

NASLAGWERK

HA Spoedzorg  
congres

# Spoedzorg in beweging

Dinsdag 19 september 2023  
TT-circuit Assen

Woensdag 11 oktober 2023  
Tropeninstituut Amsterdam







## Inhoud

### Openingslezing

Jan Schaart, lid RvB Dokter Drenthe (Assen)	4
Corine van Geffen, (Amsterdam) Bestuurder Huisartsenposten Amsterdam	5

### Plenaire sessies

1. Acute problemen tijdens de zwangerschap - Marjoes Droogh (Assen) Leonie van Rheenen-Flach (Amsterdam)	7
2. Acut handletsel - Carlijn Schipper	8
3. Acut verwarde oudere patiënt - Laurie den Braber	9
4. Acute buikpijn - Jeroen Vogelaar	10
5. Acut sportletsel - Tim Baijens	11

### Hot-topic sessies

1. De suïcidale patiënt	13
2. Acute duizeligheid	14
3. Drugsgebruik	16
4. Convulsie kind	17

### Zwaailichtpunten

Anafylaxie	19
Acute huidafwijkingen bij kinderen	20
Epistaxis spoedvaardigheden	21
Zuurstoftherapie	22
Schouderrepositie	22

### Bonus

Verantwoordelijkheden t.a.v. communicatie in de Spoezorg	23
--	----

OPENINGSLEZING ASSEN

# Acute zorg staat onder druk

Jan Schaart, lid RvB Dokter Drenthe

## Hoe kijken we bij Dokter Drenthe naar zorg coördinatie centra?

Omdat het gaat over intensieve samenwerking denken wij dat een regionale schaal- & aanpak het beste werkt. De basis is: elkaar al kennen, iets gunnen en vertrouwen. Bovenregionaal samenwerking, in ROAZ verband, zien we als zinvol om van elkaar te leren en af te stemmen.

### Hoe? Op hoofdlijnen:

- Huisartsenspoedpost in de ANW als 1e contact patiënt houden; deze kan ruim 95% zelf afhandelen
- Vanuit HASP is al intensieve samenwerking ambulance, ELV bedden, thuiszorg en GGZ
- Digitalisering via: spreekuur.nl
- Specifieke aandacht voor HAP visites

Graag benutten we het landelijk zorg coördinatie project om verder te denken over: bereikbaarheid van de tandarts in ANW; uitbreiding ELV-punt; overnemen deel van acute zorgvragen door apotheek; verbeteren inzicht in patiënten dossiers door verschillende BIG-geregistreerde hulpverleners (zorgviewer).

In Dokter Drenthe werken we aan kwalitatieve, 24/7 toegankelijke, duurzame en toekomstbestendige huisartsenspoedzorg met o.a. als inzet de druk op de acute zorg te verminderen. Hierdoor komt er ook minder werkdruk op de HASP en ontstaat meer werkplezier; zeker als de echte acute zorg weer voorop komt te staan. Goed draaiende en functionerende dagpraktijken zijn de beste manier om dat voor elkaar te krijgen. Daar dragen wij graag aan bij.

### LEERPUNTEN

**1** Er wordt onnodig beroep gedaan op 112: 40% van de meldingen betreft geen acute zorgvraag.

**2** In veel regio's is onvoldoende samenwerking tussen de verschillende domeinen in de acute zorg.

**3** Er is sprake van inefficiënte inzet van het schaarse personeel: op meerdere plaatsen 24/7 (telefonische) beschikbaarheid.

**4** Ondanks veel inspanning nog beperkte digitalisering en uitwisseling van data. Deze items creëren urgentie en hebben geleid tot nationaal beleid m.b.t. zorg coördinatie centra.

OPENINGSLEZING AMSTERDAM

# Acute zorg staat onder druk

Corine van Geffen, Bestuurder Huisartsenposten Amsterdam



## LEERPUNTEN

**1** Stijgende zorgvraag

**2** Dalend zorgaanbod  
(arbeidsmarkt krimpt)



## HOE GAAN WE DEZE ONTWIKKELINGEN BEÏNVLOEDEN?

### Zorgvraag reductie:

#### Landelijke cijfers huisartsenspoedzorg:

- 30% telefoon is U5 (zelfzorg)
- 10% telefoon is U4 (volgende dag naar eigen huisarts)
- U4 en U5 gesprekken (40%) kosten meeste tijd (ongeveer 10 minuten)

Het potentiële rendement van terugdringen van deze vraag is dus zeer groot en zou wellicht het gehele personeelsprobleem op kunnen lossen.

### Verminderen aanbod telefonie:

- Moet ik naar de dokter (MINDD) (leidt tot 10,8% minder contacten)
- Bereikbaarheid dagpraktijken vergrootten
- Publiekscampagnes

### Zorgaanbod verhogen:

#### Uitbreiden formatie triagisten:

- Aanbieden combibanen met dagpraktijken/ ziekenhuis
- Mobiele werkplekken
- Stages doktersassistenten in opleiding
- Inhuur ZZP: medisch studenten
- Huisartsen bellen mee

#### Opleiden en groei:

- Baliemedewerker, aankomend junior triagist en junior triagist (meestal medisch studenten)
- Triagist in opleiding en triagist (meestal doktersassistenten)

### Efficiënter samenwerken

- Integrale spoedposten
- Regionale zorgmeldkamers
- Zorgcoördinatie moet in eerste instantie ingericht worden voor de 5% telefoontjes waar multidisciplinaire triage van meerwaarde is.

### Sterke sociale basis en slimme zorg:

- De digitale voordeur: waar alle Amsterdammers terecht kunnen met hun gezondheids- of welzijnsvragen.

# Plenaire sessies



## PLENAIRE SESSIE

## Acute problemen tijdens de zwangerschap

Leonie van Rheenen-Flach (A'dam) en Marloes Droogh (Assen)

## 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.

## 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

## 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<sup>e</sup> lijn:

WEL 1 <sup>e</sup> LIJNS VERLOSKUNDIGE	NIET 1 <sup>e</sup> 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

## PLENAIRE SESSIE

**Acuut  
handletsel**

Carlijn Schipper

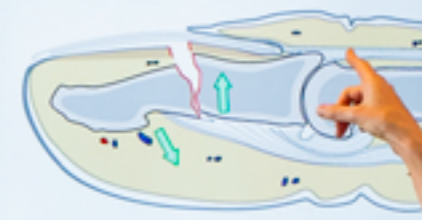
## LEERPUNTEN

- 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.

## Bronnen

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

## Casus 1: Röntgenfoto

**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.





## 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.

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

**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 opnemen kan je daarbij helpen differentiëren.

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

## 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](http://www.medstopper.com)

## PLENAIRE SESSIE

**Acute  
buikpijn**

Jeroen Vogelaar

## LEERPUNTEN

→ **Belangrijk in de beoordeling bij buikpijn zijn het toestandsbeeld (ABCDE, secondary survey (urine, zwangerschapstest) en AMPLE), in combinatie met je differentiaal diagnose.**

↓ **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 darmischemie (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 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 ongevals-mechanisme 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](http://www.sportzorg.nl/sportblessures/knieblessures/patellaluxatie)
3. NHG standaard Hoofdtrauma
4. ABCDE-methode voor huisartsen
5. [www.oogartsen.nl/het-oog/ongevallen-oogletsels-trauma](http://www.oogartsen.nl/het-oog/ongevallen-oogletsels-trauma)
6. [www.uptodate-com.ru.idm.oclc.org/contents/shoulder-dislocation-and-reduction](http://www.uptodate-com.ru.idm.oclc.org/contents/shoulder-dislocation-and-reduction)
7. <https://www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Repositie-luxaties-vaardigheden.pdf>

# Hot-topic sessies



## HOT-TOPIC SESSIE

**Suïcidale  
patiënt**

## LEERPUNTEN

→ Een goed gesprek is een interventie.



Maak de cirkels groter, betrek naasten.



Maak écht contact en let op signalen van contactgroei.



Maak vervolgspraken op een termijn die voor patiënt te overzien is.

## Bronnen

1. H&W Podcast Suïcidepreventie – #4, Bespreking met psychiater en huisartsen
2. GGZ Standaard 'suïcidaal gedrag'. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Nederlandse Vereniging van Psychiatrie. Akwa GGZ, 2018.



## HOT-TOPIC SESSIE

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.

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](http://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](http://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  
(één 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 (binoculair), 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).

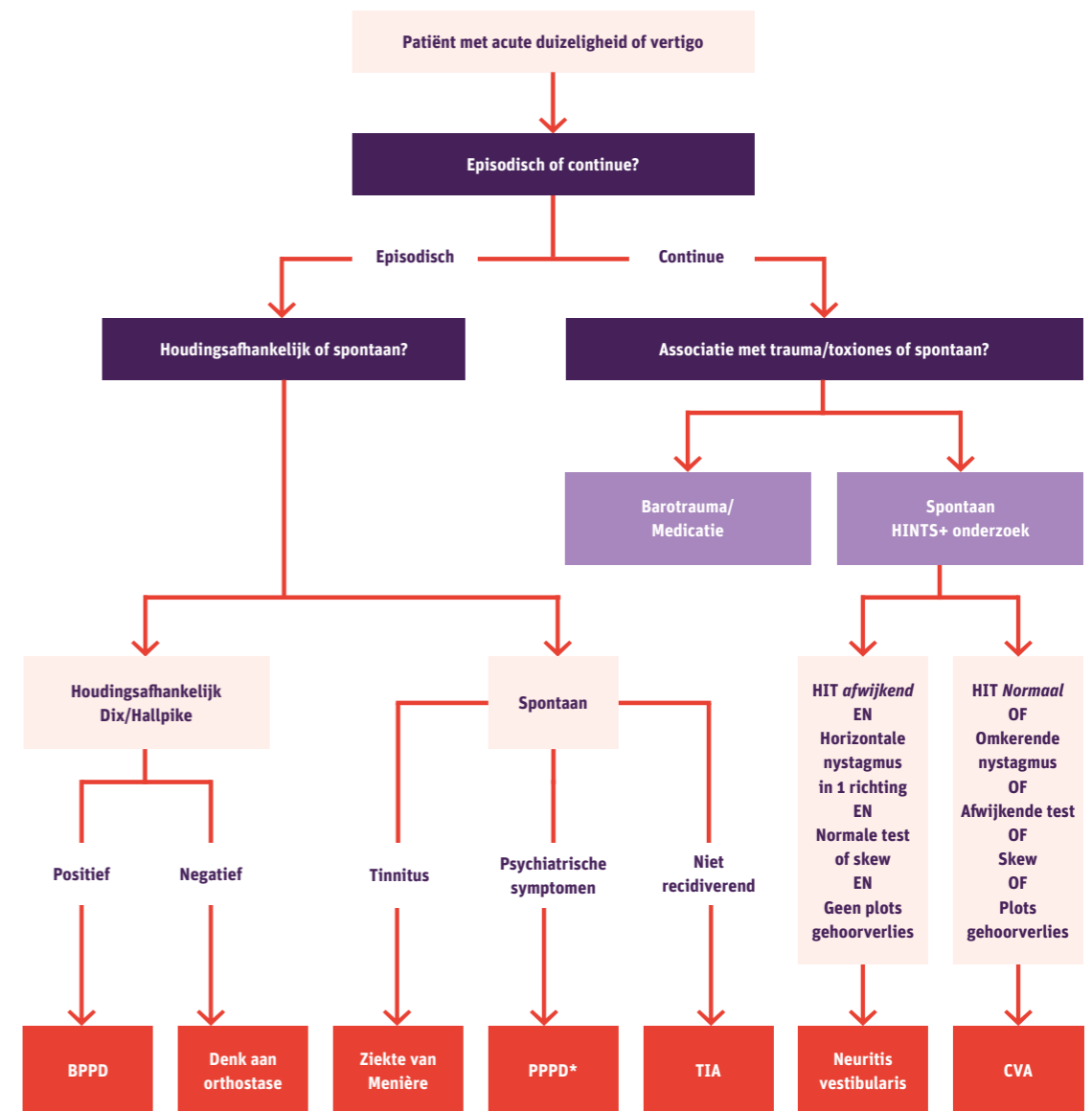


### FAST

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

### Dix-Hallpike

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

## HOT-TOPIC SESSIE

# 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](http://jellinek.nl)
- › [drugsinfo.nl](http://drugsinfo.nl) (Trimbos)
- › [vergiftigingen.info](http://vergiftigingen.info)

#### Bronnen

1. [www.jellinek.nl/](http://www.jellinek.nl/)
2. [www.drugsinfo.nl/](http://www.drugsinfo.nl/)
3. [www.vergiftigingen.info/](http://www.vergiftigingen.info/)
4. [www.unity.nl](http://www.unity.nl)



## HOT-TOPIC SESSIE

**Convulsie  
bij een kind**


## LEERPUNTEN

**Maak onderscheid tussen  
typische en atypische koortsconvulsie****TYPISCH**

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

**ATYPISCH**

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

Atypisch of bij twijfel: altijd overleggen met kinderarts!

**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. <https://www.kinderneurologie.eu/ziektebeelden/epilepsie/koortsstuip.php>
5. <https://www.henw.org/artikelen/geen-preventieve-medicatie-bij-koortsconvulsies>
6. <https://www.ntvg.nl/artikelen/wel-geen-paracetamol-bij-kinderen-met-koorts>
7. <https://www.thuisarts.nl/koortsstuip/mijn-kind-heeft-koortsstuip>



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

## 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  $\geq 1$  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:
  - ›  $\geq 12$  jaar: systolisch  $\leq 90$  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 **intramusculair** of 0,3 mg per auto-injector.
- › Geef maximaal zuurstof.
- › Stop of verwijder het allergeen.
- › Bij shock: ringerlactaat 500ml in 10 min. i.v.
- › Bij bronchospasme: vernevel met salbutamol, plus ipratropium bij de eerste verneveling.
- › Geef anti-histaminicum, Clemastine 2mg i.v. of i.m.
- › 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

## 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 Pediatrie, tijdschrift:
  - › 'Henoch schonlein purpura: niet altijd onschuldig' 2016
  - › 'Dermatologie in de kindergeneeskunde' 2014
  - › 'Dermatologische spoedgevallen' 2010
  - › 'Huidafwijkingen bij de neonaat' 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, Çorbacıoğlu 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
3. <https://www.huisartsopleiding.nl/wp-content/uploads/Neusbloeding-vaardigheden.pdf>

## ZWAAILICHTPUNTEN

### Zuurstoftherapie

<https://www.nhg.org/instructiefilm/zuurstoftoediening/>



## Schouderrepositie

HA Speedzorg  
congres



## BONUS

## Verantwoordelijkheden t.a.v. communicatie in de Spoedzorg



## Bronnen

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

1

**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 als volgt uit kunnen zien:

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

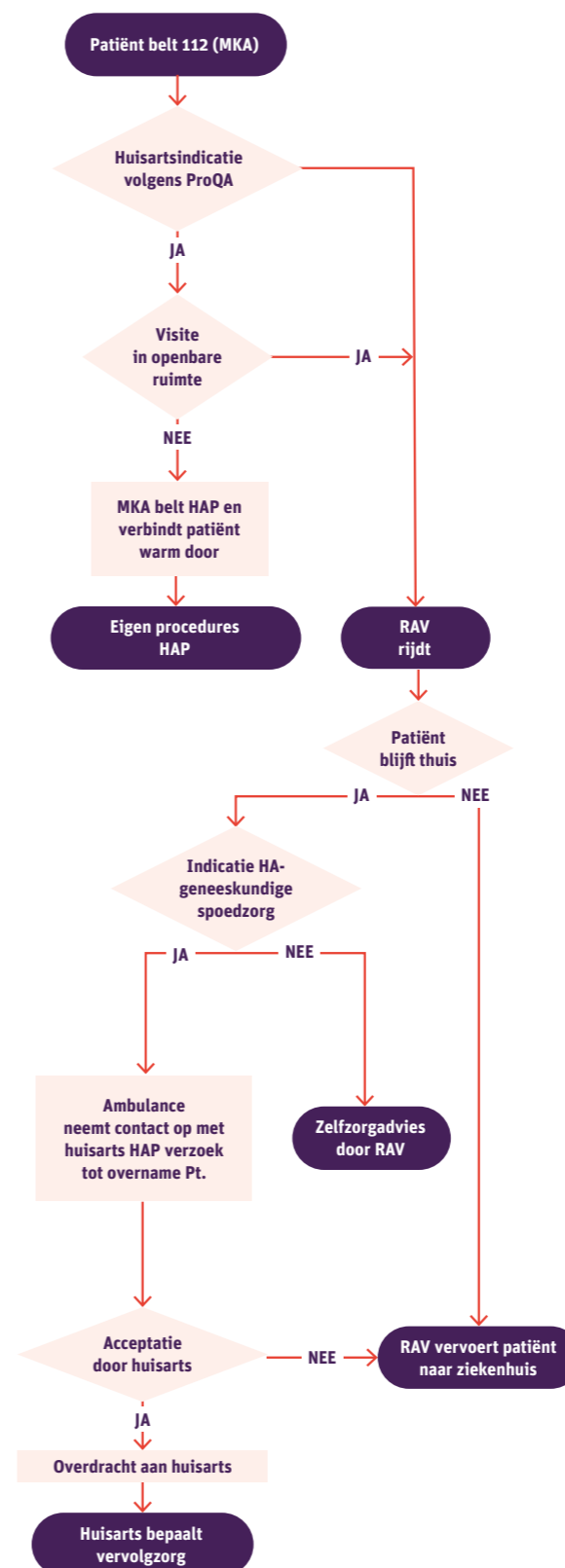
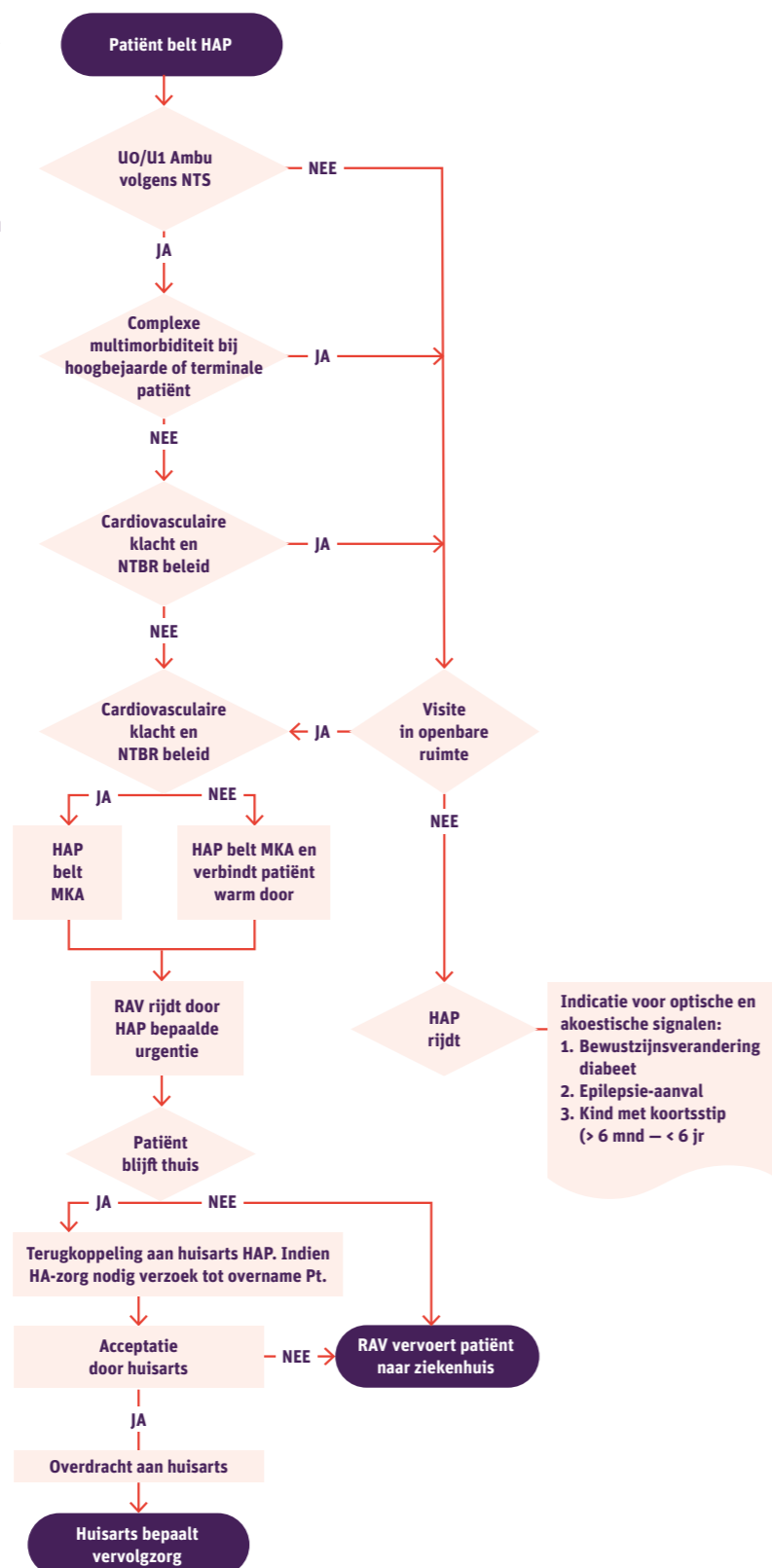
Ambulanceverpleegkundige acht vervolgzorg door de huisartsenpost niet nodig en geeft de informatie telefonisch aan de huisarts door. De huisarts is op de hoogte van de situatie en verantwoordelijk voor de inschatting of het advies van de ambulanceverpleegkundige passend is. De ambulanceverpleegkundige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

## Verantwoordelijkheden t.a.v. overleg in de Spoedzorg

### HAP - RAV Samenwerking werkafspraken

De patiënt heeft twee toegangswegen tot acute zorg bij spoedgevallen: via de HPA en via de MKA.

In deze werkafspraken wordt het proces besproken van het toekennen van ritten aan de juiste partij, rekening houdend met huisartsindicaties. Dit proces is weergegeven in het stroomdiagram:



### De KNMG geeft de volgende informatie over intercollegiaal advies bij consultatie van 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 inhoudt.

### 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. staand: Marjolein van Baal, Ghislaine Heesen, Karin Slotman, Boukje van Dijk,

zittend: Paulien Verhoef, Frederike Bierens

niet op foto: Liesbeth Feiter, Elbrig Pasma, Karin Franssen, Sandy van Pelt

## Colofon

Betrokken organisatie: Huisartsopleiding Nederland, Dokter Drenthe, Huisartsenposten Amsterdam, Schola Medica, SBOH

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

Fotografie: Patricia Peterson (Assen), Cees & Remco van Ierssel (Amsterdam)

Ontwerp naslagwerk: Paul Kooi, 100pk.nl

Gefinancierd: HDS-fonds