

Inwendige 3

Studentenbrochure

Algemeen Ziekenhuis Diest
Statiestraat 65 – 3290 Diest – t 013 35 40 11
f 013 31 34 53 – post@azdiest.be –
www.azdiest.be

Beste Student,

Welkom op Inwendige geneeskunde 3.

Met deze informatiebundel willen we je graag wegwijs maken op onze afdeling.

Het is een beknopte handleiding die je steeds kan raadplegen. Deze kan niet allesomvattend zijn, maar zowel de hoofdverpleegkundige als de verpleegkundigen helpen je graag verder.

Vraag liefst op voorhand uitleg bij twijfel. Zo kunnen fouten voorkomen worden. Wij gunnen je de nodige tijd om je in te werken.

Alvast een fijne stageperiode gewenst!

**Namens de ganse equipe van
Inwendige 3**

Inhoudsopgave

1	Voorstelling van de afdeling	5
1.1	Algemeen	5
1.2	Multidisciplinair team	5
1.2.1	Referentieverpleegkundigen	5
1.2.2	Medische omkadering	5
1.2.3	Paramedische omkadering	6
1.3	Wegwijs op de afdeling.....	7
1.4	Dagindeling	8
1.5	Patiëntenpopulatie.....	9
1.5.1	Cardiologie.....	9
1.5.2	Endocrinologie	11
1.5.3	Gastro-enterologie	11
1.5.4	Hematologie.....	13
1.5.5	Neurologie.....	13
1.5.6	Pneumologie.....	14
1.5.7	Neuro-psychiatrie.....	15
1.5.8	Algemeen.....	15
1.6	Diagnose en Therapie	16
1.6.1	Diagnose.....	16
1.6.2	Algemeen.....	18
1.6.3	Therapie.....	18
2	Specifieke taakomschrijving van de verpleegkundige op deze afdeling.....	19
2.1	Verpleegtechnisch	19
2.2	Begeleidingsaspect	19
2.3	Observatie en rapportage.....	20
2.4	Administratief.....	20
3	Specifieke aandachtspunten	20
3.1	Decubituspreventie.....	20
3.2	Afvalverwerking	21
3.3	Sorteren van het vuile linnen	21
3.4	Scheerapparaat en haardroger	21
3.5	Bij ontslag van de patiënt	22
3.6	Maaltijden	22
3.7	Patiëntenkamer	22
3.8	Houding van de patiënt.....	22
3.9	Techniek.....	23

4	Specifieke stagedoelstellingen	23
4.1	Eerstejaars	23
4.2	Tweede jaars	24
4.3	Derdejaars	24

1 Voorstelling van de afdeling

1.1 Algemeen

Het ziekenhuis is opgebouwd uit twee delen. Eén campus is gelegen in de Statiestraat, de andere in de Hasseltsestraat. De afdeling inwendige 3 bevindt zich in de Statiestraat.

De afdeling is gelegen op de vijfde verdieping en omvat 16 bedden verdeeld over vier tweepersoonskamers, 1 zaal en vier privé kamers.

Inwendige 3 is een kleinere afdeling omdat wij het verdiep delen met de afdeling intensieve zorgen.

De rechtstreekse telefoonnummer van de afdeling is 013/35 45 22.

1.2 Multidisciplinair team

- **Verpleegkundig directeur:** Mevr. Ann Vanden Bergh
- **Hoofdverpleegkundige:** Mevr. Rita Vandepoel
- **Verpleegkundigen:** Gegradueerde, gebrevetteerde verpleegkundigen en verzorgenden
- **Stagementoren:** Mevr. Sandra Nouwen
Mevr. Leen De Jongh
Mevr. Lien Leysen

1.2.1 Referentieverpleegkundigen

- **ReferentieVPK wondzorg:** Mevr. Leen De Jongh
- **ReferentieVPK Hygiëne:** Mevr. Claes Carina
- **ReferentieVPK MVG:** Mevr. Claes Carina
- **ReferentieVPK Ruglastpreventie:** Mevr. Vannerum Gina
- **ReferentieVPK ICT-KWS:** Menr. Roelandts Erik
- **ReferentieVPK apotheek:** Mevr. Lien Leysen
- **ReferentieVPK Palliatieve zorg:** Mevr. Claes Carina
- **ReferentieVPK geriatrie:** Mevr. Claes Carina

1.2.2 Medische omkadering

- **Geneesheer-diensthoofd:** Dr. Vandenbosch
- **Cardiologie:** Dr. Vandenbosch
Dr. Liesenborghs
Dr. Vaes
- **Pneumologie:** Dr. Coolen
Dr. Creemers

- **Neurologie:** Dr. Vanooteghem
Dr. Vanderschuere
- **Gastro-enterologie:** Dr. Van Aken
Dr. Marogy
- **Endocrinologie:** Dr. Annaert
- **Geriatric:** Dr. Dirickx
- **Psychiatric:** Dr. Simons

De internisten hebben 2 co-assistenten die om de 4 maanden veranderen van stageplaats (ziekenhuis).

1.2.3 Paramedische omkadering

- **Ergotherapeuten:** Mevr. Maaïke Vindevogel
Mevr. Marijke Mulders
- **Logopediste:** Mevr. Joke Nijsen
- **Kinesitherapie:** Dhr. Hans Terweduwe
Dhr. Kris Saenen
Mevr. Mia Celis
Mevr. Annick Stroobants
- **Sociale dienst:** Mevr. Sigrid Vrancken
Mevr. Elke Kempeneers
Mevr. Lindsay Van Dessel
Mevr. Anneleen Brusselaers
- **PST:** Mevr. Anja Cops
- **Pastoraal werker:** Mevr. Hilde Van Der Motte
- **Psycholoog:** Mevr. Sanne Kaelen

1.4 Dagindeling

- 06.45: Briefing
- 07.00: Controle medicatie
- 07.30: Opdiene ontbijt + bedelen medicatie
- 08.15: Afruimen ontbijt
- 08.30: Patiëntenverzorging, controle parameters, opruimen linnen, aanvullen verzorgingskarren, invullen dossiers, orde spoelruimte, ...
- 11.15: Koffiepauze
- 11.45: Opdiene middagmaal + medicatiebedeling
- 12.30: Afruimen middagmaal
Bij bedlegerige patiënten incontinentieluier verwisselen en wisselhouding geven. Eventueel opzittende patiënten in bed installeren.
- 12.45: Middagpauze
- 13.15: Controle parameters
- 13.45: Briefing
- 14.00: Kamers van ontslagen patiënten in orde brengen :
Bed, nachtkastje en kasten van de kamer en de badkamer reinigen. Na reinigen bed opmaken en materiaal (waskom, bedpan, WC stoel, doekjes, ...) bij aanvullen, licht en bel controleren.
- 15.00: Namiddag verzorging,
Medicatie toediening
Controle vitale parameters
- 17.00: Opdiene avondmaal
- 18.00: Afruimen avondmaal
Aanpassen en toedienen van medicatie
Vorbereiding van geplande onderzoeken
Invullen verpleegdossier
- 20.00: Verzorging voor de nachtrust: medicatie, wisselhouding, controle parameters, ...
- 21.00: Briefing aan de nachtdienst

1.5 Patiëntenpopulatie

De afdeling behoort tot de inwendige geneeskunde. Patiënten kunnen hier om verschillende redenen opgenomen worden, maar voornamelijk verblijven hier patiënten met cardiale aandoeningen.

1.5.1 Cardiologie

- Angor: beklemming
- Coronair lijden: atherosclerose kransslagader. Vetemulsies vormen plaques aan de binnenkant van deze vaten (intima) en vernauwen de doorgang. Is de arteriële obstructie zo erg, dat de bloedvoorziening onvoldoende is geworden om aan de vraag van de hartspier te voldoen, spreekt men van coronair lijden.
- Angina pectoris: Hartspasmen, met pijn in de hartstreek, gepaard gaand met angst en beklemming. Treedt op bij wanverhouding tussen zuurstofaanbod en zuurstofbehoefte in de hartspier. Dit meestal bij sclerose van de kransslagaders, doch ook bij spasme van deze vaten of bij anemie, hyperthyroïdie en andere aandoeningen die de zuurstofbehoefte van de hartspier vergroten. De pijn is meestal gelokaliseerd onder het borstbeen en uitstralend naar de linker- of rechterarm, de hals, de kaak, de tanden of het bovenste deel van de rug. De pijn is van korte duur (enkele seconden tot een minuut) en wordt beschreven als een druk, of beklemming op de borst. In rusttoestand gaat de pijn weg omdat de zuurstofbehoefte dan lager is. Een ander kenmerkende eigenschap van Angina Pectoris, is de prompte verlichting van symptomen na het gebruik van nitroglycerine (bv. Cedocard)
- Myocardinfarct of hartinfarct: acute ischemie van hart – spierweefsel, leidend tot necrose, door afsluiting van een kransslagader of een tak hiervan.
- Kamerruptuur: bij een uitgebreid infarct, of wanneer er om de een of andere reden een vertraging is in de genezing, kan het betrokken kamergebied dunner en slapper worden en plotseling perforeren. Dit treft de buitenwand van de kamer of het septum tussen de kamers.
- Trombo-embolie: Bij patiënten met een myocardinfarct bestaat er een ongewoon sterke neiging en verhoogd voorkomen van intravasculaire stolling.
- Hartdecompensatie: Toestand waarbij het hart tekort schiet in pompfunctie. De kracht van de hartspier is relatief (de verlengde prestatie is te hoog) of absoluut (ziekten van de hartspier) gering:
 - o *Rechter-hartdecompensatie*: stuwing in de grote circulatie, oedeem aan voeten en enkels, leverstuwing, ascites, hydrothorax ook bij klepgebreken van de rechter harthelft.
 - o *Linker-hartdecompensatie*: treedt op bij hypertensie, aorta en mitralisklepgebreken en veroorzaakt stuwing in de longcirculatie (kortademigheid, cyanose, soms astma en longoedeem)

- Cardiogene shock: ondanks de gebrekkige kennis ten aanzien van de oorzaak, zijn er wel goede gegevens beschikbaar over de hemodynamische gevolgen van de cardiogene shock. De linkerkamer perst bij elke contractie veel minder bloed uit (verminderde slagvolume), waardoor de totale hoeveelheid bloed dat per minuut wordt uitgepompt (d.w.z. de cardiale output) ook verminderd. Hierdoor daalt de arteriële bloeddruk waardoor de vitale organen niet voldoende bloed en zuurstof (onvoldoende doorstroming) krijgen om de stofwisseling op celniveau in stand te houden. Zonder dringende interventie overlijdt de patiënt.

- Ritmestoornissen:

Voorkomen volgens de plaats in het hart waar ze ontstaan:

- *Extrasystolen*: (ES) zijn voorbarige hartcontracties, die ontstaan wanneer abnormale prikkels op één of andere plaats inwerken. Bv. sinusale ES, auriculaire ES (voorkamer), nodale ES (ES ontstaan t.h.v. auriculaire-ventriculairknoop), ventriculaire ES (kamer).
- *Paroxysmale tachycardie*: plots optredende aanvallen van tachycardie met een frequentie van 120-200/min. Een tachycardie die niet sinusaal ontstaat maar supraventriculair (boven de ventrikel of kamer) en auriculair (voorkamer).
- *Auriculaire flutter*: boezemfladderen. De boezems trekken zeer snel ritmisch samen met een frequentie van 300/min.
- *Auriculaire fibrilatie*: voorkamerfibrilatie, VKF. Een ectopische focus in het atrium geeft prikkels af met een frequentie van meer dan 400/min. De atrioventriculaire (AV) knoop kan de boezemprikkels die met dergelijke hoge frequentie aankomen niet verwerken, en laat slechts kamers activeren. Deze prikkels passeren de AV knoop onregelmatig, waardoor een onregelmatig kamerritme ontstaat. Wanneer de kamerreactie (frequentie) meer bedraagt dan 100/min, dan wordt dit boezemfibrileren met langzame kamerfrequentie genoemd.
- *Ventrikelfibrileren of kamerfibrileren*: Hierbij zijn er geen eigenlijke ventriculaire contracties meer aanwezig, maar ze zijn vervangen door oppervlakkige golven die de normale stuwkracht niet meer bezitten om het bloed verder te persen. De arteriële bloeddruk is sterk gestoord en is niet meer op peil te houden, en valt op nul. De kamerfibrilatie is meestal een oorzaak van hartstilstand, wat dodelijk is.

Stoornis in de geleiding

- *BLOK*: een vertraging of onderbreking in de prikkelgeleiding. Het blok kan zich op verschillende plaatsen van de geleidingsbaan voordoen.
 - *Sino-auriculair blok*: onderbreking van de geleiding tussen de sinusale knoop en de voorkamers
 - *Auriculair-ventriculair blok*: (AV-blok) onderbreking van de geleiding tussen de voorkamers en kamers
 - *Eerste graad*: er is alleen een vertraging van de geleiding. (ECG: P-R afstand is verlengd)
 - *Tweede graad*: de Wenckebachse periode: als in een reeks opeenvolgende complexen, de P-R afstand alsmaar langer wordt tot op zekeren ogenblik het QRS – complex ontbreekt.
 - *Derde graad*: hierbij gebeuren boezem- en kamercontracties volledig onafhankelijk volgens een eigen automatisme. (= compleet AV-blok)

- *Bundeltakblok* (= intraventriculair blok): het is een vertraging of onderbreking t.h.v. linker – of rechtertak van de bundel van His (zenuwbanen van de kamers). Deze prikkel die van de voorkamer komt, gaat eerst naar de kamer langs de zijde waar de geleiding ongeschonden is, om slechts daarna de kamer te bereiken waar de geleidingsbaan onderbroken is. De aangedane kamer wordt uiteindelijk geactiveerd door prikkels die via het interventriculaire septum uit de normaal geactiveerde kamer komen (dit is meestal het gevolg van stoornissen in de coronaire circulatie).

1.5.2 Endocrinologie

- Diabetes mellitus: Suikerziekte, gestoord koolhydratenmetabolisme met verhoogd glucosegehalte in het bloed (hyperglycemie) en uitscheiding van glucose in de urine (glucosurie). Aan de oorzaak ligt onvoldoende werking en/of productie van het pancreashormoon, insuline.
- Hyperthyroïdie: Verhoogde werkzaamheid van de schildklier die leidt tot het beeld van de ziekte van Graves en dit van het toxisch adenoom.
 - o *Ziekte van Graves*: hyperthyroïdie met exophtalmie. Dit ziektebeeld wordt gekenmerkt door de verschijnselen van hyperthyroïdie, een kort bestaand diffuus struma (vergroete schildklier) en exophtalmie (uitpuilende ogen).
 - o *Toxisch adenoom*: adenoom (goedaardig klierweefselgezwel) van de schildklier dat een hyperthyroïdie veroorzaakt
- Hypothyroïdie: Ziektebeeld t.g.v. niet-aangeboren onvoldoende productie van schildklierhormoon, hetzij primair (door de schildklier zelf), hetzij secundair (onder invloed van gestoorde hypofysewerking). Verschijnselen zijn deze van een te laag metabolisme, een vertraagde werking van organen, orgaansystemen, verminderde geestelijke prestatie, myxoedeem (mucoïde infiltratie van het onderhuidse bindweefsel, bij hypothyroïdie vooral zichtbaar aan oogleden en lippen), of iatrogeen t.g.v. het toedienen van corticosteroiden.

1.5.3 Gastro-enterologie

- Stomatitis: Ontsteking van het mondslijmvlies.
- Slokdarmvarices: Hieronder verstaat men een blijvende dilatatie van het veneuze netwerk in de submucosa van de onderste helft van de slokdarm. Deze venen vormen normaal een verbinding tussen het stroomgebied van de vena cava superior en dat van de vena porta. Varices zijn het gevolg van een verhoogde druk in de vena porta (portale hypertensie). Dit laatste is bijna altijd het gevolg van levercirrose, of rechter hartdecompensatie. De bloedstroom zoekt een uitweg naar de vena cava superior. De belangrijkste complicatie is de bloeding.
- Ulcus pepticum: Zweer in het gedeelte van het maag-darmkanaal dat voortdurend in aanraking komt met (zoutzuur bevattend) maagsap. Naar lokalisatie zijn dit het ulcus duodenum (meest frequent), t.h.v. de oesophagus (minst frequent) en het ventriculair ulcus. Complicaties zijn maagbloeding, perforatie en pylorusstenose.

- Maagtumoren:
 - o *Maagadenoma*: Goedaardige poliep van het slijmvlies van de maag.
 - o *Maagleiomyoma*: Goedaardige tumor uitgaande van het spierweefsel gelegen onder de mucosa
 - o *Maagadenocarcinoom*: kwaadaardige tumor van de maag.
- Gastritis: acute of chronische ontsteking van het slijmvlies van de maagwand
- Ziekte van Crohn: Chronische granulomateuze ontsteking van het gastro-intestinaal stelsel, vooral voorkomend bij jonge mensen. Oorzaak onbekend. Letsels kunnen voorkomen over heel het verloop van de gastrointestinale tractus, van de mond tot de anus, vooral aantasting van terminaal ileum (ileitis terminalis) en colon (colitis).
- Tumoren van de dundarm:
 - o *Adenocarcinoma en lymfoma*: kwaadaardige tumor van de dundarm.
 - o *Carcinoïd*: op carcinoom gelijkend, langzaam groeiend neoplasma van argentaffiene cellen met lange maligniteitsgraad, voornamelijk in ileum en appendix, ook voorkomend in bronchi, maag en pancreas. Sterke neiging tot vorming van metastasen. De metastasen in de lever geven door productie van o.a. serotonine en bradykinine aanleiding tot flushingsyndroom en tot perivasale, retroperitoneale en endocardiale fibrose.
- Colitis ulcerosa: chronische inflammatoire aandoening van de mucosa van het colon.
- Hemorroïden: Aambeien, gestuwde venen in de hemorroïdale plexus.
- Anale fissuur: Kloof in de anale huid
- Obstipatie: Ledigen van de darm is vertraagd t.g.v. verminderde darmperistaltiek door de gedwongen bedlegerigheid, medicatiegebruik, ... van de patiënt.
- Ileus: Intestinale obstructie
- Peritonitis: Buikvliesontsteking
- Pancreatitis: Ontsteking van de pancreas, acuut of chronisch (bv. t.g.v. chronisch alcoholgebruik)
- Hepatitis: Ontsteking van de lever, acuut of chronisch.
- Cirrose: Schrompeling van de organen, vaak de lever. Dit begint met nieuwvorming van bindweefsel (fibrose) dat later gaat schrompelen waardoor de cellen van het aangetaste orgaan ten gronde gaan en het orgaan uiteindelijk verhardt.
 - o *Cirrose hepatis*: Levercirrose, chronisch verlopende regeneratieve hyperplasie van leverweefsel met fibrose na diffuse leverbeschadiging van

langere duur. Dit leidt meestal tot leverinsufficiëntie, ascites, testisatrofie en portale hypertensie. Kan optreden t.g.v. chronische agressieve en virushepatitis, langdurig alcoholmisbruik, chronische obstructie van de galwegen, sommige stapelingsziekten, mucoviscidose, leverstuwung (decompensatio cordis, ...)

- Cholecystolithiase: Stenen in de galblaas.
- Choledocholithiase: Stenen in de ductus choledocus
- Cholesystitis: Galblaasontsteking

1.5.4 Hematologie

- Anemie: Bloedarmoede, gekenmerkt door een te laag gehalte aan hemoglobine (Hb), een tekort aan circulerende erythrocyten of door beide.
- Leukemie: Ziekte gekenmerkt door woekering van de bloedvormende organen (monoklonale proliferatie van de witte bloedcellen en hun embryonale vormen), waardoor de productie van andere bloedelementen wordt verdrongen met als gevolg anemie en trombocytopenie.
- Ziekte van Kahler: Multipele myelomen, een paraproteïnemie van meestal het type IgG en IgA, gekenmerkt door woekering en monoklonale hyperactiviteit van jonge abnormale plasmacellen (myeloomcellen). Deze vormen multipele plasmocytomen, vnl. in spongiosa van de beenderen. Naast een defecte humorale immuniteit bestaat er een gestoorde cellulaire immuniteit. De verschijnselen zijn: verhoogde kans op infecties, anemie, amyloïdosis, sterk verhoogde BSE (bezinkingssnelheid van de erythrocyten), verhoogd eiwitgehalte (hyperproteïnemie) met typische wijzigingen in het eiwitspectrum, botaantasting (osteolyse), botpijnen en spontane fractures (o.a. van de wervels wat leidt tot dwarslaesie).

1.5.5 Neurologie

- Cerebrovasculair accident (CVA): Atherosclerotische en hypertensieve beschadiging van de cerebrale arteriën kan leiden tot CVA. Dit door intracerebrale bloedingen, ischaemie t.g.v. trombose van een atherosclerotisch bloedvat, een atherosclerotische vernauwing van een cerebraal bloedvat, hemodynamische factoren (bv. bloeddrukdaling), cardiaal afkomstige embolen en atherosclerotische platen in cerbrale vaten. Verschijnselen zijn: bewustzijnsdaling tot coma, heterolaterale hemiplegie, afasie, hemi-anopsie, vaak gevolgd door hypertonie en hyperreflexie in de aangetaste lichaamshelft.
- Transient Ischaemic Attack: (TIA) Niet invaliderende voorbijgaande ischaemie (van een gedeelte) van de hersenen. Het plotseling ontstaan van neurologische uitvalsverschijnselen t.g.v. intra – en extracraniële circulatiestoornissen die kunnen duren van minuten tot een etmaal, en weinig of geen restsymptomen nalaten.

- Multiple sclerose (MS): Chronisch ziektebeeld, gekenmerkt door demyelinisatie, gepaard gaande met de vorming van verspreide harde plekken (plaque). Dit voornamelijk in de witte stof van de hersenen en ruggenmerg. Symptomen zijn zowel motorisch als sensibele autonome verschijnselen (nystagmus, hypertonie van spieren, spastische verlammingen, intentie tremor, gevoelsstoornissen, algemene slaptte, ataxie, euforie, dysartrie, opgeheven buikreflexen, visusverlies door neuritis retrobulbaris). Mogelijke oorzaken zijn auto – of cellulaire immuunreactie (het aantal suppressorcellen is verlaagd), persisterende virusinfectie, genetische factoren, immunodeficiëntie, auto-immuniteit.
- Ziekte van Parkinson: Oorzaak is een afwijking in het extrapiramidale systeem. Na het 35^{ste} jaar (kan ook vroeger) optredend ziektebeeld gekenmerkt door spierstijfheid (rigiditeit), langzame tremor in de handen, toenemend bij emotie, trage bewegingen en bewegingsarmoede (hypokinesie), speekselvloed (ptyalisme), blikkrampen, loop – en spraakstoornissen, maskergelaat (amimie), verhoogde talgafscheiding (zalfgezicht), zeldzame ooglidslag. Later ook stoornissen bij het kauwen en slikken (voedingstoestand gaat achteruit), typische dementie.
- Commotio cerebri (= contusio cerebri): Hersenschudding, wordt veroorzaakt door harde val, klap of stoot tegen de schedel met als gevolg een acute functiestoornis van de hersenen *zonder* aantoonbare beschadigingen van het hersenweefsel.
- Epilepsie: ‘vallende ziekte’, Syndroom gekenmerkt door aanvalsgewijs optredende stoornissen in de hersenfunctie, meestal gepaard gaande met een daling van de bewustzijnsgraad. Dit kan leiden tot bewusteloosheid; eventueel met motorische vegetatieve, psychische of subjectief sensorisch verschijnselen. Bij de diagnostiek speelt de electroëncefalografie (EEG) een belangrijke rol.
- Dwarslaesie: Dwarse onderbreking van de continuïteit van het ruggenmerg door trauma of ziekteproces, waardoor de mobiliteit en de sensitiviteit onder het niveau van de laesie uitvallen en de willekeurige beïnvloeding van blaas en rectum is opgeheven.
- Hemiplegie: Spastische verlamming aan één zijde van het lichaam.

1.5.6 Pneumologie

- Infectieziekten: Van de ademhalingswegen, longen en/of pleurabladen (bacterieel of viraal van oorsprong). Een bijzondere vorm van een infectieuze aandoening is tuberculose (TBC), veroorzaakt door de bacil Koch (myobacterium tuberculaï).
- CARA: Chronisch Aspecifiek Respiratoire Aandoeningen. Groep van chronische aandoeningen van het luchtwegenstelsel, gekenmerkt door hoesten, opgeven van sputum en bronchusvernauwing. COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is de Engelstalige benaming van CARA.

COPD omvat drie ziektebeelden:

- *Astma bronchiale*: Aanvallen van expiratoire dyspnoe door spasme van de gladde spiercellen van bronchi
 - *Chronische bronchitis*: een chronische ontsteking van het slijmvlies der bronchi, kan worden veroorzaakt door virussen, pathogene bacillen of kokken of door combinatie van virussen en bacteriën.
 - *Emfyseem*: irreversibele destructie van de alveolaire wanden met abnormale toename van luchthoudende alveolaire ruimten.
- Bronchiëctasiën: Zakvormige uitzettingen van de kleinere luchtwegen.
 - Longfibrose: Verkleefing van de kleinere luchtwegen.
 - Pneumonie: Longontsteking
 - Chronisch restrictief longlijden: Hier is een belemmering, een tekort aan gezond longweefsel. Komt voornamelijk voor als silicosis (stoflongen), antracosis (mijnwerkerslong), asbestosis (bouwindustrie), bakkerslong, duivenmelkerslong.
 - Longtumoren: goedaardige en kwaadaardige carcinomen
 - *Plaveiseldcarcinoom*: (spinocellulair epithelioma) de tumorcellen bootsen het plaveiselepitheel na
 - *Adenocarcinoom*: De tumorcellen vormen kliervormende elementen, is traaggroeiend.
 - *Kleincellig of oatcell carcinoom*: Bestaat uit kleine tumorcellen met een donker gekleurde kern en weinig cytoplasma. De cellen zijn nooit gerangschikt in orgaanachtige structuren. Er is veel necrose en veel celdeling. Snelgroeiend, en dus de meest maligne vorm van een bronchuscarcinoom.
 - *Grootcellige bronchuscarcinoom*: ongedifferentieerde epitheliale tumor waarvan de aard (spino- of adeno-) niet kan bepaald worden.
 - *Maligne mesotheliomen*: Carcinoom van de pleurabladeren.
 - Pneumothorax: Ophoping van lucht in de pleurabladeren waardoor de long dichtklapt. Enkele varianten zijn hemothorax, pyothorax en chylothorax.

1.5.7 Neuro-psiatrie

- Zelfmoordpogingen
- Alcoholontwenning

1.5.8 Algemeen

- Observatie
- Isolatie: Wanneer patiënten in isolatie liggen moeten de maatregelen die voorgeschreven zijn in acht genomen worden (handschoenen, mondmasker, short).
 - MRSA: Meticillineresistente Staphylococcus Aureus, deze resistente stafylokokken produceren een penicilline-bindend proteïne, waardoor ze

een geringe affiniteit hebben voor de penicillines zoals meticilline . Deze stafylokokken zijn ook resistent aan andere antibiotica zoals tetracycline en aminoglycosiden, zodat ook gesproken wordt van multiresistente staphylococcus aureus.

1.6 Diagnose en Therapie

1.6.1 Diagnose

A. Radiologie

- Röntgenonderzoeken:
 - o RX thorax, RX abdomen
 - o Angiografie: röntgen van bloedvaten met behulp van contrastvloeistof (slagader = arteriografie, venen = flebografie)
 - o Myelografie: Contraströntgenogram van het ruggenmerg en de subarachnoïdale ruimte.
- CT – scanning (computertomografie):
 - o CT schedel, ...
- NMR scan (nucleaire magnetische resonantie)
- Echografie

B. Cardiologische onderzoeksmethoden

- Electrocardiogram: Routine ECG bij rust
 - o Langere opname van elke afleiding op advies van de arts
 - o Dagelijks opnamen van afleiding I: controle P-q afstand bij acuut gewrichtsreuma, ...
 - o ECG na inspanning
- Telemetrie: het op afstand registreren van elektrische signalen die via een zender vanaf het lichaam overgebracht worden naar een ontvanger. Telemetrie wordt gebruikt voor onderzoek en bewaking van niet (meer) bedlegerige patiënten. Op deze verpleegeenheid wordt telemetrie gebruikt voor het meten van de elektrische activiteit van de hartspier en de hartfrequentie.
- Dynamische electrocardiografie (Holtersysteem): Toegepast bij de patiënt in zijn natuurlijke levensmilieu (soms ook in het ziekenhuis). Met deze techniek wordt het ECG continu opgeschreven op een magnetische band. Aan de patiënt wordt gevraagd zijn activiteiten en symptomen nauwkeurig neer te schrijven tijdens de ganse duur van de opname. Bij het aflezen van de magnetische band worden deze gegevens dan gecorreleerd met de electrocardiografische bevindingen.
- Myocard perfusiescan: (thaliумscan of mibiscan) Zoals de schildklier specifiek jodium opneemt, zo neemt het hart specifiek Thaliум op. Thaliум wordt alleen door gezond hartspierweefsel opgenomen, waardoor een infarct als een open plek zichtbaar is. Soms wordt er Persantine IV toegediend omdat dit dezelfde effecten heeft als actieve inspanning, maar zonder de nadelige gevolgen van de inspanning. In plaats van Thaliум wordt er nu Techneticum gebruikt. (Dit onderzoek gebeurt niet in het ziekenhuis zelf).
- Echocardiogram
- Bloedname
- Coronarografie – hartkatheterisatie: Patiënten die worden opgenomen met een myocardinfarct of angina pectoris, krijgen vaak een aanvullend onderzoek dat we coronarografie noemen. Dit onderzoek gaat door in het Virga Jesse Ziekenhuis, Hasselt of UZ GHB Leuven. Afhankelijk van het resultaat van de coronarografie,

komt de patiënt wel of niet dezelfde dag terug naar het AZ Diest. Het onderzoek draagt bij tot het stellen van een diagnose, en geeft een antwoord op volgende vragen:

- Trekt de hartspier nog voldoende samen?
- Zijn er vernauwingen t.h.v. de kransslagader?
- Zijn de hartkleppen nog voldoende functioneel?
- Is er een eventuele aangeboren aandoening/misvorming?

C. Endocrinologische onderzoeksmethoden

- Glycemiecontrole: Gebeurt meestal 4x/dag d.m.v. een glucometer (ONE TOUCH of andere) of d.m.v. een gewone bloedname via het labo. Normale waarden : 100-160%
- Glucosetolerantietest (GTT): Techniek verschilt naargelang van de hoeveelheden glucose die men geeft en de tijdstippen waarop men bloed afneemt.
Bv. Belasting met 50gr glucose in 10 à 20% oplossing
Belasting met 110gr glucose opgelost in 400ml water (hoeveelheden aangeraden door de WGO)

Tijdens het onderzoek moet de patiënt rustig zitten, mag hij/zij niet roken en dient t de glucoseoplossing in 5 minuten opgedronken te zijn.

Uitslagen voor veneus bloed:

0	60 minuten	120 minuten
< 110 mg%	<160 mg%	< 110 mg% = NORMAAL
110 mg%	160 mg%	110 – 129 mg%= GRENSGEVAL
> 110 mg%	> 160 mg%	≥ 130 mg% = DIABETES

D. Gastro-enterologische onderzoeksmethoden

- Endoscopie: Oesofagoscopie, gastroscopie, duodenoscopie, coloscopie, rectoscopie.
- Secretie-onderzoeken van de maag: maagsondage
- Diagnostische maagtubage op Koch-bacillen
- ERCP: Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie

E. Heematologische onderzoeksmethoden

- Bloedname
- Sternumpunctie

F. Neurologische onderzoeken

- Klinisch onderzoek
- Electroëncefalogram (EEG)
- Electromyografie (EMG)
- Punctie: Een lumbale punctie is een ingreep die eruit bestaat liquor cerebrospinalis op te nemen t.h.v. de ruggenmergzak. Dit gebeurt d.m.v. een naald die in de mediaanlijn tussen twee lumbale wervels wordt ingebracht. Het doel van dit onderzoek is: diagnostisch, drukmeting, voorbereiding op röntgenfoto's (myelografie). Met behulp van jodiumhoudende contrastmiddelen of lucht, worden opnamen gemaakt van het spinaalkanaal.

1.6.2 Algemeen

- Controle parameters
 - o Vitale parameters: Bewustzijn en ademhaling. Temperatuur en polsslag worden minstens 2x/dag gecontroleerd. Bloeddruk en O2 saturatie worden 's morgens gecontroleerd bij de totaalzorg, zonodig meermaals per dag. Bij afwijkende waarden, herhaaldelijk opnieuw controleren.
 - o Fysieke parameters: urinedebiet, stoelgangstaal, gewicht, de verschillende lichaamsvochten (bv. maagvocht).
 - o Glycemiecontrole: D.m.v. een glucometer (labopersoneel 4x/dag). Bij patiënten die een insuline-drip hebben controleert men de glycemie elk uur en past men zonodig de insuline aan.
- Opname van secreties voor onderzoek
 - o Urine, stoelgang, sputum, bloed
 - o Pleurapunctie (door arts uitgevoerd)

1.6.3 Therapie

- Aërosol en zuurtsoftherapie
- Toedienen van medicatie (IM, SC, IV, PO)
- Dieet: Arm aan verzadigde vetzuren (AVVZ), maag-darmsparend (MDS), diabetes dieet, ...
- Sondevoeding via een microsonde of gastrostomiesonde
- Drainage: vb. thoracal drainage, wonddrainage, ...
- Kinesitherapie
- Heelkunde: De voorbereidingen vóór de operatie gebeuren op de afdeling. Na de ingreep gaan de patiënten naar een heilkundige verpleegeenheid.
- Pacemaker: Bij sommige patiënten wordt er een pacemaker geplaatst. Dit gebeurt op de afdeling intensieve zorgen of in het operatiekwartier. Deze patiënten komen nadien terug op de afdeling. Als voorbereiding voor de ingreep wordt er een infuus geplaatst in de linker arm (pacemaker wordt rechts geplaatst). De hygiënische zorgen worden na de ingreep door de verpleegkundigen overgenomen omdat de patiënten de rechterarm niet omhoog mag bewegen ter preventie van het verplaatsen van de electrode, deze moet immers de tijd krijgen in te groeien.

2 Specifieke taakomschrijving van de verpleegkundige op deze afdeling.

2.1 Verpleegtechnisch

Op de afdeling is een gele map aanwezig met dienstgebonden procedures. Deze map kan steeds en ten alle tijden geraadpleegd worden

- Controle vitale en fysische parameters
- Controle van glycemie
- Toedienen van medicatie (PO, SC, IM, IV, insuline)
- Infusie- en transfusietherapie. Eventueel gebruik van infuuspompen
- Gastro-enterologisch: maagsondage, actieve – (GOMCO) en passieve maagdrainage of via gastrostomiesonde
- Urologisch: plaatsen van een verblijfsonde of eenmalige sondage
- Respiratoir: zuurstof – en aërosoltherapie, thoraxdrainage, assisteren bij pleurapunctie, aspireren van luchtwegen
- Voorbereiding en nazorg voor verschillende onderzoeken bv. coloscopie, ...
- Assisteren bij puncties bv. arteriële bloedname, lumbale punctie, leverpunctie, ...
- Lijktooi
- Toepassen tiltechnieken
- Preventie en behandeling van decubitus

2.2 Begeleidingsaspect

Belangrijk hierbij is dat een “**therapeutisch klimaat**” wordt gecreëerd waardoor de patiënt geen drempelvrees ervaart om met zijn behoefte en vragen naar een verpleegkundige te stappen. De verpleegkundige treedt vaak op in de plaats van de patiënt en behartigt zijn belangen (pleitbezorger).

- Vorming aan diabetisch patiënten: Uitleg over hun ziekte, hun behandeling. Aandachtspunten i.v.m. hun dieet en aanleren hoe ze bij zichzelf insuline kunnen toedienen d.m.v. de insulinepen, hun glycemie kunnen controleren. Deze vorming wordt gegeven door verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling endoscopie.
- Na een zelfmoordpoging : Luisterbereidheid bij patiënt en familie.
- Terminale patiënten : Bv. bij patiënten die kanker hebben, toedienen van palliatieve therapie o.a. toedienen van pijnmedicatie, het houden van een empathisch gesprek, ...
- Patiënten met hemiplegie :
 - o Patiënten die nog bij bewustzijn zijn aanmoedigen bij revalidatie en stimuleren tot zelfzorg.
 - o Bij patiënten die in coma zijn moet er uitleg gegeven worden aan de familieleden en moet erop gewezen worden dat patiënten die in coma zijn vaak nog kunnen horen.
 - o Om te voorkomen dat deze patiënten peri-arthritis ontwikkelen t.h.v. het schoudergewricht, mag men niet trekken aan de verlamde arm bij het opzetten van de patiënt.
- Bij overlijden : De familieleden uitleg geven en hen opvangen

- Bij mutatie: Informatie verlenen aan de patiënt en aan zijn familieleden
- Bij onderzoeken en de behandelingen : Informatie geven aan de patiënt en hem/haar hierbij begeleiden.

2.3 Observatie en rapportage

Op deze verpleegeenheid is het van belang iedere verandering in de ziekte-toestand van de patiënt te observeren en te rapporteren (mondeling en schriftelijk). Belangrijke observatie-aspecten zijn:

- Hypo- en hyperglycemie bij diabetespatiënten
- Ademhaling en aard van het sputum bij patiënten met respiratoire aandoeningen
- Wijzigingen in bewustzijn
- Wijzigingen in vitale parameters
- Wijzigingen in voedselopname
- Wijzigingen in urine- en stoelgangpatroon
- Pijnklachten
- Wijzigingen in gevoel en motoriek

2.4 Administratief

Het invullen van het verpleegdossier is van belang om de continuïteit in de verzorging te verzekeren.

Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG) : 4x per jaar worden de verpleegkundige activiteiten en de verpleegkundige observaties bij patiënten geregistreerd. Deze gegevens zijn o.a. van belang voor de financiering.

De samenwerking van deze verpleegeenheid met de sociale dienst is zeer belangrijk om aan de sociale problemen van de patiënt tegemoet te komen, eventueel een plaatsing naar een andere instelling te regelen (rustoord, psychogeriatric, rust- en verzorgingstehuis, psychiatrische instelling, ...).

3 Specifieke aandachtspunten

3.1 Decubituspreventie

Aangezien de mobiliteit bij sommige patiënten beperkt is, is preventie van de decubitus een belangrijk aandachtspunt:

- Risicopatiënten opsporen via de Bradenschaal
- Drukpunten observeren op roodheid
- Indien mogelijk patiënt uit bed helpen en laten opzitten
- Indien patiënt bedlegerig is wordt er om de drie uur wisselhouding gegeven
- Gebruik maken van een luchtmatras bv. alternatingsmatras
- Schuifkrachten verminderen bv. patiënten even optillen bij hoger leggen
- Zwevende hielen d.m.v. kussen onder de benen te plaatsen
- Goede huidverzorging nastreven
- Voeding en vochtinname op punt stellen

De classificatie van decubitus (WCS)

- Intakte huid:
 - o Wegdrukbare roodheid

- Niet-wegdrukbaar roodheid
- Blaarvorming
- Niet intacte huid:
 - Rode oppervlakkige decubituswonde
 - Rode diepe decubituswonde
 - Gele oppervlakkige decubituswonde
 - Gele diepe decubituswonde
 - Zwarte oppervlakkige decubituswonde
 - Zwarte diepe decubituswonde

Bij de verzorging, in de curatieve fase, maakt men onderscheid tussen wonden met weinig en veel exsudaat.

3.2 Afvalverwerking

De verpleegeenheid beschikt over twee verzorgingskarren. Hierop worden verschillende materialen klaargelegd. Al het afval wordt verwijderd in de zakken en recipiënten die op de afvalbeleidsposter staan.

Besmet materiaal bv. van isolatiepatiënten, worden in afzonderlijke containers, met grote linnenzak, gelegd. Zakken en containers worden opgehaald door het personeel van de technische dienst.

3.3 Sorteren van het vuile linnen

Steeklakens, lakens, moltons, kussenslopen, ... worden in de witte linnenzakken gedaan die aan de linnenkar hangen. Na de verzorging worden de volle linnenzakken in de daarvoor voorziene containers in de spoelruimte gelegd.

Voor de gele donsdekens is een afzonderlijke container voorzien, eveneens in de spoelruimte.

Na de ochtendverzorging worden steeds het steeklaken en de kussensloop vervangen. Bij bevuling worden de andere lakens ook vervangen. Het volledig bed wordt 1x per week van zuiver linnen voorzien.

Deze containers worden drie keer per week naar de waskelder gebracht door de logistieke medewerkers.

Het persoonlijk linnen van de patiënt wordt meestal door de familie gewassen. In bepaalde omstandigheden wordt het persoonlijk linnen door het ziekenhuis aan de wasserij meegegeven. Dit linnen wordt in een witte plastieken zak geplaatst met daarop duidelijk de gegevens van de patiënt en de afdeling.

De kleding van de patiënt wordt elke dag of bij bevuling vervangen. Indien deze niet voorhanden is wordt er kleding (operatieshortje) van de afdeling gebruikt.

De handdoeken en washandjes worden na gebruik aan de lavabo gehangen (in gemeenschappelijke kamers bij het juist bednummer). Er wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het linnen van het intiem toilet met het ander linnen. Voor verzorging kijkt men na of het linnen nog zuiver is en neemt indien nodig nieuwe handdoeken en washandjes.

3.4 Scheerapparaat en haardroger

Bij voorkeur wordt het apparaat van de patiënt gebruikt. Indien niet voorhanden kan het apparaat van de afdeling gebruikt worden.

Na gebruik wordt het apparaat van het vuil ontdaan en wordt het ontsmet met hibitane alcohol 0.5%. Koppen van scheerapparaat niet langdurig in ontsmettingsoplossing leggen om roesten te voorkomen.

3.5 Bij ontslag van de patiënt

Het bed wordt ontdaan van het linnen. Het urinaal, bedpan en waskom worden verwijderd. Het bed, nachtkastje, kast, tafel en zetel worden ontsmet.

Na het opdragen van de oplossing wordt het bed terug opgemaakt en er wordt nieuw materiaal (waskom, ...) op de kamer geplaatst.

3.6 Maaltijden

Vocht- en voedselinname is van groot belang bij patiënten. Belangrijk is de patiënten te stimuleren om zelf te eten en te drinken. Indien dit niet mogelijk is moet de verpleegkundige regelmatig de patiënt hierbij helpen, of zelf drank geven. Bovendien is het belangrijk dat de patiënt een comfortabele houding heeft, d.w.z.:

- Het eettafeltje op een aangepaste hoogte stellen
- De patiënten een goed rechtzittende houding geven, eventueel ondersteund met kussens
- Zonodig de maaltijd voorbereiden (de boterhammen smeren, het vlees snijden, ...)
- Wat de patiënt zelfstandig kan, stimuleer dat zoveel mogelijk
- De bel binnen handbereik leggen
- Indien een patiënt niets eet of drinkt of indien er moeilijkheden zijn, moet je dit direct melden aan de (hoofd)verpleegkundige.

Gelieve aandacht te besteden aan het dieet van diabetespatiënten en ook aan de voedingswaren die eventueel door familieleden worden meegebracht.

Bewuste patiënt met hypoglycemie: eten geven.

Niet-bewuste patiënt met hypoglycemie: dextrose 30%

3.7 Patiëntenkamer

Iedere patiënt heeft zijn eigen kast die wordt aangeduid met het bednummer.

De kamer moet steeds na elke verzorging netjes worden achtergelaten.

3.8 Houding van de patiënt

- Een goed rechtopzittende houding
- Een kussen onder de verlamde arm of in de rug
- Het eettafeltje op de goede hoogte installeren
- Het drinken in de nabijheid plaatsen
- De bel binnen handbereik plaatsen

3.9 Techniek

Gelieve volgens de technieken zoals aangeleerd te werken. Let ook op details.

- Gordijnen tussen bedden steeds dicht doen tijdens verzorging en netjes terug te plaatsen bij het einde van de verzorging. Voor de privacy van de patiënt moet het beletsignaal gebruikt worden (groene lichtje, plaatje op de deur)
- Een molton of bovenlaken gebruiken om de patiënt te bedekken gebruiken tijdens hygiënische zorgen.

4 Specifieke stagedoelstellingen

4.1 Eerstejaars

- Aanpassingsvermogen bezitten om de patiëntennoden aan te voelen (empathie)
- Zich degelijk informeren vooraleer een opdracht aan te vatten (bv. nuchter blijven, medicatie toedienen, ...)
- Hygiëne: het toedienen van correcte hygiënische zorgen in functie van de toestand en het comfort van de patiënt. Aandacht besteden aan de mondverzorging, haarverzorging, ... Indien nodig de patiënt stimuleren tot zelfzorg
- Zelfstandig de vitale en fysieke parameters kunnen controleren en hiervoor ook de verantwoordelijkheid kunnen dragen
- Aandacht besteden aan observatie en rapportage, zowel schriftelijk als mondeling.
- Informatie-, inzicht verwerven van de meest voorkomende aandoeningen, onderzoeken, op deze verpleegeenheid.
- Tijdens de maaltijden de nodige hulp bieden en de patiënten een comfortabele houding geven. Vergeet rapportage niet. Belangrijk is te controleren bij diabetespatiënten of ze hun insuline of orale antidiabetica hebben gehad voor dat ze de maaltijd nuttigen
- Beroepsgeheim respecteren
- Ook open staan voor andere taken, zoals keuken, de opruim, uit eigen beweging huishoudelijke opdrachten op zich nemen (bad- en spoelruimten, ...)
- Interesse hebben voor nog niet aangeleerde technieken (zelf leermomenten zoeken)
- Tactvol zijn en respect hebben t.o.v. patiënten, het verpleegkundig team, medestudenten, ...
- Verzorgd overkomen

4.2 Tweede jaars

- Idem eerste jaars
- Kennen van de tweedejaarstechnieken, en deze kunnen toepassen met de nodige aanpassingen aan de praktijksituatie
- Toezicht op intraveneuze- en zuurstoftherapie
- Medicatie PO klaarzetten (onder toezicht van een verpleegkundige)
- IV medicatie en perfusie kunnen klaarzetten (onder toezicht van een verpleegkundige). Gebruik van infuuspomp en spuitpomp leren op de verpleegeenheid.
- Wondverzorgingen: kennen en kunnen toepassen in de praktijk
- Betrokken zijn bij het verpleegkundig gebeuren
- Goede samenwerking met het verpleegkundig team en hierbij ook aandacht besteden aan medestudenten (begeleiden van eerstejaars studenten)
- Initiatiefname, uit zichzelf zien wat er moet gebeuren, eigen werk efficiënt organiseren en het verpleegkundig werk weten aan te pakken.
- Vlot tempo
- Eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor uitgevoerde technieken.

4.3 Derdejaars

- Idem eerste en tweede jaars
- Zelfstandig de nodige zorgen kunnen uitvoeren en hiervoor de volledige verantwoordelijkheid kunnen dragen
- Kunnen fungeren als teamverantwoordelijke
- Al de voorkomende technische vaardigheden vlot en zelfstandig kunnen uitvoeren
- Zelfstandig medicatie kunnen klaar zetten, en hiervoor de verantwoordelijkheid kunnen dragen
- Bloedname, infusie- en transfusietherapie kennen en kunnen toepassen
- Een patiënt kunnen opnemen (o.a. verpleeganamnese en wegwijs maken op de verpleegeenheid)
- Vlotte werkorganisatie, tempo en initiatiefname
- Goede onderhandelingsbekwaam, pedagogische en psychologische benadering

©Algemeen Ziekenhuis Diest

Voor verveelvoudiging of kopie van deze uitgave gelieve contact op te nemen met de Algemeen
Directeur van het Algemeen Ziekenhuis Diest.

REALISATIE

Rita Vandepoel – Hoofdverpleegkundige

Mues Tinneke – Verantwoordelijke introductie studenten

 **AZDIEST**
Algemeen Ziekenhuis Diest
Statiestraat 65 – 3290 Diest
t 013 35 43 23 – f 013 31 34 53
post@azdiest.be – www.azdiest.be