

Spoedzorg in beweging

16 en 17 juni 2022







Inhoud

Openingslezing 'Alles stroomt' - Martijn Rutte	4
Plenaire sessies	5
1. Acute problemen tijdens de zwangerschap - Rian Groenen of Marijke de Groot	6
2. Acut handletsel - Carlijn Schipper	7
3. Acut verwarde oudere patiënt - Laurie den Braber	8
4. Acute buikpijn - Jeroen Vogelaar	9
5. Acut sportletsel - Tim Baijens	10
Skyboxsessies	11
1. De suïcidale patiënt	12
2. Acute duizeligheid	13
3. Drugsgebruik	15
4. Convulsie bij een kind	16
Zwaailichtpunten	17
1. Huidafwijkingen kind	18
2. Spoedvaardigheden Epistaxis	19
3. Spoedvaardigheden Anafylaxie	20
Bonus	
Verantwoordelijkheden t.a.v. overleg in de Spoedzorg	21

OPENINGSLEZING

Alles stroomt

Martijn Rutten

LEERPUNTEN

1 Alles stroomt, alles verandert...

2 De huisarts levert in absolute zin het merendeel van de spoedzorg in Nederland met goede kwaliteit.

3 De huidige organisatie staat echter steeds meer onder druk door veranderde/toegenomen zorgvragen, beperkte onderlinge samenwerking, verlies van motivatie en krapte op de arbeidsmarkt.

4 Om de spoedzorg behapbaar te houden zijn grote veranderingen in onze werkwijze noodzakelijk.

5 De organisatie van de (huisartsen)spoedzorg is volop in beweging, bent u bereid mee te bewegen?!

Bronnen

1. The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review M Smits, M Rutten, E Keizer, M Wensing - Annals of Internal Medicine 2017
2. Toekomstbestendige acute zorg. Kamerbrief. Ernst Kuijpers. 2022



Plenaire sessies



PLENAIRE SESSIE

Acute problemen tijdens de zwangerschap

Rian Groenen of Marijke de Groot

LEERPUNTEN

De zwangere met acute buikpijn:

1 Denk bij de zwangere patiënt met buikpijnklachten ook aan de niet gynaecologische oorzaken van buikpijnklachten.

2 De klinische presentatie van een acute appendicitis tijdens de zwangerschap kan duidelijk verschillen van het klassieke beeld. De appendix migreert naar rechts boven in de buik in de zwangerschap.

3 Overleg laagdrempelig met gynaecoloog bij twijfel over je differentiaal diagnose.

LEERPUNTEN

De zwangere met koorts:

1 Adviseer paracetamol te gebruiken.

3 Denk bij een zwangere met een UWI altijd aan kweken op GBS.

2 COVID bij de zwangere kan fulminant verlopen.

4 Verwijs naar gynaecoloog bij verdenking contact met Varicella of Parvo.

Welke zorg hoort wel en niet bij de verloskundige in de 1^e lijn:

WEL 1 ^e LIJNS VERLOSKUNDIGE	NIET 1 ^e LIJNS VERLOSKUNDIGE
Begeleiding ongecompliceerde zwangerschappen	Begeleiding gecompliceerde zwangerschap
Uitwendig onderzoek (uterus, VT, controle RR, urinestick op eiwit en gewicht)	Overig lichamelijk onderzoek
Bloedonderzoek (HB, gluc, infectieserologie, bloedgroep)	Interpretatie overig lab/urineonderzoek en diagnostisch onderzoek
Termijnecho, Structureel echoscopisch onderzoek, groei en liggingsecho	Doppler en geavanceerd ultrageluidsonderzoek
Voorschrijven ijzertherapie	Overige medicatie
Ongecompliceerde bevalling	Gecompliceerde bevalling (waaronder stuit, meerling)
Anticonceptie IUD/OAC	Uitwendige versie

Bronnen

1. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2009;153:B1
2. NHG standaard urineweginfecties
3. <https://www.thuisarts.nl/corona/ik-ben-zwanger-en-heb-misschien-corona>
4. NHG standaard zwangerschap en kraamperiode, paragraaf infecties tijdens de zwangerschap

PLENAIRE SESSIE

**Acuut
handletsel**

Carlijn Schipper

LEERPUNTEN

- 1** Anamnese: doe navraag naar: Traumamechanisme, dominantie, beroep/hobby's, leeftijd, VG, medicatie, roken. Glas maakt meer kapot dan je denkt!
- 2** Indien er sprake is van handletsel, waarbij er een verdenking is op pees- en zenuwletsel, hoeft patiënt niet in de nacht beoordeeld worden door de plastisch chirurg, maar moet patiënt binnen 24 uur op de polikliniek gezien worden, zodat er binnen 72 uur geopereerd kan worden voor het beste resultaat. Hecht de wond tijdelijk dicht om uitdrogen van de onderliggende structuren te voorkomen. Zenuwletsel kan hersteld worden tot ongeveer het DIP gewricht, distaler is het te klein en teveel vertakt.

3

Bij vermoeden van ischemie: direct overleg en verwijzen.

4

Bij nagel letsel: hecht zo mogelijk het nagelbed met oplosbaar hechtdraad, plaats de nagel terug in het nagelbed en ga het traumamechanisme na of er risico is op een (open!) fractuur. Maak dan aanvullend een röntgenfoto of verwijz.

5

Verwijs een patiënt met een skiduim voor lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek (röntgenfoto) en een behandeladvies (operatie, gips/spalk en/of handtherapie). Meestal is er sprake van een ulnair collateraal band letsel, soms is er sprake van een breuk bij het ulnair collateraal ligament letsel.

6

Bij twijfel over behandeling of beleid: laagdrempelig overleg en zo nodig verwijzen.

Bronnen

1. Handletselboek
2. De interpretatie van handletsels 10 tips NTVG

PLENAIRE SESSIE

Acuut verwarde oudere patiënt

Laurie den Braber

LEERPUNTEN

1 Probleemgedrag bij dementie of oudere patiënt? Delier tot tegendeel bewezen is.

2 Krijg je een vraag over een kwetsbare oudere met acute achteruitgang? Ga deze patiënt op korte termijn ook echt fysiek beoordelen. Denk aan de ABCDE en onderzoek de urine.

3 Bij dementie kan een delier zich vooral uiten door verminderde aandacht en minder door bewustzijnsdaling. Een aandachtstest zoals de Casablanca test ('Casablanca' spellen en de patiënt laten klappen bij het horen van de letter A), maanden achterstevoren opnoemen kan je daarbij helpen differentiëren.

4 Een delier is een ernstig, spoedeisend beeld. Onderzoek en behandel de oorzaak van het delier.

5 Midazolam toedienen bij een delirante patiënt met ernstige agitatie is een optie, echter combineer dit dan altijd met haldol (tenzij contra-indicaties voor haldol).

Bronnen

1. NHG standaard Delier
2. NHG-behandelrichtlijn, Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties. Paragraaf Ernstige agitatie
3. NVKG richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen
4. www.medstopper.com



PLENAIRE SESSIE

**Acute
buikpijn**

Jeroen Vogelaar

LEERPUNTEN

→ **Belangrijk in de beoordeling bij buikpijn is het toestandbeeld (ABCDE en secondary assessment) in combinatie met je differentiaaldiagnose. En vergeet daarbij een zwangerschapstest niet.**

↓ **Bij een lage verdenking op een appendicitis of een cholecystitis kan deze patiënt bij de eigen huisarts of in het weekend op de huisartsenpost herbeoordeeld worden.**

↓ **Pijnstilling heeft géén effect op de beoordeling van de buik.**

→ **Wees bij atypische presentaties extra alert in de ABCDE en overleg laagdrempelig voor beoordeling van minder bekende oorzaken zoals ischemie (veel pijn, weinig afwijkingen bij buikonderzoek).**

→ **Denk je in de late avonduren of nacht aan een diagnose zoals cholecystitis en/ of appendicitis en is de patiënt niet ziek? Overweeg dan om in overleg met de chirurg te kiezen voor een beoordeling op de volgende ochtend en voorkom een nachtelijk diagnostisch traject zonder klinische consequentie. De niet zieke patiënt wordt doorgaans namelijk niet in de nacht geopereerd. Geef een goed vangnetadvies en spreek af dat bij toename van de klachten de patiënt zich rechtstreeks op de SEH kan melden. Laat de patiënt nuchter komen.**

Bronnen

1. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2014; 158: A7494
2. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2020;164:D4470
3. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2004;148:2474-80
4. Thomas, S.H., & Silen, W. (2003). Effect on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. The British journal of surgery

PLENAIRE SESSIE

Acuut sportletsel

Tim Baijens

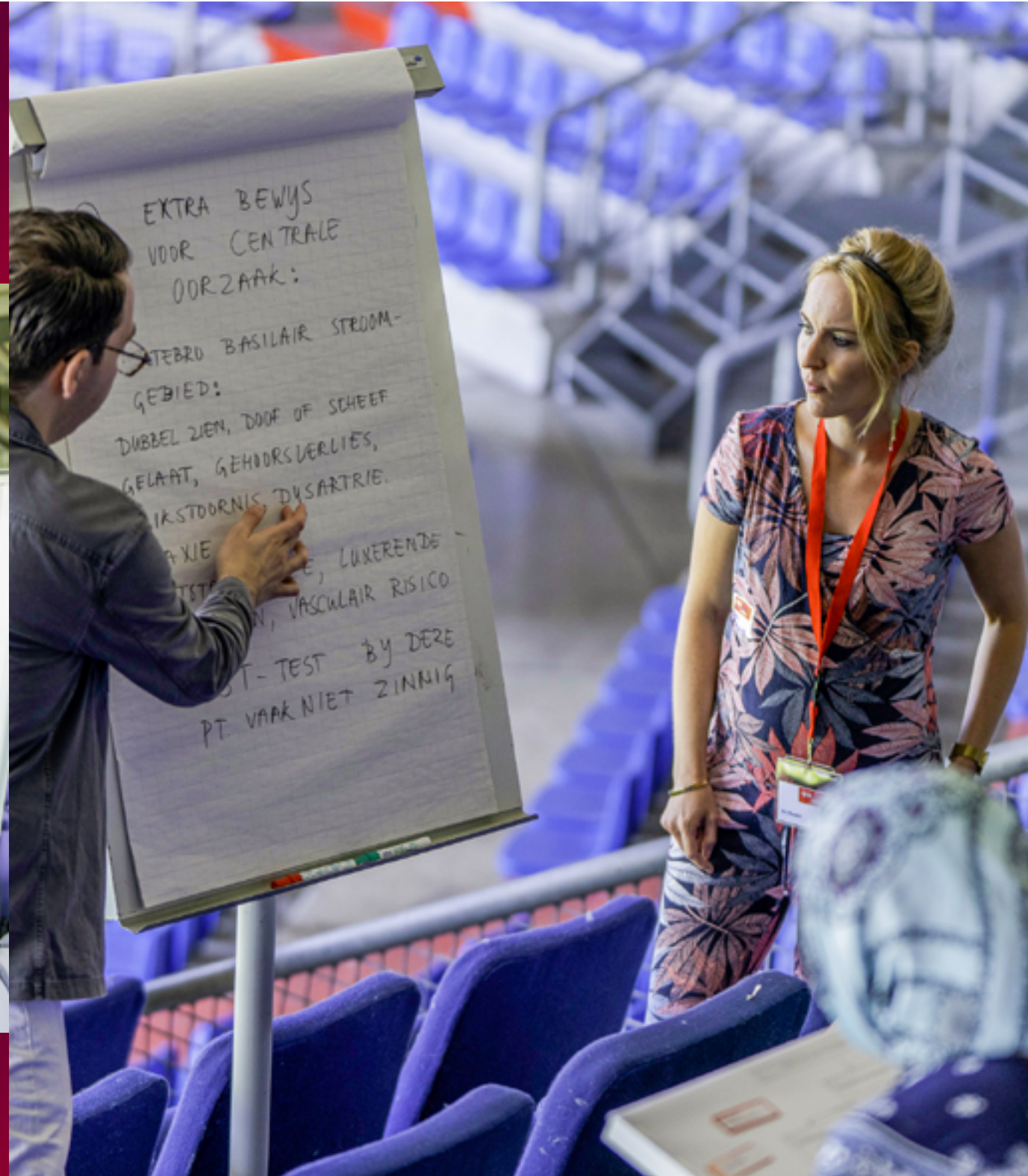
LEERPUNTEN

- 
- 1** In geval van een achillespeesruptuur, stuur patiënt direct in voor immobilisatie middels een gipsspalk in spitsstand.
- 2** In geval van een patella luxatie, reponeer de patella door de aangedane knie volledig te strekken en eventueel lichte druk te geven vanaf de laterale zijde van de patella totdat de patella 'terug springt'. Leg vervolgens een strekspalk aan en verwijs patiënt naar de spoedpoli van de orthopedie.
- 3** In geval van een trauma capitis; vraag het ongevalsmechanisme goed uit en denk aan mogelijk CWK letsel. Indien hoog energetisch trauma doe een ABCDE check en verwijs patiënt door voor aanvullend onderzoek.
- 4** In geval van diplopie na een oogtrauma, denk aan een blow out fractuur van de orbita.
- 5** Bij een habituele anterieure schouderluxatie is er geen superieure methode voor repositie. De Cunningham methode is een veilige en betrouwbare methode voor repositie.

Bronnen

1. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2009;153:A235
2. www.sportzorg.nl/sportblessures/knieblessures/patellaluxatie
3. NHG standaard Hoofdtrauma
4. ABCDE-methode voor huisartsen
5. www.oogartsen.nl/het-oog/ongevallen-oogletsels-trauma
6. www.uptodate-com.ru.idm.oclc.org/contents/shoulder-dislocation-and-reduction

Skyboxsessies



SKYBOXSESSIE

Suïcidale
patiënt

LEERPUNTEN

→ Bagatelliseer zelfbeschadiging en suïcidaliteit niet.



Neem iemand serieus.

→ Kom niet zomaar met oplossingen.



Draai er niet om heen, maak het bespreekbaar.



Luister naar diegene zonder oordeel.



Maak écht contact (en tijd).



Verricht een zorgvuldige klachten exploratie en kijk naar een concreet veiligheidsplan, waarin je het liefst naasten betreft en onder andere vervolgafspraken maakt op korte termijn, te weten hooguit enkele dagen.



Pak de Triage Tool 'Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk' erbij.

Bronnen

1. Triage Tool Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk.
2. GGZ Standaard 'suïcidaal gedrag'. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Nederlandse Vereniging van Psychiatrie. Akwa GGZ, 2018.

SKYBOXSESSIE

Acute
duizeligheid

Onderscheid perifere en centrale oorzaak.

De HINTS+ doe je om te differentiëren tussen een perifere en een centrale oorzaak voor acute duizeligheid. Je kunt deze serie van tests inzetten bij een patiënt met acuut ontstane duizeligheid, die op het moment dat je de patiënt ziet nog steeds aanwezig is én een nystagmus heeft. De HINTS+ heeft een sensitiviteit van 100%, specificiteit van 96% om een centrale oorzaak aan te tonen. Dus is het een super goede test (beter zelfs dan een MRI scan). Een MRI scan kan zelfs de eerste 48 uur nog negatief zijn.

Uit welke onderdelen bestaat de HINTS+? En hoe voer je deze uit?

HI

Head impulse test (HIT)

Hierbij houd je het hoofd van de patiënt vast en vraag je de patiënt te ontspannen en naar je neus te blijven kijken. Je maakt dan plotse bewegingen naar links en rechts om te kijken of de ogen continue naar je neus blijven staan.

www.youtube.com/watch?v=fjqAkhYNPRk
(HIT 0:00-0:27)

Een head impulse test, waarbij er een extra saccade wordt gemaakt om weer naar je neus te kijken, wijst op een perifere oorzaak van de duizeligheid. Juist een normale head impulse test (bij een patiënt die nú duizelig is, én een nystagmus heeft) pleit voor een centrale oorzaak.

N

Nystagmus

Je laat oogvolgbewegingen uitvoeren en beoordeelt de nystagmus: Een horizontale nystagmus die verandert van richting of een verticale nystagmus (zowel downbeat als upbeat) pleiten voor een centrale oorzaak. Alleen een nystagmus die onafhankelijk van de blikrichting steeds in dezelfde richting gaat past bij een perifere oorzaak.

Voor de beoordeling van een nystagmus kijk je naar de snelle fase van de nystagmus. We zeggen dan bijv. 'er is sprake van een nystagmus met de snelle fase naar rechts'. Daarnaast beoordelen we wanneer de nystagmus optreedt, e.g. bij het kijken in welke richting. Bijvoorbeeld 'een nystagmus met de snelle fase naar rechts die aanwezig is enkel bij het kijken naar rechts'. Er zijn daarin 3 soorten nystagmus te onderscheiden

1. Eerste graads nystagmus: de nystagmus is enkel aanwezig bij het kijken in 1 richting
2. Tweede graads nystagmus: de nystagmus is aanwezig bij zowel kijken in 1 richting als vooruit kijken
3. Derde graads nystagmus: de nystagmus is aanwezig bij kijken in alle richtingen (links, rechts en vooruit).

Soms zien we een nystagmus waarbij de pupil ook nog roteert. Dit wordt een rotatoire nystagmus genoemd. Een 3e graads rotatoire nystagmus past meestal bij een perifeer vestibulair probleem.
www.youtube.com/watch?v=1q-VTKPweuk (Nystagmus 02:45-03:00).

TS

Test of Skew

We vragen de patiënt naar onze neus te kijken en dekken om en om zijn ogen af en kijken wat er gebeurt met de oogstand.

www.youtube.com/watch?v=zgqCXef-qPs
(skew deviation - volledig)

Een oogstand die in verticale richting verandert bij de 'test of skew' noemen we een verticale skew deviation en pleit sterk voor een centrale oorzaak. Om dit te onthouden kan men zich voorstellen dat de hersenen in staat zijn om de ogen op 1 niveau te houden ondanks dat er vanuit 1 oog geen input (visus) is.

Wanneer de hersenen hiertoe niet in staat zijn weten ze de ogen, bij wegvallen van de visus (afdekken van oog) dus niet op 1 lijn te houden.

+

(Plus)

Hierbij onderzoek je het gehoor, wat je test door met je vingers te wrijven naast beide oren. Bij acuut gehoorsverlies – acute doofheid – moet aan een centrale oorzaak worden gedacht. Bij de ziekte van Menière kan men ook gehoorsvermindering krijgen maar i.p. nooit volledig gehoorsverlies. Bovendien staat de tinnitus dan meer op de voorgrond. Acuut gehoorsverlies in combinatie met acute duizeligheid vraagt dus altijd om een spoedverwijzing naar de SEH.

Interpretatie van de HINTS+

Belangrijk om te onthouden is dat er, voor de diagnose 'perifeer vestibulaire aandoening' bij acute duizeligheid, moet worden voldaan aan alle onderstaande bevindingen bij de HINTS+. Als er echter maar één onderdeel afwijkend is, dan is dit al voldoende om te denken aan een centrale oorzaak van de duizeligheid.

HINTS+ passend bij perifere oorzaak
(Alle van volgende aanwezig):

- › Afwijkende Head Impulse test
- › Unidirectionele nystagmus
- › Geen verticale skew
- › Normaal gehoor of oud gehoorsverlies

HINTS+ passend bij centrale oorzaak
(Eén of meer van de volgende):

- › Normale Head Impulse test
- › Bidirectionele nystagmus
- › Afwijkende Test of Skew
- › Nieuw gehoorsverlies

Bronnen

1. Acute duizeligheid: perifeer of centraal?
2. Nervus - Jaargang 4 - editie 3 - 2019-3

Acute duizeligheid

Extra argumenten voor centrale oorzaak

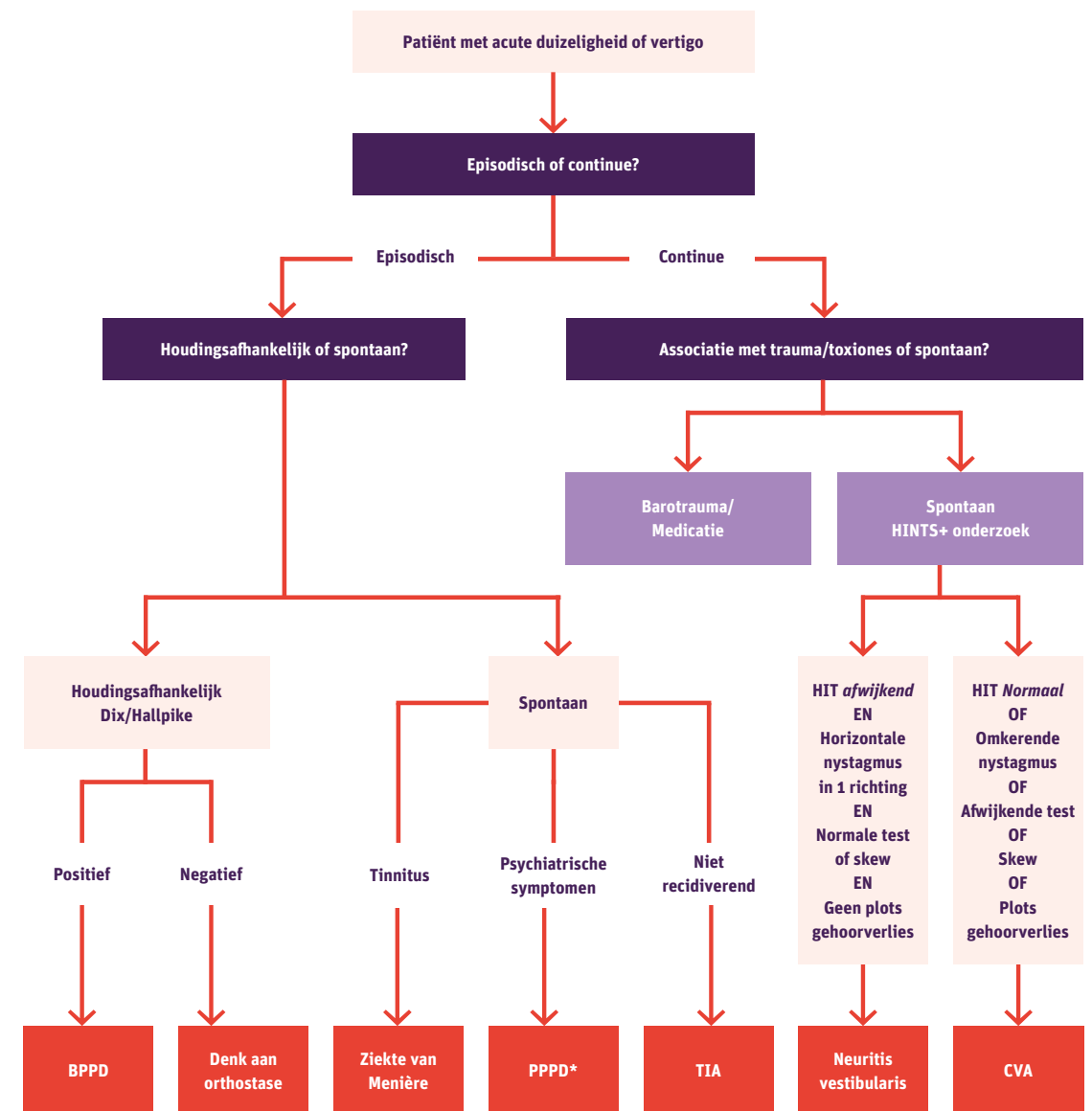
1. Symptomen gelokaliseerd in het vertebrobasilair stroomgebied:
 - › Dubbelzien (bioculair), doof of scheef gelaat, gehoorverlies, slikstoornis, dysartrie, ataxie (let wel, patiënten met een vestibulaire oorzaak voor duizeligheid kunnen ook een ataxie hebben, maar kunnen nog wel zelfstandig lopen. Mensen met een centrale oorzaak kunnen vaak niet eens normaal zitten).
2. Ontstaanswijze (acuut, binnen 5-10 minuten), luxerende factoren (bijvoorbeeld recent nektrauma, maakt kan op a. vertebraalis dissectie groter) en vasculaire risicofactoren (patiënt die vasculair belast is, verdient extra aandacht bij acute duizeligheid).



FAST en Dix-Hallpike

De FAST (face, arm, speech, time) test is voor pathologie in het vertebrobasilaire stroomgebied (vanuit waar duizeligheid wordt verklaard) erg ongevoelig.

De Dix-Hallpike wordt enkel uitgevoerd bij mensen die in de anamnese al verdacht zijn voor BPPD en heeft bij bovenstaande, extreem duizelige en misselijke mensen, geen meerwaarde. Zorg bij het uitvoeren wel dat je de positie na het kiepen zeker 10-20 seconden vasthoudt. Meestal komt de nystagmus of de voor patiënt herkenbare klacht pas na een paar seconden opzetten.



*) PPPD: Paniekaanval, Persisterende Positionele Perceptie, Duizeligheid

SKYBOXSESSIE

Drugsgebruik

LEERPUNTEN

1 Snel een toestandbeeld bepalen bij een zieke patiënt met mogelijk een verminderd bewustzijn gaat het beste middels de ABCDE systematiek.

2 Drugs kunnen sterk van invloed zijn op anamnese, lichamelijk onderzoek en op medicatie gebruik, vraag ernaar!

3 Informatie over intoxicaties en drugs is te vinden op o.a.:

- › jellinek.nl
- › drugsinfo.nl (Trimbos)
- › vergiftigingen.info

Bronnen

1. www.jellinek.nl/
2. www.drugsinfo.nl/
3. www.vergiftigingen.info/
4. www.unity.nl

SKYBOXSESSIE

Convulsie bij een kind



LEERPUNTEN



Maak onderscheid tussen typische en a-typische koortsconvulsie

TYPISCH

Tonisch-clonisch insult
Leeftijd 6 maanden - 6 jaar
Koorts > 38 graden
Maximaal 15 minuten
Post-ictale periode maximaal 60 minuten, zonder neurologische verschijnselen

A-TYPISCH

Eenzijdige trekkingen
Leeftijd < 6 maanden of > 6 jaar
Recidief in dezelfde koortsperiode
Langer dan 15 minuten
Neurologische verschijnselen of aanhoudende post-ictale periode

Bronnen

1. NHG-standaard, kinderen met koorts. Paragraaf koortsconvulsie
2. NHG-behandelrichtlijn, Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties. Paragraaf koortsconvulsie
3. NVK-richtlijn, Epileptische aanvallen/status epilepticus, ouder dan 1 maand
4. www.kinderneurologie.eu/ziektebeelden/epilepsie/koortsstuip.php
5. www.henw.org/artikelen/geen-preventieve-medicatie-bij-koortsconvulsies
6. www.ntvg.nl/artikelen/wel-geen-paracetamol-bij-kinderen-met-koorts
7. www.thuisarts.nl/koortsstuip/mijn-kind-heeft-koortsstuip
8. NVSHA richtlijn toediening van intranasale medicatie



QR Code naar NVSHA richtlijn toediening van intranasale medicatie



Gebruik Midazolam

Keep it simple!

Kies 1 methode: gebruik Midazolam via MAD, dan hoef je bij verschillende patiëntengroepen alleen de dosering aan te passen.

Het is bekend dat des te langer een aanval duurt, des te moeilijker een kind uit een insult komt.

Dus NIET terughoudend zijn met het geven van Midazolam (bij voorkeur na 3-5 minuten). Bij meer dan 2 doses Midazolam of te hoge toegediende dosis: kans op ademdepressie!

Zwaailichtpunten



ZWAAILICHTPUNTEN

Huidafwijkingen kind

LEERPUNTEN



Huidziekten bij kinderen kunnen onderdeel van een ernstige ziekte zijn.



Wees alert bij zieke kinderen en instrueer ouders bij snel uitbreidende huidafwijkingen zoals niet wegdrukbare plekjes.



Volg laagdrempelig op bij minder alarmerende aandoeningen zoals impetigo of waterpokken, want ook deze kunnen complicaties veroorzaken.



Overleg met gepaste spoed bij twijfel, bijvoorbeeld via teledermatologie met de dermatoloog of met de kinderarts bij een verdenking op een meer systemische ziekte.

Bronnen

- Praktische Pediatie, tijdschrift:
 - › 'Henoch schonlein purpura: niet altijd onschuldig' 2016
 - › 'Dermatologie in de kindergeneeskunde' 2014
 - › 'Dermatologische spoedgevallen' 2010
 - › 'Huidafwijkingen bij de neonat' 2010
 - › 'Acuut hemorragisch oedeem van de kinderleeftijd' 2016
 - › 'De ziekte van Kawasaki' 2012
- Wat zie ik? Advies bij kinderen met huidafwijkingen | Huisarts & Wetenschap (henw.org)
- Puistjes en blaasjes bij pasgeborenen | Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (ntvg.nl)
- <https://www.ntvg.nl/artikelen/een-blauwe-plek-bij-een-zuigeling-dient-altijd-verklaard-te-worden>

ZWAAILICHTPUNTEN

Spoedvaardigheden Epistaxis

LEERPUNTEN



Waar let je op bij anamnese?

- › Spontaan, trauma/manipulatie
- › Locatie:
 - a. Anterieur: loopt bloed uit de neus
 - b. Posterieur: loopt bloed in de keel: kortademig, misselijkheid
 - c. Rechter/linker neusgat of beiderzijds
- › Diffuse bloeding (denk hieraan bij antistolling gebruik, doorgeschoten INR)
- › Tijdsduur
- › Maak inschatting hoeveelheid bloedverlies



Waar let je op bij lichamelijk onderzoek?

- › ABCDE check met controle vitale parameters
 - › Let specifiek op een C-probleem
- › Rhinoscopia anterior: focus zichtbaar? (locus Kiesselbachi)
- › Mondinspectie: posterieure bloeding?
- › Aanvullend onderzoek
 - › Hb en/of INR bepaling op indicatie



Beleid

Krachtig snuiten en 10 min in de juiste houding de neus dichtknijpen. (Bij trauma; sluit fractuur en liquorlekkage eerst uit) Als patiënt thuis ook al lang geknepen heeft, kan je overwegen eerst xylometazoline* te geven. Controleer na afloop ook altijd de keel; is er geen 'post nasal drip' ontstaan?



Nog actieve bloeding?

Dan zijn er meerdere opties:

- › Nu xylometazoline en het knijpen herhalen.
- › Merozel tampon inbrengen, eventueel eerst glad maken met vaseline eventueel na inbrengen bevochtigen met spuitje met kraanwater of decongestivum. Minimaal 48 uur laten zitten.

Geef het aangebroken flesje xylometazoline mee aan de patiënt i.v.m. de hygiëne en vanwege kans op een recidief epistaxis.

- › Gebruik tranexaminezuur:
 - › Optie 1: Strook gaas of gaastampon gedrenkt in tranexaminezuur inbrengen. Deze strook gaas/ of gaastampon is gedrenkt in oplossing van 500mg in 5 ml
 - › Optie 2: Spray de tranexaminezuur met gebruik van een MAD, neus dichtknijpen gedurende 15 minuten. In de door ons geraadpleegde onderzoeken werd in totaal 500mg (= 5ml) tranexaminezuur via MAD toegediend in beide neusgaten. Verspreid dit over meerdere giften (niet meer dan 1ml per neusgat).

Tranexaminezuur is in Nederland verkrijgbaar in ampullen van 5ml van 100mg/ml.

Eén ampul van 5ml bevat 500mg tranexaminezuur.

Bronnen

1. Lokaal tranexaminezuur bij spontane neusbloedingen | Huisarts & Wetenschap (henw.org)
2. Akkan S, Corbacioglu SK et al. Evaluating Effectiveness of Nasal Compression With Tranexamic Acid Compared With Simple Nasal Compression and Merozel Packing: A Randomized Controlled Trial. *Ann Emerg Med.* 2019 Jul;74(1):72-78

ZWAAILICHTPUNTEN

Spiedvaardigheden Anafylaxie

LEERPUNTEN



Anafylaxie is waarschijnlijk na blootstelling aan een allergeen bij een acuut (binnen minuten of uren) begin van de volgende klachten:

- › klachten van huid of slijmvliezen (urticaria, pruritus, of 'flushing', zwelling van lippen, tong of uvula), en ≥ 1 van de volgende symptomen (ABCDE):
- › **A&B** › tekenen van een bedreigde ademhaling (dyspneu, piepen, stridor, hypoxie, gevoel van zwelling in de keel)
- › **C** › verlaagde bloeddruk:
 - › ≥ 12 jaar: systolisch ≤ 90 mmHg of 30% verlaging van de uitgangswaarde voor die patiënt
 - › kinderen < 12 jaar; kenmerken van hypotensie (verhoogde pols, collapsneiging)
 - › gastro-intestinale klachten (krampende buikpijn of braken)



Hypotensie na blootstelling aan een voor de patiënt bekend of aannemelijk allergeen kan ook duiden op anafylaxie.



Behandelschema bij vermoeden van een anafylactische reactie:

- › Geef adrenaline 0,5 mg i.m. of 0,3 mg per auto-injector.
- › Geef maximaal zuurstof.
- › Stop of verwijder het allergeen.
- › Bij shock: ringerlactaat 500ml in 10 min.
- › Bij bronchospasme: vernevel met salbutamol, plus ipratropium bij de eerste verneveling.
- › Geef anti-histaminicum, Clemastine 2mg IV of IM
- › Overweeg corticosteroïden.



Als er alleen jeuk of urticarieel huidbeeld is, zonder een A, B, of C probleem: Geef een anti-histaminicum.

Bronnen

1. Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties | NHG-Richtlijnen
2. abcde-kaart-nov-2021-web.pdf (nhg.org)
3. SHK: Spoedeisende Hulp App bij kinderen

BONUS

Verantwoordelijkheden t.a.v. overleg in de Spoedzorg



Bronnen

1. Praktijkdilemma intercollegiaal advies
2. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling KNMG
3. Samenwerkingskader HAP RAV

1

Ambulanceverpleegkundige acht vervolgzorg door de huisarts (of HAP) nodig en draagt patiënt over aan de huisarts. Op moment dat HAP uitspreekt dat zorgverlening wordt overgenomen, gaat de verantwoordelijkheid over van RAV naar HAP.

2

Ambulanceverpleegkundige twijfelt of vervolgzorg door de huisartsenpost nodig is en neemt contact op met de huisarts voor collegiaal overleg. De ambulanceverpleegkundige gebruikt SBAR voor het formuleren van de vraag, en geeft duidelijk aan dat het gaat om een verzoek om overleg met de huisarts. Beiden zijn verantwoordelijk: De behandelaar is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. De arts die geconsulteerd wordt, is verantwoordelijk voor de inhoud van het advies.

3

Ambulanceverpleegkundige acht vervolgzorg door de huisartsenpost niet nodig en geeft de informatie telefonisch aan de huisarts door. De huisarts is op de hoogte van de situatie en verantwoordelijk voor de inschatting of het advies van de ambulanceverpleegkundige passend is. De ambulanceverpleegkundige is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt.

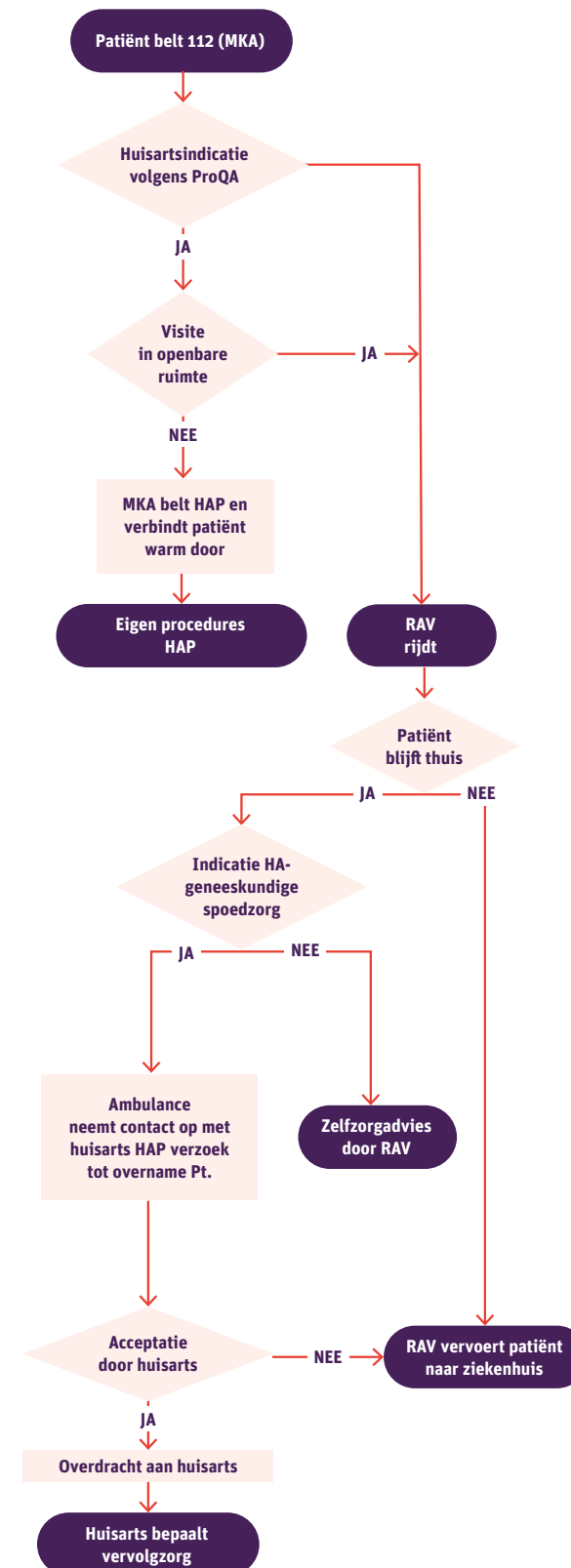
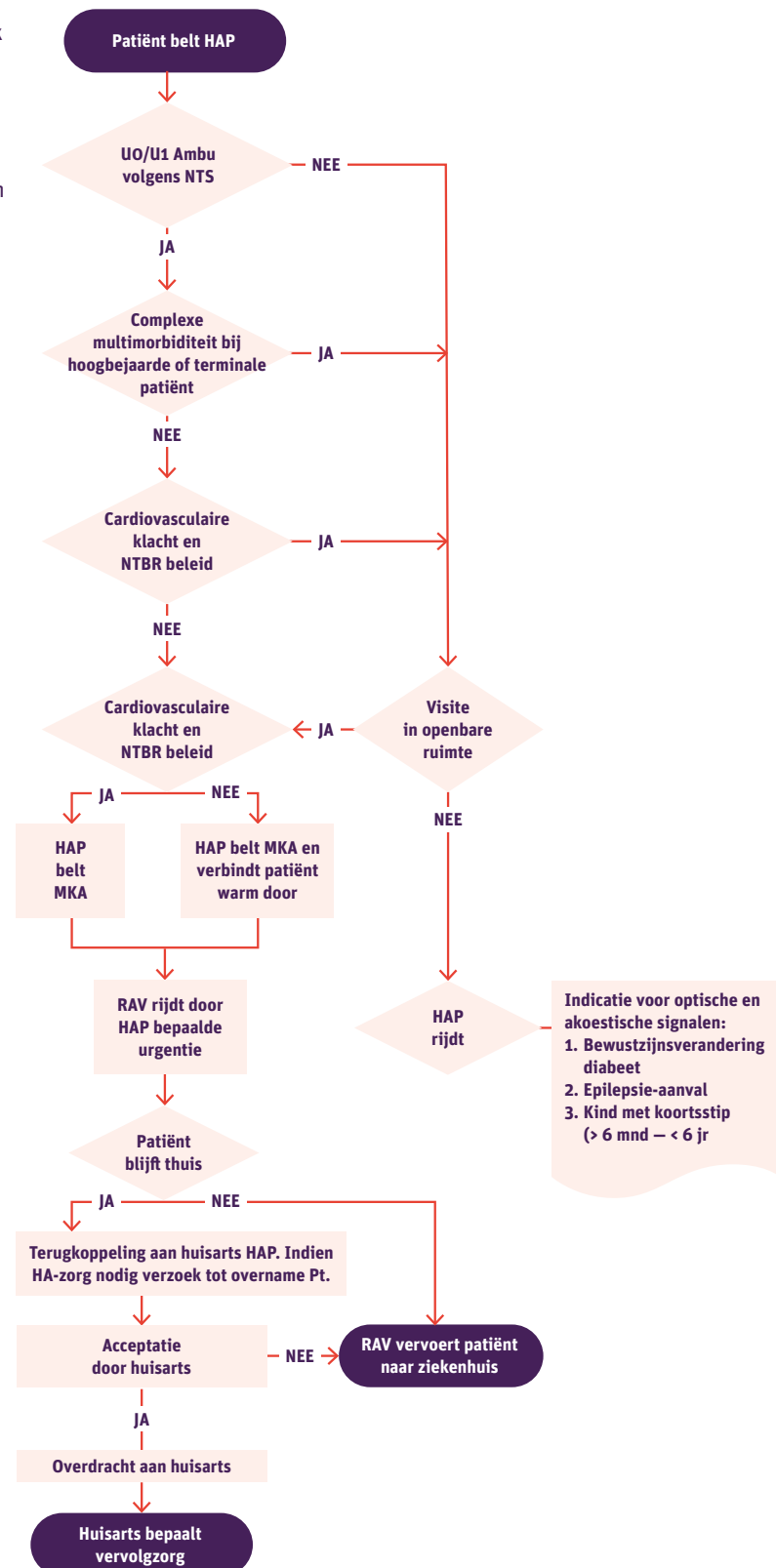
Met het oog op de juiste zorg, op de juiste plaats, levert de regionale ambulancevoorziening (RAV) in toenemende mate 'eerste hulp, geen vervoer'. Dit betekent dat de ambulanceverpleegkundige ter plaatse zorg verleent, maar de patiënt niet naar het ziekenhuis vervoert.

Wanneer de ambulanceverpleegkundige besluit de patiënt niet naar een ziekenhuis of andere zorginstelling te brengen, zijn er drie mogelijkheden voor terugkoppeling aan de huisartsenpost. In het document Samenwerking HAP-RAV (zie onderstaande link) staan voorbeelden van samenwerkingsovereenkomsten tussen HAP en RAV. Deze samenwerkingsafspraken zouden er uit kunnen zien zoals weergegeven in nevenstaand 1-2-3 schema.

Verantwoordelijkheden t.a.v. overleg in de Spoedzorg

HAP - RAV Samenwerking werkafpraak

De patiënt heeft twee toegangswegen tot acute zorg bij spoedgevallen: via de HPA en via de MKA. In deze werkafpraak wordt het proces besproken van het toekennen van ritten aan de juiste partij, rekening houdend met huisartsindicaties. Dit proces is weergegeven in het nevenstaande stroomdiagram.



De KNMG geeft de volgende informatie over intercollegiaal advies bij consultatie van een andere arts: **Bij een collegiaal advies dragen beide artsen een verantwoordelijkheid. De behandelend arts is verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. De arts die geconsulteerd wordt, is verantwoordelijk voor de inhoud van het advies. Het consulteren van een vakgenoot in het kader van een behandeling valt doorgaans niet onder het beroepsgeheim.**

Verantwoordelijkheden van de behandelend arts
De behandelend arts is degene die met de patiënt een behandelingsovereenkomst is aangegaan. Daarom is hij verantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. Bij de uitvoering daarvan kan hij het advies van een collega betrekken. De behandelend arts moet dan nagaan of hij in de gegeven situatie kan volstaan met dit (telefonisch) advies of dat er meer nodig is. Het is de expliciete verantwoordelijkheid van de behandelend arts om te beoordelen of hij kan volstaan met het advies van zijn collega. Kan dat niet, dan moet hij de patiënt verwijzen of zijn collega als medebehandelaar inschakelen. De behandelend arts noteert in het dossier aan welke arts hij advies heeft gevraagd, en zo nodig wat dat advies inhield.

Verantwoordelijkheden van de geconsulteerde arts
De geconsulteerde arts is verantwoordelijk voor de inhoud van zijn advies. De geconsulteerde arts moet zich realiseren dat hij het advies alleen kan baseren op de informatie die hij heeft gekregen van de behandelend arts. Daardoor is het advies per definitie beperkt en is terughoudendheid geboden bij het stellen van een diagnose. De geconsulteerde arts moet zich realiseren dat het niet in alle gevallen verantwoord is om zonder eigen lichamelijk onderzoek advies te geven of een diagnose te stellen. Bij twijfel moet hij adviseren om de patiënt voor nader onderzoek te verwijzen.

Beroepsgeheim

Het beroepsgeheim geldt niet tussen hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst. Onder rechtstreeks betrokkenen kan ook een collega-vakgenoot vallen, aan wie advies wordt gevraagd in het kader van de behandeling. De geconsulteerde arts kan dus worden beschouwd als 'rechtstreeks betrokken hulpverlener'.





◀ Congresorganisatie

V.l.n.r. Wanja Flantua, Boukje van Dijk, Jo Hendrick, Karin Slotman, Caroline Adang

Paulien Verhoef, Geramé Wagemakers, Frederike Bierens en niet op foto: Pieter Visser, Elbrig Pasma

Colofon

Betrokken organisatie: Huisartsopleiding Nederland, PrimaCura, Schola Medica, SBOH

Samenstelling naslagwerk: Boukje van Dijk, Paulien Verhoef, Karin Slotman

Fotografie: Kaige Productions B.V.

Ontwerp naslagwerk: Paul Kooi, 100pk.nl

Gefinancierd: HDS-fonds