

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Medisch Centrum André Dumont
ZOL Maas en Kempen



GCIZ

INTRODUCTIE

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara
Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont
Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 80 80 80
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel.+32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Welkom op de afdeling Hartbewaking. Wij willen je als student graag opnemen in ons team zodat je een aangename stageperiode tegemoet gaat.

Deze onthaalbrochure moet je wegwijs maken op onze afdeling. Het is een 'beknopte' handleiding die je steeds kan raadplegen. Een brochure kan niet allesomvattend zijn, daarom staan zowel de artsen, hoofdverpleegkundigen en verpleegkundigen je graag bij indien je hulp of uitleg nodig hebt.

Je hoeft niet te leren met vallen en opstaan. Best kijk je wel op voorhand je theorie na (anatomie en pathologie van hart en longen, ECG, ritmestoornissen, beademing...) en wees eerlijk over je kennis en vaardigheden, zo kunnen misverstanden en fouten voorkomen worden. Vraag zo veel mogelijk uitleg en laat je niet uit je lood slaan door nieuwigheden of onverwachte gebeurtenissen, leer ervan en groei! Wij gunnen je de nodige tijd om je aan te passen.

Wij wensen je alvast een leerrijke en inspirerende stageperiode.

INHOUDSTAFEL

1. Voorstelling van de eenheid	3
1.1 Architectuur Hartbewaking	
2. Multidisciplinair team	4
3. Patiëntenpopulatie	5
4. Taakinhoud en taakverdeling	7
4.1 Organisatie van de verpleegzorg	
4.2 Dagindeling	
4.3 Specifieke aandachtspunten op deze verpleegeenheid	
4.4 Brandveiligheid	
4.5 Procedure BLS – ALS	

01 VOORSTELLING VAN DE EENHEID

1.1 ARCHITECTUUR HARTBEWAKING

Hartbewaking is een erkende intensieve afdeling en valt onder de bevoegdheid van cardiologie. De afdeling ligt in de D-blok, op niveau 1 met als code D 1.20.

De eenheid telt 15 éénpersoonskamers (12 CCU bedden en 3 CPU bedden) en is in een spiegelbeeld opgezet. Binnen de afdeling zijn de patiëntenkamers als volgt verdeeld:

- 13 vrije bedden
- 2 isolatieboxen

Centraal gelegen vinden we de verpleegbalie met centrale monitor, Vanaskast voor medicatie en berging rollend materiaal.

De bezoekersruimte en het gesprekslokaal bevinden zich aan de voorkant van de dienst, aan de D-liften.

02 MULTIDISCIPLINAIR TEAM

Divisiemanager DV2	Cindy Vanheusden	
Zorgcoördinator DV2	Andy Swennen	
Medisch diensthoofd	Dr. Dupont	
Coördinerend diensthoofd GHB & GMC	Dr. Ameloot	
Cardiologen	Dr. Ameloot Dr. Bertrand Dr. Cottens Dr. Deckx Prof. Dr. Dens Dr. Ferdinande Dr. Martens Prof. Dr. Mullens Dr. Nijst Dr. Noyens Prof. Dr. Nuyens Dr. Petit Prof. Dr. Pison Dr. Rivero-Ayerza Dr. Van Herendael Dr. Van Lierde Dr. Vandevoort Dr. Verhaert Dr. Vrolix	Intensivist -Interventiecardioloog Cardiale beeldvorming Interventiecardioloog Algemene cardioloog Intensivist- Interventiecardioloog Interventiecardioloog Hartfalen Hartfalen- CRT/ AICD- Cardiale reva Hartfalen- CRT/AICD- Cardiale onco Cardiale beeldvorming Electrofysioloog –Cardiogenetica Opvolging aangeboren hartafwijking Electrofysioloog Electrofysioloog Electrofysioloog Interventiecardioloog Cardiale beeldvorming Intensivist – Cardiale beeldvorming Interventiecardioloog
Hoofd-verpleegkundige	Stassen Jorien Hauke Isabelle	089 80 62 61 089 80 62 81
Team verpleegkundige	50 tal verpleegkundigen	
Stagementoren	• Véronique • Kristien • Karel • Laura • Karine • Suleyha • Jeroen • Robin	
Logistieke medewerkers	Brigitte, Rhizlane	

Moesten jullie onze dokters al wat beter willen leren kennen kan je hen hier vinden:
<https://www.zol.be/hartcentrum-genk/artsen>

03 PATIËNTENPOPULATIE

De eenheid GHB is voornamelijk bestemd om een intensieve bewaking te realiseren van de patiënt met acuut hartlijden. De kritisch zieke patiënt waarvan de vitale parameters verstoord zijn of dreigen te worden verstoord, wordt er geobserveerd en behandeld. De pathologie is zeer uiteenlopend. Dit vraagt een uitgebreide kennis, maar tegelijk zorgt dit voor een boeiend werkveld.

Opsomming van de meest voorkomende pathologie

- **Hartdecompensatie**
 - (sub)Acuut longoedeem
- **Hartfalen**
 - Linkerhartfalen en/of rechterhartfalen
 - CRT – AICD – Pacemakers (PM) - Swan Ganz (SG) katheter - klinische studies
- **Cardiale ischemie**
 - (In)stabile angor
 - AMI (STEMI, non-STEMI, ACS,)
- **Ritmestoornissen**
 - Alle (supra)ventriculaire aritmiën (VKFVT, VFib, Torsade de pointes,...)
 - Geleidingsstoornissen: 1ste, 2de en 3de graad AV-block
 - Temporaire PM of externe pacemaker
 - Brady- en tachycardie
- **Interventies**
 - Coronarografie
 - PTCA + eventuele stenting
 - PTAV, PTMV
 - TAVI
 - Pré-CABG
 - IABP/Impella
 - (Temporaire) PM – AICD - CTR-P en CRT-D
 - Swan-ganz katheter
 - Dialysekatheter – CVVH, Scuf
 - Pleuradrain, pericarddrain, ascitesdrain
 - Thoraxdrain
 - Elektrische reconversie
- **Respiratoir falen**
 - Hypoxemie met dreigende uitputting
 - Niet-invasieve beademing
 - Kunstmatische ventilatie
 - Respiratoir falen
- **Shock en sepsis**
- **Reanimatie**
 - Patiënten post-REA (met koeling)
 - (a)Synchroon shocken en hartmassage bij ritmestoornissen

- Ionenstoornissen en diabetes
 - Hypo- en hyperglycemie, ketoacidose
 - Hypo en/of hyper Na, K, Ca
- Overige aandoeningen en behandelingen
 - Longembolieën, pericarditis...
 - Endocarditis, myocarditis, pericarditis
- Postoperatieve cardio chirurgische patiënten
- ...

CPU staat voor Chest Pain Unit (bed 12 - 13 - 14). Op deze patiëntenkamers worden vooral patiënten opgenomen en opgevolgd met gedurende maximum 24 uur:

- Thoracale pijn
- Geplande elektrische reconversies
- Ajmaline-test
- Plaatsen van katheters (DVC...) bij patiënten

Je gaat al veel op school geleerd hebben maar hier kan je het geleerde omzetten in de praktijk.

Aangezien de periode dat jullie bij ons staan soms erg compact is vragen we jullie om toch al wat onderzoekwerk te doen voor dat je aan je stage begint zodat je niet helemaal het noorden kwijt raakt in al deze benamingen.

Moest je al wat ECG's willen oefenen, dan is dit een goede website: <https://nl.ecgpedia.org/wiki/Hoofdpagina>

Tijdens je stage zal er normaal ook een halve dag gepland worden op cathlab en een halve dag bij cardiale beeldvorming. Dit zijn allemaal leermomenten, probeer deze tijd dan ook nuttig te besteden en stel veel vragen.

Tijdens deze dagen ga je van alles zien wat je tijdens je verdere stageperiode zal kunnen gebruiken.

04 TAAKINHOUD EN TAAKVERDELING

4.1 ORGANISATIE VAN DE VERPLEEGZORG

De verpleegkundigen werken volgens een bepaald roulement, waarin het de bedoeling is steeds te komen tot een bezetting van :

- 5 morgenposten 06u45 - 15u15
- 5 middagposten 13u30 - 22u00
- 4 nachtposten 21u45 - 07u00

Men werkt volgens het model integrerende verpleging: patiëntentoewijzing. Dit neemt niet weg dat wij als verpleegkundigen teamwork hoog in het vaandel dragen en we elkaar zoveel mogelijk ondersteunen in de zorg. De hoofdverpleegkundigen stellen iedere week het werkschema op, terug te vinden op het magneetbord in de keuken. Iedere verpleegkundige krijgt 3 patiënten ('s nachts 4 patiënten) toebedeeld, en de studenten worden op hun beurt toegewezen aan een verpleegkundige (niet noodzakelijk steeds dezelfde en ook niet noodzakelijk een mentor). Op het magneetbord hangt ook een foto-lijst met de stagementoren op onze afdeling.

Buiten de totaalzorg van de patiënten, is de verpleegkundige ook verantwoordelijk voor andere taken (terug te vinden op het takenblad op de afdeling). Dit is voor jou als student ook een leerervaring. Deze taken zijn:

- Orde van de spoelruimte na de ochtendzorgen (waskommen reinigen en linnenzakken vernieuwen)
- Bijvullen van de linnenkarren
- Orde berging niet steriel materialen
- Orde keuken
- Klaarmaken en controle van beademingstoestellen
- Controle reanimatiekarren/transportkoffer
- Dagelijkse controle defibrillatoren
- Patiënten van en naar onderzoeken brengen/halen
- Beantwoorden van beloproepen (zowel voor de verpleegkundigen als de studenten)...

Naast de hartbewakingspatiënten dienen er telemetrie patiënten bewaakt te worden. Deze patiënten zijn gehospitaliseerd op de afdelingen D25, C20 of C25 met een cardiologisch probleem. De observatie van de rode alarmen bij deze patiënten gebeurt door alle verpleegkundigen.

4.2 DAGINDELING

Ochtenddienst

06u45	Briefing: systematische overdracht van de collega met de nachtdienst
07u00-11u00	• Kennisname patiënt: jezelf voorstellen • Controle materiaal in de box • Ijking drukmodulen, controle parameters + neurologische controle • Nakijken alarmgrenzen • Controle van eventuele toestellen (beademing, dialyse, ballonpomp, impella, temporaire PM...) • Controle drukzakken (inhoud en druk) • Parametercontrole (om de 2 uur, tenzij bij kritieke patiënt) • Medicatie bedelen (onder toezicht van verantwoordelijke VPK valideren) • Controle infuusvloeistoffen • Hygiënische zorgen -Bedbad, detailzorg (Mondtoilet en ETT-zorg, scheren, eventueel haren wassen), vervangen bedlinnen • Verpleegtechnische zorgen -Katheterverbanden -Wondzorg -Decubituspreventie: wisselhouding/opzetten in zetel • Ontbijt uitdelen + eventueel hulp bieden tijdens het nuttigen van de maaltijd • Kamer opruimen (nachtkastje, spuitpompen, monitor,...) • Doktersronde: overlopen van de onderzoeksresultaten, patiënt klinisch onderzoeken aanpassing medicatiebedeling • Medicatie drips klaarmaken voor de volgende shift • Takenblad overlopen voor de verpleegkundigen • Linnenzakken vervangen (sticker) • Linnenkar aanvullen en opruimen • Patiënten eventueel brengen/halen van/naar onderzoek • Administratie in HIX
11u30	• Middagmaal uitdelen + eventueel hulp bieden tijdens het nuttigen van de maaltijd • Patiënt installeren (eventueel in de relaxzetel) voor bezoek • Rapportage per patiënt in het EPD
12u30-13u30	Bezoekuur: max. 2 familieleden per patiënt op de kamer, familie opvangen en uitleg geven (laat je hierbij steeds begeleiden door de verantwoordelijke VPK, weet wat je mag vertellen aan het bezoek!)

Middagdienst:

13u30 - 14u00	Briefing: systematische overdracht van de collega met morgenpost
14u00 – 17u00	• Kennisname patiënt: jezelf voorstellen • Controle materiaal in de box • Ijking drukmodulen, controle parameters + neurologische controle • Nakijken alarmgrenzen • Controle van eventuele toestellen (beademing, dialyse, ballonpomp, impella, temporaire PM...) • Controle drukzakken (inhoud en druk) • Parametercontrole (om de 2 uur, tenzij bij kritieke patiënt) • Medicatie bedelen (onder toezicht van verantwoordelijke VPK valideren) • Controle infuusvloeistoffen • Eventueel transport patiënt voor onderzoek • Opfrisbeurt bedlegerige patiënten, mondtoilet en zuivere molton • Wisselhouding patiënt (eventueel in de relax installeren)
17u00	• Avondeten opdienen, eventueel hulp aanbieden en afruimen • Pauze verpleegkundigen en studenten op de afdeling: 30 min
18u30	• Patiënten installeren voor het bezoekuur
19u00 - 20u00	Bezoekuur: max. 2 familieleden per patiënt op de kamer, familie opvangen en uitleg geven (laat je hierbij steeds begeleiden door de verantwoordelijke VPK, weet wat je mag vertellen aan het bezoek!)
20u00	• Laatste parametercontrole • Medicatie bedelen (onder toezicht van verantwoordelijke VPK valideren) • Alle patiënten in bed installeren en kamer opruimen • Medicatie drips maken voor nachtpost • Linnenkarren klaarzetten voor morgenpost • Koffie klaarzetten voor de nacht • Dienst verduisteren voor de nacht • Rapportage per patiënt in het EPD

Nachtdienst:

21u45	Briefing: systematische overdracht van de collega met de nachtdienst
22u00 – 05u00	• Kennisname patiënt: jezelf voorstellen • Controle materiaal in de box • Ijking drukmodulen, controle parameters + neurologische controle • Nakijken of alarmen opstaan en alarmgrenzen checken • Controle van eventuele toestellen (beademing, dialyse, ballonpomp, impella, temporaire PM...) • Controle drukzakken (inhoud en druk) • Parametercontrole (om de 2 uur, tenzij bij kritieke patiënt) • Medicatie bedelen (onder toezicht van verantwoordelijke VPK valideren) • Controle infuusvloeistoffen • Klaarzetten van ochtendlabo • Medicatie voor de nacht klaarzetten + klaarleggen voor de volgende dag: • Aangevraagde onderzoeken overlopen en noteren op overzichtsblad • Dieet van de patiënten wordt gecontroleerd en indien nodig aangepast (vb. nuchter) • 24 uur: vochtbalans valideren
02u00	• Mondtoilet • Wisselhouding
02u00-03u00	• Pauze verpleging en studenten: 30 min
05u00	• Laatste parametercontrole • Medicatietoediening • Bloedname • Bij iedere patiënt een ECG doorzenden via de monitor • Medicatie drips maken voor de morgenpost • Rapportage per patiënt in EPD • Vochtdebieten meten (urinezakje, maagzakje,...) • Koffie klaarzetten voor morgenpost • Orde in keuken, utility en verpleegpost

4.3 SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN OP DEZE VERPLEEGEENHEID

Algemeen

Op deze afdeling werk je altijd onder supervisie van een verpleegkundige, mentor of stagebegeleidster. Je kan altijd met je vragen bij hen terecht. Stel je steeds voor aan nieuwe verpleegkundigen. Vraag wat men van jou verwacht, maar geef ook aan wat jij als doelstellingen hebt te verwerven. Duidelijke communicatie voorkomt misverstanden en problemen.

Het is onverantwoord de totaalzorg aan te vatten indien je niet op de hoogte bent van de toestand van de patiënt. De materiaalverzameling dient zo volledig mogelijk te gebeuren. Bij het uitvoeren van de totaalzorg dragen de verpleegkundigen altijd niet-steriele handschoenen die indien nodig vervangen worden. Leg steeds uit aan de patiënt welke handeling je komt uitvoeren en dit op een eenvoudige en duidelijke manier.

De patiënt moet tijdens de totaalzorg continu geobserveerd worden en een alarmsituatie moet onmiddellijk aangepakt worden! Rapporteer alles waar je aan twijfelt aan de verantwoordelijke verpleegkundige of bij hoogdringendheid aan iedere verpleegkundige of arts. Nooit een alarm aan- of afzetten zonder de verantwoordelijke verpleegkundige te verwittigen.

De afweer van intensieve patiënten is soms erg verzwakt, het is daarom zeer belangrijk dat alle handelingen steriel uitgevoerd worden. Handhygiëne is zeer belangrijk op deze afdeling omwille van het risico voor kruisinfecties. Na het verlaten van de patiëntenkamer dient men steeds de handen te wassen/ontsmetten voordat je andere acties onderneemt.

Bij geïsoleerde patiënten mag je enkel omgekleed de kamer betreden. Bij het verlaten van de kamer moet je je handen wassen, drogen en ontsmetten (afhankelijk van de vorm van de isolatie).

Medicatie- en infuusbehandeling

Je mag medicatie zelfstandig klaarzetten en voorbereiden op voorwaarde dat je:

- Eerst de verzamelde medicatie laat controleren door de verantwoordelijke verpleegkundige
- Nooit medicatie toedient zonder toelating gevraagd te hebben
- Altijd weet wat je toedient, waarom en welke de eventuele neveneffecten zijn en welke observaties/metingen je moet doen!
- Na toediening onmiddellijk valideert in het EPD (door verpleegkundigen)
- Bewaar de lege ampullen en verpakkingen ter controle
- De oplossingen voor de meest courante medicatie-drips zijn terug te vinden in de medicatie-klapper aan de medicatiebalie

Andere afspraken

-Voor het aanvangen van de stageperiode leest iedere student deze introductiebrochure aandachtig en noteert eventuele vragen

-Na de introductie op de afdeling (door de adjunct-hoofdverpleegkundige of stagementor) is er gelegenheid tot vraagstelling

-Het tijdig aanbieden van het begeleidingsformulier is de verantwoordelijkheid van de student, maar iedere verpleegkundige of mentor kan op eigen initiatief een notitie hierop maken indien hij/zij dit nodig acht

-De stagebegeleider bepaalt in overleg met de (adjunct) hoofdverpleegkundige de momenten van tussentijdse en eindevaluatie en bespreekt deze met de student

-Let op een verzorgd voorkomen, korte nagels en draag geen juwelen

Verwachtingen naar de studenten

Algemene verwachtingen van het team

- We verwachten dat iedere student zijn eigen leerproces in handen neemt, initiatiefname naar nieuwe leersituaties blijft aantonen, dagelijks feedback vraagt en zelf noteert. Laat dit lezen en aftekenen door de begeleidende verpleegkundige
- Geef bij de start van de stage aan welke vaardigheden je nog niet bezit en wilt trainen
- Inzet, interesse en motivatie zijn belangrijk
- We hebben er alle begrip voor indien je aangeeft dat een kritieke afdeling niet je ambitie is. Dit neemt niet weg dat we wel verwachten dat je je blijft inzetten en interesse toont
- Tracht zoveel mogelijk leermomenten te grijpen
- Informatie opzoeken op internet mag, maar niet ten koste van de leermomenten en initiatiefname (verstop je niet achter de computerschermen)
- Stagedocumenten en boeken slingeren niet rond op de afdeling
- Er wordt niet op de tafels/bureaus gezeten
- Stiptheid (zodat je samen met je gekoppelde verpleegkundige op tijd kan brieven)
- Respectvolle en vriendelijke omgang t.o.v. patiënten en familie is vanzelfsprekend
- Natuurlijk en spontaan contact met alle leden van het team, met respect voor ieders werk: artsen, verpleegkundigen, kinesisten, diëtisten, logistieke medewerkers, onderhoudsmensen...
- Betrouwbaarheid en verantwoordelijkheid tonen
- Beroepsgeheim respecteren
- Zich goed informeren alvorens een taak aan te vatten (als je twijfelt altijd navragen)
- Zelfstandig kunnen werken maar tijdig om advies vragen, hierbij organisatietalent tonen en blijk geven van een vlotte aanpak
- Kunnen meedenken, redeneren in alle moeilijke situaties
- Initiatiefname, niet steeds blijven wachten op aanwijzingen, eigen ideeën naar voren brengen
- Blijk geven van een ruim observatievermogen
- Kunnen rapporteren, zowel schriftelijk als mondeling
- Verzorgd, aangepast uiterlijk
- Pauze wordt genomen samen met de verpleegkundige, afhankelijk van respectievelijk de werkdruk en/of leersituaties
- Indien je drank(flessen) en/of lunchpakket meeneemt, gelieve deze steeds te voorzien van je naam
- Op het einde van je stageperiode peilen we naar jouw beleving als student (invullen stagebeleving) voor je eindevaluatie

Specifieke verwachtingen

Voor je je stage start dien je:

Minimum 1 week voor je eerste stagedag:

- Je eventuele wensen door te geven i.v.m. je werklust
- Je te registreren via www.eengezondeambitie.be (uploaden van je contract en je medisch attest)
- Je e-learning doorlopen die via je persoonlijke mail werd verzonden
- Indien je voorgaande items niet correct hebt doorlopen, kan je je stage jammer genoeg niet starten!

De eerste stagedag:

- Je wordt de eerste dag verwacht om 8uur op de dienst verwacht
- Er volgt een korte introductie, de nodige formulieren worden in orde gemaakt en we eindigen met een rondleiding doorheen de afdeling
- Je krijgt een sleutel voor een kastje om al je persoonlijke spullen in op te bergen op de afdeling
- Hierna word je gekoppeld aan een verpleegkundige op de afdeling en kan je leerrijke stage beginnen

- De eerste dag is een introductie- en kijkdag, met weinig verwachtingen naar initiatiefname, wat betreft de gespecialiseerde technieken
- Kennis hebben van brandpreventie
- Leerdoelen werden opgesteld en kenbaar gemaakt

Indien je, omwille van ziekte of dergelijke, je stagedag niet kan aanvangen, gelieve:

- De dienst te verwittigen (GHB: 089 80 62 60)
- Je stagebegeleider en de hoofdverpleegkundige van de afdeling te mailen
- De hoofdverpleegkundige bekijkt samen met jou hoe je de afwezige dagen/uren kan inhalen

De laatste stagedag:

- Inleveren van je sleutel bij de hoofdverpleegkundige
- Inleveren van je badge (witte brievenbus aan inkom bij Ingrid Coyette)
- Invullen van je stagebeleving (link terug te vinden op elk bureaublad)

Wat mogen jullie van ons verwachten

- Enthousiasme en gedrevenheid
- Begeleiding op maat van jullie noden
- Gemotiveerde mentoren
- Professioneel team van verpleegkundigen, artsen en andere medewerkers
- Uitvoerig kennis maken met de praktijk en de realiteit van de hartbewaking
- Mondelinge en schriftelijke feedback

Globaal gezien verwachten we van de student na twee a drie weken

- Initiatief nemen tot controleren van parameters
- Het correct invullen van het patiëntendossier (parameters, vochtbalans, activiteitenplan)
- Afwijkende waarden herkennen en rapporteren en eventuele suggesties voorstellen
- Het klaarmaken van medicatie op de vaste tijdstippen
- Medicatie correct kunnen toedienen onder toezicht en kennis hebben van de (neven)werking van de veel gebruikte geneesmiddelen
- De meest voorkomende medicatie linken aan de pathologie
- Kunnen werken met spuitpompen, infuuspompen en infuussnelheden kunnen berekenen
- Basisdrips kunnen klaarmaken onder toezicht
- Basiskennis gebruik monitor
- Herkennen van de meest voorkomende hartritmes
- Bloedafname via de arteriële katheter kunnen uitvoeren
- Arteriële drukmetingssystemen kunnen klaarmaken, kunnen iken + drukcurves interpreteren
- Basisverzorging van de patiënt kunnen uitvoeren onder begeleiding: bedbad, mondtoilet, neus- en oogverzorging + na de verzorging de kamer ordelijk achterlaten
- Wondverzorging kunnen uitvoeren
- Katheterzorg kunnen uitvoeren
- Een beademde patiënt kunnen bewaken via de beademingsinstellingen, metingen en BGW
- (Semi) gesloten aspiratie via endotracheale tube en tracheacanule kunnen uitvoeren onder verpleegkundig toezicht
- Een reeds eerder uitgevoerde eenvoudige totaalzorg zelfstandig kunnen plannen en uitvoeren
- Materiaal kunnen vinden op de afdeling. Aanvullen van de verzorgingskasten
- Observaties gestructureerd kunnen rapporteren, zowel mondeling als schriftelijk
- Aandacht hebben voor de noden, comfort en veiligheid van de patiënt

- Een opname/ontslag kunnen organiseren
- 1 patiënt volledig kunnen plannen en verzorgen

Globaal gezien verwachten we van de student na vier à zes weken

- Zelfstandig kunnen aspireren via endotracheale en tracheacanule
- Een beademde patiënt zelfstandig kunnen bewaken via de beademingsinstellingen, metingen en BGW
- Arteriële en centrale katheters kunnen verwijderen in overleg met VPK
- Zelfstandig een totaalzorg van één of meerdere patiënt(en) kunnen plannen met aandacht voor de opruim van de kamer.
- Verzamelen materiaal en assistentie kunnen verlenen bij steriele handelingen
- Emotionele ondersteuning kunnen bieden aan patiënt en familie
- Kunnen werken in een multidisciplinair team
- Ergonomisch en economisch kunnen werken

Hoe langer je stage loopt op onze afdeling, hoe meer dieptegang op bovenstaande regels we van je verwachten.

4.4 BRANDVEILIGHEID

Op de introductiedag zal je samen met de hoofdverpleegkundigen een rondleiding krijgen doorheen de afdeling. Tijdens deze rondgang worden alle branddeuren en nooduitgangen, brandhaspels, brandblusapparaten en branddekens overlopen.

Het is belangrijk te weten waar de afsluitkranen zijn voor O²-perslucht-vacuümwater. Op GHB staan de afsluitkranen tegenover het bureel van het diensthoofd. Op GMC staan de afsluitkranen in de kast tegenover de balie van D15.

**NOOIT iets voor een nooduitgang plaatsen.
NOOIT een branddeur blokkeren met een voorwerp (deurstop)**

Brandmelding 2222

De 7-stappen van brandveiligheid dien je te kennen in de juiste volgorde:



Voor de afdeling hartbewaking zijn verschillende procedures en protocollen voorhanden. Deze zijn allemaal terug te vinden op intranet onder de tegelstructuur. Er werd gekozen om de belangrijkste protocollen hieronder weer te geven die je in acute setting kan gebruiken.

4.5 PROCEDURE BLS – ALS

4.5.1 BLS = BASIC LIFE SUPPORT



Indicaties

- Bewustzijnsverlies
- Afwezigheid van ademhaling (respiratoir arrest)
- Circulatiestilstand (Polsloze VT, VFib, PEA, Asystolie)

Contra-indicaties

- DNR-order

Werkwijze

- Zorg voor je eigen veiligheid
- Kijk of het slachtoffer reageert
- Schud voorzichtig aan zijn schouders & vraag luid: 'gaat het?'

De patiënt reageert WEL

- Laat de patiënt in de houding waarin je hem/ haar vindt (indien er geen gevaar is);
- Controleer de patiënt regelmatig;
- Probeer te achterhalen wat er aan de hand is en zorg zo nodig voor hulp;

De patiënt reageert NIET

- Roep om hulp;
- Draai het slachtoffer op zijn rug & maak de luchtweg vrij met de head tilt – chinlift – methode;

Controleer luchtweg & ademhaling gedurende min. 6 sec. – max. 10 sec

- Houd luchtweg open;
- KIJK of de borstkas omhoog komt;
- LUISTER ter hoogte van mond en neus of u ademhaling hoort;
- VOEL met uw wang of er luchtstroom is;

- **De patiënt ademt NORMAAL**

- Leg hem in stabiele zijligging;
- Alarmeer: **Cardiopatiënten:** assistent cardiologie 4246/4245
- Controleer elke minuut of de ademhaling normaal blijft

- **De patiënt ademt NIET of NIET NORMAAL of BIJ TWIJFEL**

- Alarmeer 4246/4245;



Start hartmassage;

- Leg de patiënt op een harde onderlaag; (alternating matras laten leeglopen en/of plank onder patiënt inleggen)
- Sta naast de patiënt ter hoogte van de bovenarm;
- Plaats de hiel van één hand op het MIDDEN van de BORSTKAS
- plaats de hiel van de andere hand bovenop de andere hand. Positioneer uzelf loodrecht op de borstkas en duw de borstkas 5 à 6 cm in (= VERTICALE houding met GESTREKTE ARMEN)
- Laat na elke compressie de borstkas volledig terug naar boven komen, zonder het contact tussen het borstbeen en de handen te verliezen, (het indrukken en omhoog laten komen van de borstkas moeten even lang duren)
- Geef 30 x COMPRESSIES in een tempo van 100 – 120/MINUUT;
- Compressies zo kort mogelijk onderbreken, enkel voor het geven van 2 beademingen;
- Enkel de laatste 5 compressies LUIDOP tellen;

Vervolg met beademingen:

- Maak na 30 compressies de luchtweg vrij met de head tilt – chinlift – methode
- Wissel elke 2 minuten de persoon die de borstcompressies geeft;
- Neem beademingsballon met masker, zuurstofzak en zuurstofleiding en sluit deze aan op 15 liter zuurstof
- Plaats het masker op het gezicht van de patiënt met behulp van de C – techniek of de top – down – techniek (cfr. onderstaande foto's)



C – techniek

- Met de niet dominante hand het masker vasthouden
- met de duim en wijsvinger sluit je het masker op het gezicht aan,
- met de drie andere vingers ondersteun je de kin op de mandibula



Top - down techniek:

- De duim van de niet dominante hand centraal op het masker drukken, de andere vingers ondersteunen de kin
- Druk met je dominante hand op de ballon (1/3 van de beademingsballon = + 500 – 600 ml)
- Geef 2 beademingen, voor 2 beademingen heb je maximaal 5" tijd.
- Iedere beademing telt 1 sec.
- Controleer of de borstkas symmetrisch uitzet

Opmerking

Bij problemen om een effectieve beademing te bekomen, stel je je volgende vragen:

- Is de head tilt - chinlift goed uitgevoerd?
- Sluit het masker goed aan op de mond?
- Indien de twee voorgaande punten goed uitgevoerd zijn en er is toch nog weerstand bij inblazen: denk aan een vreemd voorwerp in de mondholte / keel
- Verwijder indien mogelijk het vreemd voorwerp.
- Niet meer dan 2 pogingen ondernemen voor de 2 beademingen.

2. ALS = ADVANCED LIFE SUPPORT

Indien de defibrillatie deel uitmaakt van de prestatie cardiopulmonaire resuscitatie met technische hulpmiddelen, is het uitvoeren van een defibrillatie een B2-handeling waarvoor een voorschrift van de arts nodig is. Gezien de noodwendigheid die deze techniek (defibrillatie) rechtvaardigt, kan zij worden uitgevoerd op basis van een staand order. In bepaalde diensten zoals spoedgevallen en intensieve zorgen, kunnen verpleegkundigen beschikken over een staand order, waarbij de geneesheer bepaalt in welke situaties zij deze techniek kunnen toepassen en de verpleegkundige per geval beoordeelt of deze voorwaarden aanwezig zijn (Ministeriële omzendbrief 17/06/'97). Ook de Nationale Raad (advies van 17/11/'90 en 30/10/'99) gaat ermee akkoord dat een arts verantwoordelijk voor de spoedgevallendienst, een staand order uitvaardigt voor het uitvoeren van bepaalde handelingen door verpleegkundigen (toedienen van bepaalde medicatie, defibrillatie,...) in dringende medische hulpverlening.

Diagnose van het hartritme met controle van de pols

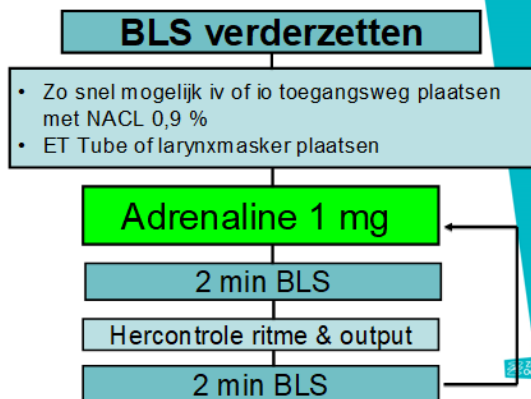
Bepaal het protocol

- Niet-schokbaar ritme:
 - Asystolie
 - Polsloze Elektrische Activiteit (PEA)
- Schokbaar ritme:
 - Ventrikelfibrillatie (VF)
 - Ventrikeltachycardie (VT) zonder pols

Protocol "niet – schokbaar ritme": asystolie en PEA

- Ga verder met BLS (30:2) indien de patiënt een circulatiestilstand vertoont
- Gedurende eerste minuten CPR: luchtweg beveiligen en zuurstof toedienen
 - Eens de patiënt geïntubeerd is wordt de hartmassage ononderbroken uitgevoerd aan een frequentie van 120x/min., ventilaties worden eveneens ononderbroken toegediend aan een frequentie van 10x /min. (Ga weer over op masker-ballon beademing als de intubatie niet lukt en vervolg CPR 30:2)
 - Zorg voor een intraveneuze toegangsweg (IV) of een intra-osseuze toegangsweg (IO) en geef een infuus NaCl 0,9 %
 - Geef 1 mg Adrenaline® IV/IO , zo snel mogelijk
 - Ga vervolgens verder met 2 minuten CPR
 - Controleer ritme en pulsaties na 2 min
 - Indien de asystolie / PEA blijft aanhouden, wordt CPR (frequentie 120x/min, AH 10x/min) gedurende 2 minuten verder gezet
 - Blijf het ritme na elke 2 minuten controleren met minimale onderbreking
 - Geef elke 3-5 min. 1 mg Adrenaline® IV/IO (om de 2 cyclussen)
 - Als het ritme verandert en georganiseerde elektrische activiteit toont, controleer pulsaties
 - Bij twijfel over pulsaties, vervolg algoritme
 - Bij terugkeer van spontane circulatie, start post reanimatiezorg
 - Als het ritme VF of VT toont, ga direct door met de reanimatie en volg het algoritme voor schokbare ritmen. (zie volgend protocol)
 - Elke periode van 2 minuten CPR laat toe om de positie en het contact van de elektroden/paddles te controleren, de luchtweg te controleren en te beveiligen, zuurstof toe te dienen en een veneuze toegangsweg te bekomen, indien dit nog niet zou gebeurd zijn

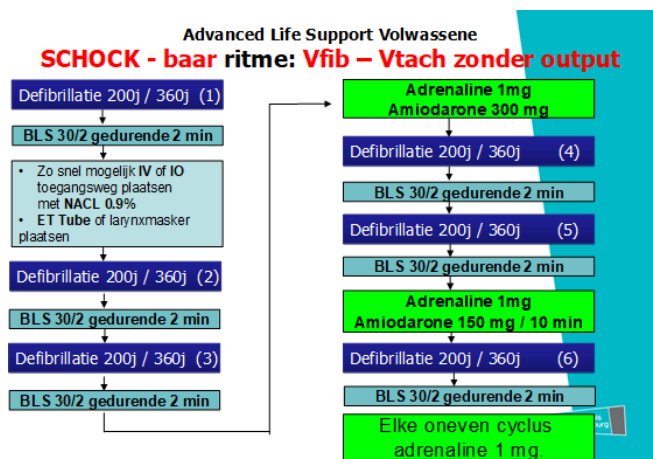
Advanced Life Support Volwassene
NIET – schokbaar ritme: Asystolie - PEA



Protocol 'schokbaar ritme' : VF / Polsloze VT

- Gebruik je de losse defibrillator paddles
 - Stel het correct aantal joules op de paddles in, d.w.z. 200 J bifasisch of 360 J monofasisch terwijl een andere hulpverlener de thoraxcompressies voortzet
 - Plaats de defibrillator paddles op de defib-pads die zich op de thorax van de patiënt bevinden en druk de paddles stevig op de borstwand en laad de defibrillator op
 - Stop even met thoraxcompressies
 - Roep luid: "alles los", en kijk of er niemand voor, opzij, of achter tegen het bed staat, ook jijzelf niet, alvorens de defibrillatie toe te dienen
 - Laat de zuurstof op minimum 1 meter afstand verwijderen indien de patiënt niet geïntubeerd is
 - Shock
 - Blijf tijdens de defibrillatie de ontlaadknoppen op de paddles simultaan indrukken tot de elektroshock geleverd is
- Gebruik je de automatische defib-paddles:
 - Bij herkenning van een schokbaar ritme moet de defibrillator zo snel mogelijk worden opgeladen 200 Joule bifasisch of 360 Joule monofasisch, terwijl een andere hulpverlener de thoraxcompressies verder zet
 - Zodra de defibrillator opgeladen is, stop kort de thoraxcompressies, controleer of niemand aan de patiënt of het bed raakt en geef de 1ste defibrillatieschok.
- Hervat onmiddellijk de BLS 30:2, zonder eerst het ritme opnieuw te beoordelen of pulsaties te controleren
- Luchtweg beveiligen en zuurstof toedienen
 - Eens de patiënt geïntubeerd is wordt de hartmassage ononderbroken uitgevoerd aan een frequentie van 120x/min., ventilaties worden eveneens ononderbroken toegediend aan een frequentie van 10x/min
- Zorg voor een intraveneuze (IV) of intra-osseuze (IO) toegangsweg (NaCl 0.9%).
- Omkeerbare oorzaken opsporen en corrigeren. (4 H's en 4 T's)
- Onderbreek na 2 min. de BLS om het ritme te beoordelen. Pauzeer zo kort mogelijk
- Als VF/VT blijft bestaan: geef een 2de schok met de maximale energie 360 Joule. Dit geldt zowel voor monofasisch als bifasisch defibrillatoren.
- Hervat BLS onmiddellijk gedurende 2 min. Zonder voorafgaande controles
- Onderbreek na 2 min om het ritme te beoordelen: als VF/VT blijft bestaan: geef een 3de schok met maximale energie en hervat BLS onmiddellijk gedurende 2 min, zonder voorafgaande controles
- Geef 1 mg adrenaline intraveneus/intra-osseus (IV/IO) en herhaal dit vanaf nu om de 3 – 5 minuten (dit is om de andere defibrillatie)

- Geef 300 mg amiodaron (Cordarone®) in 20 ml glucose 5% IV/IO in bolus. Bij persisterende VF/VT geef de volgende dosis van 150 mg amiodaron (Cordarone®) in 50 ml glucose 5% IV over 10 minuten toegevend na de 5de schok
- Telkens na 2 min CPR wordt er bij recidief VF/VT opnieuw gedefibrilleerd
- Denk aan de reversibele oorzaken (4 H's en 4 T's)
- Als er na 2 min BLS georganiseerde elektrische activiteit zichtbaar is, controleer de pulsaties:
 - Bij twijfel over pulsaties, vervolg het algoritme niet-schokbare ritmen (PEA)
 - Bij ROSC (return of spontaneous circulation), start de post-reanimatiezorg
- Als de monitor na 2 min BLS asystolie laat zien, ga direct door met de reanimatie en volg het algoritme voor niet-schokbare ritmen
- Elke periode van twee minuten CPR laat toe van de positie en het contact van de elektroden/ paddles te controleren, de luchtweg te controleren en te beveiligen, zuurstof toe te dienen, een veneuze toegangsweg te bekomen indien dit nog niet zou gebeurd zijn



- Omkeerbare oorzaken opsporen en corrigeren.

4 H's

- hypoxie hypovolemie
- hyper- / hypokaliëmie
- hypocalciëmie
- hypothermie

4 T's

- spanningspneumothorax
- harttamponnade
- rombo- embolische of ,... mechanische obstructie
- hypothermie
- toxische of over gedoseerd



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be