

# **Triage boek voor ouderenzorg (verzorgenden niveau 3)**

## INHOUDSOPGAVE

	voorwoord	5
	inleiding	7
1.	acuut hoesten	8
2.	ademweg obstructie	10
3.	been rood of dik	12
4.	bloedneus	14
5.	braken	16
6.	brandwonden	18
7.	buikepijn	20
8.	diarree	22
9.	dreigende shock	24
10.	epileptisch insult	26
11.	hoofdpijn	28
12.	hyperglycemie	30
13.	hypoglycemie	32
14.	incontinentie + bijlage incontinentie	34
15.	jeuk	38
16.	katheter problemen	40
17.	koorts	44
18.	kortademigheid	46
19.	obstipatie	48
20.	pijn op de borst	50
21.	rectaal bloedverlies	52
22.	rood oog	54
23.	roodheid van de huid	56
24.	schedelletsel + bijlagen wekadvis en observatielijst schedelletsel	58
25.	scheurwond (skintear)	64
26.	slapeloosheid	66
27.	slikstoornissen	68
28.	verdenking urineweginfecties	70
29.	veranderd gedrag	72
30.	verdenking delier	74
31.	verdenking heupfractuur	76
32.	vergiftiging	78
33.	wegraking	80
34.	wond	82
	referenties	84
	nawoord	84

## VOORWOORD

**Triage onderscheidt zich van het “niet plus gevoel” doordat op systematische wijze een klacht of ervaren gezondheidsprobleem in kaart gebracht wordt. De tijd die nodig is vanaf het signaleren van de klacht tot het overgaan naar een adequate reactie c.q. behandeling kan aanzienlijk bekort worden door op efficiënte, doelgerichte wijze te triageren.**

Triageren binnen de ouderenzorg begint direct tussen cliënt en verzorgende. Cliënt meldt een (acuut) gezondheidsprobleem of de verzorgende signaleert deze. Door protocollair te werken wordt het gezondheidsprobleem of de klacht snel, volledig en duidelijk in kaart gebracht. Dit betekent tijdwinst en in sommige gevallen kan dat zelfs van levensbelang zijn. Door individuele verschillen van interpretatie van klachten en/of symptomen, communicatie en verschil in inzichten wordt de kwaliteit van de medische zorgverlening beïnvloed.

Dit boekje is speciaal geschreven voor de verzorgenden (niveau 3) in de ouderenzorg die dagelijks belast worden met urgente en minder urgente gezondheidsproblemen. Daarnaast zijn de protocollen bedoeld voor de op de afdeling meewerkende verpleegkundige (niveau 4) die niet belast is met triageren voor de PVK/ANW'hoofden/arts<sup>1</sup>.

De verzorgende/verpleegkundige is de eerste schakel binnen het triageproces dat moet leiden tot een adequate reactie op de hulpvraag. Deze protocollen zijn het begin van dit proces. Het maakt duidelijk wanneer er sprake is van een acute situatie waarin verwacht wordt dat de verpleegkundige wordt ingeschakeld. Daarnaast wordt omschreven welke acties ondernomen dienen te worden voordat de verpleegkundige gebeld wordt of in afwachting van hulp.

De protocollen als leidraad voor de eerste stap in het triage-proces, gecombineerd met de expertise van de verzorgenden op het gebied van ouderenzorg, zal een basis vormen die voldoet aan de criteria van verantwoorde (medische)zorg.

Het ontstaan van de triageprotocollen kent een lange geschiedenis bij Cordaan. Verschillende medewerkers van Cordaan hebben jarenlang een bijdrage geleverd aan het tot stand komen van triage-protocollen. Afsluitend is een triageboekje gemaakt voor de ziekenverzorgenden.

Onze speciale dank voor dit boekje gaat uit naar de medisch eindverantwoordelijke van Cordaan: J. Edwards van Muijen, praktijkverpleegkundige W. Panman en ziekenverzorgende S. Uithuisje. Hun bijdrage op inhoud was onmisbaar.

Tevens bedanken wij H. Kohl, projectleider Triageren Cordaan. Mede door haar vasthoudende inzet heeft dit project tot een organisatieoverstijgend resultaat geleid.

Diana Wyatt, verpleegkundig specialist chronische zorg  
Sacha Deetman, specialist ouderengeneeskunde

<sup>1</sup> PVK = praktijkverpleegkundige  
ANW'hoofd = avond weekend nachthoofd

## INLEIDING

### Hoe werken de triageprotocollen?

**Begripsbepaling:** legt kort uit wat bedoeld wordt met de titel van het protocol

**Observaties en beschrijving situatie:** geven aan welke informatie je nodig hebt om het probleem in kaart te brengen

**Controles en acties:** geven aan wat je moet doen. Hier kan ook verwezen worden naar algemene protocollen die gebruikt worden bij Cordaan. Voor externe gebruikers van dit triageboekje geldt het gebruik van protocollen geldend binnen de eigen organisatie. (indien aanwezig)

**Triagecriteria:** geven aan op welk moment overlegd moet worden

<b>SPOED</b>	<b>direct bellen</b>
<b>DRINGEND</b>	<b>binnen 1 uur</b>
<b>ROUTINE</b>	<b>volgende dag consult arts of eerstvolgende artsensite</b>

### Wat heb je nodig wanneer je de verpleegkundige belt?

Zorgdossier + medicatiedeellijst

### Wat moet je doorgeven aan de verpleegkundige?

1. **Personalialia;** naam, geboortedatum; locatie; reden van opname.
2. **Probleem voorleggen;** reden waarom je op dit moment belt.
3. **Vitale parameters;**
  - Bloeddruk;** altijd in vergelijking met eerdere metingen zeker bij ouderen.
  - Pols;** regulair, irregulier (ritmestoornissen).
  - Temperatuur;** hoe gemeten.
  - Ademfrequentie;** frequentie per minuut indien gevraagd in protocol.
4. **Beleidsafspraken;** wat is met cliënt en/of familie afgesproken over medische behandelingen?
5. **Vraagstelling formuleren:** Wat verwacht je van de verpleegkundige? Wat is eventueel je voorstel? Wat wil je dat de verpleegkundige doet?

### Rapportage:

Naast het uitvoeren van een goede triage is goede rapportage een onmisbaar onderdeel van verantwoorde zorg. Hierin moet terug te vinden zijn welke observaties er gedaan zijn, welke acties (zelf) zijn ondernomen (of in opdracht van verpleegkundige of arts) en welke effecten deze acties hebben gehad.

1. Goede rapportage begint met het noteren van datum + tijd + naam verzorgende.
2. Goede rapportage is inzichtelijk, gestructureerd en probleemgericht.

### Het OSCAR-model:

Structureren van de rapportage gebeurt via het OSCAR-model:

**O: observatie.** Wat zie je? Wat heb je waargenomen? Waar is de klacht van de cliënt? (b.v. braken, pijn, suf)

**S: situatie.** Beschrijving in welke situatie dus tijdstip van de dag, hoe vaak, wat, wanneer? (b.v. sinds 1 uur, dag, 3 x per week)

**C: controles.** Bloeddruk, pols, temperatuur, ademfrequentie, risico-inventarisatielijsten etc.

**A: acties.** Wat heb je gedaan? (b.v. overleg gehad met PVK/ANWhoofd? Zo nodig medicatie gegeven?)

**R: resultaten.** Wat is het effect geweest van de acties? (b.v. braken gestopt, pijn verminderd/verergerd)

Rapportage volgens bovenstaande structuur geeft collega's en disciplines inzicht in geboden zorg en maakt ondernomen acties evalueerbaar.

## 1. ACUUT HOESTEN

### Begripsbepaling

acuut hoesten: hoesten korter dan 3 weken

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoe lang hoest cliënt? (< 3 weken is acuut, > 3 weken is chronisch)
2. Hoe is de ademhaling? (kreunend, piepend, kortademig)
3. Wanneer hoest cliënt? (dag/nacht, voortdurend, periodiek)
4. Hoest cliënt slijm op? (kleur, aspect, bloedbijmenging, vieze geur)
5. Heeft cliënt zich pas verslikt of verslikt cliënt zich vaak?
6. Is het hoesten pijnlijk? Waar?
7. Is cliënt verkouden?
8. Heeft cliënt dikke enkels?
9. Rookt cliënt?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en tel de ademhalingsfrequentie.
2. Geef cliënt regelmatig drinken (geen melkproducten) en/of een theelepeltje honing/dropje behalve bij toegenomen slikproblemen dan eerst PVK/ANWhoofd bellen
3. Roken vermijden (ook passief).
4. Bij hoesten, koorts én ziek **altijd** PVK/ANWhoofd bellen.

### SPOED

ophoesten van bloed  
kortademig in rust (ademfrequentie > 20 x/min)

### DRINGEND

hoge koorts (> 38 °C)  
ernstig ziek

### ROUTINE

veranderd hoestpatroon  
ongewild afvallen  
sterk verminderde weerstand  
regelmatig verslikken

## 2. ADEMWEG OBSTRUCTIE

### Begripsbepaling

Belemmering van de ademwegen door vreemd voorwerp (prothese), voedsel of ontstekingsproces in de mondkeelholte, allergische reactie, psychisch of maligniteit.

### observaties en beschrijving situatie

1. Wat is er gebeurd? Beschrijf de situatie (b.v cliënt in bed aangetroffen of tijdens het eten)
2. Ademt de cliënt nog? Is de ademhaling hoorbaar?
3. Is cliënt bij bewustzijn?
5. Is cliënt in staat om te hoesten/praten?
6. Is cliënt bekend met slikstoornissen (in kader van dementie of CVA)of maligniteit in mond-keelgebied?
7. Zou er sprake kunnen zijn van een allergische reactie (insectenbeet/ medicatie)?

### controles en acties

1. Blijf zelf rustig, raak niet in paniek en vertel de cliënt wat je gaat doen.
2. Blijf bij de cliënt, vraag of bel een collega om hulp. Laat collega PVK/ANW hoofd bellen.
3. Mond en keelholte inspecteren of er iets inzit en probeer alles wat los zit in de mond te verwijderen (prothese) door middel van "lepelen" (met vinger, met scheppende beweging mond – en keelholte legen).
- 4a. **Bij verslikken in drinken:** voorover laten buigen en door de neus in laten ademen. Laten hoesten, evt. uitzuigen. Géén Heimlichgreep toepassen!
- 4b. **Bij verslikken in voedsel:** stimuleer hoesten totdat voedselbrok los schiet. Indien cliënt dit niet meer kan: geef 5 stoten tussen de schouderbladen en pas de Heimlichgreep toe. Stoten tussen de schouderbladen afwisselen met Heimlichgreep. Controleer ademhaling en mond.
- 4c. **Indien cliënt buiten bewustzijn raakt:** pas liggende Heimlich toe met hoofd opzij en blijf de mond en de ademhaling controleren en/of start reanimatie indien dit binnen de behandelafspraken past.
5. Meet bloeddruk, pols en temperatuur zodra dit mogelijk is.
6. Bel PVK/ANW hoofd.

**SPOED**                      verdenking ademobstructie  
                                      bewusteloosheid  
                                      bekend met allergische reacties

**DRINGEND**                      ademt moeilijk

**ROUTINE**                      oorzaak psychisch gerelateerd

### 3. BEEN DIK OF ROOD

#### Begripsbepaling

Er is sprake van zwelling van 1 of beide benen met of zonder roodheid, glanzend, pijn evt. warmte/koorts en algehele malaise.

#### observaties en beschrijving situatie

1. Hoe ziet het been eruit? (dik, rood, paars, wit, rode eilandjes, egaal rood, scherp afgetekend, glanzend)
2. Zijn er wonden aan het been/benen/voeten?
3. Voelt het been warm, koud? Is er verschil tussen linker en rechter been?
4. Heeft cliënt pijn, jeuk?
5. Kan cliënt been belasten? Is cliënt recent gevallen?
6. Voelt cliënt zich erg ziek?
7. Lokalisatie van de klachten: bovenbeen, knieholte, onderbeen, voet?
8. Is cliënt diabeet?

#### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
2. Voel en vergelijk beide benen op kleur, temperatuur, zwelling.
3. Bij verdenking wondroos (erysipelas) geef in overleg met PVK/ANW hoofd nat verband.
3. Geef cliënt dekenboog in bed.

**SPOED** na trauma  
kortademigheid  
hoge koorts en ernstig ziek zijn

**DRINGEND** algemeen ziek zijn en koorts  
twee dikke benen en kortademigheid

**ROUTINE** jeuk, roodheid, schilfering (eczeem)

## 4. BLOEDNEUS

### Begripsbepaling

Bloeding uit (meestal) het vaatrijke gebied van het slijmvlies op het voorste deel van het neusschot of van de meer naar achter gelegen bloedvaten. De ernst van de neusbloeding is afhankelijk van de plaats van de bloeding en van de aandoening die er de oorzaak van is.

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoelang bloedt cliënt al?
2. Is er veel of weinig bloedverlies?
3. Is er een aanwijsbare oorzaak van de bloeding? (trauma, snuiten, pulken)
4. Heeft cliënt vaker bloedneuzen?
5. Is cliënt duizelig?
6. Heeft cliënt al zelf geprobeerd de bloedneus te stoppen?
7. Heeft cliënt hoge bloeddruk of stollingsstoornis?
8. Gebruikt cliënt bloedverdunners?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
2. Neus goed laten snuiten tenzij neusbloeding gevolg is van een trauma waarbij sprake kan zijn van een schedelbasisfractuur.
3. In licht voorovergebogen houding neus (zelf of door cliënt) dichtduwen net onder het neusbeen; 15 minuten zo blijven zitten. Hierna pas loslaten. Herhaal zo nodig deze stap nog 1 x 10 minuten.

### SPOED

bij niet te stelpen neusbloeding  
dreigende shockverschijnselen (lage bloeddruk, hoge pols), zie *protocol dreigende shock blz. 24*

### DRINGEND

indien bloeding meerdere malen optreedt maar wel te stelpen is  
bij gebruik antistolling (b.v. acenocoumarolgebruik)

### ROUTINE

terugkerende neusbloedingen



## 5. BRAKEN

### Begripsbepaling

Braken is het uitdrijven van de maaginhoud door een krachtig en gecoördineerd samentrekken van de spieren van de buikwand en het diafragma. Meestal voorafgegaan door misselijkheid en kokhalzen. De aan- of afwezigheid van andere symptomen (b.v. koorts, diarree, pijn, peristaltiek, neurologische symptomen) is belangrijk om de ernst van het braken in te schatten. Er is altijd gevaar voor uitdroging bij aanhoudend braken vooral in combinatie met diarree.

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoe lang en hoe vaak braakt cliënt?
2. Hoe ziet het braaksel eruit? (voedselresten, helder vocht, gal, bloed, darminhoud)
3. Wat heeft cliënt gegeten?
4. Is cliënt bij bewustzijn/aanspreekbaar?
5. Is het braken begonnen na een trauma? (m.n. na val met schedeltrauma)
6. Heeft cliënt andere klachten? (buikpijn, pijn op de borst, duizelig, hoofdpijn, obstipatie)
7. Wanneer heeft cliënt voor het laatst geplast/ontlasting gehad?
8. Is er sprake van diarree?
9. Is cliënt diabeet?
10. Is cliënt recentelijk begonnen met nieuwe medicatie? (m.n. antibiotica?)
11. Gebruikt cliënt sondevoeding?
12. Is er sprake van alcohol- drugsgebruik?
13. Zijn er meerdere cliënten met deze klachten?

### controles en acties

1. Laat cliënt vaak (elke 5-10 minuten) kleine slokjes water drinken indien mogelijk.
2. Vocht- en voedingslijst aanleggen.
3. Meet bloeddruk, pols, temperatuur en bewustzijn.
4. Indien cliënt sondevoeding krijgt sondevoeding stoppen en overleg PVK/ANW/hoofd
5. Indien sprake is van frequente incontinentie voor ontlasting (diarree) cliënt minstens 1 x per 2 uur verschonen en huidbeschermende maatregelen nemen.
6. Indien meerdere cliënten deze klachten hebben laten uitzoeken wat zij gegeten hebben.
7. Klachten bij meerdere cliënten (> 5 cliënten en/of personeel); cohortverpleging starten en goede hygiënemaatregelen treffen (handschoenen, schort, masker en goede handenhygiëne). PVK/ANW/hoofd/arts inlichten.

**SPOED**            bewustzijnsverlies  
                         pijn op de borst  
                         bloed braken

**DRINGEND**        aanhoudend braken ondanks eenmalige toediening anti-braakmiddel  
                         bij projectiel braken (plotseling, heftig braken zonder voorafgaande misselijkheid)  
                         suf of dehydratie  
                         optreden van deze klachten bij meerdere cliënten en/of personeel tegelijkertijd (> 5)  
                         diabetes mellitus

**ROUTINE**            aanhoudende klachten van misselijkheid/braken  
                         algeheel ziek zijn

## 6. BRANDWONDEN

### Begripsbepaling

Brandwonden kunnen veroorzaakt worden door chemische, thermische, mechanische of elektrische agentia. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 1e, 2e, 3e en 4e graads.

**1e graads:** alleen bovenste laag van de huid is verbrand en rood.

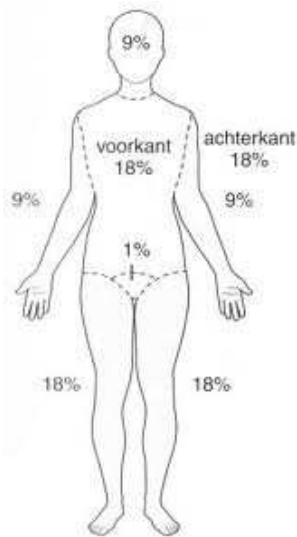
**2e graads:** ondiepe: bovenste laag huid is verbrand en egaal rozerood met blaar. Diepe: kleur huid is deels rood, deels verkleurd. Diepere huidstructuur intact.

**3e graads:** huid is gevoelloos, stug, leerachtig. Kleur wit, beige bruin, pijnlijke randen.

**4e graads:** huid is gedeeltelijk zwart, verkoold en gevoelloos. Urgentie wordt bepaald door oorzaak, oppervlakte van verbranding (regel van 9) en graad van verbranding.

### observaties en beschrijving situatie

1. Wat is de oorzaak van de brandwond?
2. Hoe groot is het verbrandde oppervlak? (regel van negen toepassen)
3. Welk lichaamsde(e)l(en) is/zijn aangedaan?
4. Welke verbrandingsgraad?



regel van negen

### controles en acties

#### Eerste hulp:

1. Minimaal **10 minuten koelen** met **lauw** stromend leidingwater. Indien cliënt in rolstoel zit onder de douche koelen m.u.v. elektrische rolstoelen!
2. **Bij chemische verbranding 45 minuten!**
3. Geen kleding verwijderen tenzij deze loszit. Indien van toepassing: snel incontinentiemateriaal verwijderen (zuigt zich vol met hete vloeistof).
4. Blaren intact laten, geen zalf smeren.
5. Verbrand lichaamsdeel hoog leggen tegen oedeemvorming.
6. Cliënt beschermen tegen afkoeling.
7. Wonden steriel afdekken.
8. **Altijd** overleg ANW/hoofd/PVK over verdere behandeling en pijnstilling.
9. Meet bloeddruk, pols en temperatuur indien mogelijk.

**SPOED** bij iedere vorm van verbranding

**DRINGEND** n.v.t.

**ROUTINE** n.v.t.

## 7. BUIKPIJN

### Begripsbepaling

Buikpijn kan door verschillende aandoeningen worden veroorzaakt, sommige zijn levensbedreigend vooral bij risicogroepen. Minder ernstige klachten kunnen een ernstige achtergrond hebben. Misselijkheid en braken komen veel voor.

### observaties en beschrijving situatie

1. Wat zijn de klachten? Hoe omschrijft cliënt de klachten?
2. Wanneer en hoe zijn de (pijn)klachten begonnen? (acuut, geleidelijk)
3. Waar zit de pijn, straalt deze uit en wat voor soort pijn is het? (zeurend, stekend)
4. Is cliënt misselijk en/of aan het braken? Hoe ziet braaksel eruit?
6. Is er sprake van een harde, bolle opgezette buik (ileus, peritonitis)?
7. Hoe is de toiletgang? (urine en ontlasting) Wanneer voor het laatst en hoe zag het eruit?
8. Is cliënt toenemend verward/onrustig of ligt cliënt doodstil in bed?
9. Heeft cliënt katheter? (PEGsonde, Peritoneaal Dialyse katheter, CAD, suprapubiskatheter)

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
2. Start vochtbalans.
3. Bij diarree en incontinentie cliënt iedere 2 uur verschonen en huidbeschermende crème gebruiken.
4. Hygiëne voorschriften in acht nemen bij braken en diarree.

#### SPOED

shockverschijnselen (lage bloeddruk, hoge pols)  
drukpijnlijke harde buik  
fecaal of bloed braken  
hevige buikpijn en aneurysma in de voorgeschiedenis  
acute aanhoudende hevige pijn, eventueel met bewegingsdrang  
uitstralende pijn tot boven het diafragma, schouder(blad)  
trauma  
bloed bij de ontlasting of teerachtige zwarte ontlasting

#### DRINGEND

aanvalsgewijze koliekpijnen  
aanhoudende zeurende pijn  
cliënt met katheter  
verdenking urineweginfectie

#### ROUTINE

obstipatie

## 8. DIARREE

### Begripsbepaling

Dunne, waterige ontlasting en/of verhoogde frequentie van stoelgang (meer dan drie keer per dag).

Regelmatig/vaak kan diaree gepaard gaan met buikkrampen, misselijkheid, braken en koorts. Diarree wordt vaak veroorzaakt door een bacteriële of virale infectie van de darm en is zeer besmettelijk.

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoe vaak heeft cliënt ontlasting per dag/dienst?
2. Sinds hoeveel dagen heeft cliënt deze klachten?
3. Hoe ziet de ontlasting eruit (waterdun, kleur, geur, bloed/slijmbijmenging)?
4. Heeft cliënt nog andere klachten (overgeven, dorst, neiging tot flauwvallen, aanhoudende buikpijn)?
5. Is cliënt recentelijk behandeld met antibiotica (LET OP Clostridium!)?
6. Wat is de vocht- en voedingintake van cliënt? Gebruikt cliënt sondevoeding?
7. Is cliënt diabeet?
8. Zijn er nog andere cliënten en/of personeelsleden met deze klachten? Zo ja, hoeveel in totaal?

### controles en acties

1. Goede hygiënemaatregelen treffen (schort, handschoenen, handenhygiëne).
2. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
3. Geef extra vocht! Kleine slokjes per keer, juist bij braken (geen extreem warme of koude drank geven) wees alert op uitdroging!
4. Cliënt mag alles eten naar behoefte. Wanneer cliënt geen vast voedsel meer wil eten:
  - Geef heldere dranken. (bouillon, gezeefd vruchtensap, isotone dorstlesser).
  - Geef zo min mogelijk melkproducten, vet, zoet voedsel, citrusvruchten en producten met cafeïne.
  - Voeg geleidelijk halfvast voedsel toe (beschuit, yoghurt, rijst, banaan, appelmoes) bij het afnemen van de diarree.
5. Bij krampen warme doek op buik geven.
6. In overleg met PVK/ANW hoofd laxantia stoppen (movicolon, lactulose)
7. In overleg met PVK/ANW hoofd bij diabetici (extra) bloedsuikercontroles afspreken.
8. In overleg met PVK/ANW hoofd sondevoeding verminderen wanneer deze slecht verdragen wordt: totale hoeveelheid sondevoeding verminderen door tussendoor water te geven in plaats van sondevoeding.
9. In overleg met PVK/ANW hoofd bij > 5 cliënten op de afdeling met dezelfde klachten cohortverpleging starten en protocol van organisatie in gang zetten (Cordaan: zie Cordaanwijzer protocol diarree).

### SPOED

suf/verward zijn  
shockverschijnselen (lage bloeddruk, hoge polsfrequentie)  
verdenking Clostridium  
persisterend braken, neiging tot flauwvallen  
cliënten > 70 jaar met koorts > 39 °C en > 1 dag frequent waterdunne diarree  
geen urineproductie gedurende 12 uur

### DRINGEND

bij uitbreken darminfectie bij meerdere cliënten protocol starten (Cordaan: zie protocol diarree)  
persisterende buikpijn in plaats van darmkrampen  
bij gebruik medicatie: anti-epileptica, insuline, digoxine, diuretica, lithium  
bloed/slijm bij ontlasting

### ROUTINE

n.v.t.

## 9. DREIGENDE SHOCK

### Begripsbepaling

Een shock is een levensbedreigende toestand waarbij de druk in de bloedvaten te laag is om de vitale lichaamsfuncties in stand te houden. Een shock kan ontstaan door ernstig bloedverlies, door hartfalen, door een bacteriële infectie (sepsis) of door een allergische reactie (anafylactische shock). In alle gevallen is het zo dat er óf te weinig bloed circuleert (bloedverlies, hartfalen) óf de druk te laag is doordat de vaten uitzetten (infectie, allergie).

### observaties en beschrijving situatie

1. Is cliënt bij bewustzijn of verward?
2. Heeft cliënt koorts?
3. Heeft cliënt ernstig bloedverlies?
4. Hoe is het verloop geweest naar huidige situatie?
5. Is cliënt allergisch?
7. Welke medicijnen gebruikt cliënt en zijn er recent wijzigingen geweest?
8. Is er sprake van alcohol en/of medicatie en/of drugsgebruik?
9. Is er sprake van een trauma?
10. Welke beleidsafspraken zijn er gemaakt?

### controles en acties

1. PVK/ANWhoofd waarschuwen!
2. Meet bloeddruk, pols, temperatuur en ademfrequentie.
3. Blijf bij cliënt en waarschuw collega's.
4. Cliënt laten liggen bij voorkeur met het hoofd zo laag mogelijk (bloedvoorziening hersenen ondersteunen dus voeteneinde bed omhoog).
5. Dek cliënt toe met een deken om warmte bij zich te kunnen houden.
6. Blijf tegen cliënt praten om bewustzijn te stimuleren.
7. Indien cliënt bewustzijn verliest in stabiele zijligging leggen.
8. Bij verslechtering alle controles herhalen.
9. Wacht tot hulp aanwezig is (ambulance en/of arts).

**SPOED** bij alle cliënten met shockverschijnselen/shock (lage bloeddruk, hoge pols)  
bij palliatief beleid indien cliënt toenemend onrustig wordt en/of oncomfortabel is

**DRINGEND** n.v.t.

**ROUTINE** n.v.t.

### Klinische kenmerken shock en hypovolemische shock

- snelle pols (kan uitblijven bij gebruik medicatie met effect op hartfrequentie)
- snelle ademhaling
- bleke huidskleur gelaat/vingers
- lage bloeddruk
- angst/verwardheid (vermindering circulatie van de hersenen)
- lage lichaamstemperatuur (klamme, koele huid)
- bewustzijnsverlies

### Anafylactische shock

- huiduitslag (medicatie/voedingsmiddelen)
- zwelling van de huid (insectenbeet)
- zwelling lippen/mond
- kenmerken shock

### Septische shock

- start met rode warme huid en koude rillingen
- daarna kenmerken shock

## 10. EPILEPTISCH INSULT

### Begripsbepaling

Epilepsie komt voor bij alle leeftijden. Epilepsie kan het gevolg zijn van een hersentumor, CVA, dementie, infectie of hersenletsel (aangeboren of verworven). Aanvallen kunnen diverse vormen aannemen, afhankelijk van de plaats van ontlading in de hersenen en van het aantal hersencellen dat hierbij betrokken is. Er worden twee hoofdgroepen onderscheiden:

1. Partiële aanvallen: (plaatsgebonden) alleen een bepaald deel of bepaalde delen van de hersenen zijn hierbij betrokken. Het bewustzijn is soms nog intact, soms verminderd en soms helemaal afwezig.
2. Gegeneraliseerde aanvallen: (niet-plaatsgebonden) hierbij zijn grote delen van de zenuwcellen van de rechter- en de linkerhersenhelft betrokken. Iemand met een dergelijke aanval is volledig buiten bewustzijn.

### Een gegeneraliseerde aanval kent 3 fasen:

1. Tonische fase: ledematen zijn stijf, ogen dicht, gelaat is cyanotisch en cliënt is volledig buiten bewustzijn en soms incontinent.
2. Clonische fase: er zijn trekkingen van ledematen, hoofd en romp.
3. Postictale fase: cliënt ligt stil, is niet aanspreekbaar en verliest speeksel. De heteroanamnese is erg belangrijk!

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoe laat is de aanval begonnen?
2. Is cliënt bij bewustzijn?
3. Loopt cliënt acuut gevaar door omgeving?
4. In welke fase bevindt zich de aanval? Hoe zit cliënt er nu bij?
5. Heeft cliënt trekkingen over het hele lichaam of doet een gedeelte van het lichaam mee?
6. Is cliënt bekend met epilepsie of is dit een nieuwe stoornis?
7. Heeft cliënt zo nodig medicatie (stesolid/rivotril) tegen een epileptische aanval?
8. Is cliënt diabeet?
9. Is er sprake van letsel ten gevolge van de (aan)val?

### controles en acties

1. Blijf bij de cliënt en roep collega of laat collega waarschuwen.
2. Houd de tijd bij gedurende de aanval (duur normale aanval niet langer dan 5 minuten).
3. Laat collega PVK/ANWhoofd bellen en zo nodig medicatie halen.
4. Voorkom letsel bij cliënt gedurende de aanval; neem beschermende maatregelen voor hoofd en ledematen.
5. Houdt schudkrampen niet tegen en laat cliënt liggen waar hij ligt mits geen gevaar voor zichzelf.
6. Stop niets tussen de tanden en probeer geen gebitsprothese te verwijderen tijdens een aanval.
7. Geef volgens voorschrift arts of in opdracht van PVK/ANWhoofd medicatie (b.v. rectiole stesolid 10 mg)
8. Houd de tijd bij nadat je interventie medicatie hebt gegeven (moet binnen 10 minuten effect hebben) evt volgens afspraak nog een keer herhalen. Indien geen effect of onvoldoende effect dan direct PVK/ANWhoofd waarschuwen.
9. Geef geen drinken of eten tijdens en kort na de aanval.
10. Leg cliënt na de aanval op bed en laat hem uitrusten.
11. Voer na een insult de controles uit (bij diabeet inclusief bloedsuiker controle).

**SPOED** epileptische aanval al dan niet gepaard gaande met ernstig letsel  
onvoldoende effect op interventie medicatie

**DRINGEND** n.v.t.

**ROUTINE** n.v.t.

## 11. HOOFDPIJN

### Begripsbepaling

Hoofdpijn is een veel voorkomende klacht, in de meeste gevallen onschuldig, met diverse oorzaken zoals verkoudheid, spanning en migraine, psychisch of door gebruik van veel koffie, cola of alcohol of juist door onttrekking daarvan. Van pijnstillers (analgetica) afhankelijke hoofdpijn is ook veelvoorkomend door veelvuldig gebruik van middelen als b.v. paracetamol, acetylsalicylzuur, Saridon, diclofenac. Ook medicatie voor het hart (Persantin, nitraten) en middelen tegen Parkinson kunnen deze hoofdpijnlachtingen veroorzaken. Ernstige ziektebeelden gepaard gaande met hoofdpijn zijn: infecties (o.a. meningitis, arteriitis temporalis), hersenbloeding, hersentumor, hersenoedeem en hersentrauma, acuut glaucoom.

### observaties en beschrijving situatie

1. Is de hoofdpijn plotseling ontstaan?
2. Is de cliënt suf of misselijk en aan het braken (dit kan door verhoogde druk in het hoofd)?
3. Wat is de aard van de pijnklachten (stekend, bonzend drukkend, knellend)?
4. Is cliënt bekend met hoofdpijn/migraine?
5. Waar bevindt de pijn zich?
6. Zijn er andere klachten (koorts, verkouden, oogklachten, halfzijdige verlamming)?
7. Is er recent een trauma geweest (hoofd gestoten of gevallen in de afgelopen 2 weken)?
8. Is er sprake van nekstijfheid?
9. Is cliënt pas gestopt met het gebruik van pijnstillers?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
2. Laat cliënt rust nemen in een ruimte met weinig licht en prikkels.
3. Vermijd gebruik van cola, koffie, alcohol en vermijd roken.
4. Bij verkoudheid: evt in opdracht van PVK/ANW hoofd xylometazoline geven bij verstopte neus of laten stomen.

**SPOED** hoofdpijn die zeer plotseling ontstaat en/of snel toeneemt tot zeer ernstige pijn ernstig ziek, suf en/of vlekjes over gehele lichaam nekstijfheid rood en pijnlijk oog met misselijkheid en/of braken (acuut glaucoom)

**DRINGEND** hevige hoofdpijn bij cliënt die daar niet mee bekend is schedeltrauma < 2 weken afwijkende bloeddruk, pols en/of temperatuur

**ROUTINE** oorzaak psychisch gerelateerd medicatie gerelateerde hoofdpijn

## 12. HYPERGLYCEMIE

### Begripsbepaling

Er is sprake van een hyperglycemie bij een bloedsuikerwaarde >15 mmol/l. Het wel of niet optreden van klachten en het wel of niet corrigeren van hyperglycemieën kan individueel verschillen. Klachten zijn moeheid, slaperigheid, droge tong, vaak plassen, veel drinken.

### observaties en beschrijving situatie

1. Is cliënt aanspreekbaar?
2. Kan de cliënt nog slikken? Heeft cliënt een voedingssonde?
3. Wordt de suikerziekte behandeld met tabletten of insuline?
4. Wanneer is voor het laatst insuline of medicatie gebruikt/gegeven?
5. Is cliënt ziek; koorts, braken, diarree, infecties?
6. Heeft cliënt wel/niet gegeten of iets extra's gehad en wanneer voor het laatst?
7. Zijn er door de arts afspraken (bijspuitschema) gemaakt met betrekking tot de behandeling van hyperglycemieën?
8. Heeft cliënt veel dorst en/of moet cliënt vaak plassen?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols, temperatuur en bloedsuiker.
2. Cliënt insuline geven volgens bijspuitschema. Indien niet aanwezig overleg met PVK/ANWhoofd.
3. Bij bloedsuikerglucose >15 mmol/l < 20 mmol/l maar geen klachten volgende dag naar arts verwijzen.
4. Bloedsuikerwaarde > 15 mmol/l veel water laten drinken.
5. In overleg met PVK/ANWhoofd iedere 2 uur bloedsuikercontrole en zo nodig bijspuiten.
6. Overleg met PVK/ANWhoofd indien na 4 en 6 uur de bloedsuiker niet wil zakken.

**SPOED** niet of verminderd aanspreekbaar  
verward of suf

**DRINGEND** bij bloedsuikerwaarde > 20 mmol tenzij hier andere afspraken over gemaakt zijn  
braken en/of diarree  
koorts

**ROUTINE** ontregeling bloedsuikers



## 13. HYPOGLYCEMIE

### Begripsbepaling

Bloedsuikerwaarde < 4.0 mmol/l. Cliënt is bleek, moe, bezweet, duizelig, ziet slecht, beeft/trilt, praat met dubbele tong, heeft wisselend humeur/prikkelbaar, hoofdpijn, concentratiestoornissen. Bij verdere daling < 1.5 mmol/l ontstaat slaperigheid, verlaagd bewustzijn, neurologische uitval, insulten en tenslotte coma.

### observaties en beschrijving situatie

1. Is cliënt aanspreekbaar?
2. Kan de cliënt (nog) slikken? Heeft cliënt een voedingssonde?
3. Wordt de suikerziekte behandeld met tabletten of insuline?
4. Wanneer is voor het laatst insuline of medicatie gebruikt/gegeven?
5. Is cliënt ziek; koorts, braken, diarree, infecties?
6. Heeft cliënt wel/niet gegeten of iets extra's gehad en wanneer voor het laatst?
7. Zijn er door de arts afspraken gemaakt met betrekking tot de behandeling van hypoglycemieën?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols, temperatuur en bloedsuiker.

#### BLOEDSUIKERWAARDE <4.0mmol/l én cliënt is aanspreekbaar:

1. Overleg met PVK/ANWhoofd.
2. Cliënt glas water met 3 eetlepels glucosesiroop of 1 glas frisdrank/dubbeldrank (géén light) laten drinken. Let op dat siroop glucose bevat en geen fructose (zie etiket). Cliënt hierna laten eten (1 boterham of 1 beschuit met beleg + beker melk of 1 portie fruit of 2 volkoren biscuits). Bij een voedingssonde dient de suiker, drank en voeding via de sonde gegeven te worden.
3. Na 10 – 15 minuten bloedsuiker opnieuw prikken:
  - Indien bloedsuikerwaarde < 4.0 mmol/l en/of verslechtering klinisch beeld: PVK/ANWhoofd bellen.
  - Indien > 4.0 mmol/l overleg PVK/ANWhoofd over het wel/niet toedienen van anti-diabeticum of insuline.

#### BLOEDSUIKERWAARDE <4.0mmol/l én cliënt is NIET aanspreekbaar of kan niet slikken én heeft geen voedingssonde:

1. PVK/ANWhoofd bellen voor overleg voor het toedienen van glucagon in buik of armen. Cliënt moet na ongeveer 10 -15 minuten weer bij bewustzijn zijn, zo niet: PVK/ANWhoofd bellen en in overleg nogmaals glucagon geven of arts laten waarschuwen om glucose intraveneus te laten toedienen.
2. Met PVK/ANWhoofd tijdstip(pen) controles bloedsuiker afspreken.
3. Geen anti-diabeticum of insuline toedienen.
4. Indien voedingssonde aanwezig is: in overleg met PVK/ANWhoofd 1 glas water met 3 eetlepels glucosesiroop óf 50ml glucose 40% (alternatief 100ml glucose 20%) via voedingssonde toedienen.

N.B. bij het meten van een **hyperglycemie ná een hypoglycemie geen actie** ondernemen. Het lichaam heeft **24 uur** nodig om van een hypoglycemie te herstellen.

**SPOED**                   bloedsuikerwaarde < 4.0 mmol/l  
                                  bewusteloosheid  
                                  verward of verminderd aanspreekbaar/suf

**DRINGEND**           bij bloedsuikerwaarde < 4.0 mmol na correctie hypoglycemie en/of verslechtering klinisch beeld  
                                  braken en/of diarree  
                                  koorts

**ROUTINE**               ontregeling bloedsuikers

## 14. INCONTINENTIE

### Begripsbepaling

Het onwillekeurig lozen van urine, dat objectief aantoonbaar is en dat een sociaal of hygiënisch probleem vormt. Uitingvormen zie bijlage.

### observaties en beschrijving situatie

1. Sinds wanneer is er sprake van incontinentie (acuut? Wat is de mogelijke oorzaak)?
2. Kan cliënt de urine goed ophouden bij aandrang om te plassen? Of is de aandrang zo sterk dat urineverlies optreedt voordat het toilet bereikt wordt?
4. Hoe groot is de hoeveelheid urineverlies: licht/matig/ernstig?
5. Hoe vaak heeft cliënt last van urineverlies?
6. Treedt het urineverlies op speciale (drukverhogende) momenten op: lachen, huilen, niezen, overgang warmte naar koude, lichamelijke inspanning, sporten of traplopen?
7. Heeft cliënt pijn bij het plassen?
8. Hoeveel last, en voor wie, veroorzaakt de incontinentie (cliënt, partner, omgeving)?
9. Is cliënt bekend met urologische-/neurologische- of gynaecologische aandoeningen?
10. Heeft cliënt recentelijk een CAD gehad?
11. Ziet cliënt slecht of heeft cliënt cognitieve problemen?
12. Is cliënt goed ter been?
13. Hoeveel is de vochtintake van cliënt?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur
2. In overleg PVK/ANWhoofd bladderscan laten verrichten.
3. In overleg met PVK/ANWhoofd urine opvangen en strippen.
4. In overleg met PVK/ANWhoofd gedurende 5 dagen een mictiedagboek bijhouden (zie bijlage).
5. Verminder of vermijd intake van alcohol/cafeïne/cola.
6. Gebruik protocol van organisatie. ( Cordaan: protocol incontinentie/toiletgang)

**SPOED**                    acuut ontstane incontinentie met neurologische verschijnselen (zie protocol *epileptisch insult* blz. 26) en/of pijn

**DRINGEND**                verdenking overloopblaas  
                                  verdenking urineweginfectie

**ROUTINE**                 arts consulteren voor verder onderzoek (urine, lichamelijk onderzoek, verwijzing uroloog)

TOEVOEGEN BLZ 36 + 37 TRIAGE BOEK VOOR OUDERENZORG

## 15. JEUK

### Begripsbepaling

Jeuk is 'de sensatie in de huid die uitlokt tot krabben' en is een van de meest voorkomende huidklachten. Jeuk kan variëren tot lichte jeuk bij milde irritatie van de huid tot een heftige, allesbeheersende toestand die normaal leven zo goed als onmogelijk maakt.

### observaties en beschrijving situatie

1. Is jeuk plotseling opgetreden of ontstaan?
2. Waar zit de jeuk precies (hele lichaam, haargrens, knieholten)?
3. Is huid rood, schilferig, zijn er wondjes en/of krabeffecten?
4. Is dag/nachtritme van cliënt verstoord?
5. Heeft cliënt al eerder deze klachten gehad? Zo ja, hoe zijn die toen behandeld?
6. Zijn er meerdere cliënten met deze klachten?
7. Is er medicatie afgesproken tegen de jeuk?

### controles en acties

1. Inspecteer de huid zorgvuldig (roodheid, krabeffecten, schilfering, pukkels, ontstekingen, bulten, wondjes)
2. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
3. Bel PVK/ANW'hoofd.

Op oudere leeftijd treedt jeuk meestal op door verlies van vocht en elasticiteit van de huid. Naast krabeffecten en droge huid is er verder niets te zien.

- Niet wassen met zeep maar zeepvrije badolie.
- Niet te warm douchen.
- Na douchen of wassen insmeren met vettende crème/ mentholgel/koelzalf.
- Nagels kort houden.
- Bij onvoldoende resultaat op bovenstaande maatregelen: PVK consulteren.

**SPOED** jeukklachten bij meerdere cliënten op de afdeling (verdenking Schurft (Scabiës))

**DRINGEND** indien jeuk het gevolg is van een allergische reactie op b.v. medicatie  
ontregelde diabetes mellitus  
extreme jeuk overleg medicatie b.v. antihistaminicum

**ROUTINE** exacerbatie huidaandoening (psoriasis/eczem)  
indien oorzaak jeuk nader onderzoek en behandeling behoeft (b.v. nierinsufficiëntie)

## 16. KATHETER PROBLEMEN

### Begripsbepaling

Meest voorkomende katheterproblemen:

1. CAD<sup>1</sup> is helemaal niet of weinig productief; er is geen productie van urine zichtbaar in opvangzakje.
2. Bloed naast de CAD en/of in katheterzakje; bloed loopt naast de katheter langs de slang en/of in katheterzakje.
3. Urine loopt naast de CAD; urine loopt langs de slang.
4. SP katheter<sup>2</sup> of CAD ligt eruit.

<sup>1</sup> CAD: Catheter à Demeure = transurethrale katheter (verblijfskatheter)

<sup>2</sup> SP katheter = suprapubische katheter ligt in de blaas via een kunstmatig gemaakte opening; fistel.  
Zodra de katheter er niet meer in zit kan dit fistel zich binnen een uur sluiten.

### observaties en beschrijving situatie

#### Geen / weinig productie:

1. Hoeveel urineproductie is er geweest in hoeveel tijd?
2. Hangt urineopvangzak lager dan blaas cliënt?
3. Ligt slang vrij/ geen kocher op slang of klem?
4. Hoe ziet de urine (in de slang) eruit; is deze vies/vlokkerig/bloedbijmenging?
5. Heeft cliënt pijn in onderbuik (blaas) en/of aandrang tot mictie?

#### Bloed naast CAD/via slang en/of in opvangzakje

1. Sinds wanneer is dit opgemerkt, gerapporteerd?
2. Hoe ziet de urine eruit: vies, vlokkerig, lichtrood, donkerrood, stolsels?
3. Is er sprake van recent trauma (moeizame katheterisatie, zelf verwijderd of hard aan katheter getrokken)?
4. Is de katheter nog doorgankelijk? Is er sprake van retentie/buikpijn/mictiedrang?
5. Is er sprake van een urineweginfectie. Zo ja, waarmee wordt het behandeld?
6. Gebruikt cliënt antistolling?
7. Wat zijn de controles (bloeddruk, pols en temperatuur)?

#### Urine loopt naast de CAD

1. Indien CAD niet of weinig productief (zie: *geen/weinig productie*)
2. Heeft cliënt last van blaaskrampen?
3. Welke maat CAD is gebruikt en met hoeveel ml water is ballon gevuld?

#### CAD/SP katheter ligt eruit

1. Sinds wanneer ligt katheter eruit?
2. Wat is de oorzaak dat de katheter eruit ligt?
3. Loop urine af via natuurlijke weg?
4. Heeft cliënt retentie/buikpijn /mictiedrang?

### controles en acties

#### Geen / weinig productie

1. Slang en urineopvangzak controleren op obstructie en hoogteverschil tussen blaas-urineopvangzak.
2. Ballon katheter leeg laten lopen, katheter hogerop schuiven en ballon weer vullen (alleen bij vrouwen) of laten doen door PVK/ANWhoofd (bij mannen).
3. In overleg met PVK/ANWhoofd doorgankelijkheid katheter bepalen door blaasspoeling met blaasspoelvloeistof.
4. In overleg met PVK/ANWhoofd indien mogelijk bladderscan laten verrichten.
5. Bij verstopping katheterslang: katheter vervangen (vrouwen) of **laten** vervangen (mannen).

#### Bloed naast CAD en/of via slang in opvangzakje

1. Indien recent trauma of moeizame katheterisatie: observeren.
2. In overleg met PVK/ANWhoofd bij aanhoudende bloedmenging urine: blaas spoelen met gekoelde fysiologisch zoutoplossing: 3 à 4 x daags.
3. Controle pols/temperatuur/bloeddruk

#### Urine naast CAD

1. Vulling ballon controleren: ballon leeg laten lopen en opnieuw vullen bij voorkeur met 5 cc; meer vulling kan meer prikkeling geven.
2. In overleg met PVK/ANWhoofd bij kleine maat CAD evt. grotere maat plaatsen (bij vrouwen) of laten plaatsen (mannen).
3. In overleg met PVK/ANWhoofd bij blaaskrampen/overreactieve blaas: eerst de ballon leeg laten lopen en opnieuw vullen (vrouwen) of laten vullen (mannen) met 5 cc i.p.v. 10 cc of een kleinere maat CAD plaatsen (bij vrouwen) of laten plaatsen (bij mannen).

### **CAD of SP katheter ligt eruit**

1. De SP katheter dient zo snel mogelijk weer geplaatst te worden. Eventueel kortdurend sonde of katheter in opening steken totdat PVK/ANW'hoofd er is. I.o.m PVK/ANW'hoofd tijdelijk een CAD inbrengen (bij pijn in de onderbuik).
2. Bij ernstige onrust en zelf verwijderen van **CAD** door cliënt i.o.m. PVK/ANW'hoofd katheter uit laten tot een later tijdstip op basis van uitslag bladderscan. Dit geldt niet voor een SP katheter!

### **NB.**

Bij koorts/buikpijn waarbij geen andere oorzaak voor de koorts gevonden kan worden: in overleg met PVK/ANW'hoofd/arts urine opvangen (let op! direct uit de slang) voor kweek.

### **SPOED**

voor herplaatsen SP katheter  
verdenking retentieblaas  
shock bij overmatig bloedverlies

### **DRINGEND**

bloedverlies bij gebruik bloedverdunners (acenocoumarol, ascal)  
onverdraaglijke blaaskrampen  
koorts en ziek zijn  
vervangen katheter bij man

### **ROUTINE**

n.v.t.

## 17. KOORTS

### Begripsbepaling

Koorts is een verhoging van de lichaamstemperatuur boven 38°C **rectaal** gemeten. Tegenwoordig wordt vaak de temperatuur digitaal gemeten via het oor. Dit is geen nauwkeurige meting. Hierbij ziet men vaak verschil in linker of rechter oor door b.v. een prop oorsmeer. Kwaliteit van de oorthermometer en juiste meettechniek zijn sterk bepalend voor de uitslag. Temperatuurverschillen met rectaal gemeten temperatuur:

Oksel (axillair): 0,5°C lager dan rectaal

Mond (oraal): 0,3°C lager dan rectaal

Oor (tympanisch): 0,45°C lager dan rectaal

Koorts is een symptoom en geen ziekte. Koorts is een reactie van het lichaam op een infectie en helpt bij het opruimen van de ziektekiemen. Het is belangrijk om de oorzaak te achterhalen. Het onderdrukken van de koorts vermindert het ziektegevoel maar bekort de ziekteduur niet.

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoe is de temperatuur gemeten (rectaal/via oor/mond/oksel) en hoe hoog is de temperatuur?
2. Hoe lang houdt de koorts aan (continue, aanvallen, koortsvrije periodes, koude rillingen)?
3. Hoe is de bloeddruk en pols; wat zijn de uitgangswaarden van bloeddruk en pols?
4. Heeft cliënt nog andere klachten zoals hoesten, benauwdheid, pijn bij plassen, huiduitslag, braken, diarree, wonden?
5. Maakt cliënt een ernstig zieke indruk (cyanotisch, transpireren, kortademig, suf, onrustig/verward, nekstijf)?
6. Is cliënt recentelijk behandeld of wordt cliënt nu behandeld tegen een infectie?
7. Is cliënt diabeet, COPD patiënt of heeft cliënt een verminderde weerstand?
8. Is cliënt bekend met recidiverende infecties?
9. Is cliënt bekend met slecht functionerende temperatuur regulatie t.g.v coma, hersentumor, CVA , infectie?
10. Welke medicatie gebruikt cliënt: antibiotica, prednison, paracetamol, NSAID's?
11. Hoe is het met de intake van vocht en voeding?
12. Zijn er meer cliënten in de omgeving met dezelfde klachten?

### controles en acties

1. Bij een lichaamstemperatuur > 39 °C en < 40 °C po ls <100 en niet ernstig ziek zijn in overleg met PVK/ANW hoofd: paracetamol 1000 mg oraal (bij voorkeur) of supp max. 3 x daags. Na 2 uur temperatuur meten om te zien of paracetamol effectief is.
2. Veel laten drinken 1.5 – 2 l en vochtbalans bijhouden.
3. Cliënten met diabetes mellitus bloedsuiker controleren.
4. Cliënten met hevige transpiratie koele afwassing geven en regelmatig droge kleding en lakens geven.
5. Cliënt geen deken geven.
6. Bij pijn bij plassen of onrust in overleg met PVK/ANW hoofd: urine strippen.
7. Goede mond en huidverzorging.
8. Bloeddruk, pols en temperatuur 2 x daags meten.
9. Bij wonden PVK/ANW hoofd bellen voor inspectie wond en omgeving.

**SPOED** shock verschijnselen (lage bloeddruk, hoge polsfrequentie)  
nekstijfheid  
sufheid of verwardheid  
koude rillingen en ernstig ziek  
hevige benauwdheid

**DRINGEND** bij optreden van koorts onder antibiotica en/of prednison en/of paracetamol/NSAID gebruik  
bloed bij urine  
indien koorts niet reageert op paracetamol  
toename van klachten zoals braken, kortademigheid  
cliënten met verminderde weerstand, diabetes mellitus en COPD

**ROUTINE** indien koorts onvoldoende reageert op bovengenoemde maatregelen

## 18. KORTADEMIGHEID

### Begripsbepaling

Kortademigheid wordt gebruikt voor verscheidene klachten. De ernst bepaalt de urgentie. Kortademigheid is een symptoom voor allerlei ziekten en/of aandoeningen. Belangrijk is te weten wat men bedoelt met kortademigheid. Een normale ademfrequentie is 15 x per minuut.

### observaties en beschrijving situatie

1. Is cliënt bij bewustzijn?
2. Hoe is de ademhaling (zacht, kreunend, hoorbaar bij in-of uitademing, adequaat)? Heeft cliënt blauwe lippen, vingers, tenen of is gelaat rood of grauw? Kan cliënt platliggen, hele zinnen zeggen?
3. Wanneer zijn de klachten begonnen en was dit geleidelijk of acuut?
4. Hoe is het gedrag (rustig, onrustig, lijkt cliënt te stikken)?
5. Zijn er andere klachten: misselijkheid/braken, pijn met ademen, transpireren, duizelig, hoesten, plasproblemen, angst, oedeem enkels, hartkloppingen?
6. Is cliënt bekend met COPD/Astma, hartfalen of hyperventilatie, allergie?
7. Is cliënt gevallen?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en ademfrequentie!
2. Zet cliënt rechtop in bed of op een stoel of rand van het bed met ondersteuning van het bovenlichaam door bijvoorbeeld een tafel.
3. Geef de zo nodig voorgescreven medicatie zoals extra luchtwegverwijder (salbutamol).
4. Overleg met PVK/ANW'hoofd bij onvoldoende effect van extra medicatie en/of verergering of eerste keer klachten.

Bij angst en hyperventilatie

1. Stel de cliënt gerust en laat cliënt rustig ademen, drie seconden in en zes seconden uit.
2. Probeer samen met de cliënt het ademhalingspatroon onder controle te krijgen door mogelijk een ontspanningsoefening te doen of cliënt af te leiden met een bezigheid.
3. Informeer naar de oorzaak die de klachten mogelijk hebben uitgelokt.
4. Overleg bij aanhoudende angst met PVK/ANW'hoofd.

NB: Blazen in een zakje is achterhaald en werkt niet! Zuurstof geven heeft bij hyperventilatie een averechts effect!

### SPOED

bewusteloosheid  
hevige benauwdheid (ademfrequentie > 30/min) die snel verergert  
blauwe verkleuring in het gezicht of extremiteiten  
pijn op de borst  
hoge koorts (temperatuur > 40°C)  
dreigende shock (dalende bloeddruk, stijgende pols)  
COPD/Astma niet reagerend op medicatie  
indien er sprake is van een trauma, verslikken, iets in de keel

### DRINGEND

geleidelijke verslechtering (toename benauwdheid, toename koorts)  
toename onrust/verwardheid  
onvoldoende reactie op toegediende medicatie en toegepaste maatregelen

### ROUTINE

evaluatie van medicatie en instellen op nieuwe of onderhoudsmedicatie  
in kaart brengen van aanleiding/oorzaak van hyperventilatie

## 19. OBSTIPATIE

### Begripsbepaling

De toestand waarin iemands stoelgang een verandering ondergaat, gekenmerkt door een verminderde frequentie van ontlasting en/of harde ontlasting. De meest frequente oorzaken zijn: vezelarme voeding, onvoldoende drinken, te weinig lichaamsbeweging, te lang ophouden van ontlasting, spanningen, ander voedsel of vreemd toilet, bepaalde ziekten zoals darmontsteking, prikkelbare darmsyndroom, diabetes of kwaadaardige aandoeningen. Medicatiegebruik kan ook de oorzaak zijn van obstipatie.

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoeveel dagen was er geen ontlasting?
2. Hoe zag de laatste ontlasting er uit (hard, breiig, waterdun) en was er sprake van bloed/slijm bijmenging?
3. Hoe is het normale patroon?
4. Hoe vindt de stoelgang plaats (toilet, stoel of bed, incontinentie) en is stoelgang pijnlijk?
5. Heeft cliënt andere klachten (verminderde eetlust of gewichtsverlies, afwisselend obstipatie en diarree, braken, buikpijn, koorts, verwardheid)?
6. Voelt cliënt zich ziek?
7. Hoe is de vocht-voedingsintake van cliënt?
8. Gebruikt cliënt sondevoeding?
9. Is de buik voller dan normaal, drukpijnlijk, hard?
10. Gebruikt cliënt medicatie die obstipatie kunnen veroorzaken (morphine, tramadol, ijzer, anti-depressivum of – psychotica)?
11. Is er beleid afgesproken door arts bij het uitblijven van ontlasting (klyisma, bisacodyl)?

### controles en acties

1. Cliënt stimuleren voldoende vocht tot zich te nemen;vochtlijst bijhouden (2l/dag).
2. Indien cliënt sondevoeding gebruikt overleg PVK/ANWwhoofd
3. Cliënt stimuleren tot het eten van adequate voeding (vezelrijk /pruimen). Laxerende voeding: koffie, verse sinaasappelsap, ontbijtkoek, volkoren brood etc.).
4. Glas lauw water drinken of pruimen eten op de nuchtere maag.
5. Warme dranken drinken (cafeïne).
6. Stimuleren tot mobiliteit (ook in bed oefeningen).
7. Bekijk met cliënt onder welke condities/omstandigheden hij gewend is gemakkelijk te defeceren.
8. Defecatielijst bijhouden.

**SPOED** braken  
bij hevige buikpijn (plankhard met druk/loslaat pijn)  
rectaal bloedverlies dat aanhoudt

**DRINGEND** ernstig ziek  
3 dagen geen ontlasting  
bij gebruik sondevoeding

**ROUTINE** vermagering en verminderde eetlust  
bloed of slijm bij ontlasting  
afwisselend diarree en obstipatie  
chronische darmaandoening  
obstipatie door medicatiegebruik



## 20. PIJN OP DE BORST

### Begripsbepaling

Hevige (beklemmende, drukkende, samensnoerende) pijn achter borstbeen(= pectoris), in de rug en/of uitstralend naar kaak/armen, benauwdheid(angina), zweten, angstklachten worden uitgelokt door inspanning, emoties, kou, warmte. Klachten verdwijnen binnen 15 minuten in rust en/of binnen enkele minuten na het gebruik van sublinguaal toegediende nitraten. Oorzaak is vernauwing van de kransslagader(s) van het hart wat leidt tot zuurstof tekort van de hartspeer wat pijn veroorzaakt. Indien er sprake is van een totale afsluiting spreekt men van infarct.

### observaties en beschrijving situatie

1. Waar zit de pijn precies en kan cliënt vertellen of deze ergens naar toe uitstraalt?
2. Kan cliënt beschrijven wat soort pijn het is (drukkend/ beklemmend/ scheurend)?
3. Heeft cliënt eerder deze klachten gehad?
4. Is cliënt kortademig? Is ademhaling normaal? Geeft cliënt sputum op?
5. Is cliënt zweterig/klam/misselijk. Heeft cliënt neiging tot flauwvallen?
6. Is cliënt angstig?
7. Is er interventie medicatie voorgeschreven (isordil/Nitrospray)?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en ademprequentie.
2. Cliënt rechtop in bed, knellende kleding los maken.
3. Zorg voor rust rondom de cliënt.
4. Cliënt mag niet alleen gelaten worden.

**SPOED** pijn op de borst

**DRINGEND** n.v.t.

**ROUTINE** n.v.t.

## 21. RECTAAL BLOEDVERLIES

### Begripsbepaling

Bij bloedverlies uit de anus spreekt men van rectaal bloedverlies. Oorzaken kunnen zijn: bacteriële ontsteking, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn, divertikels, fissuren van anus, hemorroïden, poliepen, tumor.

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoeveel bloedverlies? Probeer een inschatting te maken van de hoeveelheid.
2. Wat is de kleur (helderrood, donkerrood of zwart)?
3. Ligt het bloed op de ontlasting, er naast of is het met de ontlasting vermengd?
4. Is er sprake van diarree met slijm en/of stolsels?
6. Is cliënt bekend met maagdarmproblemen?
7. Heeft cliënt aambeien?
8. Gebruikt cliënt medicatie (bloedverdunners, ferrofumaraat, NSAID's)?
9. Heeft cliënt buikpijn (lokalisatie, uitstraling)?
10. Is cliënt ook aan het braken (kleur, aspect, frequentie)?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
2. Bij gebruik bloedverdunners overleg met PVK/ANW'hoofd.
3. Observeren bloedverlies; aanhouden/toename/stoppen.
4. Bij hemorroïden: laxerend voedsel, veel drinken, evt. laxantia en in overleg aambeienzalf.

**SPOED** shock verschijnselen (lage bloeddruk, hoge polsfrequentie): *zie dreigende shock blz. 24*  
grote bloeding zonder shock verschijnselen

**DRINGEND** algeheel ziek  
diarree met bloed en of slijm en koorts  
aanhoudend helderrood bloedverlies  
gebruik bloedverdunners

**ROUTINE** klachten ten gevolge van aambeien

## 22. ROOD OOG

### Begripsbepaling

Roodheid van het oog wordt veroorzaakt door aandoeningen van het slijmvlies dat de binnenzijde van de oogleden bedekt, de harde oogrok en het voorste oogcompartiment. Roodheid kan één of beide ogen betreffen. Het is van belang dat onderscheid gemaakt wordt tussen visusbedreigende aandoeningen (vooral ontsteking hoornvlies, loslating netvlies en acuut glaucoom) en onschuldige aandoeningen (zoals ontsteking slijmvlies oogleden). In het verpleeghuis ziet men ook regelmatig een Herpes Zoster infectie van het oog. Voorafgaand aan tekenen van de infectie op de huid hebben cliënten dan last van koorts, hoofdpijn, pijn in het oog, malaise.

### observaties en beschrijving situatie

1. Alarmsymptomen aanwezig: pijn, daling gezichtsvermogen, lichtschuwheid?
2. Heeft cliënt klachten aan één of beide ogen?
4. Heeft cliënt andere klachten (misselijk, braken, hoofdpijn)?
5. Heeft cliënt visusklachten (dubbelzien, lichtflitsen)?
6. Is er sprake van afscheiding uit het oog? Dichtgeplakt zitten van de ogen ('s morgens)?
7. Is er sprake van een trauma rond het oog?
8. Welke medicijnen gebruikt cliënt (bloedverduunners)?

### controles en acties

Bij alarmsymptomen (zie boven):

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en waarschuw PVK/ANW'hoofd.

Bij afscheiding en vastgeplakt zitten van oogleden:

1. Reinig oog met kraanwater. Altijd van buiten naar binnen met een gaasje.
2. Voorkom irritatie (contactlenzen, make-up).
3. Cliënt aanmelden voor visite arts.

Bij etsing door bijtende vloeistoffen in het oog:

1. Direct spoelen met kraanwater 10-20 minuten.
2. Overleg PVK/ANW'hoofd.

**SPOED** acute visusdaling  
rood of zeer pijnlijk oog, met misselijkheid en braken  
ernstig oogletsel (stomp trauma of doorboord)  
loog, kalk of zuur in het oog

**DRINGEND** gebruik antistolling (acenocoumarol, sintromitis)  
vreemd voorwerp in het oog  
rood en pijnlijk oog  
acuut ontstaan dubbelzien  
lichtflitsen  
oogontsteking met hevig pussende afscheiding

**ROUTINE** oogontsteking langer dan 3 dagen zonder verbetering

## 23. ROODHEID VAN DE HUID

### Begripsbepaling

Roodheid van de huid is een veelvoorkomend vaak onschuldig symptoom. Soms is het een uiting van een infectieziekte zoals wondroos (erysipelas) waarvoor snelle start behandeling nodig is. Roodheid van de huid kan over het hele lichaam of lichaamsdeel (gegeneraliseerd) voorkomen of lokaal.

### observaties en beschrijving situatie

1. Wanneer is de uitslag/roodheid gesignaleerd/ontstaan?
2. Waar zit de uitslag/roodheid precies (gezicht, nek, rug, handen, knieholten)?
3. Hoe ziet de uitslag/roodheid er uit (begrensd, diffuus)?
4. Is cliënt bekend met allergieën?
5. Is cliënt bekend met een huidaandoening?
6. Heeft cliënt jeuk?
7. Heeft cliënt pijn?
8. Heeft cliënt nog andere klachten? (zwellings, benauwdheid)
9. Hebben meerdere cliënten deze klachten?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en ademhaling (bij verdenking allergische reactie)

#### Bij verdenking allergische reactie:

1. Overleg PVK/ANWhoofd.
2. Observatie uitbreiding roodheid en/of zwelling.
3. Controle bloeddruk, pols, temperatuur inclusief ademfrequentie.
4. Aangedane lichaamsdelen eventueel koelen (b.v met natte gazen).

#### Jeuk:

1. Zie *jeuk blz. 38*.

#### Bij verdenking eczeem:

1. Bestrijd droge huid (geen zeep, niet te warm water, na het wassen huid invetten) ook indien eczeem niet actief is.
2. Vermijd irriterende en afsluitende kleding; gebruik katoen/natuurzijde.
3. Zonlicht heeft een positief effect maar niet te veel!
4. Eventueel 's nachts katoenen handschoenen dragen (krabben).

#### Bij verdenking wondroos (erysipelas):

1. Overleg PVK/ANWhoofd over start antibiotica en pijnstilling.
2. Indien mogelijk koelen met natte verbanden en dekenboog geven.
3. Controle bloeddruk, pols en temperatuur 2 x daags.
4. Contactisolatie (schort, handshoenen)

**SPOED** acute allergische reactie gepaard gaande met zwelling in halsgebied  
aanwezigheid van dezelfde klachten bij andere cliënten

**DRINGEND** allergische reactie ten gevolge van antibioticagebruik, andere medicatie of voedsel  
koorts (erysipelas)

**ROUTINE** opleving van eczeem

## 24. SCHEDELLETSEL

### Begripsbepaling

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

### observaties en beschrijving situatie

1. Is cliënt bewusteloos?
2. Is cliënt bewusteloos geweest? Hoelang?
3. Wat is er gebeurd? (vermoedelijke oorzaak, tijd, plaats, datum van het trauma)
4. Is er sprake van een bloedende hoofdwond?
5. Hoe is cliënt nu? (opgewonden, suf, slaperig, hoofdpijn, misselijkheid, braken, koorts, trekkingen, verwardheid, angst, uitvalsverschijnselen)
6. Weet cliënt wat er gebeurd is?
7. Zijn er andere verwondingen?

### controles en acties

1. Blijf rustig en zorg voor een rustige omgeving.
2. Beoordeel bewustzijn, pijn, reactievermogen, verwardheid?
3. Bij bewusteloosheid cliënt in stabiele zijligging leggen of 30° doordraaien op buik.
4. Meet bloeddruk, pols, temperatuur en ademfrequentie.
5. Bij zichtbaar bloedverlies; bloeding stelpen eventueel ijspakking geven maar geen druk op wond laten uitoefenen.
6. **In dossier rapporteren: datum, tijd, plaats, vermoedelijke oorzaak, aanwezigheid van andere mensen, letsel of gevolgen van val!**

**SPOED** elke vorm van schedelletsel

**DRINGEND** n.v.t.

**ROUTINE** n.v.t.

Toevoegen schedelletsel wekadvis en observatielijst schedelletsel

## 25. SCHEURWOND (SKINTEAR)

### Begripsbepaling

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

### Men onderscheid 3 categorieën:

- I scheurwond zonder weefselverlies
- II scheurwond met gedeeltelijk weefselverlies
- III scheurwond met volledig verlies van de huidflap

### observaties en beschrijving situatie

1. Is de bloeding te stelpen? Is er sprake van helderrood, spuitend bloed?
2. Wat is de oorzaak van de verwonding?
3. Is er sprake van ander letsel?
4. Is de wond verontreinigd?
5. Kan de wond schoongemaakt worden?
6. Heeft cliënt een verminderde weerstand?
7. Gebruikt cliënt bloedverdunners?
8. Is cliënt gevaccineerd tegen tetanus?

### controles en acties

1. Waarschuw PVK/ANWhoofd

Preventie bij dagelijkse zorg:

1. Opletten bij aantrekken steunkousen.
2. Opletten tijdens transport, rolstoel.
3. Werken met kortgeknipte nagels.
4. Geen sieraden, horloges, ringen dragen tijdens werk.
5. Goede tiltechniek.
6. Bescherming broze huid: beschermende huidolie op voorschrift.
7. Cliënt lange mouwen/kousen laten dragen.
8. Eventueel in overleg met PVK/ANWhoofd zwachtels laten dragen.
9. Eventueel in overleg met PVK/ANWhoofd been of elleboogbeschermers laten dragen.
10. In overleg met PVK/ANWhoofd beschermfilter (Cavilonspray) onder kleefpleisters gebruiken.

**SPOED** skintear al dan niet met niet te stelpen of spuitende bloeding  
vermoeden van ander letsel

**DRINGEND** overleg tetanusvaccinatie

**ROUTINE** n.v.t.

## 26. SLAPELOOSHEID

### Begripsbepaling

Probleem met in- en doorslapen. Slapeloosheid is een 24-uurs probleem. Dit houdt in dat iemand overdag last kan hebben van de gevolgen van slapeloosheid. Ongeveer 2/3 van de mensen slaapt 7-8 uur per nacht. Ouderen slapen oppervlakkiger en zijn vaker wakker. Ouderen slapen korter. Slapeloosheid verhelpen of accepteren zonder slaapmiddelen heeft sterk de voorkeur vanwege de bijwerkingen en gewenning aan slaapmiddelen.

### observaties en beschrijving situatie

1. Wat is de voornaamste klacht (niet kunnen inslapen, 's nachts wakker worden, wakker liggen, vermoeidheid/slapen overdag)?
2. Wat is de oorzaak (geluidsoverlast, licht, angst, lichamelijk ongemak, piekeren)?
3. Hoeveel nachten per week heeft cliënt last?
4. Wat is het normale slaappatroon van cliënt? (evt. heteroanamnese)
5. Heeft cliënt gebruiken/rituelen voor het slapen gaan?
6. Drinkt cliënt alcohol, koffie, thee, cola voor het slapen gaan?

### controles en acties

1. Observatie en rapportage van slaapritme van cliënt.
2. Informeren naar gebruiken en gewoontes voor het slapen gaan en deze zoveel mogelijk handhaven.
3. Zorg voor een rustige, goed verduisterde slaapomgeving.
4. Adviseer geen koffie, cola, thee, alcohol of zware lichamelijke inspanning uren voor het slapen gaan.
5. Laat cliënt pas naar bed gaan als cliënt slaperig is.
6. Laat cliënt geen dutjes overdag doen.
7. Overleg PVK/ANW/hoofd over éénmalig benzodiazepine (temazepam 10 mg).

**SPOED** n.v.t.

**DRINGEND** n.v.t.

**ROUTINE** kortdurende slapeloosheid: slaapklachten > 3 weken en tenminste 2 nachten per week  
chronisch slaapmiddelengebruik  
specifieke slaapstoornis  
vermeende slapeloosheid: klachten over slaap, zonder klachten overdag

## 27. SLIKSTOORNISSEN

### Begripsbepaling

#### Symptomen van slikklachten zijn:

1. speekselverlies
2. "balletjesgevoel" in de keel
3. drukgevoel in de keel of op de borst
4. onaangenaam gevoel bij het slikken
5. gewichtsvermindering door te weinig voeding
6. hoesten en/of neiging tot overgeven of stikgevoel
7. plotseling rode en/of tranende ogen (stille aspiratie)

#### Mogelijke oorzaken:

1. CVA
2. allergische reactie (medicatie)
3. verminderde speekselsecretie (M. Sjogren, ouderdom, medicatie)
4. neurologische ziekten b.v M. Parkinson, dementie

### observaties en beschrijving situatie

1. Sinds wanneer zijn de slikklachten ontstaan (acuut, langzaam, na wegraking)?
2. Is bewustzijn van cliënt veranderd?
3. Zijn er andere uitvalsverschijnselen?
4. Hoest de cliënt na slikken?
5. Heeft cliënt zich verslikt?
6. Is cliënt recentelijk gestart met andere medicatie?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en ademfrequentie.
2. Bijhouden vocht en voedsel intake lijst volgens afspraak organisatie (Cordaan protocol Vocht en Voeding).

**SPOED** plotseling optreden van slikklachten  
zwellend keel- halsgebied  
vastzittend stuk voedsel in slokdarm

**DRINGEND** verdenking CVA /TIA

**ROUTINE** verdere behandeling en beleid ten aanzien van voeding



## 28. VERDENKING URINEWEGINFECTIE

### Begripsbepaling

Urineweginfecties worden onderverdeeld in ongecompliceerde en gecompliceerde urineweginfecties. In het eerste geval heeft de cliënt in principe een normale afweer en normale urinewegen. Bij gecompliceerde urineweginfecties heeft de cliënt functionele of anatomische afwijkingen aan de urinewegen en/of er zijn andere oorzaken van verminderde weerstand zoals diabetes mellitus en stoornissen van het immuunapparaat. Het brede scala van symptomen kan variëren van frequente lozingsdrang, pijnlijke lozing, buikpijn, koorts, flankpijn, algehele malaise tot een levensbedreigende sepsis. De symptomen zijn verder afhankelijk van de leeftijd van de cliënt: Bij ouderen kan verwardheid, koorts en incontinentie (retentie) optreden.

### observaties en beschrijving situatie

1. Hoe ziek is de cliënt? (rillingen, algemeen ziek zijn)
2. Is cliënt onrustig, verward?
3. Heeft cliënt pijnlijk of branderig gevoel bij het plassen, toegenomen frequentie of aandrang?
4. Hoe ziet urine er uit? (helder, troebel, met vlokken, bloed)
5. Is incontinentie ontstaan of al bestaande incontinentie toegenomen?
6. Geeft cliënt pijn in de rug, flank, perineum of onderbuik aan?
7. Heeft cliënt eerder urineweginfecties gehad? Welke antibioticum is toen gegeven of wordt cliënt nu nog behandeld?
8. Drinkt cliënt voldoende?
9. Heeft cliënt een katheter? Wat voor één? Zijn hier problemen mee op dit moment?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur.
2. Laat cliënt zoveel mogelijk drinken: streven naar 2 liter per dag.
3. Vochtintakelijst bijhouden.
4. Bij diabetes mellitus bloedsuikercontrole.
5. Bij katheter controle doorgankelijkheid en datum laatste wissel.
6. Overleg PVK/ANWhoofd over strippen van urine.
8. Na starten antibiotica bij aanwezigheid van katheter volgende dag katheter wisselen.

**SPOED** koude rillingen, hoge koorts en snelle pols  
koliekpijn onder in de rug  
delier, verwardheid

**DRINGEND** cliënt is ziek of plotseling verward én heeft typische of atypische klachten die kunnen wijzen op een urineweginfectie

**ROUTINE** specifieke of aspecifieke klachten waarbij een urineweginfectie moet worden uitgesloten

## 29. VERANDERD GEDRAG

### Begripsbepaling

Veranderd gedrag is gedrag die afwijkend is van iemands normale gedrag. De term dekt een scala aan toestanden die het gevolg kunnen zijn van plotseling optreden van fluctuerende verstoringen van bewustzijn, aandacht, waarneming, geheugen, oriëntatievermogen, denken, slaapwaakritme en psychomotorisch gedrag.

### observaties en beschrijving situatie

1. Wat voor gedrag vertoont cliënt?
2. Is bewustzijn verlaagd? *zie wegraking blz. 80 en/of verdenking delier blz. 74*
3. Hoe en wanneer is het begonnen en hoe is het verloop (acuut, langzaam, gevolgd na een gebeurtenis)?
4. Heeft cliënt diabetes mellitus? Zo ja, wat is de bloedsuikerwaarde?
5. Heeft cliënt een dementieel syndroom?
6. Is er sprake van hallucinaties/wanen/angst?
7. Is cliënt agressief, dreigend naar anderen of zichzelf toe?
8. Heeft cliënt pijn of andere klachten?
9. Wat is er tot nu toe geprobeerd om het gedrag te beïnvloeden?
10. Heeft cliënt alcohol en/of drugs/medicijnen gebruikt?

### controles en acties

1. Neem beschermende maatregelen voor (mede)cliënt(en) en/of personeel indien er sprake is van acute dreiging en bel voor hulp.
2. Controleer of de juiste medicatie, op het juiste tijdstip en juiste dosis is gegeven.
3. Bekijk of een specifieke benadering eerder succesvol is gebleken.
4. Pas een levensgerichte benadering toe in een rustige prikkelarme omgeving; laat eventueel een 'vreemd gezicht' de cliënt benaderen of specifiek een man of vrouw.
5. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en eventueel bloedsuiker zodra dit mogelijk is.

**SPOED** ademnood, bewustzijndaling of shock (lage bloeddruk en hoge pols)  
agressie/gewelddadig of bedreigend gedrag  
zelfmoordneiging of uitingen hiervan  
overdosis drugs of intoxicatie medicijnen  
hypoglycemie

**DRINGEND** onrust en verwardheid die nooit eerder is gesignaleerd  
onrust en verwardheid die na interventie blijft bestaan  
toenemende pijnklachten, ziek zijn  
wanen en hallucinaties (achterdocht), angst

**ROUTINE** n.v.t.

### 30. VERDENKING DELIER

#### Begripsbepaling

Een delier is een vrij plotseling optredende verwardheidstoestand die erg kan wisselen over de dag en de nacht. Belangrijkste symptomen zijn: wisselend bewustzijn, desoriëntatie, incoherent denken en hallucinaties, plukkerigheid.

De meest voorkomende oorzaak van een delier is een infectie, medische ingreep, trauma, medicatie of ontregeling chronische aandoening.

#### Een delier kan in verschillende vormen voorkomen:

Onrustig (hyperactief) met of zonder hallucinaties

Apatisch (hypoactief)

Gemengd

#### observaties en beschrijving situatie

1. Heeft cliënt wisselend bewustzijn of aandachtsproblemen?
2. Is er sprake van verwardheid?
3. Is verwardheid soms aanwezig en soms afwezig?
3. Is er sprake van geheugenstoornis?
4. Is de cliënt gedesoriënteerd in tijd, plaats of persoon?
5. Heeft de cliënt last van wanen en/of hallucinaties en zijn deze beangstigend, verontrustend?
6. Is er sprake van onrust of juist apathie?

#### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols, temperatuur en ademfrequentie. Eventueel bloedsuikerwaarde.
2. Overleg met PVK/ANW'hoofd
3. Start in overleg met PVK/ANW'hoofd delier observatielijst (DOS).
4. Start vocht- en voedingsintakelijst
5. Zorg voor maximale observatie en veiligheid: bed en bedekken in de laagste stand, verwijder gevaarlijke voorwerpen en frequente controle bij cliënt.

#### Algemene adviezen bij verdenking delier:

Herkenningpunten bieden; klok, kalender, foto's;

Zorg voor een rustige, vertrouwde omgeving; prikkel dosering;

Continue kamerverlichting;

Laat cliënt bril en gehoorapparaat gebruiken;

Toon begrip voor angst;

Ga niet mee in waanideeën;

Zorg voor voldoende vochtinname;

Zorg voor adequate voeding;

Gebruik bij voorkeur geen vrijheidsbeperkende maatregelen

**SPOED** als cliënt erg onrustig is en dreigt zichzelf of anderen schade toe te brengen  
sprake is van verontrustende hallucinaties of wanen (weglopen, opdrachten uitvoeren, suïcidaal)

**DRINGEND** als een bekend behandeld delier verandert of verergert  
koorts en algeheel ziek zijn  
verdenking onthoudingsdelier (alcohol, drugs, medicijnen)  
hypoglycemie

**ROUTINE** n.v.t.

## 31. VERDENKING HEUPFRACTUUR

### Begripsbepaling

Bij een heupfractuur is de hals van het bovenbeen gebroken. Dit is het bovenste deel van het bovenbeen. Pijn, zwelling, beperkte beweeglijkheid of niet kunnen belasten, samen met een beenlengteverschil zijn de belangrijkste verschijnselen. De voet aan de aangedane zijde ligt meer naar buiten gedraaid (exorotatie).

### observaties en beschrijving situatie

1. Wat is de oorzaak van het trauma; wat is er precies gebeurd?
2. Is cliënt bij bewustzijn en aanspreekbaar?
4. Zijn er pijnklachten en zo ja, wat is de lokalisatie?
5. Is het been verkort en naar buiten gedraaid?
6. Is verkorting mogelijk al bekend bij cliënt voor het trauma?
7. Kan cliënt been bewegen/optillen/naar zich toe buigen/naar buiten toe draaien?
8. Is er nog ander letsel (ribben/rug)?

### controles en acties

1. Waarschuw PVK/ANW'hoofd
2. Laat collega schepbrancard of tillift halen. Gebruik bij voorkeur schepbrancard om cliënt van grond in bed te leggen. Bij gebruik van tillift aangedane zijde maximaal ondersteunen door 1 of meerdere personen.
3. Meet bloeddruk en pols.
4. Spreek pijnstilling af met PVK/ANW'hoofd.
5. Laat MIC-formulier invullen + valpreventielijst.
6. **In dossier rapporteren: datum, tijd, plaats, vermoedelijke oorzaak, aanwezigheid van andere mensen.**

### SPOED

verdenking heupfractuur  
bewusteloosheid of andere neurologische verschijnselen  
verdenking femurschachtfractuur (bovenbeenfractuur, standverandering in het midden van het bovenbeen) en/of indien het bovenbeen dik en extreem pijnlijk is/wordt  
bij dalende bloeddruk en stijgende pols (shock)  
hypoglycemie

### DRINGEND

n.v.t.

### ROUTINE

n.v.t.

## 32. VERGIFTIGING

### Begripsbepaling

Blootstelling aan giftige stoffen al dan niet opzettelijk. Giftige stoffen kunnen via verschillende wegen het lichaam betreden; mond, longen, huid of de ogen. Via huid/ogen zal hoofdzakelijk een lokale reactie optreden.

### observaties en beschrijving situatie

1. Welke stof is ingenomen of waaraan is cliënt blootgesteld?
2. In welke hoeveelheid, sterkte en concentratie?
3. Zijn er ziekteverschijnselen: verminderd bewustzijn, ademhalingsproblemen, braken, bleek of klamme huid, epileptisch insult, slikproblemen?

### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur en ademprequentie.
2. Bel PVK/ANWwhoofd en meld (mogelijke) inname van stof.

Geen interventie nodig bij inname van of blootstelling aan: inkt van balpen, vulpen, viltstift, cosmetica, gum, kaarsen, kleikorrels(plantenbakken), krijt, behanglijm, witte papierlijm, lucifers, schoensmeer, silicagel, stijfsel, waterverf.

**SPOED**            blootstelling aan giftige stoffen  
                         shockverschijnselen  
                         ademhalingsproblemen  
                         epileptisch insult  
                         slikproblemen  
                         inname verkeerde medicatie

**DRINGEND**        n.v.t.

**ROUTINE**            n.v.t.

### 33. WEGRAKING

#### Begripsbepaling

Tijdelijk, gedeeltelijk (flauwte) of totaal bewustzijnsverlies (collaps, syncope) als gevolg van een verminderde toevoer van bloed, resp. zuurstof en voedingsstoffen, naar de hersenen.

#### observaties en beschrijving situatie

1. Is er sprake van een ongeval en letsel en zo ja, hoe ernstig? Bloedverlies? Verdenking fractuur?
2. Hoe lang duurt de bewusteloosheid?
3. Is cliënt op dit moment weer aanspreekbaar?
4. Hoe is de ademhaling?
5. Hoe is de gelaatskleur?
6. Is cliënt bekend met epilepsie?
7. Waren er voorafgaand klachten zoals pijn op de borst, hartkloppingen?
8. Is cliënt diabeet?
9. Is cliënt bekend met allergieën?
10. Wat zijn de medisch beleidsafspraken?

#### controles en acties

1. Meet bloeddruk, pols en temperatuur, ademhalingsfrequentie. Bij diabeten ook bloedsuiker.
2. Leg cliënt in goede houding evt. in stabiele zijligging.
3. Let op ademwegobstructie (gebitsprothese verwijderen) **pas op voor tongbeet bij epilepsie!**
4. Laat cliënt niet alleen. Laat eventueel collega PVK/ANWhoofd bellen.
5. Bij herstel van bewustzijn niet direct laten drinken in verband met verslikkingsgevaar.
6. Zorgvuldig verloop en tijdsduur rapporteren.

**SPOED** wegraking

**DRINGEND** n.v.t.

**ROUTINE** n.v.t.

## 34. WOND

### Begripsbepaling

Gewelddadige (vaak plotseling) verbreking van de natuurlijke samenhang van één of meerdere weefsels. Aard van het geweld kan zijn mechanisch, thermisch, chemisch, elektrisch of straling. Dit protocol gaat over wonden veroorzaakt door mechanisch geweld.

### observaties en beschrijving situatie

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

### controles en acties

#### Schaafwonden en kleine, niet wijkende wonden:

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

**SPOED**            niet te stelpen of spuitende bloeding  
                         vermoeden van ander letsel (steek/schotwonden, botbreuk, inwendig letsel)  
                         dreigende shock  
                         voor hechten of lijmen wond  
                         voorwerpen in wond  
                         bijt-krab-snijwonden en zie protocol organisatie (Cordaan; zie Cordaanwijzer)

**DRINGEND**        n.v.t.

**ROUTINE**            n.v.t.

## REFERENTIES

**Hijdra A, Koudstaal PJ, Roos RAC.** Neurologie. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg; 2003

**Van der Meer J, Stehouwer CDA.** Interne geneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005

**De Jongh TOH, de Vries H, Grundmeijer HGLM.** Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005

**Drijver R, Bouma E, Dirkse E.** NHG telefoonwijzer. Utrecht: Nederlandse Huisartsen Genootschap; 2008

**Meens J, Bos E.** Handboek triage voor de praktijkverpleegkundige in het verpleeghuis. Amsterdam: INHolland Academy; 2008

**Sparks-Ralph S, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Lavin MA.** NANDA verpleegkundige diagnose. Philadelphia: Bohn Stafleu van Loghum; 2003  
De Boer JE, Huppel W, de Jong JM, MesNT, van Oppenraay MLHA, Schutte MK et al.

**Farmacotherapeutisch Kompas 2010.** Naarden: CVZ; 2010

**Gordon M.** Handleiding verpleegkundige diagnostiek. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg; 2003

**De Bruin-van de Logt A.** Wijs met spoedzorg (voor ouderen). Hem: Drukkerij 't Venhuis; 2008

**Jochems A, Joosten F.** Coelho Zakwoordenboek der Geneeskunde. Doetinchem; Elsevier Gezondheidszorg 2003