aandoeningen, waarbij hyperventilatie kan voorkomen

- Pulmonale aandoeningen: pneumonie / astma
- Cardiale aandoeningen: Angina pectoris / hartfalen
- Metabole aandoeningen: diabetische acidose
- Neurologisch aandoeningen: cerebrovasculaire insufficiëntie
- Overige: koorts / sepsis / pijn / medicatie

Aandachtspunt: angst en hyperventilatie kan bij ouderen de presentatie zijn van hartinfarct of longembolie.

Pyrosis

Pyrosis of zuurbranden ontstaat door terugvloeien van zure maaginhoud of galhoudend duodenaalvocht in de slokdarm. Pyrosis geeft een scherpe pijn en/of branderig gevoel achter het borstbeen. De pijn staat in relatie met de maaltijd en houding (vooroever buigen / liggen).

Aandachtspunt: kan veroorzaakt worden door medicatie b.v. acetylsalicyzuur

Bij reflux kunnen oesofagusspasmen optreden, deze klachten verminderen ook na nitroglycerine, dus hiermee kun je geen onderscheid maken tussen angina pectoris en pyrosis.

Presentatie van symptomen bij vrouwen

Over het algemeen hebben mannen en vrouwen dezelfde symptomen als pijn op de borst of ongemak bij een hartinfarct, maar bij vrouwen ligt er vaak een ander patroon aan ten grondslag bij het presenteren van deze symptomen. vergeleken met mannen komen de symptomen bij vrouwen eerder door mentale of emotionele stress en minder vaak door lichamelijke inspanning. Er is geen patroon van symptomen dat uniek toegeschreven kan worden aan mannelijke of vrouwelijke patiënten, maar vrouwen rapporteren vaker ongemak in de buik en bijbehorende misselijkheid; straling van de pijn naar de armen, nek en tussen de schouderbladen; kortademigheid en vermoeidheid (Mieres et al, 2014; DeVon et al, 2014).

Pijn bij patiënten met een cognitieve en verstandelijke beperking

Mensen met een cognitieve en verstandelijke beperking kunnen niet altijd antwoord geven op de vragen. Bij hen is het belangrijk symptomen van pijn te signaleren.

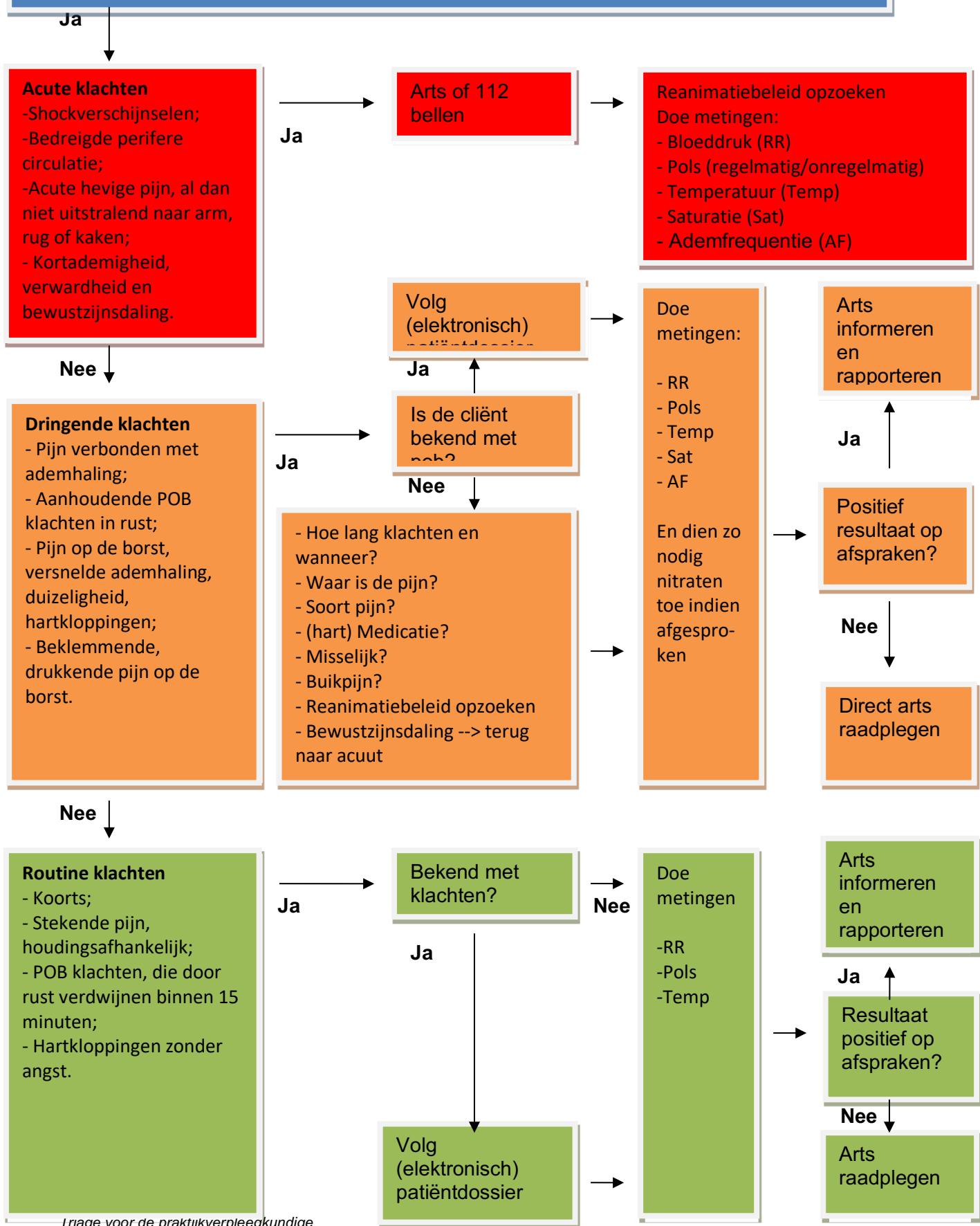
Signaleren van pijn begint vaak met vertrouwen op je eigen "niet-pluis gevoel" en informatie van de verzorging en familie. Signalen die een niet-pluis gevoel kunnen

geven zijn: plotseling of geleidelijke toenemende gedragsverandering; probleemgedrag zoals agressie of zelfverwonding; veranderingen in de mimiek, lichaamshouding of lichaamsbeweging van de patiënt; veranderingen in de vitaliteit (eten, drinken, slapen, initiatief) (V&VN, 2015). Andere signalen die genoemd worden zijn: een gespannen gezicht; ogen (bijna) dichtknijpen; optrekken bovenlip; grimas; angstig kijken; bewegen lichaamsdeel; paniekervig/paniekreactie; geluiden als kreunen en jammeren; onrustgeluiden/verbale uitingen; inhouden adem/stokken ademhaling; bevriezing (Bruns & Kuil-Kreukniet, 2014).

Bronvermelding

- Bruns A., Kuil-Kreukniet E. (2014) Onderzoek naar pijn bij volwassenen met een ZEVMB. 22 september.
[http://www.studiearena.nl/uploads/archief/1407_handouts/1.16%20Pijn%20bij%20mense
n%20met%20een%20verstandelijke%20beperking.pdf](http://www.studiearena.nl/uploads/archief/1407_handouts/1.16%20Pijn%20bij%20mensen%20met%20een%20verstandelijke%20beperking.pdf)
- DeVon H.A., Rosenfeld A., Steffen A.D., Daya M. (2014) Sensitivity, Specificity, and Sex Differences in Symptoms Reported on the 13-Item Acute Coronary Syndrome Checklist. Journal of the American Heart Association. Apr 2;3(2):1-9.
- Mieres J.H., Gulati M., Bairey Merz N., Berman D.S., Gerber T.C., Hayes S.N., Kramer C.M., Min J.K., Newby L.K., Nixon J.V., Srichai M.B., Pellikka P.A., Redberg R.F., Wenger N.K., Shaw L.J. (2014) Role of noninvasive testing in the clinical evaluation of women with suspected ischemic heart disease: a consensus statement from the American Heart Association. Circulation. Jul 22;130(4):350-379.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). (2015) Multidisciplinaire richtlijn: Signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht; v&vn.

Pijn op de borst (POB)



24. Rectaal bloedverlies bij ouderen

A.W. Bruin, praktijkverpleegkundige

Triage

• ACUUT

- Shockverschijnselen (bleek, klam, ↓ RR)
- Grote bloeding zonder shockverschijnselen

• DRINGEND

- Diarree met bloed en koorts
- Aanhoudend helderrood bloedverlies
- Gebruik van bloedverdunners
- Donkerrood bloedverlies of zwarte ontlasting

• ROUTINE

- Klachten t.g.v. hemorroïden

Vragen

- Gebruik van bloedverdunners (ascal/acetylsalicylzuur/coumarinederivaten)
- Hoeveel bloedverlies? Probeer te schatten en omschrijven (zoveel als in een kopje). Zijn er stolsels?
- Wat is de kleur (helderrood, donkerrood, zwart)?
- Ligt het bloed op de ontlasting, ernaast, of is het met de ontlasting vermengd?
- Aanwezigheid van hemorroïden
- RR+pols+tempcontrole
- Shockverschijnselen (bleek, klam, ↓RR)
- Pijn
- Diarree

Adviezen

- Observeren bloedverlies: aanhouden/toename/afname/stoppen
- Bij hemorroïden: lagerend voedsel en veel drinken. Eventueel laxeermiddel/aambeienzalf
- Klinisch beeld blijven observeren en op gebruikelijke manier rapporteren aan de arts
- In overleg met de arts bloedverdunners staken
- Bij flink, aanhoudend bloedverlies en veranderd klinisch beeld: overleg arts. Zo nodig onderzoek door arts (o.a. rectaal toucher, eventueel lab.controle bijv. Hb, INR)

Zie ook

NHG-Telefoonwijzer: buikpijn volwassene/diarree

Achtergrondinformatie

Anatomie

Het colon is ongeveer een meter lang en bestaat uit het coecum, het colon ascendens, het colon transversum, het colon descendens, het sigmoïd en het rectum. Het rectum ligt niet meer in de buikholt en is dus niet omgeven door peritoneum. Bij bloedverlies per anum spreekt men van rectaal bloedverlies.

Verschijnselen

Helderrood bloedverlies, naast of met de ontlasting vermengd. Eventueel ook bloedverlies zonder ontlasting.

Donkerrood bloedverlies of zwarte ontlasting wijst op bloedverlies uit maag/duodenum

(let op eventueel gebruik ijzerpreparaten).

Mogelijke oorzaken

- Hemorroïden (aambeien) Dit zijn vaatkussentjes bedekt met slijmvlies. $\frac{3}{4}$ van de Nederlandse bevolking > 30 jaar heeft in mindere of meerdere mate hemorroïden. Bloedverlies (helder rood) kan optreden tijdens en na de defecatie
- Proctitis. Dit is een ontsteking van het laatste gedeelte van het rectumslijmvlies
- Colitis. Dit is een ontsteking van het colonslijmvlies
- Bloeding in colon of rectum door: perforatie, poliep/tumor, divertikels (uitstulpingen darmwand), vasculaire afwijking (bijv. ischemie van het colon), thermometer laesie
- Massale maagbloeding

25. Rood en/of dik been

D. Bulthuis, praktijkverpleegkundige

Herzien in 2013 door: C.E.Venema-Scheper, A.R. Bauta en M. Heiting,
praktijkverpleegkundigen

Triage

• **ACUUT**

Een been dik of rood en kortademig, overweeg mogelijkheid longembolie

• **DRINGEND**

Een dik of rood been (denk aan: trombose, erysipelas)

Koorts, braken (denk aan: erysipelas)

Ziek gevoel

• **ROUTINE**

Twee dikke benen en kortademig (denk aan: hartfalen)

Vragen

- Is het hele been rood, wat is de locatie?
- Is er sprake van een rode plek of plekken op het been / de benen. Is de plek sterk begrensd?
Is het been warm, glanzend?
- Koorts? Heeft de patiënt een kloppend gevoel of zwaar gevoel in het been?
- Voelt de patiënt zich ziek?
- Heeft de patiënt pijn bij het lopen, bij het zitten, bij het liggen?
- Is er sprake van een wondje op het been? Wat is de kleur van de huid rondom de wond?
- Is het been ook dik of zijn beide benen dik?
- Heeft de patiënt eerder een trombose been gehad?
- Is de patiënt kortademig?
- Medicatie, o.a bloedverdunners en / of diuretica?

Adviezen

- Twee dikke benen zonder roodheid of pijn en zonder dat de patiënt kortademigheid is, wijzen op de diagnose oedeem of stuwing.
- Bij oedeem, leg beide benen hoog, in een hoek van 90 °C en ondersteun de knieën
- Bij twee dikke benen is trombose onwaarschijnlijk
- Oedeem kan worden veroorzaakt door lang zitten, bijvoorbeeld in een bus, auto of vliegtuig.

Zie ook

n.v.t

Achtergrondinformatie

Bij een dik of rood been is het altijd noodzakelijk om te gaan kijken om een diagnose te kunnen stellen.

Trombosebeen

Een stolsel sluit een of meer van de diepe of ondiepe venen in het been af. Oorzaak kan zijn een periode van stil zitten of liggen zoals bij ziekenhuisopname, gips of een aangeboren aanleg voor trombose.

Klachten uiten zich vaak in pijn, zwelling, verkleuring van het been en warmte. De pijn kan stekend of krampend zijn, soms fors, soms gering. Oedeem ontstaat door een afsluiting van een of meer bloedvaten. Het been kan warm en rood worden door een ontsteking. Een van de complicaties is het losschieten van de bloedprop. Deze loopt vast in een longarterie (longembolie). Om de diagnose trombosebeen met zekerheid te stellen is verder onderzoek nodig. Dit kan zijn D-dimeer test of duplex onderzoek. De behandeling begint met heparine, intraveneus of laagmolculairegewichtheperine (LMWH) subcutaan. Ook start met compressietherapie wordt geadviseerd. Als iemand orale anticoagulantia (acenocoumerol) gebruikt, is trombose niet waarschijnlijk.

Kortademigheid

Kan duiden op een longembolie, een stolsel in de longvaten. Vaak ook met pijn vast aan de ademhaling. Risicofactoren zijn operatie, langdurige bedrust, eerdere trombose.

Kortademigheid als beide benen dik zijn, kan duiden op hartfalen.

Tromboflebitis

Een afsluiting van een oppervlakkige vene leidt tot een oppervlakkige aderontsteking. In feite een oppervlakkige trombose. Het gaat gepaard met lokale roodheid, pijn en gezwollen huid. Deader onder de huid voelt niet zacht aan maar als een harde streng. Meestal is het been niet dik. Oppervlakkige Tromboflebitis is gemakkelijk aan te pakken door warmte kompressen te leggen op de plek waar de tromboflebitis zich bevindt. Daarnaast zijn eenvoudige maatregelen zoals rust en omhoog houden van het been, pijnstillers en ontstekingsremmers voldoende. Soms wordt het been gezwachteld.

Erysipelas (wondroos, belroos)

Infectie van huid en onderhuid. Veroorzaker is een bacterie, meestal een streptokok, die in de huid is gedrongen. Erysipelas treedt het meest op aan de benen. Er ontstaat een opgezette, iets verheven, meestal scherp begrenste roodheid. De plek voelt warm en pijnlijk aan. Gaat soms gepaard met koorts, koude rillingen, malaise, een enkele keer met hoofdpijn en braken. De diagnose wordt gesteld op een klinisch beeld. De behandeling is orale antibiotica, aangedane been hoog leggen en rust. Natte kompressen werken verkoelend. Het is belangrijk om de plek waar de bacterie is binnengedrongen op te sporen. Dat kan een wondje zijn, kloofjes in het eelt of huiddefecten door voetschimmel of vochtige voeten. Ook deze plek moet worden behandeld. Om te observeren of de roodheid zich uitbreidt, kan de ontstekingsafgrenzing op het been worden agetekend.

Zweepslag

Acuut ontstaan scheurtje in een kuitspier. Geeft meestal plots heftige pijn in de kuit. In eerste instantie zijn er, behalve lokale drukpijn, geen symptomen. Later ontstaat een zwelling van het been, soms is een bloeduitstorting zichtbaar. Een zweepslag en een trombosebeen zijn soms moeilijk van elkaar te onderscheiden. De behandeling bestaat uit been hoog en koelen. Evt aanleggen van drukverband en tijdens lopen met kruk een hakverhoging. Fysiotherapie kan hierbij helpen.

Oedeem

Als beide benen dik zijn, is meestal sprake van stuwing. Dit is doorgaans onschuldig. Trombose in beide benen is zeldzaam. Dikke benen zonder roodheid, pijn of benauwdheid, doen zich voor door orthostase of lang stilzitten. Behandeladvies; de benen omhoog, starten met ACT en lopen is (meestal) afdoende. Oedeem kan worden veroorzaakt door hartfalen. Bij hartfalen klaagt de patiënt meestal ook over benauwdheid tijdens platliggen, benauwdheid of moeheid bij inspanning.

Decompensatio cordis

Bij decompensatio cordis kun je ook pitting oedeem zien in de benen, oedeem eventueel met roodheid door stasis dermatitis. Eventueel dyspnoe.

Cardiale risicofactoren onderzoek RR, pols, klepfunctie vaatanamnese en beluisteren van hart en longen.

Bronvermelding;

- NHG-standaard Diepe veneuze trombose 2008
- <http://www.fk.cvz.nl/inleidendeteksten/i/inl%20overige%20anticoagulantia.asp#I80.9>
- http://www.kennisnetwerkcvn.nl/sites/default/files/cordiaal_41_0.pdf

26. Rood oog

B.Kuik, N.Bouman, M.Buitenhuis.
2016

Triage

- **ACUUT**

Rood of zeer pijnlijk oog, met misselijkheid en braken
Ernstig oogletsel (stomp trauma of doorboord)
Loog, kalk of zuur in het oog

- **DRINGEND**

Scheef stand oog
Pijn
Visusdaling
Corpus alienum in het oog
Rood en pijnlijk oog
Acuut ontstaan dubbelzien
Lichtflitsen

- **ROUTINE**

Ooglidontsteking (blepharitis)
Oogontsteking (conjunctivitis)
Gesprongen adertje: acuut fel rood oog zonder verdere klachten
Oogontsteking langer dan 3 dagen zonder verbetering
Oogontsteking met hevig pussende afscheiding

Vragen

- Is het oog zelf rood of zijn de oogleden rood?
- Komt er afscheiding uit het oog? Is het oog 's morgens dichtgeplakt?
- Is er sprake van pijn of een branderig gevoel? In één of beide ogen?
- Is het zicht goed?
- Is het mogelijk met een lichtje in het oog te schijnen?
- Wrijft de cliënt in het oog of knijpt hij steeds het oog dicht?
- Is er een vreemd voorwerp in het oog zichtbaar?
- Is er sprake van een klap of stomp op het oog?
- Heeft cliënt een vloeistof in het oog gekregen? Is bekend welke?
- Is er sprake van misselijkheid of braken?
- Hoe lang zijn de klachten er al? Wordt het erger of wisselt het?

- Is er recent contact met personen met een rood oog geweest?
- Heeft cliënt recent een infectie van de bovenste luchtwegen gehad?
- Zijn er eerdere episoden met oogklachten geweest?
- Is cliënt bekend met hooikoorts of andere allergieën?
- Gebruikt cliënt contactlenzen?
- Gebruikt cliënt antistolling?
- Overig medicijn gebruik?

Adviezen

- Gebruik een goede lichtbron, of leeskaartje als hulpmiddel voor beoordeling.
- Maak onderscheid tussen rood [oog](#) of rode [oogleden](#).
- Blefaritis: ooglidrand 2 keer daags reinigen met een niet pluizend gaasje gedrenkt in een glas lauw kraanwater waarin een theelepelje babyshampoo is opgelost. Uitsluitend richting de neus vegen. Indien na drie dagen geen verbetering optreedt arts in consult.
- Conjunctivitis: 2 keer daags oogleden reinigen met schoon water of fysiologisch zout, (indien oogdruppels of –zalf is voorgeschreven dit voor het aanbrengen daarvan doen), met een niet pluizend gaasje en uitsluitend richting de neus. Het onderscheid tussen virale en bacteriële of allergische conjunctivitis is niet altijd makkelijk te maken. Neem daarom altijd hygiënische maatregelen: frequent handen wassen, niet in de ogen wijven en gebruik van schone en aparte handdoeken. Indien na twee weken niet over: consult arts.
Oog afdekken en irritatie en licht vermijden door het dragen van een zonnebril
- Gesprongen adertje: obstipatie uitsluiten, bloeddruk meten, (is er sprake van hypertensie) en bij gebruik antistolling INR bepalen. Client en verzorging melden dat het meestal na een paar dagen weer over is. Wanneer drie dagen na het ontstaan de klachten nog niet zijn verdwenen: consult arts.
- Corpus alienum: niet aan het oog komen, oog afdekken met bijv. een plastic bekertje (wanneer er iets uitsteekt) of afplakken met opgevouwen gaas wanneer cliënt het oog niet open kan houden, en met spoed arts in consult.
- Etsing of verbranding: het oog direct minstens tien minuten grondig spoelen met lauw kraanwater (niet te warm, want heet water etst ook). Indien mogelijk het hoofd in een bak lauw water te stoppen, de oogleden goed uit elkaar trekken en het hoofd heen en weer bewegen
- Bloeding in het oog: niet aan het oog komen, oog afdekken en met spoed arts waarschuwen.

Achtergrondinformatie

De oorzaak van een rood oog kan liggen in zowel het ooglid, als de oogkas of in het oog zelf. Twee rode ogen op hetzelfde moment wijzen bijna nooit op een spoedeisend probleem.

Oog zelf

Conjunctivitis (slijmvlies- of bindvliesontsteking van het oog). Meestal is er sprake van klachten aan beide ogen. De klachten zijn jeuk, branden, het gevoel alsof er wat in het oog zit en pijn. Ook is er vaak sprake van lichtschuwheid, tranen, zwelling van het slijmvlies en afscheiding. Het kan worden veroorzaakt door een bacterie, een virus of allergische reacties. (Hooikoorts, huisstof). Bij een virusinfectie is vaak ook sprake van een loopneus bij verkoudheid of griep. 60 % van de patiënten geneest spontaan. Bij een bacteriële ontsteking is het soms nodig antibioticazalf toe te dienen.

Gesprongen adertje: wordt veroorzaakt door drukverhoging, meestal als gevolg van hoge bloeddruk, hoesten, persen of het gebruik van antistolling. Het ziet er soms alarmerend uit, maar verdwijnt meestal binnen een paar dagen. Wanneer drie dagen na het ontstaan de klachten nog niet zijn verdwenen is een verwijzing naar de oogarts aan te raden om uit te sluiten dat er een onderliggende oorzaak is.

Cornea erosie (hoornvliesbeschadiging als gevolg van een trauma). Het oog is geraakt door een vreemd voorwerp. De verschijnselen zijn, naast roodheid, een tranend oog, lichtschuwheid, knipperende oogleden en het gevoel dat er iets in het oog zit. Een trauma in het oog kan worden ingedeeld in perforerend (doorboord) of niet perforerend letsel. Bij een perforerend letsel is er sprake van een wond door de gehele oogbol heen. Niet perforerende trauma's: *Vuiltje in het oog; *Stomp geweld; *Etsing, verbranding, lasogen; *Vuurwerkletsel
Perforerende: scherp voorwerp, bijvoorbeeld een metaalsplinter.

Episcleritis (ontsteking van het oppervlakkige bindweefsel van het oog). Het oog is voor een deel, meestal aan de buitenkant, rood en heeft weinig of geen verschijnselen als gevoeligheid, tranen en een zandkorrelgevoel. De oorzaak is niet bekend (heel soms hangt het samen met andere ziektes die andere weefsels en organen hebben getroffen). Het gaat binnen enkele dagen tot weken vanzelf over.

Bloeding in het oog: komt meestal voor in de voorste oogkamer en in het glasvocht. Er kan een beschadiging ontstaan van alle inwendige structuren van het oog waardoor er een visusdaling ontstaat.

Ooglid

Blefaritis (ontsteking van de haarsakjes in de wimpers en de talgkliertjes in de ooglidrand). Het veroorzaakt jeukende, branderige, gezwollen ooglidranden.

In niet al te ernstige gevallen kan blepharitis behandeld worden door de ooglidranden tweemaal daags te reinigen met een niet pluizend gaasje gedrenkt in een glas lauw kraanwater waarin een theelepeltje babyshampoo is opgelost. Wanneer de afwijking hier onvoldoende op reageert kan het poetsen van de ooglidranden worden gecombineerd met het (na het poetsen) aanbrengen van een antibioticagel of -zalf.

Blepharitis is vrijwel altijd onschuldig, maar vrijwel altijd ook erg hardnekkig.

Het reinigen van de ooglidranden moet dan ook langdurig worden volgehouden.

Chalazion (een pijnloze zwelling ergens in een ooglid). De oorzaak is een ontsteking van een van de klieren in de ooglidrand. Meestal is de oorzaak onbekend, soms is de afwijking het

gevolg van een ontsteking van de ooglidranden waardoor de afvoergang van een klier verstopt raakt. Meestal verdwijnt de bobbel vanzelf binnen zes weken. Wanneer een chalazion na zes weken niet vanzelf verdwenen is kan het chirurgisch worden verwijderd.

Abces van een klier in het ooglid door een bacterie-infectie. Meestal is blefaritis de oorzaak. Het ooglid wordt rood, dik en vaak heftig pijnlijk. Soms hoopt zich pus op in de zwelling. Wanneer de zwelling vanzelf opengaat zodat de pus eruit kan verdwijnt de pijn en geneest de afwijking in een aantal weken. Wanneer de zwelling niet vanzelf opengaat wordt er onder plaatselijke verdoving een klein sneetje in gegeven zodat de pus weg kan. De pijn neemt daardoor direct af.

Soms is het nodig antibiotica oogdruppels te gebruiken.

Oogkas

Orbita fractuur (gebroken oogkas). Ontstaat als gevolg van een trauma. De verschijnselen zijn pijn bij oogbewegingen, hematoom, zwelling en dubbelzien. Als gevolg van de zwelling en/of het hematoom ontstaat vaak een asymmetrisch gezicht. De behandeling wordt meestal door een multidisciplinair team uitgevoerd: oogarts, kaakchirurg en KNO-arts.

Bronnen

NHG-Standaard : Het rode oog, samenvattingsskaart M57 2006

CME-online (Online nascholingsinstituut voor de gezondheidszorg): Het rode oog-Diagnostiek en behandeling

Website: www.platformouderenzorg.nl: Handboek Triage voor de praktijkverpleegkundige

Website: <http://www.oogartsen.nl> (Trefwoord: rood oog)

Website: Optometristenvereniging Nederland: Handelingsinstructie Het rode oog



Rood = acuut; oranje=dringend; groen= routine

27. Rugpijn

A.M. Ottevanger, W.H. Boenders en R. Elzes, praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **Acuut**
Recent ontstane rugpijn in combinatie met hevige kortademigheid;
Shockverschijnselen — bleek, klam, zweten, neiging tot flauwvallen;
Recent ontstane rugpijn in combinatie met misselijkheid en/of braken-hartinfarct;
Acute hevige buikpijn gepaard met rugpijn (en patiënt is bekend met een aneuryisma).
- **Dringend**
Lage rugpijn en daarbij een tintelend, branderig of doof gevoel in één van de voeten of benen;
Lage rugpijn en daarbij in één been minder kracht;
Pijn die uitstraalt naar het been en tot onder de knie voelbaar is;
Recent ontstane rugpijn in combinatie met koorts;
Kortademig;
Koliekpijn — bewegingsdrang;
Acuut niet meer kunnen plassen.
- **Routine**
Pijn ondanks het opvolgen van de adviezen;
Pijn bij het plassen;
Maligniteit.

Vragen

- Waar zit de pijn? Bij evt. aneuryisma is pijn in de rug en de buik vaak voornamelijk éénzijdig (meestal links).
- Hoe is de pijn ontstaan, bijv. gevallen of verkeerde beweging?
- Wat voor soort pijn is het?
 - constant of in aanvallen
 - uitstraling — waarheen
 - tijdens stil liggen of bij bewegen
- Zijn er andere klachten?
 - bleek, klam, gevoel flauw te vallen
 - misselijk en overgeven
 - kortademig
 - koorts
 - pijn met plassen
 - niet kunnen plassen
 - ergens gevoelloos, tintelingen, krachtverlies
- Bekend met andere ernstige ziekten? — aneuryisma, maligniteit
- Controles; pols/tensie

Adviezen

- Blijf ondanks de pijn in beweging; pijn betekent niet dat er iets beschadigd is.
- Wissel vaak van houding;
- Neem een warme douche (of indien aanwezig ga onder een infraroodlamp); dit kan de pijn verzachten.

- Pijnstillers kunnen helpen. Ze verminderen de pijn, waardoor men zich weer gemakkelijker en soepeler kan bewegen. Gebruik bij voorkeur paracetamol.
- Neem één tot twee dagen (bed)rust als bewegen niet goed mogelijk is. Houd niet te lang rust, dit vertraagt het herstel en verzwakt de spieren. Om de rug te helpen ontspannen, kunt je kussens onder de knieën leggen.
- Fysiotherapie en medicijnen zijn niet nodig; het is niet bewezen dat zij het herstel versnellen.
- Lage rugpijn wordt meestal niet veroorzaakt door iets ernstigs, ook niet als de pijn hevig is.
- Lage rugpijn kan een paar weken aanhouden, maar gaat bijna altijd vanzelf over.
- Lage rugpijn heeft niet altijd een duidelijke oorzaak. Oorzaken kunnen zijn overbelasting van de rug (ook het langdurig aanspannen van de rugspieren is een vorm van overbelasting) of een verkeerde beweging.

Achtergrondinformatie

Aspecifieke lage rugpijn:

Rugpijn waarvoor geen specifieke oorzaak zoals een trauma, tumor, ontsteking of een hernia aanwijsbaar is. Meer dan 90 procent van de rugklachten betreft aspecifieke lage rugpijn. Bij acute aspecifieke lage rugpijn — die korter duurt dan zes weken — boekt het zonder meer afwachten evenveel resultaat als welke behandeling dan ook.

Lage rugpijn wordt ook wel 'spit' genoemd. Het komt veel voor. Sommige mensen krijgen het maar één keer, bij anderen komt het gereeld terug. De pijn zit onder in de rug, in het gebied tussen de onderste ribben en de billen. Vooral bewegen kan flink pijn doen. Van een stoel opstaan of uit bed komen is dan een hele toer. Mensen met lage rugpijn bewegen hun rug zo min mogelijk. Soms kan men de rug niet eens bewegen.

Hartinfarct:

Recent ontstane rugpijn in combinatie met misselijkheid en/of braken. Mogelijk is er sprake van een hartinfarct. Meestal is de pijn ter plekke van de borst gelokaliseerd maar ook steeds heviger wordende rugpijn past bij een hartinfarct.

Aneurysma van de aorta abdominalis (AAA):

Geeft in principe geen klachten. Meestal wordt een aneurysma dan ook bij toeval ontdekt, wanneer om andere redenen een onderzoek plaatsvindt. Zo kan bij lichamelijk onderzoek van de buik boven de navel een kloppende zwelling gevoeld worden. Maar meestal komt een aneurysma aan het licht bij een echografie of röntgenonderzoek van de buik. Een enkele keer veroorzaakt het aneurysma van de aorta abdominalis vage rugklachten en pijn in de buik. Dit kan betekenen dat het aneurysma dreigt te scheuren (dreigende ruptuur).

Een geruptureerd aneurysma veroorzaakt bij veel patiënten typisch plotseling ontstaan van hevige buikpijn gepaard met rugpijn. Sommige patiënten klagen over een doffe pijn in de buik in de uren of soms dagen voor de acute fase, meestal veroorzaakt door een acute groei van het aneurysma dagen voor de ruptuur.

De pijn in de rug en de buik is vaak voornamelijk éénzijdig (meestal links).

De overige symptomen die horen bij een ruptuur van een aneurysma worden voornamelijk veroorzaakt door het acute bloedverlies, met als gevolg een tekort aan circulerend bloedvolume wat leidt tot een shocktoestand. Het acute bloedverlies is de reden waarom snel chirurgisch ingrijpen bij een mogelijk geruptureerd aneurysma absoluut noodzakelijk is. De kans op overleving is direct afhankelijk van de snelheid waarmee de patiënt op de operatietafel ligt.

Hernia nuclei pulposi:

Uitstulping van de tussenwervelschijf, meestal onder in de rug. De hernia kan op een zenuw drukken en deze prikkelen. Een hernia kan rugpijn teweegbrengen die uitstraalt in het onderbeen. Soms is er krachtverlies, een klapvoet, of er zijn gevoelsstoornissen in het aangedane been

Cauda-equinasyndroom:

Cauda equina is Latijn voor 'paardenstaart'. Het cauda equina syndroom (CES) is een vrij zeldzame neurologische aandoening, genoemd naar de bundel van de wortels van alle ruggemergzenuwen onder de eerste lendewervel. Deze zenuwwortels waaieren uit als een paardenstaart. Door bijvoorbeeld een tumor of een hernia in de rug raken deze zenuwen bekneld, waardoor allerlei klachten (uitvalsverschijnselen) kunnen optreden. Bij het cauda equina syndroom is vrijwel altijd sprake van een partiële dwarslaesie.

Wervelmetastase:

een uitzaaiing in de wervels geeft vaak uitgebreide neurologische uitval, meestal in beide benen. Vaak wordt de pijn 's nachts erger. De pijn neemt zelden toe door bewegen.

De leeftijd van de patiënt (ouder dan 50 jaar) en de voorgeschiedenis (maligniteit of geen lagerugklachten) zijn factoren die kunnen doen denken aan een metastase.

Osteoporotische inzakkingsfractuur:

bij vrouwen boven de 60 jaar, bij patiënten met in de anamnese langdurig oraal gebruik van corticosteroïden of bij aanwijzingen voor secundaire osteoporose, is de kans groter dat rugpijn wordt veroorzaakt door een wervelfractuur. De fractuur is meestal op de overgang van borst naar lendenwervels. Osteoporose zelf geeft geen pijnklachten.

Bron:

HAPkrant oktober 2008; NHG-Patiëntenfolder november 2009; NHG-Telefoonwijzer, www.anEURysma.nl

28. Skintear

A. van Es, D. Meijwaard, A. Stam, M. Stokx, Praktijkverpleegkundigen

Herzien 2013 door: A. Kanne, M. Althuis, S. Kerssens, D. Bink, Praktijkverpleegkundigen

Herzien 2015 door: E. Winterink, M. Bel, S. Bos Praktijkverpleegkundigen

TRIAGE

- **ACUUT**

Cliënt dient gezien te worden door praktijkverpleegkundige of arts bij een skintear cat. II/III binnen een half uur

- **DRINGEND**

Cliënt dient gezien te worden door praktijkverpleegkundige of arts bij een skintear cat. II/III binnen een uur

- **ROUTINE**

Er dient te allen tijde met wondbehandeling te worden gestart

Men onderscheidt 3 categorieën:

I Skintear zonder weefselverlies

II Skintear met gedeeltelijk weefselverlies

III Skintear met volledig verlies van de huidflap

Vragen?

1. Is de bloeding te stelpen? Is er sprake van helderrood, sputend bloed?
2. Gebruikt de cliënt bloedverdunners?
3. Locatie en grootte van de wond/ontvelling?
4. Wat is de oorzaak van de verwonding?
5. Kan de wond verontreinigd zijn? (bijtwonden, straatvuil, snijwonden etc)

Categorie I Skintear zonder weefselverlies

1. Spoel de wond met NaCl 0,9% of met lauw stromend kraanwater
2. Breng met behulp van pincet de huidflap op zijn oorspronkelijke plaats
3. Plaats een niet verklevend verband wat een vochtig wondmilieu creëert en laat dit 14 dagen zitten.
4. Plaats een secundair een absorberend verband om wondvocht te absorberen. Dit dient dagelijks verwisseld te worden voor wondcontrole
5. Fixeer met een licht compressieve zwachtel

Categorie II Skintear met gedeeltelijk weefselverlies

1. Wondverzorging zoals bij categorie I skintear. Indien het open wondgedeelte droog is dan een hydrogel op dit gedeelte aanbrengen en afdekken met een siliconen gaas en verband.
2. Fixeer met een licht compressieve zwachtel

Categorie III skintear met volledig verlies huidflap

1. Wondbehandeling aanhouden zoals bij categorie II skintear
2. Bij geïnfecteerde wonden kan er gestart worden met bijvoorbeeld flammazine zalf.
3. Fixeer met een licht compressieve zwachtel

Adviezen:

- Bij al bestaande wonden geen klevende pleisters op de huid plakken
- Steunkousen altijd aantrekken met een daarvoor bestemd hulpmiddel
- Kortgeknipte nagels bij zowel de verpleging als de cliënt
- Verpleging dient geen sieraden te dragen

- Goede tiltechniek
- Cliënt met verhoogd risico, de onderbenen en armen beschermen door middel van lange mouwen/kousen te laten dragen
- Zorg dat de patiënt gebruik maakt van deugdelijk materiaal (rolstoel, rollator, trippelstoel)

Achtergrondinformatie:

De huid is door een trauma afgescheurd van de onderlaag. Dit komt vooral voor bij ouderen met een dunne kwetsbare (atrofische) huid en bij cliënten die veel of langdurig corticosteroïden gebruiken. Een gering trauma, zoals het vastpakken of overtillen van de cliënt (wrijving- en/of schuifkrachten), of het lostrekken van een kleefpleister, kan de huid al beschadigen. Skintears zijn pijnlijk en onesthetisch en variëren in oppervlakte, diepte, locatie en hoeveelheid weefselverlies. Skintears komt voornamelijk voor op de extremiteiten.

Literatuur:

- <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/stxt/SkinTear.htm>
<http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Achtergrond/2010/6/Skin-tears---richtlijn-behandeling-NURS006070W/>
<http://www.urgomedical.nl/Klinisch-onderzoek/Klinisch-onderzoek/Wondgenezingsproducten-met-TLC>, datum 25-08-2013
 WCS jaargang 19.3
 Wit-gele Kruis Vlaanderen, handboek wondzorg tweede herziende druk

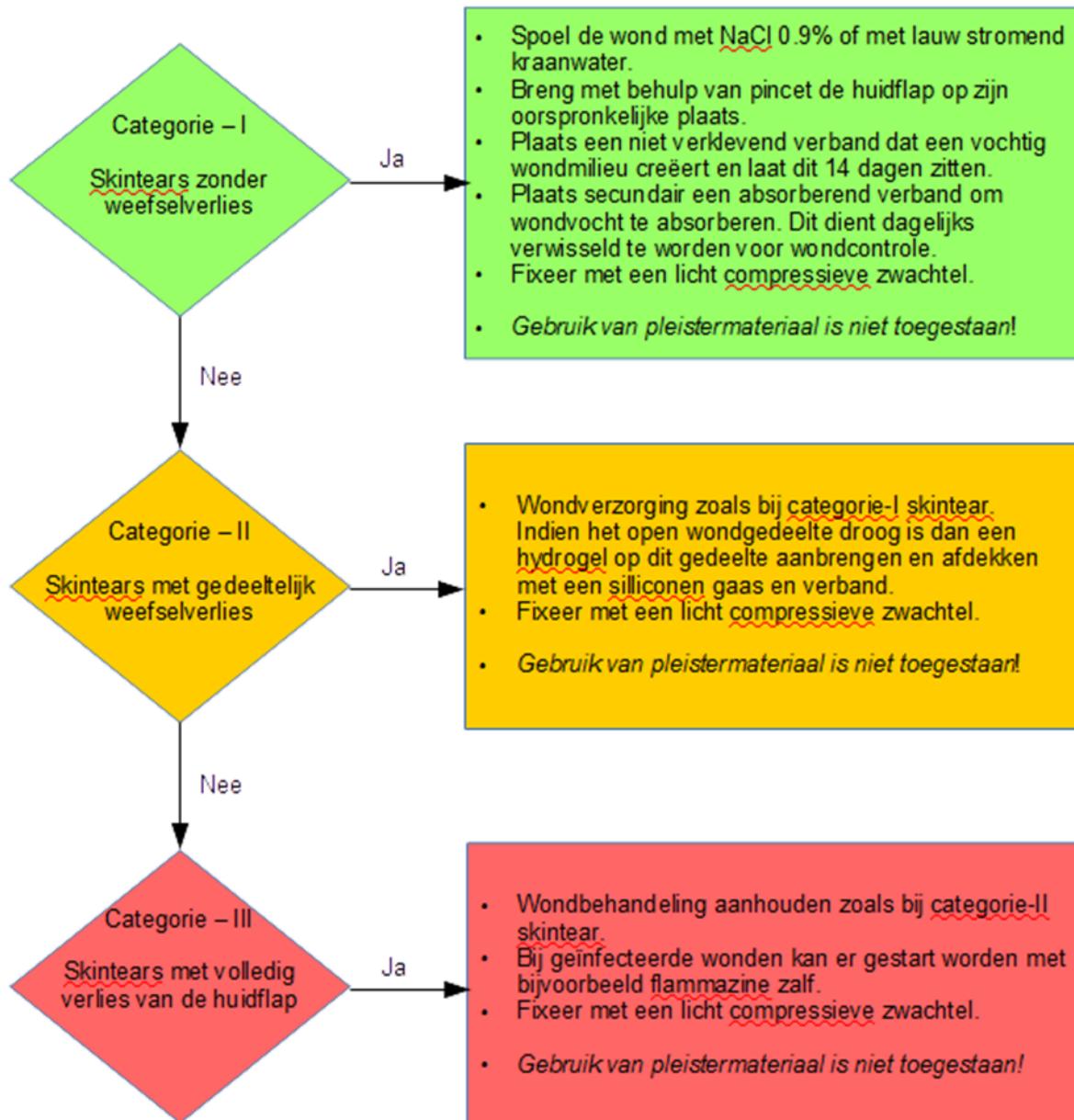
<http://www.molnlycke.nl/Documents/BEL%20-%20DUT/Wound%20Care/VL%20Protocol%20skin%20tears%20november%202013.pdf>
http://www.nursing.nl/PageFiles/3201/001_RBIAdam-image-NURS6070I01.pdf
<http://www.startwondverzorging.nl/Wondverzorging/Huidscheuring/huidscheuring.html>
<https://www.youtube.com/watch?v=8UbDbd0fv9Q&index=1&list=PL-Svaiq4fPTILIFi7sXuc3Fs3adVVvpzl>
 Schim van der Loeff-van Veen R.J. Geriatrie, 2012

Stroomschema

Behandelprotocol Skintears

Skintears of scheurwonden ontstaan door frictie en/of schuifkrachten.

Skintears worden onderverdeeld in 3 categorieën:



Is er na 2 weken behandeling weinig vooruitgang overleg dan met de wondverpleegkundige of SOG.

29. Slapeloosheid

M. Willekes, praktijkverpleegkundige

Triage

- **ACUUT**

- **DRINGEND**

- **ROUTINE**

Vemeende insomnie: klachten over slaap zonder klachten overdag.

Kortdurende slapeloosheid: slaapklachten < 3 weken bestaand, ten minste 2 nachten per week; oorzaak meestal bekend.

Langer durende slapeloosheid: slaapklachten >3 weken bestaand, ten minste 2 nachten per week; vaak meerdere oorzaken; primaire oorzaak meestal op achtergrond geraakt; conditionering speelt altijd mee.

Chronisch slaapmiddelengebruik: >3 maanden, al of niet met slaapmedicatievrije tussenpozen van < 2 weken.

Specifieke slaapstoornis: restless-legs-syndroom (RLS), periodic leg movement disorder (PLMD), slaapapneusyndroom, narcolepsie of het vertraagde-slaapfasesyndroom (DPS).

Vragen

- Duur en frequentie klachten
- Klachten overdag; sufheid
- Slaappatroon
- Ondernomen acties en verwachtingen
- Vraag bij onduidelijkheid over de oorzaak van de slaapproblemen of langer durende slaapklachten (>3 weken) naar:
 - slaapgewoonten
 - opvattingen over de slapeloosheid en omgaan met de klachten (vermijdingsgedrag)
 - psychosociale problematiek
 - psychiatrische verschijnselen, zoals depressieve klachten
 - lichamelijke klachten
 - verstoring van het dag-nachtritme
 - intoxicaties, bijwerkingen van genots- en geneesmiddelen: alcohol, coffeïne, (soft)drugs
 - onrust
- Vraag bij chronisch slaapmiddelengebruik naar:
 - vrees voor onttrekkingsverschijnselen
 - motivatie om te stoppen
- Vraag bij vermoeden specifieke slaapstoornissen (*tevens heteroanamnese*) naar:
 - rusteloze benen
 - trappende bewegingen
 - perioden van ademstilstand tijdens de slaap, snurken, onbegrepen moeheid, gedragsveranderingen, onbedwingbare slaapaanvallen, aanvallen van slap worden en neervallen gedurende enkele seconden tot minuten

- late inslaaptijden (tussen de 2 en 6 uur 's nachts), moeite met opstaan, goed doorslapen

Lichamelijk onderzoek: is niet nodig behalve bij lichamelijke klachten. Let bij rusteloze benen op varices.

Adviezen

- Besteed aandacht aan attitude patiënt ten opzichte van de slaap
- Bij vermeende insomnia is voorlichting voldoende
- Geef informatie over slaapfysiologie:
 - Spreiding in individuele slaapduur is 5-10 uur; inslaaptijd gemiddeld 15 minuten, aantal onderbrekingen slaap 2-3 keer
 - Ouderen slapen oppervlakkiger en korter
 - In loop van nacht wordt slaap ondieper en is kordurend wakker worden normaal

Geef slaapadviezen zoals:

- Vermijd in de uren voor het slapen gaan koffie, alcohol, copieuze maaltijden, forse inspanning; lichamelijke inspanning overdag of vroeg in de avond is wel aan te raden
- Zorg voor een goed bed en een plezierige atmosfeer in de slaapkamer
- Gebruik de slaapkamer alleen om te slapen of te vrijen
- Ga pas naar bed als je slaperig bent
- Sta op als je na een kwartier nog niet slaapt, en ga pas weer naar bed als je slaperig bent
- Sta elke dag op dezelfde tijd op, ook als je denkt maar kort geslapen te hebben
- Doe geen dutjes overdag

Adviseer zo nodig, in overleg met de arts, spierontspanningsoefeningen, cognitieve gedragstherapie of een slaapcursus.

Achtergrondinformatie

Slapeloosheid

Onder slapeloosheid wordt het bestaan van een slaaptekort en/of slecht slapen verstaan, gepaard gaande met functioneringsslachten overdag.

Slapeloosheid is een

24- uursprobleem. Meer slaperigheid overdag betekent een grotere kans op een specifieke slaapstoornis.

Medicamenteuze behandeling

Hypnotica zijn slechts incidenteel nodig: bij acute psychosociale problemen, bij passagère verstoring van het dag-nachtritme, zoals bij een jet lag, en bij chronische somatische aandoeningen met aanhoudende klachten ondanks specifieke behandeling.

Richtlijnen schrijven voor dat het voorschrijven van hypnotica altijd gecombineerd moet worden met het geven van slaapadviezen, dat slaapmedicatie slechts kort voorgescreven dienen te worden waarbij dagelijks gebruik vermeden moet worden. Pas op mogelijke interacties met alcohol of andere psychofarmaca.

Kortwerkende slaapmiddelen hebben de voorkeur: 10 mg temazepam of 5 mg zolpidem.

Langwerkende benzodiazepine worden soms voorgeschreven als sedatie of anxiolyse overdag ook wenselijk is: 2 mg diazepam.

Chronisch gebruik van medicatie

Chronisch gebruik van slaapmedicatie zou voorkomen moeten worden; meeste chronische gebruikers slapen beter of in elk geval niet slechter na staken.

Strategie stoppen + begeleiding:

- Signaleer chronisch gebruik
- Peil motivatie tot stoppen
- Probeer een stopbrief met praktische aanwijzingen (<http://nhg.artsennet.nl>)
- Help dit niet en patiënt is wel gemotiveerd, dan kan de arts gereguleerde dosisreductie proberen. Hierbij wordt het gebruikte middel omgezet in diazepam en wordt de dosis hiervan telkens na 1 week verlaagd.
Ontwenningsschijnselen treden vooral op aan het einde van de reductieperiode.

Bij een psychiatrische aandoening kan chronisch gebruik van benzodiazepinen nodig zijn.

Specifieke slaapstoornissen

- 'Restless legs': voorlichting, bij ernstige klachten verwijzen of eventueel proefbehandeling dopamineagonist of kortdurend clonazepam.
- 'Periodic leg movement disorder': voorlichting, verwijzing bij ernstige klachten.
- Slaapapneusyndroom: verwijzing voor diagnostiek, en behandeling; contra-indicatie voor slaapmiddel.
- Narcolepsie en ernstige vorm vertraagde-slaapfasesyndroom: verwijzing voor diagnostiek en behandeling.

30. Urineretentie

H.J. van IJsseldijk; G.A. Mannet; A.M.J. Hage.

Herzien 2012: E. Schevers; M. Sman; C. Rovers; P. van Amsterdam,
praktijkverpleegkundigen

Vragen

- Op welk tijdstip heeft de cliënt voor het laatst geúrineerd en wat was de hoeveelheid daarvan?
- Heeft de cliënt aandrang tot urineren?
- Hoelang bestaan de klachten van aandrang?
- Is de onderbuik van de cliënt (al langere tijd) opgezwollen?
- Geeft de cliënt pijn aan in de flankstreek?
- Verliest de cliënt regelmatig kleine beetjes of druppels urine?
- Heeft de cliënt koorts?
- Heeft de cliënt obstipatieklachten? Wat is het defecatie patroon?
- Wat is het medicijngebruik?
- Is de cliënt bekend met een neurodegeneratieve aandoening en/of een CVA?
- Zijn er urologische/gynaecologische operaties in anamnese?
- Is er sprake van hematurie?

Urgentie

- **Acuut**

- **Dringend**

Pijn in de onderbuik met hevige, loze aandrang
Hevige onrust die onverklaarbaar is
Opgezette onderbuik en geen urineproductie en flankpijn

- **Routine**

Onwillekeurig urineverlies eventueel met blaaskrampen
Onwillekeurig urineverlies zonder aandrang

Adviezen

- Observeer het urinepatroon
- Meet de urineproductie
- Zorg voor een regelmatige toiletgang (om de 2 uur) en bepaal daarna de blaasretentie met de bladderscan
- Katheteriseer eenmalig bij een blaasresidu kleiner dan 400ml. Laat bij een blaasresidu groter dan 400 ml de katheter zitten (bij 500ml gedurende 30minuten afklemmen)
- Vraag de arts de mogelijke oorzaak vast te stellen
- Stick de urine
- Ga na of er sprake is van obstipatie

Achtergrondinformatie

Wat is urineretentie?

Het onvermogen om de blaas op natuurlijke wijze te ledigen, waardoor urine in de blaas achterblijft.

Na het urineren, mag niet meer dan 100ml in de blaas achterblijven.

Symptomen: pijn in de buik, loze aandrang, bewegingsdrang, gedragsverandering (delier).

Mogelijke oorzaken van urineretentie:

- Afvloedbelemmering door obstructie (obstipatie, maligniteit van de blaas, prostaat of cervix, prostaathypertrofie, blaashalsstenose, of stolsel bij haematurie)
- Neurologische oorzaak (diabetische neuropatie, CVA. Dwarslaesie)
- Medicatie (opiaten, anticholinergica)

Wanneer de druk in de blaas door de urine een bepaalde waarde overschrijdt, zal er oncontroleerbaar urineverlies optreden (het wordt door de hoge druk uit de blaas gesperst).

Algemene maatregelen:

- Bepaal, indien mogelijk, de blaasretentie m.b.v. de bladderscan.
- Zoek naar de (mogelijke) oorzaak.
- Ga na of de oorzaak behandelbaar is.
- Overleg met de cliënt over oplossingen of de uitvoering van maatregelen. Denk hierbij aan zelfredzaamheid, zoals mobiliteit, handfunctie en gezichtsvermogen.
- Adviseer regelmatig toiletbezoek met tussenpozen van 2 tot 3 uur, ook al is er geen aandrang.
- Zorg voor privacy tijdens de toiletgang.
- Zorg dat toilet, postoel, urinaal of ondersteek goed bereikbaar zijn. Let op een goede ondersteuning voor de voeten. Pas eventueel het toilet aan met bijv. een toiletverhoger.
- Bij afwezigheid van bladderscan: katherisatie. Indien residu >200 en <400ml, herhaling binnen 12 uur. Indien residu >400ml verblijfskatheter (na 500ml een half uur afklemmen ter voorkoming van blaaskrampen).
- Bij beschikbaarheid van bladderscan: volg onderstaand schema

> 400 ml	eenmalig katheriseren en in totaal 4x dd blaasecho's maken
300-400 ml	binnen 6 uur blaasecho herhalen en in totaal 3x dd blaasecho maken
200-300 ml	binnen 12 uur blaasecho herhalen en in totaal 2x dd blaasecho maken
100-200 ml	1x dd blaasecho maken en interpreteren of dit klinische betekenis heeft
< 100 ml	na tweemaal achter elkaar vastgesteld: stoppen

Complicaties:

Hydronefrose

Nierinsufficientie

Gebruikte bron

www.oncoline.nl/richtlijn/doc/download.php?id=439

Verenso. Richtlijn Blaaskatheters, langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit. Utrecht: Verenso, 2011

31. Urineweginfectie

M. Baur.

Herzien 2011: M. Burgerhout, E. van den Berg en S. Autar, Praktijkverpleegkundigen

2^e Herziening 2017: W. van Staveren, S. van der Velden, I. van der Knaap,

Praktijkverpleegkundigen

Definitie van urineweginfectie:

Er is sprake van een UWI (urineweginfectie) wanneer er algemene dan wel mictie gerelateerde klachten en/of verschijnselen bestaan, er tevens een bacteriurie is, en er bovendien tekenen van ontsteking zijn.

Triage

- **ACUUT (x)**
Shock (bij urosepsis)
Snelle pols en/of bloeddrukdaling.
Hoge koorts evt. met koude rilling.
Koliekpijn, pijn onder in rug.
Delier, verwardheid, sufheid.
- **DRINGEND (x)**
Algemeen ziek zijn.
Symptomen: koorts, hematurie, gedragsverandering, algehele malaise, pijn in onderbuik of flank.
- **ROUTINE**
Patiënt is niet ziek, heeft symptomen zoals: toegenomen mictie frequentie, branderige mictie in combinatie met nitriet en leuco's positief. (xx)

(x) Overleg bij ACUUT en DRINGEND altijd met arts.

(xx) Een negatieve uitslag hoeft niet te betekenen dat er geen sprake is van een urineweginfectie

Vragen ter verheldering

- Wat is de relevante medische voorgeschiedenis?
- Wat zijn de vitale functies? Pols, Temperatuur, RR (bloeddruk).
- Zijn er klachten: pijn in de onderbuik, algehele malaise, toegenomen mictie frequentie, branderige mictie, misselijkheid, onrust, verwardheid, gedragsverandering /sufheid, hematurie?
- Is de urine gestript, wat is de uitslag van het urine strippe?
- Is er sprake van urineretentie?
- Is incontinentie ontstaan of toegenomen?
- Is er sprake van loze aandrang?
- Eerdere UWI gehad?
- Wat voor medicatie slikt de bewoner? Let op hematurie en antistolling.
- Wat is het behandelbeleid?
- Is er sprake van allergie, met name voor antibiotica?
- Heeft de persoon een blaaskatheter dan wel suprapubische katheter, zo ja is deze recentelijk gewisseld?
- Wat is de nierfunctie?

Adviezen ter voorkoming of verergering van klachten

- Veel drinken, streven naar minimaal 1.5 liter per dag, vochtlijst starten.
- Volledige blaaslediging: Geef iemand rustig de tijd om uit te plassen, help iemand tot een goede plashouding te komen.
- regelmatige toiletgang stimuleren, 5 tot 6 maal per dag.
- Bij vrouwen een veegadvies van voor naar achter.
- Indien diabetes patiënt, bloedsuiker binnen normaal waarden proberen te houden.
- Bij vermoeden van retentie blaas bladderen volgens protocol en overleg met arts over verder te volgen beleid.
- Als iemand een katheter heeft is er altijd sprake van bacteriurie. Van belang is dat er hygiënisch gewerkt wordt bij verwisselen katheter en katherizer.
- Als er gestart wordt met AB (antibiotica) en iemand heeft een katheter, dan dient de katheter tussen de 24 en 48 uur verwisseld te worden. Antibiotica kan niet door de biofilm op de katheter heen dringen.
- Mocht er gestart worden met antibiotica let dan op eventueel antistolling gebruik, dit dient doorgegeven te worden aan de trombosedienst bij acenocoumarol of fenprocoumon gebruik.

Achtergrond informatie

- Uitgangspunt is het welbevinden van de patiënt. Urine hoeft alleen gestript te worden als er klachten zijn en symptomen van urineweg infectie. Dit omdat de AB kuur mogelijk meer klachten geeft door de bijwerkingen (bijvoorbeeld diarree) en vanwege het ontstaan van resistentie.
- Bij ouderen en mensen met een verstandelijke beperking presenteren klachten zich vaak atypisch. Veel gezien worden: verwardheid, vermoeidheid, buikpijn, sufheid, achteruitgang van mobiliteit, verminderde eetlust en gedragsverandering. Het is soms niet mogelijk om de pijnklachten en het ziek zijn kenbaar te maken. Het kan zijn dat de omgeving dan alleen een gedragsverandering of het delirante beeld opmerkt. Bij mensen met een verstandelijke beperking wordt er dan vaak pas een nitrietttest gedaan.
- Zonder dat er sprake is van koorts en pijn bij urineren kan een oudere binnen enkele uren een delier krijgen. Dit verergert naarmate het langer duurt voordat de infectie wordt herkend.
- Als maximaal 48 uur na het starten van een kuur de klachten verergeren of niet verminderen, kan het zijn dat de kuur niet aanslaat.
- Check bij het gaan starten van een kuur de medische voorgeschiedenis en de gebruikte AB in het (recente) verleden. Er kan overgevoeligheid zijn of al duidelijkheid over het wel of niet aanslaan van een bepaalde kuur.
- Is er sprake van een UWI bij diabetes mellitus dan is er kans dat er verstoorde bloedsuikers ontstaan.
- Urinekweek wordt gedaan wanneer eerdere behandeling van een UWI 2 maal heeft gefaald.
- Controle d.m.v. urine strippe, na een AB kuur, is niet standaard. Alleen op indicatie als de klachten nog aanwezig zijn.
- Bloed in de urine of langs een blaaskatheter kan veroorzaakt worden door gruis in de urine of aanslag aan de blaaskatheter, waardoor weefselbeschadiging aan de blaas kan ontstaan. Dit hoeft dus niet te duiden op een urineweginfectie.
- Streven is minimaal 1,5 liter intake op een dag. Is er een verminderde intake en

daardoor een verminderde urine productie dan is er een verhoogde kans op urineweg infectie. Urine is geconcentreerd: is specifiek sterk ruikend, ziet donker. Check vocht/ voeding.

- Bij klachten van onrust en verwardheid kan er sprake van een blaasretentie zijn. Controle van het blaasresidu na het urineren is nodig.
- Met arts overleggen over start cranberry 2x daags. Licht ook dan de trombosedienst in i.v.m. mogelijke interacties.
- Lokale vaginale toediening van oestrogenen kan de kans op een urineweginfectie verkleinen.

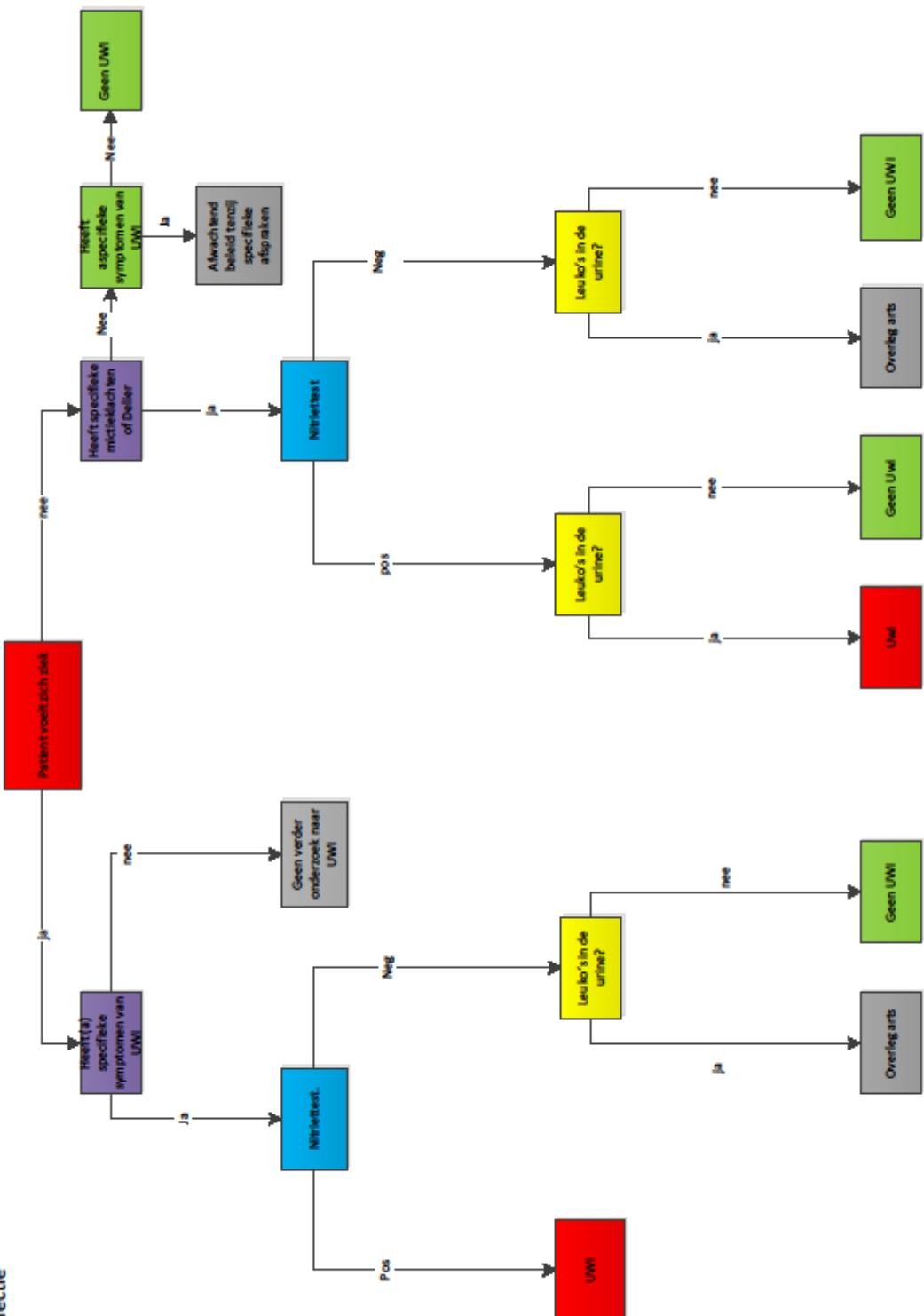
Complicaties

- UWI kan voor kwetsbare cliënten secundaire gevolgen hebben, bedlegerigheid en lichamelijke achteruitgang.
- Nierbekkenontsteking en prostaatontsteking zijn de belangrijkste oorzaken van urosepsis bij ouderen. Sepsis kan veroorzaakt worden door gramnegatieve bacteriën, zoals E-coli en pseudomonas, heeft een hoog sterfte percentage.
- Urosepsis gaat gepaard met hoge koorts en een snelle pols, bij psycho-geriatrische ouderen kan verwardheid het enige symptoom zijn.
- De nierfunctie is medebepalend voor de soort kuur die gegeven wordt, de duur van de kuur en de dosering.

Literatuur en aanvullende informatie ten aanzien van urineweginfecties

- NHG standaard Urineweginfecties 2013, richtlijn te vinden op:
www.NHG.org/standaarden/samenvatting/urineweginfecties
<https://www.nhg.org/standaarden/volleid/nhg-standaard-urineweginfecties>
- Richtlijn urineweginfecties, Verenso NVVA, 2006
<http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/Richtlijn-UWI-06.def.pdf>
- Kennisbank urineweginfecties
<http://www.platformouderenzorg.nl/kennisdt.php?ide=519>
- Zoeken naar somatische verklaringen voor probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking
<http://www.cce.nl/somatiek/model-voor-analyse-van-probleemgedrag/analyse-van-factoren-die-verband-kunnen-houden-met-probleemgedrag/medische-factoren/somatische-aandoening/ziekten-van-urogenitale-stelsel/urineweginfectie?fromSearchType=abc>
- De atypische urineweginfectie, pag. 85 en 86
<http://hvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/TAVG/26-03-2008-tavg.pdf#page=12>
- Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen, richtlijn van Nederlandse Vereniging voor urologie, 2009
<http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/NVU/urineweginfecties%20bij%20adolescenten%20en%20volwassenen.pdf>
- Schim van der Loeff- van Veen R.J., Geriatrie, Bohn Stafleu van Loghum, 2012; p. 146-147
- Hermsen, P., Mensen met een verstandelijke beperking, Deventer, Van Tricht, 2016; p. 103-104
- Reedijk, H., Blaaskatheters in het verpleeghuis, een praktische handleiding

**Stroomdiagram
Urineweginfectie**



32. Vallen

H. Doorn en H. Kloeze.

Herzien 2012 door A. v Es, D. Meijwaard, A. Stam en M. Stokx, praktijkverpleegkundigen

Vragen:

- Om welke cliënt gaat het? Wat is het beleid?
- Is de cliënt bij bewustzijn en aanspreekbaar?
- Heeft de cliënt een ademhaling of is de ademhaling afwijkend/veranderd?
- Controles bloeddruk en pols?
- Geeft de cliënt pijn aan? Zo ja, waar?
- Wat is de belangrijkste medicatie, gebruikt de cliënt antistolling?
- Welke letsel/symptomen vertoont de cliënt?
- Kan de cliënt zicht nog goed bewegen?

Triage

- **Acuut**

- Hevig bloeden.
- Dalende tensie en stijgende pols (shock).
- Afwijkende polsfrequentie
- Zichtbare breuk.
- Afwijkende houding van ledematen.
- Bewusteloosheid / niet aanspreekbaar zijn
- Misselijkheid en braken.

- **Dringend**

- Bewustzijnsverlies gehad/geweest.
- Duidelijke veranderingen in lichamelijk en geestelijk functioneren na valpartij.
- Zwelling, erge pijn/ verwondheid, sufheid, geheugenverlies, concentratiestoornis.
- Grote wonden, vooral ook hoofdwonden.
- Cliënt is niet in staat eigen letsel in te schatten (bijvoorbeeld door dementie) of geneigd dit te ontkennen.
- Gebruik van antistolling, vooral die soorten die door de trombosedienst gecontroleerd worden.
- Koorts, epileptische aanval en benauwdheid.

- **Routine**

- Cliënt loopt al weer, of zit al weer op, zonder duidelijke klachten, duidelijk letsel of andere bijzonderheden.
- Cliënt/verzorgende kan zijn situatie goed beoordelen en zegt dat er geen bijzonderheden zijn.
- Herbeoordeling verdenking fractuur

Vervolg anamnese:

- Wat is er gebeurd?
- Wanneer is het gebeurd?
- Waar is de cliënt gevallen en waar is de cliënt nu?
- Hoe is het gebeurd?
- Hoe was de mobiliteit voor de val?
- Wat is de medische voorgeschiedenis en wat is de co-morbiditeit? Diabetes?
- Is er spraken van alcohol gebruik?

Adviezen

- Bij een acute of dringende situatie de medewerker telefonisch instrueren om eerste hulp te verlenen.
- Controle van vitale functies
- Een cliënt met **bewustzijnsverlies of bewustzijnsdaling** wordt in principe in stabiele zijligging gelegd. Let erop dat de ademhalingsweg vrij is.
- Laat de medewerker wachten **bij** de cliënt totdat de praktijkverpleegkundige/arts er is.
- Als de situatie stabiel is controles doen: meet bloeddruk en polsslag 3 keer daags en bepaal 1 keer de bloedsuikerwaarde.
- Als de cliënt op zijn/haar hoofd is gevallen, geef een **wekadvies**: zie bijlage Hoofdletsel
- Ook **wekadvies** geven als er geen zekerheid is dat de cliënt op zijn hoofd is gevallen.
- Bij een ontvelling van de huid (zie Skin tear)
- Bij een wond n.a.v. een val (zie Wond)

Achtergrondinformatie

Een valincident is elke gebeurtenis waarbij:

1. Een cliënt zichtbaar voor personeel, familie, medebewoner etc. is gevallen
2. Een cliënt door bovenstaande personen op de grond is aangetroffen
3. Een cliënt zelf aangeeft gevallen te zijn

Indien duidelijk is dat een cliënt op de grond is gaan zitten wordt dit niet beschouwd als een valincident. Het wordt wel vermeld in de rapportage.

- Definitie letsel: verwondingen al dan niet zichtbaar en pijnklachten.
- De houding waarin de cliënt ligt geeft vaak waardevolle informatie over wat er is gebeurd en waar letsel te verwachten is. Ook wanneer er geen letsel lijkt te zijn, noteren op welke heup de cliënt lag, of het hoofd tegen de muur lag, etc.
- Positie van de ledematen: indien er sprake is van een afwijkende stand van één der ledematen is een botbreuk waarschijnlijk.
- Handel, als er twijfel is of de situatie dringend of routine is, als bij een dringende situatie.
- De cliënt wordt nooit alleen gelaten tijdens en direct na een valaccident.
- Alle valincidenten moeten gemeld worden aan de arts. Dit mag bij routine eerstvolgende werkdag zijn.
- Alertheid op een schedelbasisfractuur die kan ontstaan na een harde val op het hoofd.
- Vul het eventuele aanwezige Valprotocol in.
- Kenmerkend voor een voorste schedelbasisfractuur zijn bloeduitstortingen rond de ogen, bloed en hersenvocht uit de neus en uitval van hersenzenuwen die de reuk en het zicht verzorgen.

Zie indien nodig ook:

In ‘Handboek voor Triage praktijkverpleegkundigen’. Inholland Academy 2012

Afwijsende bloedsuikerwaarden

Bewustzijnsdaling/ verlies

Verdenking heupfractuur

Vermoeden complicaties gebruik sedativa bij ouderen

Insult

Duizeligheid

Verdenking schedelletsel

Skin tear

Wond

Bron vermelding:

- [Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie. Derde herziening \(2011\), CBO](#)
- Probleem georiënteerd denken in de geriatrie Olde Rikkert MGM et al, De Tijdstroom 2008, Utrecht

33. Veranderd gedrag

B. Fokkens, praktijkverpleegkundige

Triage

- **ACUUT**
 - Gewelddadig of bedreigend gedrag
 - Suïcidaal gedrag/suïcidegedachten
 - Ademnood, bewustzijndaling of shock
 - Overdosis drugs of medicatie
- **DRINGEND**
 - Plotselinge verwardheid, afwijkend gedrag, vreemd voor deze patiënt
 - Plotseling optreden van onrustig (b.v. plukken) of juist heel stil gedrag
 - Toenemende onrust waarbij zich problemen voordoen
 - Delier
 - Opeens optreden van hallucinaties of wanen (b.v. achterdocht)
 - Vergeetachtigheid die voorheen niet bestond
- **ROUTINE**
 - Toenemende onrust zonder dat zich hierbij problemen voordoen voor patiënt, de nodige zorg of in de relatie met anderen.

Vragen

- Waar bevindt de patiënt zich?
- Is er sprake van dreigend gedrag of gewelddadigheid? Waaruit blijkt dit?
- Kortademig, bewusteloos, of bleek en clam, ademfrequentie, polsslag, tensie?
- Onrust of angst?
- Incoherent (onsamenhangend, verward, van de hak op de tak springend)?
- Is er sprake van hallucinaties of waangedachten (waarnemingen of gedachten die niet berusten op de realiteit en niet corrigerbaar)?
- Plotseling optredend geheugenverlies?
- Plotseling desoriëntatie, weglopen of dwalen?
- Is er sprake van gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen?
- Is er sprake van suïcidegedachten, suïcidaal gedrag?
- Hoe lang duren deze klachten al en hoe is het verloop?
- Is er een oorzaak te vinden (ingrijpende gebeurtenis zoals overplaatsing, overlijden, is er sprake van een trauma)?
- Is het eerder voorgevallen? Wat was toen de diagnose?
- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Koorts of infectie, wat is de temperatuur
- Aanwijzing voor lichamelijk lijden (eventueel urineonderzoek 'strippen')
- Bij aanwijzing voor lichamelijk lijden? Pijnklachten?
- Zweten, beven, bekend met diabetes mellitus/bloedsuiker?
- Zijn er neurologische veranderingen (b.v. uitvalsverschijnselen) opgemerkt?
- Worden er medicijnen gebruikt? Is de medicijntoediening juist geweest?
- Zijn er drugs of alcohol gebruikt?
- Is er eerder gebruik gemaakt van dwangmiddelen (is er een middelen en maatregel afspraak)?
- Wat zijn de huidige gezondheidsproblemen?
- Zijn er onlangs wijzigingen in het beleid toegepast/medicatiwijziging?
- Hoe is de voedingstoestand, vochtinname?
- Hoe verloopt de defaecatie, hoe is de urineproductie?
- Kan en wil de patiënt meewerken?

- Wat heeft met tot nu toe geprobeerd?

Adviezen

- Denk aan eigen veiligheid
- Blijf bij de patiënt
- Probeer de patiënt te kalmeren, maak oogcontact, naam noemen, gedrag benoemen,
- Haal directe gevaren uit omgeving(glas, bestek etc.)
- Creëer een prikkelarme omgeving
- Breng zo nodig omstanders in veiligheid
- Zorg dat er voldoende mensen aanwezig zijn om de patiënt en/of anderen te beschermen.

Zie ook

Delier

Achtergrondinformatie

Met vreemd of verward gedrag wordt bedoeld: gedrag afwijkend van iemands normaal gedrag. De term dekt een scala aan toestanden die het gevolg kunnen zijn van een delier, beginnende dementie, psychose en schizofrenie, intoxicaties van drugs, medicatie of alcohol, ontregeling diabetes of een hersenaandoening.

33. Verdenking heupfractuur

H. van den Akker, E. de Jong, I. Rauwerda . Praktijkverpleegkundigen
2015 hierzien: I. Punter, M. Bolmer en M. van Schaik.

Triage

- **ACUUT**
 - Indien trauma veroorzaakt is door een ander onderliggend lijden hetgeen acute behandeling behoeft (bv. niet corrigeerbare hypoglycaemie of indien de patiënt ernstig bloedt of buiten bewustzijn is)
 - Standsverandering in het midden van het bovenbeen en/of indien het bovenbeen dik en extreem pijnlijk is (risico van ernstige inwendige bloeding in het bovenbeen).
 - Bij dalende tensie en stijgende pols (shock)
- **DRINGEND**
 - Spontane pijn in de lies
 - Drukpijn in de lies
 - Het been is of lijkt korter
 - Been staat naar buiten gedraaid (exorotatie)
 - Bewegen van het been is onmogelijk
 - Patiënt kan niet op het been staan
- **ROUTINE**
 - Pijn bij bewegen maar bewegen is wel mogelijk
 - Cliënt staat wel op het been
 - Lopen gaat moeizaam

Vragen

- Wat is de oorzaak van het trauma? wat is er precies gebeurd?
- Zijn er neurologische uitvalsverschijnselen?
- Waar zit de pijn precies? Heeft de cliënt ook elders pijn?
- Is het been verkort en in exorotatie (“naar buiten gedraaid”)?
- Kan de cliënt het been bewegen?
- Is de cliënt bij bewustzijn en aanspreekbaar?
- Wat is de medicatie, gebruikt de cliënt antistolling?
- Is er bekend wat er gebeurde voor de val?
- Durft/kan de cliënt gaan staan en/of zitten?
- Is er nog ander letsel?
- Controle van pols en bloeddruk
- Hoe was de mobiliteit voor het trauma?
- Heeft de cliënt eerder een heup of iets anders (pols, wervel) gebroken?

Adviezen

- Wat zijn de beleidsafspraken met betrekking tot wel/niet opereren?
- Bij verdenking van collum fractuur ALTIJD direct overleg arts.
- Oppassen met onderkoeling.
- Bij veel pijn in overleg met arts pijnmedicatie geven.
- Bij veel pijn en niet kunnen/willen staan: ondersteunen hoofd en been.
- Het been aan de aangedane zijde ondersteunen met opgerolde deken.
- Eventueel knellende kleding losmaken.
- Bij bewegen been en willen gaan staan: observatie loop- en pijnklachten.
- Bij verslechting van lopen en toename pijnklachten opnieuw contact opnemen.

Websites:

- <http://www.hierhebikpijn.nl/aandoening/22/heupfractuur>
- <http://www.merckmanual.nl/mmhenl/sec05/ch062/ch062d.html>
- <http://www.platformouderenzorg.nl/kennisbank/ziektebeelden/status-na-heupfractuur>

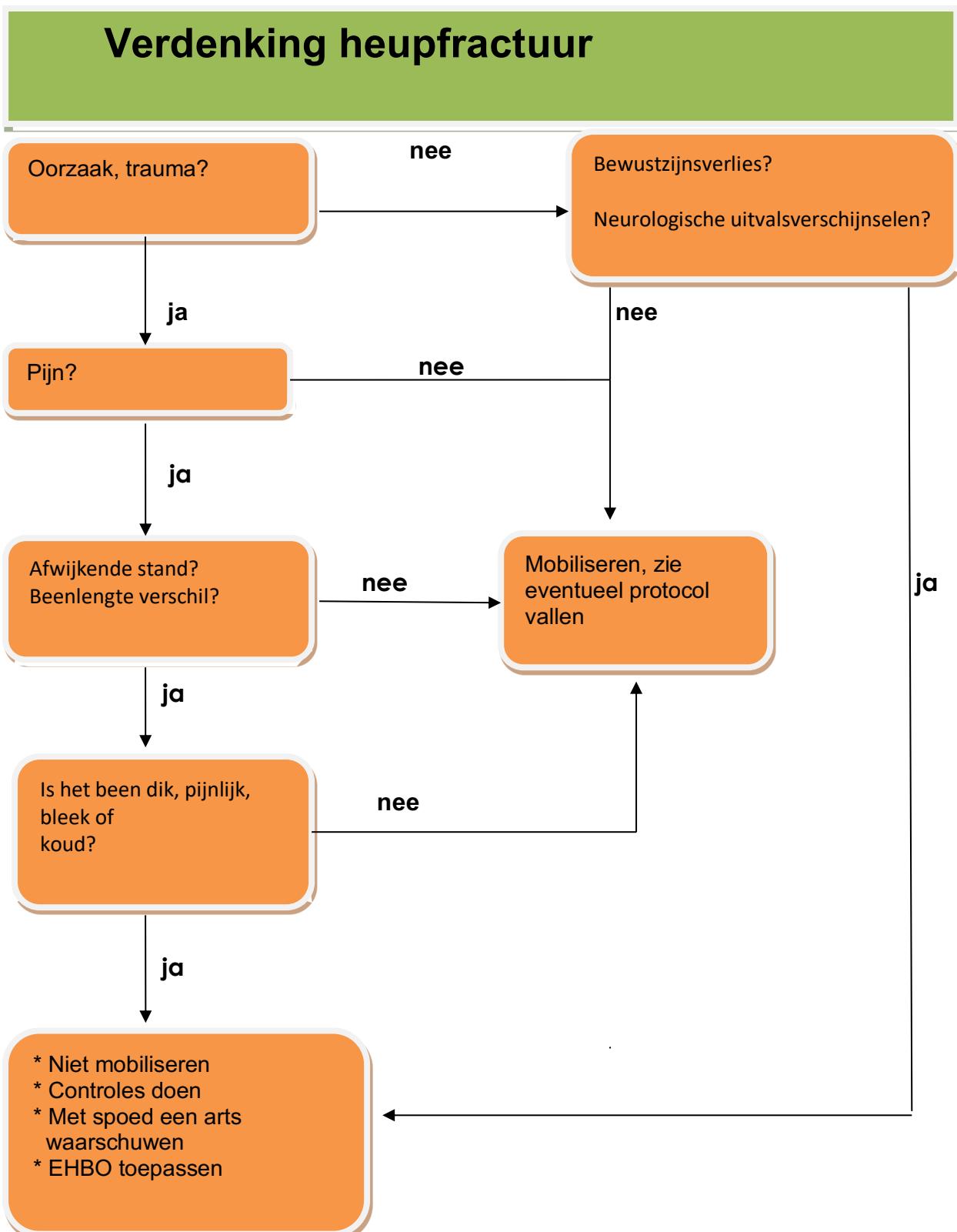
Literatuur:

- Multidisciplinair zorgpad voor oudere patienten met een heupfractuur (onderzoek)
<http://www.zgt.nl/site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=96e070fd-e66a-4616-a7a3-c9e86398bab7>
- Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen
http://www.nursing.nl/PageFiles/3728/001_RBIAdam-image-NURS7408I01.pdf

Richtlijnen / standaarden

- NHG standaard Fractuurpreventie
http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard_M69_std.htm
- Kennisplein met veel info over valpreventie:
<http://www.zorgvoorbeter.nl/Zvb/Vindplaats-Valpreventie/Valpreventie-Praktijk/Valpreventie-Praktijk-Wat-is-het.html>

Stroomschema



34. Verminderde vocht inname/dehydratie

M. Schoonbroodt en K. Janssen, Praktijkverpleegkundigen

Herzien 2013: S. de Roo, J v/d Veen, J v/d Kooi- Heemskerk. Praktijkverpleegkundigen.

Triage

- **ACUUT**

Geen/nauwelijks vochtintake, zeker in combinatie met:

- Braken
- diarree
- koorts
- diabetes mellitus
- (sterk) verminderde urineproductie bij kwetsbare ouderen klachten over dorst.
- motorische onrust
- hoge omgevingstemperatuur
- diabetes insipidus
- diureticagebruik

Bewustzijnsverlies

Verwardheid

Shockverschijnselen (lage bloeddruk, snelle pols, bleek, transpireren)

- **ROUTINE**

Verwardheid, Obstipatie, onbegrepen koorts, duizeligheid

Vragen

- Verward?
- Verminderd bewustzijn?
- Vermoeid? Gevoel van uitputting?
- Spierslapte? Spiertrekkingen? Spierkrampen?
- Misselijk/braken/diarree? Veelvuldig zweten?
- Vochtverlies via de huid, brandwonden, decubitus, uitgebreide wonden?
- Recent veel bloed verloren?
- Obstipatie?
- Is de vochtintake bijgehouden?
 - zo ja, hoeveel heeft cliënt gedronken laatste tijd? Dorstklachten?
 - zo nee, hoe schat je de vochtinname in?
- Is de urineproductie gemonitord, zo nee hoe schat je deze in? Is de urine geconcentreerd?
- Is er sprake van hoge omgevingstemperatuur? Zomer/hitte/verwarming?
- Last van droge tong of lengtegroeven in de tong?
- Droge mondslijmvliezen waardoor cliënt zich verslikt?
- Passageklachten van slokdarm of maag?
- Spraakproblemen?
- Ingezonken ogen?
- Is er sprake van een afgenoem huidturgor?
- Controle van bloeddruk (verlaagd), pols (verhoogd), lichaamstemperatuur en versnelde ademhaling.
- Recent snel gewichtsverlies?
- Wat is de medische voorgeschiedenis en comorbiditeit, m.n. hart-/vaatziekten, diabetes mellitus, diabetes insipidus
- Welke medicatie? Polyfarmacie (specifieke aandacht voor gebruik van diuretica, laxantia, anticholinergica en psychofarmaca (bv. antidepressiva), Lithium.
- Vocht –zoutbeperking? Hoge eiwitinname?
- Is er recent (laatste maand) bloed geprikt? Was daarbij creatinine of ureum verhoogd?

Natrium verhoogd of verlaagd? Wat is nierfunctie/creatinineklaring?

- Wat is het afgesproken behandelbeleid?

Adviezen

Acuut

- Bij verdenking van een snel ontstane (dwz binnen een dag tot paar dagen) dient op korte termijn door de arts een nader onderzoek verricht te worden en op indicatie aanvullend bloedonderzoek verricht te worden
- In het algemeen geldt dat een ernstige hypertone en hypotone dehydratie (bij ernstig water, respectievelijk zouttekort) met bewustzijnsverlies vaak aanleiding is voor een ziekenhuisopname. Dit geldt ook voor erg hoge of erg lage waarden van het serum natrium zonder dat de verstoring van de waterbalans evident is (bijv. boven de 155 mmol/l of lager dan 125 mmol/l).
- Indien ziekenhuisopname ongewenst of niet mogelijk is kan geprobeerd worden door intensieve zorg een voldoende orale intake te bereiken. Als dit niet lukt, kan tijdelijk een neus-maagsonde geplaatst worden. Alternatief is toedienen van vocht via hypodermoclyse. Hierbij kan maximaal 2 liter vocht per 24 uur toegediend worden, via subcutane infusie in bv. bovenbeen (zie intern protocol). Hierdoor kan een ziekenhuis opname vaak voorkomen worden.
- In het algemeen geldt dat de compensatie van het vocht- (en/of zout-)tekort geleidelijk -dwz in een aantal dagen- dient plaats te vinden. Te snelle rehydratie kan leiden tot ernstige metabole stoornissen en, zeker bij oudere cliënten, tot acuut hartfalen.

Palliatief

- In alle gevallen waarin de verstoring van de water- en zoutbalans zich afspeelt in de laatste levensfase moet in zorgvuldig overleg met cliënt, diens familie/relatie en met de bij zorg en behandeling betrokken disciplines worden afgesproken wat het gewenste beleid is. Dus rekening houdend met comfort, waardigheid en autonomie van de cliënt.
- Onthouden van vocht stuit vaak op weerstand van familie en personeel.
- Dehydratie is niet pijnlijk en terminaal zieke cliënten met dehydratie hebben vaak meer comfort dan optimaal gehydrateerde cliënten.
- Adequate mondverzorging en met name het bevochtigen of appliceren van mondgel zijn vaak afdoende.

Routine

- Herhaaldelijk controleren van het gewicht en de vitale lichaamsfuncties (bloeddruk, pols, ademhaling, temperatuur, urineproductie).
- Vochtbalans aanleggen dwz meten van vochtinname en urineproductie
- Labcontrole van het creatinine, ureum, natrium en nierfunctie
- Mogelijke toedieningswegen voor rehydratie zijn: oraal, enteraal, subcutaan en intraveneus.
- Achterliggende oorzaak van dehydratie opsporen en behandelen door arts
- Waar mogelijk is orale vochtrepletie aan te raden, zeker als er tijd genoeg is om het aanwezige zouttekort geleidelijk te herstellen en de klinische symptomen niet echt alarmerend zijn.

Zie ook

Afwijkende bloedsuikerwaarden, braken, diarree, obstipatie, koorts, delier

Achtergrond informatie

Dehydratie

Dehydratie is de meest voorkomende indicatie om ouderen vanuit het verpleeghuis in een ziekenhuis te laten opnemen maar die ook gepaard gaat met een hoge mortaliteit, indien niet adequaat behandeld.

De klinische diagnose van dehydratie bij ouderen is moeilijker te stellen.

Snel verlopend gewichtsverlies, een afgenoem huidturgor, een afgenoem diurese, en droge slijmvliezen zijn indicatief maar niet specifiek voor dehydratie bij ouderen.

Een droge tong en aanwezige lengtegroeven in de tong zijn redelijk gevoelige tekenen voor dehydratie, maar ook hun absolute diagnostische waarde blijft matig.

De vochtinname

Bij kwetsbare ouderen zijn, naast fysiologische veranderingen (verminderd dorstgevoel!) ook veel ziektegebonden, iatrogene (medicatie!), sociale en omgevingsgerelateerde risicofactoren voor dehydratie aanwezig.

Vochtinname en vochtuitscheiding van zorgafhankelijke ouderen moeten nauwkeurig gevolgd worden; zeker in toestanden van extra toegenomen kwetsbaarheid (tijdens hitteperioden of bij koorts, diarree, braken, diabetes mellitus etc.).

Laboratoriumonderzoek

Wordt veelal verricht om de diagnose dehydratie te ondersteunen, om de ernst ervan vast te stellen en om als gids te dienen voor de therapie. De bepaling van het serum creatinine is het meest sensitief en kan ook goed gebruikt worden om de vochtbalans en nierfunctie te vervolgen.

Bepaling van het serum natrium is noodzakelijk om de aard van het vochttekort te kunnen aanduiden (hypertoon, isotoon of hypotoon)

Bij hypertone dehydratie is het waterverlies groter dan het zoutverlies. (vaak bij infecties of tijdens een hitteperiode)

Bij Isotone dehydratie is er sprake van een evenredig verlies van water en zout (bij voorbeeld als gevolg van braken en diarree)

Bij hypotone is het zoutverlies groter dan het waterverlies (bijvoorbeeld als gevolg van diuretica gebruik)

Herhaalde meting van deze bepalingen is zinvol bij ouderen die reeds bekend zijn met dehydratie en tijdens de behandeling van dehydratie.

Preventieve maatregelen

Ter voorkoming van dehydratie moet men uit gaan van minimum vochtinname van 1,7 liter / 24 uur voor elke oudere (advies Voedingsraad). Het is daarbij belangrijk dat de oudere voldoende drinkt bij de maaltijden en ook tussen de maaltijden in. Een goede spreiding van de vochtinname over de dag kan in de praktijk ook gerealiseerd worden door extra drinken te stimuleren bij (zelf)verzorgende handelingen, zoals tandenpoeten, het innemen van medicijnen etc.

Daarbij is het beter om vaker kleine hoeveelheden te drinken dan een paar maal een grote hoeveelheid. In het laatste geval doet de maaguitzetting het dorst gevoel nog meer afnemen. Het is belangrijk dat er voldoende water en andere goede dranken(minerale dranken (incl. bouillon), verse fruitsappen, tomatensap, melk of sportdranken) beschikbaar zijn en dat de kwetsbare oudere daar goed toegang toe heeft.

Voldoende hulp

Aan ouderen thuis of in instellingen die zorgafhankelijk zijn van anderen moet uiteraard voldoende hulp geboden worden bij het aanbieden en drinken van water en dranken.

Ouderen zijn minder in staat hun vochtbalans te regelen als antwoord op vochttekort of overhydratie.

- Dorstgevoel verminderd met verouderen
- Capaciteit om urine te concentreren daalt

- Capaciteit om water uit te scheiden vermindert
- Invloed van aandoeningen zoals hypertensie, hartlijden en cerebrovasculair lijden

In perioden van acute ziekten (bv. infecties met koorts) of in hitteperioden moet door formele en informele zorgverleners extra aandacht besteed worden aan de bewaking van de vochtbalans bij (kwetsbare) ouderen.

Toedieningswegen

Voor rehydratie zijn dit: orale, enterale, subcutane en intraveneuze wegen.

Waar mogelijk is orale vochtrepletie aan te raden. In gevallen waarin de vereiste vochtinname, door wat voor reden dan ook, niet per os gerealiseerd kan worden, kan gekozen worden voor vochttoediening per sonde of met behulp van de hypodermoclyse; en in meer specifieke, ernstige gevallen voor vochttoediening per intraveneus infuus.

Literatuur

Actiz, Dehydratie bij ouderen Preventie en behandeling, extra aandacht bij ziekte en hitteperioden. Utrecht, juni 2007.

Hydratatie bij de oudere, DR. W.Janssens, dienst Geriatrie UZ Gent, 23 maart 2012.

35. Vermoeden van complicaties bij gebruik van sedativa bij ouderen

J.V. Rabinovich, A.S. Troostheide en M.M. Kwaks, Praktijkverpleegkundigen

Triage

- **ACUUT**
RR daling, plotseling optredende bewusteloosheid die langer dan 10 minuten duurt, wisselend bewustzijn, apneu
- **DRINGEND**
Agitatie, sufheid, vergeetachtigheid die voorheen niet bestond, toenemend valgevaar, optreden van hallucinaties of wanen, ernstige verwardheid, beweging stoornis en of ongecontroleerde bewegingen
- **ROUTINE**
Slaperig overdag, spierzwakte, duizeligheid, vermoeidheid, verwardheid, hoofdpijn

Vragen

- Vitale functies: ademfrequentie, polsslag, tensie, temp, bloedsuiker
- Kortademig, bewusteloos, bleek, clam?
- Reactie op prikkels?
- Verloop van klachten?
- Welke sederende medicatie gebruikt cliënt, en wijze van toediening?
- Zijn er onlangs wijzigingen in de medicatie geweest?
- Zijn er drugs of alcohol gebruikt?
- Waar bevindt de cliënt zich?
- Waar en hoe is de cliënt aangetroffen?
- Onrust, angst, koorts, tekenen van infectie?
- Incoherent gedrag, spraak?
- Plotseling optredend geheugenverlies, desoriëntatie, weglopen, dwalen?
- Vochtintake?
- Vermoeidheid?
- Hoe snel is de stoornis ontstaan? (uren, dagen)
- Spraakstoornissen, ongecontroleerde bewegingen?

Adviezen

- Blijf bij de cliënt;
- Blijf zelf rustig;
- Haal directe gevaren voor toegevoegd letsel uit de omgeving;
- Blijf proberen contact te maken;
- Herhaling Controle: T, RR, Pols Glucose, Ademhaling (ECG).

Zie ook

Delier. Hallucinaties, Veranderd gedrag, Bewustzijnsdaling

Achtergrondinformatie

Ongeveer 15% van de ziekenhuisopnamen van ouderen in Nederland wordt in verband gebracht met ernstige geneesmiddelenbijwerkingen.

De kans op het optreden van bijwerkingen van geneesmiddelen neemt toe bij polyfarmacie. Polyfarmacie gaat vaak gepaard met interacties, waardoor versterkte of verminderde werking ontstaat of bijwerkingen kunnen ontstaan. Bij ouderen zijn interacties door veranderingen in farmacokinetiek en -dynamiek sneller klinisch relevant dan bij jongeren.

Bij farmacokinetische interacties gaat het om interacties met invloed op de absorptie, op het levermetabolisme of op uitscheiding door de nieren. Vooral interacties met geneesmiddelen met een kleine farmacotherapeutische breedte kunnen tot ernstige bijwerkingen leiden: anti convulsiva, anti parkinsonmiddelen, antipsychotica, cumarinederivaten, digitalispreparaten, lithiumzouten, opiaten, sulfonylureumderivaten, tricyclische antidepressiva en verapamil

De belangrijkste farmacodynamische veranderingen bij ouderen betreffen een verhoogde gevoeligheid van het eindorgaan. Dit geldt vooral voor stoffen met effecten op het centrale zenuwstelsel, zoals antidepressiva en antipsychotica, maar ook voor benzodiazepinen, cumarinederivaten en digoxine.

Wanneer er bij een patiënt een onverwachte bijwerking ontstaat of een eerdere goede therapie ineens faalt, is het verstandig aan geneesmiddelen interactie als oorzaak te denken.

De hypnotica, sedativa en anxiolytica beïnvloeden motoriek en gedrag. Ouderen zijn hier vaak extra gevoelig voor. Hoewel benzodiazepinen nuttige geneesmiddelen zijn bij situaties waarin slapeloosheid en angst het leven negatief beïnvloeden, worden ze vaak op verkeerde indicatie voorgeschreven in doseringen die, vooral voor ouderen, veel te hoog zijn. Dat komt door andere farmacokinetische werking in het lichaam van een ouder mens. Oudere mensen hebben minder lichaamsvocht waardoor de bloedspiegel hoger wordt. Bij een oudere leeftijd is de stofwisseling vertraagd en de leverdoorstroming neemt af. Cumulatie van geneesmiddelen kan het gevolg zijn. Uitscheiding van de meeste geneesmiddelen en hun stofwisselingproducten verloopt slechter door afnemende nierfunctie naarmate men ouder wordt.

Richtlijnen:

NHG standaarden Delier bij ouderen (M77), Dementie (M21)

Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatie paragraaf

Farmacotherapeutisch Kompas www.fk.cvz.nl

36. Verslikken

E.T.M. van Son, L. Zwanepol en T. van Dijk, praktijkverpleegkundigen

Herzien 2013: N. Weetink, S. Habibovic, I. Piels, praktijkverpleegkundigen

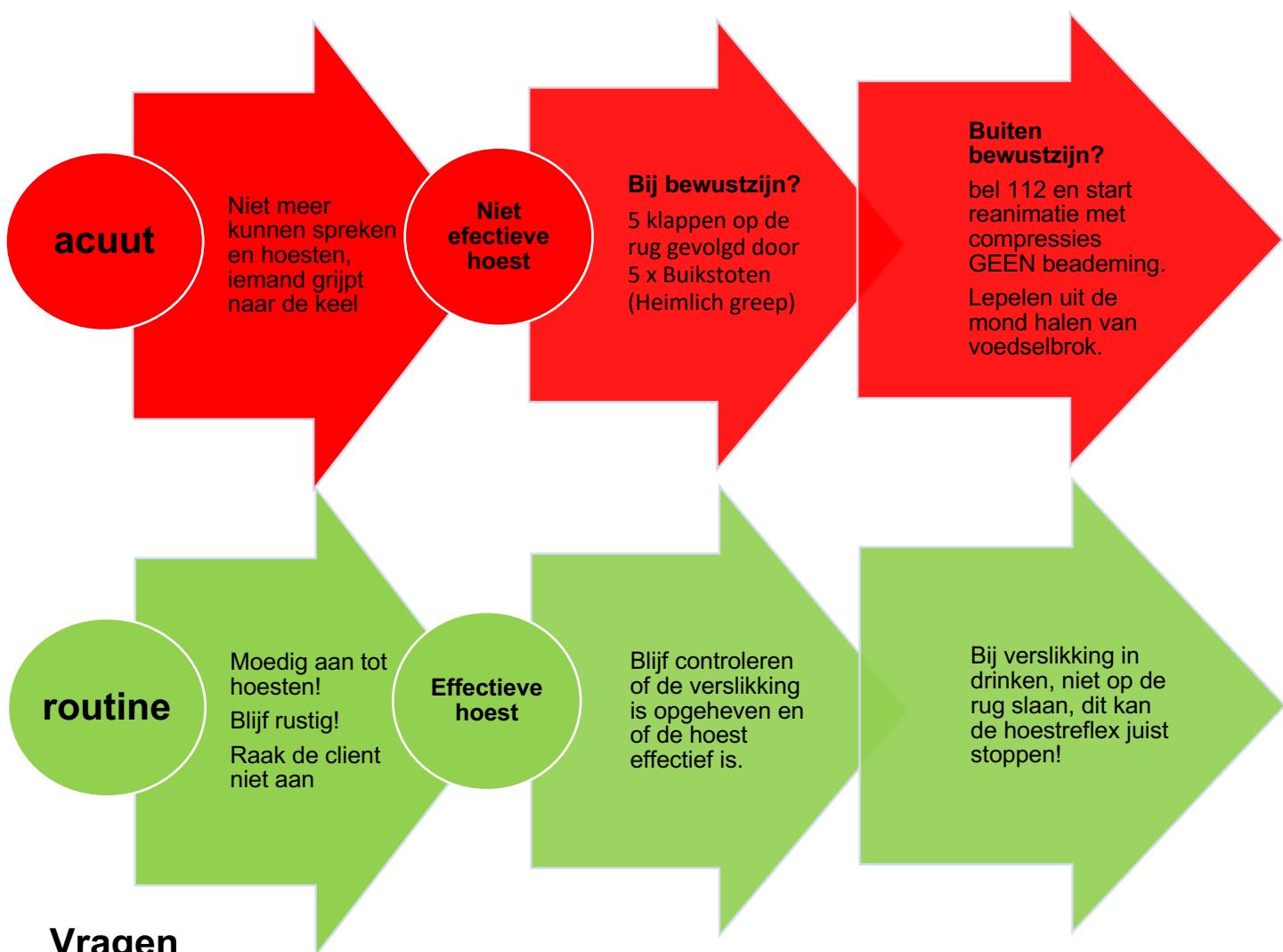
Herzien 2017: A. Pocorni, M. van de Bank, S.M. van Nieuwkoop, praktijkverpleegkundigen

Triage

Beoordelen ernst:

ACUUT: niet meer kunnen spreken en hoesten, gijpen naar de keel, blauw aanlopen en tranende ogen.

ROUTINE: cliënt kan spreken, hoesten en normaal ademhalen.



Vragen

1. Wat is er gebeurd?
2. Is de cliënt bij bewustzijn
 - a. Hoe is de ademhaling?
 - b. Kleur gelaat?
3. Indien bewusteloos-> **naar stroomdiagram acuut**
4. Kan de cliënt hoesten?
 - a. Hoest de cliënt tijdens of na het innemen van voedsel/vocht?
5. Sinds wanneer zijn de slikklachten ontstaan (acuut, langzaam, na wegraking)?
6. Is de cliënt bekend met slikproblemen?
7. Zijn de slikklachten ten aanzien van vast, vloeibaar voedsel of gemengd voedsel (bijv.

- soep)?
8. Wat is mogelijk de oorzaak van de slikklachten? (dikke keel, mond/tong, pathologie?)
 9. Neemt de cliënt oraal de voeding in of krijgt de cliënt sondevoeding? Zie Hulp bij verslikken in vloeistof.
 10. Kan er spraken zijn van een aspiratiepneumonie?
 11. Controles: wat is de bloeddruk, pols en temperatuur?

Adviezen

Ernstig verslikken:

- Roep bij ernstig verslikken meteen hulp in van een collega of omstander en laat iemand anders een arts waarschuwen.
- Probeer rustig te blijven.
- Laat de persoon niet alleen.
- Benoem wat u gaat doen! Wanneer iemand schrikt van een handeling of aanraking zal hij reflexmatig inademen waardoor de voedselbrok nog verder de keel in kan schieten.

Lepelen

- Draai het hoofd van de cliënt opzij.
- Open de mond door twee gestrekte vingers van elke hand achter de kaakhoek van de cliënt, zo dicht mogelijk bij het oor, te plaatsen.
- Druk met de duimen op de kin om de mond te openen.
- *Als je het voorwerp duidelijk kunt zien probeer dan via onderstaande methode het voorwerp te verwijderen. Wees hierbij voorzichtig!*
- Probeer met 1 of 2 vingers het voorwerp met een lepelende of pakkende beweging eruit te halen.



Slagen op de rug

- Ga aan de zijkant iets achter de cliënt staan.
- Ondersteun de borstkas met één hand en laat de cliënt voorover buigen.
- Geef met de hiel van de hand snel achter elkaar 5 slagen tussen de schouderbladen.



Buikstoten (Heimlich greep)

- Ga achter de cliënt staan, sla beide armen om het bovenste deel van de buik.
- Laat de cliënt voorover leunen.
- Maak een vuist en plaats deze op het bovenste deel van de buik.
- Pak de vuist met de andere hand en trek met de hand de vuist met een snelle beweging naar je toe en naar boven.
- Herhaal dit 4 keer.
- Raadpleeg na het toepassen van de Buikstoten (Heimlich greep) altijd een arts.

Buikstoten (Heimlich greep) bij een cliënt in een rolstoel

Bij cliënten in een rolstoel de handeling met twee personen uitvoeren waarbij beide plaats nemen aan een zijkant van de rolstoel.

- Pak achter de rugleuning van de stoel elkaars hand.
- Aan de voorzijde maakt de een vuist, de ander pakt de vuist en trekt deze met een snelle beweging richting rugleuning en naar boven.

Via deze link ALS Centrum Nederland kunt u een instructiefilmpje bekijken.

Hulp bij verslikken in vloeistof

- Laat de cliënt voorover buigen en houd hem/haar vast zodat hij/zij niet voor over valt tijdens het hoesten.
- Indien de cliënt ligt, leg de cliënt in rechterzijligging met het hoofd naar beneden.
- Geef GEEN slokje water na het verslikken. De hoestprikkel kan dan weer uitgelokt worden.
- Bij sondevoeding; zet de voedingspomp uit en haal de sonde eventueel uit de neus. Zorg ervoor dat er geen voeding meer uit de sonde druppelt door de sonde af te klemmen of dubbel te vouwen.

Controles en acties

- Laat een cliënt bij herhaaldelijk verslikken beoordelen door een arts of logopediste.
- Meet na verslikking altijd bloeddruk, pols, temperatuur en ademfrequentie.
- Wees na een verslikking alert op een pneumonie (koorts, piepende ademhaling/kortademig).
- Na toepassen van de Buikstoten (Heimlich greep) altijd contact opnemen met een arts voor medische controle.
- Bihouden vocht en voedsel takenlijst volgens afspraak organisatie.

Zie ook

1. Ademwegobstructie
4. Benauwdheid

Achtergrondinformatie

Het slikproces:

Wat gebeurt er bij slikken:



Afbeelding 1: Het voedsel zit in de mondholte (geel brokje).

Afbeelding 2: Het voedsel gaat van de keelholte richting slokdarm. Het strotteklepje bij de luchtpijp begint de luchtpijp af te sluiten.

Afbeelding 3: Het strotteklepje heeft de luchtpijp helemaal afgesloten. Het voedsel gaat van de slokdarm naar de maag (AMC Logopedie / Patiëntenvoorlichting , 2013).

Mogelijke oorzaken van verslikking:

Slikproblemen kunnen ontstaan door:

- Ouderdom: Minder goede of vertraagde afsluiting waardoor sneller verslikking optreedt in drinken. Soms gaat het kauwen minder door een slecht gebit, kunstgebite of slechte coördinatie.
- Ziekten van het zenuwstelsel: CVA of ICVA, ziekte van Parkinson, ALS of dementie.
- Verslechterde conditie; De slikproblemen zijn vaak het gevolg van verminderde spierkracht, waardoor de kauw- en slikspieren slapper worden.
- Gedragsproblemen die het risico op verslikken verhogen (bijv. schrokken, pica).
- Het uitvallen van de voedingsreflexen.
- Medicatie: Bepaalde medicijnen kunnen sufheid of een droge mond veroorzaken

- Epilepsie.
- Door een obstructie (bijvoorbeeld een tumor of poliep) of defect in het mondgebied/keelgebied.
- Een tracheastoma of aangeboren afwijkingen.
- Ook na radiotherapie kan het slikken moeilijker gaan a.g.v. verklevingen in hoofd-hals gebied en kan het voorkomen dat spieren in dit gebied minder goed functioneren.

Symptomen van verslikking:

Slikproblemen zijn vaak moeilijk te herkennen. Een aantal symptomen kunnen wijzen op de aanwezigheid van een (mogelijk) slikprobleem:

- Niet of moeilijk kunnen kauwen;
- Verslikken in eten, drinken of speeksel;
- Voedsel moeilijk weg kunnen slikken, veel speeksel in de mond;
- Veelvuldig kuchen of schrapen na eten of drinken;
- Voedselresten in de wangzakken, eten of drinken loopt uit de mond.

Gevolgen van een slikprobleem kunnen zijn:

- Minder plezier in eten of drinken;
- Pneumonie;
- Ongewenst gewichtsverlies;
- Moeite met afhappen van een lepel/vork;
- Moeite met kauwen van harde/taaie voeding;
- Een droge mond waardoor weinig speeksel wordt aangemaakt tijdens het eten en/of drinken;
- Moeite met transporteren van voedsel richting de keelholte;
- Moeite om een slikbeweging in te zetten;
- Hoesten, kuchen, keelschrapen, benauwd worden, rood aanlopen na het slikken;
- Uitdrogen door vochttekort.

Stil verslikken:

Bij stil verslikken, zal de cliënt mogelijk rood aanlopen of benauwd worden tijdens eten en/of drinken, de hoestprikkel blijft alleen uit. ‘Stil verslikken’ is een veel voorkomend probleem in de verstandelijke gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Alertheid van de begeleiding/verzorging is dan ook noodzakelijk om slikproblemen te onderkennen.

Literatuur

ALS-centrum. (2017, 02 28). *Heimlich Manouvre samen*. Opgehaald van ALS Centrum kennisplattform: www.als-centrum.nl/kennisplatform/filmpjes-over-verslikken-bij-als

AMC. (2013, 01 07). AMC . Opgehaald van AMC Slikken en Verslikken:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HL6dRBbLyJoJ:https://www.amc.nl/web/file%3Fuuid%3Dc9eac19e-c829-4fb9-a231-666d930f8176%26owner%3D4d928ce4-e557-4531-8337-ee2442f7f9d8%26contentid%3D2853255+&cd=4&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>

AMC Logopedie / Patiëntenvoorlichting . (2013, 01 07). *Slikken en Verslikken*. Opgehaald van www.amc.nl: <https://www.amc.nl/web/Zorg/Patient/Zoek-op-specialisme/Revalidatiegeneeskunde/Patientenfolders/Slikken-en-verslikken-1.htm>

Carpenito-Moyet, L. J. (2016). Carpenito zakboek verpleegkundige diagnostiek 4e druk 2016 5e opslag, pag 471-474. In *Carpenito Zakboek Verpleegkundige Diagnostiek* (pp.

471-474). Houten: Noordhoff Uitgevers.

Dysfagie. (2017, 01 13). *Oorzaken Slikstoornissen*. Opgehaald van
<http://www.moeilijkslikken.nl/orzaken-slikstoornissen/dementie>:
<http://www.dysfagie.com/dysfagie.html>

Het Oranje Kruis. (2016, 04 15). *Nederlandse Richtlijnen Eerste Hulp 2016*. Opgehaald van
Het Oranje Kruis en Het Nederlandse Rode Kruis.:
https://www.hetoranjekruis.nl/fileadmin/assets-hetoranjekruis/documents/Nieuws/Richtlijnen/Nederlandse_Eerste_Hulp_Richtlijnen_2016_DEFINITIEF.pdf

Kennisplein Gehandicaptensector. (2016, 12 15). *Signaleringslijst verslikken verstandelijk gehandicaptenzorg*. Opgehaald van [www.kennisplein gehandicaptensector.nl](http://www.kennisplein gehandicaptensector.nl/?id=8542):
<http://www.kennisplein gehandicaptensector.nl/?id=8542> (Signaleringslijst verslikken verstandelijk gehandicaptenzorg)

Nederland, A. C. (2017, 02 28). *Heimlich Manouvre samen*. Opgehaald van ALS Centrum kennisplatform: www.als-centrum.nl/kennisplatform/filmpjes-over-verslikken-bij-als

Nursing Times. (2017, 01 29). *Treatment for airway obstruction*. Opgehaald van Pubmed:
<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory/treatment-for-airway-obstruction/201737.article#>

Ritmeijer CAM, D. E. (2001, 01). *Richtlijn Slikproblemen*. Opgehaald van www.btsg.nl:
[http://www.btsg.nl/downloads/richtlijnen/Richtlijn_Slikproblemen\[1\].pdf](http://www.btsg.nl/downloads/richtlijnen/Richtlijn_Slikproblemen[1].pdf)

Rode Kruis. (2017, 01 30). *Eerste Hulp bij Verslikking*. Opgehaald van
<http://www.rodekruis.nl/eerste-hulp/wat-te-doen-bij/paginas/verslikking.aspx>

Vilans Kick Protocollen. (2010, 07 15). *Intranet Cordaan*. Opgehaald van Protocol Eerste Hulp bij Verslikken.

Vilans, Zorg voor Beter Utrecht. (2017, 01 23). *Wat te doen bij verslikken*. Opgehaald van [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Eten-en-Drinken-Praktijk-Acties-Verslikken.html): <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Eten-en-Drinken-Praktijk-Acties-Verslikken.html>

37. Verstopte Katheter

H.S.M. Schlepers, E.M.M. Pero en A.A. Middelberg; praktijkverpleegkundigen
Herzien 2012: M. Roovers, F. Smedes en J. Hoekstra; praktijkverpleegkundigen

Vragen

1. Hoe lang is er al geen urineafvloed?
2. Zijn er katheterproblemen zichtbaar?
 - Is de katheter (bijna) uitgevallen?
 - Zit er een knik in de kathereterslang?
 - Hangt de urinezak lager dan de blaas?
3. Heeft de cliënt koorts en/of pijn?
4. Vertoont de cliënt onrustig gedrag?
5. Komt dit vaker voor bij deze cliënt?
6. Wanneer is de katheter voor het laatst verwisseld?
7. Is er blaasspoeling of kathereterspoeling* gedaan?
8. Is de blaasinhoudbepaald met behulp van een bladderscan?
9. Is er zicht op hoeveel de cliënt gedronken heeft de laatste 24 uur?
10. Lekt er urine naast de katheter?
11. Heeft de cliënt een 'gewone' blaaskatheter of een supra-pubische katheter?
12. Wat is de indicatie voor de katheter?
13. Wat is de bloeddruk en polsslag van de cliënt? Mocht ook weg, geen meerwaarde, tenzij bijv. heftige blaasbloeding
14. Zijn er veranderingen in de medicatie of in de mobiliteit?

* Blaasspoelen moet worden vervangen door kathereterspoelen, maar dit wordt nog lang niet overal toegepast. Zie: Verenso, 2011, *Richtlijn blaascatheters*.

Triage

- **Dringend**
Patiënt is onrustig en heeft al dan niet pijnklachten (buikkrampen, blaaskrampen) en (a)specifieke symptomen, koorts
Geen urineafvloed meer
- **Routine**
Toename van klachten
Aanhoudende buikkrampen

Adviezen

1. Controleer of de katheter nog goed zit, niet wordt afgeklemd en de urinezak lager hangt dan de blaas.
2. Laat een bladderscan maken (als er geen bladderscan aanwezig is, kan een arts mogelijk de vulling van de blaas bepalen d.m.v. palpatie en percussie). Blaasretentie >100 ml**: de katheter is verstopt en moet vervangen worden.
3. Laat de ballon iets leeglopen (1 à 2 ml).
4. Draai de kathereterslang 360 graden rond en haal de slang voorzichtig heen en weer.
5. Bij een supra-pubische katheter de slang niet oepschuiven!
6. Kathereterspoeling doen (op kamertemperatuur) en dit zo nodig herhalen.
7. Wanneer controles niet bekend zijn, bloeddruk, pols en temperatuur meten.

**Zie het vilans-protocol: 'Doel van en indicatie voor een bladderscan'.

Achtergrondinformatie

Bij het gebruik van verblijfskatheters ontstaat er in de blaas vaak neerslag (slijm of gruis) ten gevolge van afgestoten blaaswandslijmvlies en soms ook steenvorming. Iedere cliënt met een verblijfskatheter heeft bacteriën in de urine. Infectie bij een chronische verblijfskatheter is vaak aanwezig.

Een verstopte blaaskatheter is voor de patiënt een vervelende en risicovolle aangelegenheid. De patiënt kan nerveus worden, pijn en/of koorts hebben, een sepsis krijgen en daardoor in shock raken. Veelal dient de katheter te worden verwisseld.

Volgens de richtlijnwerkgroep van Verenso kan bij langdurige katherisatie encrustatie voorkomen worden door intermitterende katherisatie toe te passen. Mocht dit niet lukken dan kan op vaste tijden en bij encrustatie frequenter volgens afspraak de katheter worden verwisseld, zo nodig om de week. (Verenso)

Omdat blaasspoelingen encrustatievorming op, maar met name *in* de katheter moeten voorkomen, lijkt spoelen via de katheter met ruime hoeveelheden (50 - 100 ml) overdadig: er moet meer gedacht worden aan *katheterspoelen* dan aan *blaasspoelen*. Het spoelen van de blaas met ruime hoeveelheden zure vloeistoffen is ook nadelig vanwege forse irritatie van de blaaswand. Uit onderzoek is gebleken dat frequenter spoelen met een kleinere hoeveelheid effectiever is dan infrequent spoelen met een ruimere hoeveelheid. Hoewel dit niet door onderzoek is gestaafd, lijkt om de dag spoelen met bijvoorbeeld 10 ml voldoende voor optimaal "katheronderhoud". Deze kleine hoeveelheden geven in ieder geval minder blaasirritatie. Een interval van om de dag geeft de blaaswand ook enig herstelmogelijkheid. (Getliffe 2000, 2003)

Conclusie

Het concept van *blaasspoelen* moet vervangen worden door *katheterspoelen*: waar het uiteindelijk om gaat is het voorkomen van encrustatievorming *in* de katheter. Hierbij past om de dag spoelen met kleine hoeveelheden (10 ml), bijv. met Solutio G.

Bronvermelding

- Europese richtlijnen 2012

EAUN_Paris_Guideline_2012_LR_online_file
- Kappert, M., 2010, *Zorg voor een vlotte doorstroming*. Geraadpleegd 15 juli 2012
<http://www.urologie.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=SzueuziiKro%3d>
- Verenso, 2011, *Richtlijn blaascatheters*. Geraadpleegd 15 juli 2012
<http://geriatrie.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=NBg9jOr826U%3D&tabid=3653>
- Vilans-protocol: 'Doel van en indicatie voor een bladderscan'
- Adviezen en informatie van Joyce Weijers, medewerker Fa BARD

38. Verwarde patiënt, verdenking op delier

B. Fokkens.

Herzien 2011: A.A.P. Berkhout, J. Schutter, I. Storm, praktijkverpleegkundigen.

Herzien 2017: J. Vellekoop, T.de Jong, M. Akkerman, praktijkverpleegkundigen.

Delier

Een delier is een toestandsbeeld dat in een korte tijd ontstaat waarbij het bewustzijn en de aandacht vaak wisselend gestoord zijn. Daarnaast ontstaat er (een toename van) cognitieve problematiek. De cliënt is verward, onrustig of juist apathisch.

De stoornis is het gevolg van een medische aandoening, medicatiegebruik, -intoxicatie of -onttrekking of multiple oorzaken.

Een delier kan in verschillende vormen voorkomen:

Hyperactief (onrustig): de cliënt heeft een verhoogd bewustzijn, o.a. hallucinaties en waarnemingsstoornissen en grote lichamelijke onrust.

Hypoactief (apathisch): een verlaagd bewustzijn met slaperig gedrag, teruggetrokken, een apathische houding met een omneveld bewustzijn.

Mengvorm: gedurende één delirante periode wisselen de psychomotorische activiteit en alertheid zich af met apathie en agitatie.

Triage

- **Acuut**
 - Wanneer de cliënt erg onrustig is en dreigt zichzelf of anderen schade toe te brengen.
 - Wanneer er sprake is van verontrustende hallucinaties of wanen (weglopen, opdrachten uitvoeren, suïcidaal).
- **Dringend**
 - Verdenking van een delier
 - Wanneer een bekend behandelend delier veranderd of verergert.
 - Bij verdenking van onthoudingsdelier (alcohol, drugs, medicijnen).
 - Bewustzijnsdaling (bij apathische bij hypo actieve vorm)
- **Routine**
 - Bij twijfel aan de kenmerken van een delier

Vragen

Het vermoeden van een delier is terecht wanneer een van onderstaande vragen met ja beantwoord kan worden.

Is het bewustzijn van de cliënt veranderd?

Heeft de cliënt moeite om de aandacht te richten en vast te houden bij een gesprek? Kan de cliënt zich concentreren? Is dit anders dan anders?

Is de verandering acuut ontstaan?

Fluctueren de verschijnselen gedurende de dag?

Zijn er aanwijzingen dat de cliënt hallucineert of wanen heeft?

Is de cliënt angstig of onrustig terwijl hij/zij dat anders niet is?

Zijn er aanwijzingen voor somatische oorzaken zoals een luchtweg- of urineweginfectie, een volle blaas of obstipatie?

Is de oriëntatie van de cliënt in tijd, plaats en persoon anders dan anders?

Adviezen

Veiligheid

- Zet, na overleg met een arts en familie, beschermende maatregelen in zoals een bewegingssensor.
- Bespreek zo nodig met een arts het starten van medicatie tegen onrust.
- Zet het bed zo laag mogelijk.
- Zorg dat bedhekken omlaag zijn.
- Laat de bewoner zo min mogelijk alleen.
- Geen scherpe en harde voorwerpen.
- Laat een lampje branden.

Somatisch

- Zorg voor voldoende intake van vocht en voeding, houd evt. een vochtabalans bij.
- Zorg dat medicatie ingenomen wordt.
- Sluit lichamelijke oorzaken uit: meet de bloeddruk, temperatuur, tel de polsslag en ademhaling.
- Meet bij een verdenking op luchtweginfectie de saturatie, let op AH-geluiden en sputum.
- Strip bij verdenking urineweginfectie de urine.
- Ga na of er onlangs medicatie wijzigingen zijn geweest.
- Ga na of er factoren zijn die de onrust kunnen versterken zoals pijn, een volle blaas of volle darmen.
- Check op overige infecties zoals de mond of wonden.

Algemeen

- Bewaak normaal dag- nachritme.
- Let op gebruik van bril en hoortoestel.
- Zo snel mogelijk mobiliseren.

Benadering

- Zeg regelmatig wie je bent en wat je komt doen.
- Vertel de cliënt waar hij is, welke dag en tijd het is.
- Spreek rustig en in korte zinnen.
- Blijf in het gezichtsveld van de cliënt.
- Geef duidelijk aan wanneer je terugkomt. Zorg dat je houding rustig en vriendelijk overkomt.
- Praat met de cliënt over echte gebeurtenissen, betrek hem bij het hier en nu bijv. door de krant te lezen.
- Ga niet mee in vreemde waanideeën, vertel dat jij iets anders waarneemt.
- Vermijd discussie, stemverheffing en het op een confronterende manier tegenspreken van de cliënt.
- Toon begrip voor emoties en angsten die wanen en hallucinaties met zich mee brengen.
- Probeer om de boodschap achter het verhaal te achterhalen.
- Spreek de cliënt eventueel aan in dialect.
- Vermijd emotionele of beladen onderwerpen.

Familie

- Leg familie uit wat een delier is.
- Beperk bezoek in aantal personen en tijdsduur.
- Ga na wie of wat een positieve uitstraling heeft naar de cliënt, vraag bijv. familie om te blijven.

Achtergrondinformatie

Herkennen

Hoge gevoeligheid

Een delier komt veel voor bij ouderen door een vergrote kwetsbaarheid en daarmee een hoge gevoeligheid voor het ontwikkelen van een delier. Vroegtijdig herkennen is van belang om onderliggend lijden op het spoor te komen en te behandelen en secundaire gevolgen van het delier als vallen, uitdroging, decubitus te voorkomen. Het kan lastig zijn om een delier bij ouderen te herkennen, o.a. vanwege al bestaande cognitieve problemen. Het hypoactief delier komt bij ouderen vaak voor en wordt regelmatig niet als delier herkend. Tegelijk kan ook plotseling toenemende verwardheid, zonder andere kenmerken, duiden op een delier. Delier komt vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan in de algemene bevolking, waarschijnlijk omdat de pre-existente hersenfunctiestoornissen hen kwetsbaarder maken. Bij verstandelijk beperkte cliënten is het soms moeilijk onderscheid te maken tussen een psychose en delier.

Meetinstrumenten

Er zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar om een delier te observeren, zoals de DOS en de NCS. Bij al bestaande cognitieve problemen zijn deze meetinstrumenten minder specifiek. Het is dan vooral van belang de veranderingen in de situatie van de cliënt uit te vragen bij de verzorgende en/of familie. Zie hiervoor de eerder genoemde 'vragen'; ook het diagnostische CAM-algoritme is hiervoor goed bruikbaar.

Kenmerken

Bewustzijnsstoornis met een veranderde aandacht

De bewustzijnsstoornis wordt gezien als kernsymptoom van een delier. De delirante cliënt lijkt onbereikbaar, kijkt glazig voor zich uit en is niet in staat echt contact te maken. Veranderde aandacht: er kan sprake zijn van ernstige apathie of juist een sterk toegenomen prikkelbaarheid en overgevoeligheid voor prikkels. De mate waarin het bewustzijn is gestoord en de aandacht is veranderd, kan erg variëren gedurende de dag.

Verandering in cognitieve functies

De eventueel al aanwezig cognitieve problemen nemen toe: geheugenstoornissen, het vermogen tot georganiseerd denken en desoriëntatie. Het handelen is rommelig en ongeorganiseerd. De spraak is vaak onsamenvallend en ongeorganiseerd.

Ontwikkeling van een waarnemingsstoornis

Cliënten kunnen dingen anders waarnemen; groter, kleiner, dubbel of misvormd. Visuele (gezichts-) en auditieve (gehoors-) illusionaire vervalsingen of hallucinaties komen voor. Vaak roepen waarnemingsstoornissen bij een delier veel angst op.

Acuut ontstaan en fluctuerend verloop

Er is een 'knik' in het verhaal; de symptomen zijn binnen enkele uren of dagen ontstaan. Heldere momenten worden afgewisseld met momenten van verwardheid.

Andere symptomen

Veranderde psychomotoriek, stoornissen in slaap-waakritme, plotselinge emotie- en stemmingssveranderingen en specifieke somatische symptomen zoals incontinentie en sympathische overactiviteit (tremoren, tachycardie, verhoogde transpiratie)

Literatuur:

- Mast, R. van der, Heeren, T., Kat, M., Stek, M., Vandenbulcke, M., Verhey, F., (2010). *Handboek ouderenpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Milisen, K., Maesschalck, L. de, Abraham, I., (2002). *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Schim van der Loeff-van Veen, R.J., (2012) *Geriatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Eizenga WH, Dautzenberg PLJ, Eekhof JAH, Scholtes ABJ, Van Venrooij MH, Verduijn MM, Wiersma Tj, Burgers JS, Van der Weele GM. (2014) *NHG-Standaard Delier*. Geraadpleegd op 19 januari 2017 via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-delier>
- Braam,W., Duinen-Maas, M.J. van, Festen, D.A.M., Gelderen, I. van, Huisman, S.A, Tonino, M.A.M. *Medische zorg voor patiënten met een verstandelijke beperking*. Prelum mei 2014.
- Vereniging van Integrale Kankercentra, uitgeverij Jongbloed BV Heerenveen. *Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk*, Utrecht december 2010.
- American Psychiatric Association, vertaald door prof. Dr. M. W. Hengeveld., (2014) *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, DSM-V*. Amsterdam: Boom uitgevers.

39. Wond

A. v Es, D. Meijwaard, A. Stam en M. Stokx, praktijkverpleegkundigen

Acuut

Niet te stelpen of sputende bloeding

Vermoeden van ander letsel (steek/schotwonden, botbreuk, inwendig letsel)

Dreigende shock

Dringend

Voor hechten wond

Wond die blijft bloeden

Verminderde weerstand (overleg profylaxe)

Niet te verwijderen voorwerpen in wond

Bijt –krab –snijwonden (eventueel overleg)

Routine

Controle wondgenezing

Vragen?

1. Is de cliënt bij bewustzijn? Zo niet, zie protocol dreigende shock.
2. Waar zit de wond en hoe groot is die?
3. Wat is de oorzaak van de verwonding?
4. Is de bloeding te stelpen? Is er sprake van helderrood, sputend bloed?
5. Is er sprake van ander letsel?
6. Wat is de bloeddruk, pols?
7. Kan de wond verontreinigd zijn? (bijtwonden, Straatvuil, snijwonden etc.)
8. Is er iets achtergebleven in de wond?
9. Kan de wond schoongemaakt worden?
10. Heeft de cliënt een verminderde weerstand?
11. Heeft de cliënt pijn? Waar?
12. Welke medicijnen gebruikt cliënt (bloedverdunners)?
13. Is bekend wanneer cliënt de laatste tetanusvaccinatie heeft gehad?

Advies

Schaafwonden en kleine, niet wijkende wonderen:

Reinig de wond met water uit de kraan of douche met een niet te harde waterstraal. Dek de wond af met een pleister of een (vet) gaasje.

Criteria hechten	Criteria voor lijmen
<ul style="list-style-type: none"> • Wond is niet ouder dan 6 uur • Wond zit op een plaats waar veel spanning op staat of waar om cosmetische reden geen litteken gewenst is • wond is diep ,door meerdere huidlagen heen en 13>mm lang • wond bloedt te hevig om te lijmen • voorbereiding hechten • arts in huis laten komen • wondkoffer klaar zetten • wond reinigen met water of NACL 0,9% • wonddrukverband aanleggen bij hevig bloeden 	<ul style="list-style-type: none"> • oppervlakkige snijwond • bloedt niet hevig • op een plaats waar cosmetisch gezien een litteken niet op valt • wond staat niet onder te hoge spanning • indien gedrag van cliënt hechtingen niet toelaat • wond droogdeppen • uitzonderingen op indicatie van arts lijmen • lijmapplicator open knippen • lijm(histroacryl,epiglu,klinibond) halen uit de koelkast • wondkoffer halen • wond reinigen met water of Nacl 0,9% • evt. gebied rondom wond vrij maken (haren) • wondranden tegen elkaar aan plaatsen en even vasthouden • lijm op de wondranden aanbrengen indien gesloten evt. verbinden/afdekken

Indien er toch gevaar bestaat voor het wijken van de wondranden kan men het lijmen ondersteunen met steristrips. Plaats na het lijmen steristrips op de snede en laat deze zitten tot ze eraf vallen. Totdat de wond genezen is deze vrij houden van water en zeep (2- 4 dagen).

Pijnstilling afspreken in overleg met arts

Tetanusvaccinatie zo snel mogelijk (overleg met arts over noodzaak/indicatie).

Achtergrondinformatie

Gewelddadige (vaak plotseling) verbreking van de natuurlijke samenhang van één of meerdere weefsels. Aard van het geweld kan zijn mechanisch, thermisch, chemisch, elektrisch of straling. Dit protocol gaat over wonden veroorzaakt door mechanisch geweld.

Bronvermelding:

Drijver, R., Bouma, E., Dirkse, E. NHG Telefoonwijzer. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2008