Dienstbrochure voor stagiairs intensieve zorgeenheid (IZ)

Sint-Maria Halle
ALGEMEEN ZIEKENHUIS

INHOUD

VERWELKOMING 3

ALGEMENE GEGEVENS VAN DE AFDELING 3

HOE KAN JE DE DIENST BEREIKEN? 4

BEDDEN EN ACCOMMODATIE 8

AANWEZIG MATERIAAL EIGEN AAN DE AFDELING 10

DE BEGELEIDING TIJDENS JE STAGE 12

FEEDBACK EN EVALUATIE TIJDENS JE STAGE 13

ALGEMENE VOORSTELLING VAN DE DIENST 14

WELKE BIJLAGEN? 19

DAGINDELING 24

LEERKANSEN OP DE DIENST 38

NUTTIGE LINKS 39

VERWELKOMING

We heten jou van harte op onze intensieve zorgeenheid!

We willen je graag wegwijs maken op onze afdeling en zullen ons inzetten zodat je een aangename en leerrijke stageperiode tegemoet gaat. Een brochure kan niet alles omvattend zijn, daarom staan we je graag bij indien je hulp en/of vragen hebt.

Om je stageperiode hier zo vlot mogelijk te laten verlopen, geven we je graag vooraf wat extra informatie mee.

We hopen dat je een leerrijke stageperiode tegemoet gaat met aangename momenten.

Succes!

ALGEMENE GEGEVENS VAN DE AFDELING

- **Telefoonnummer dienst:** 02 363 65 90
- **Website:** www.sintmaria.be
- **Hoofdverpleegkundige:** Julie Lefebvre
- **Telefoonnummer hoofdverpleegkundige:** 02 363 65 91
- **E-mailadres hoofdverpleegkundige:** j.lefebvre@sintmaria.be
- **Adjunct hoofdverpleegkundigen:** Evelien De Brabanter
- **Coaches:**
  - Lieve Vanongeval
  - Nancy Cosijns
  - Tania Verfaillie

HOE KAN JE DE DIENST BEREIKEN?

De afdeling IZ is gevestigd op de derde verdieping blok B en is voor personeel bereikbaar met de middenlift of via de B-liften voor bezoekers (en mindervalide).

De dienst vormt een autonoom en architecturaal herkenbare eenheid en is omringd door de dienst operatiekwartier, de dienst centrale sterilisatie en het klinische laboratorium en is niet geassocieerd met andere diensten.
De werkoppervlakte bedraagt 639 m².

Blok B

+3	Klinisch Laboratorium	
	Intensieve zorgen	
+2	Inwendige Geneeskunde 1	Kamers 251 - 268
	Inwendige Geneeskunde 2	Kamers 271 - 288
+1	PAAZ en a-dienst	Kamers 151 - 168
	Heelkunde - Geneeskunde	Kamers 171 - 184
0	Raadplegingen wachtzalen 1-2 en 4-10	
-1	Shop & Bistro	

STERILISATIE
59
60
56
58
55
53
54
57
52
47
48
Lift
M
M1
Verband- en linnenkamer + berging
WC
Utility
Keuken
Aodtheek
ruimte / lockers
96-95
91
94
Lift
B
B1
Wachtzaal bezoek
Stock Dialyse
Bureel dienshoofd
Stock ruimte/ 011
Inkomhal
008
009
010
007
006
005
004
003
002
001
Desk
INTENSIEVE ZORGEN EENHEID
Bureel dokters

DE BESTAANDE RUIMTES EN HUN EIGENSCHAPPEN

De dienst IZ beschikt over **9 permanente erkende high care bedden** (level of care III) voor volwassenen.

Bovendien kan een tiende bed gebruikt worden voor twee doeleinden:

'**Schuifbed'** voor een vlot opnamebeleid.

Zo dient niet gewacht te worden op het ontslag van een patiënt van IZ alvorens een nieuwe opname mogelijk is, wat een snelle doorstroming van patiënten naar IZ toelaat. Dit wil zeggen dat indien de 9 bedden volzet zijn en één van de IZ-patiënten ontslagklaar is, een tiende bed kan ingenomen worden voor een nieuwe IZ-patiënt zodat deze patiënt niet moet wachten totdat de ontslagklare patiënt naar de verpleegafdeling verhuisd is en de kamer volledig gepoetst is.

De kamer op de verpleegafdeling moet volledig vrij en klaar zijn om een nieuwe patiënt te kunnen ontvangen. Concreet kunnen maximaal hoogstens enkele uren tien bedden bezet zijn ter overlapping van een ontslag en de daarbij horende logistieke, administratieve en facilitaire taken. Opnames via het schuifbed gebeuren steeds na overleg met de intensivist en de (adjunct-) hoofdverpleegkundige.

'**Procedurebed**' voor uitvoeren van procedures bij patiënten niet opgenomen op IZ: bijvoorbeeld ambulante rechterhart katheterisatie of plaatsen van diepe veneuze katheter bij patiënt opgenomen op SUMID.

Een **elfde kamer** is niet ingericht als patiëntenkamer, maar wordt enkel gebruikt als stockageruimte.
Volgende **andere ruimten** zijn aanwezig op de dienst IZ:

- multifunctionele ruimte: dokterskamer, vergaderruimte en spreekruimte voor opvang van familie en bezoekers (nummer 61)
- bureel voor de hoofdverpleegkundige en adjunct-hoofdverpleegkundige (nummer 64)
- bureel voor medische secretaresse (nummer 63)
- opslag lokaal voor dialyse materiaal (nummer 65)
- desk voor het verpleegkundig team (nummer 62)
- stockageruimte voor apparatuur (kamer 11)
- stockageruimte voor verbruiksgoederen (nummer 76)
- ruimte voor het opslaan van proper linnen
- ruimte voor het opslaan van bevuild linnen en materiaal (nummer 78)
- ruimte voor de dienst- of verdeelkeuken (nummer 79)
- afzonderlijke sanitaire voorzieningen voor het personeel (nummer 74)
- wachtzaal, exclusief voor de functie, via lift B (nummer 66)

De **rustruimte** voor de arts die de permanentie waarneemt, is voorzien op de 3de verdieping tussen het klinische laboratorium en de dienst Palliatieve eenheid.

BEDDEN EN ACCOMMODATIE

De dienst is opgebouwd uit aparte gesloten kamers waarbij iedere patiënt continu visueel kan worden bewaakt, ofwel rechtstreeks ofwel via camerabewaking. Vier kamers zijn toegankelijk via een sas, zo nodig in kader van ziekenhuishygiëne. Elke kamer heeft in de sas of in kamer zelf voorzieningen om handen te wassen en te ontsmetten.

De intimiteit/privacy van de patiënt kan worden gewaarborgd door het afsluiten van de ramen tijdens de zorg.

Tot de standaarduitrusting van een kamer hoort:

- Apparatuur voor de uitgebreide monitoring van vitale parameters via Carescape B850:
  - Standaard:
    - → ECG-monitoring met een 5-lead kabel met aritmiedetectie en analyse en mogelijkheid om volwaardig 12 lead ECG af te nemen m.b.v. een 10-leadkabel
    - → SpO2 met MASIMO- technologie
    - → niet-invasieve bloeddrukmeting
    - → emperatuur via verschillende soorten sensoren (centraal, huid, ...)
    - → invasieve bloeddrukmeting (veneus, arterieel of pulmonaal)
    - → pulse pressure variation (PPV) en systolic pressure variation (SPV)
    - → respiratie via impedantietechniek

- Moduleerbaar i.f.v. nood: volgende modules kunnen bijkomend ingezet worden:
  - → PICCO-module voor minimaal invasieve CO-meting
  - → COP-module voor invasieve CO-meting via Swan Ganz katheter
  - → COVX-module voor metabole metingen (indirecte calorimetrie) en respiratoire metingen bij beademde patiënten
  - → NMT-module voor opvolging curarisatie via TOF (train of four)
  - → E-sCAiO-module voor gassedatie (sedatie met vollatiele anesthesiegassen)
- De gegevens verzameld door de Carescape B850 zijn behalve op de monitor zelf ook consulteerbaar via het centraal bewakingssysteem en via een web viewer (laptop van intensivisten)

- beademingsballon die single patiënt use is
- CPR-beloproepsysteem
- raam en klok ter preventie van desoriëntatie (in tijd en ruimte)
- spuitpompen

  Nota: we hebben ook spuitpompen (minstens 5 per kamer) ter beschikking van het type Alaris GH Guardrails Plus waarbij medicatie in functie van het patiëntengewicht voorgeprogrammeerd werd. Deze pompen zijn voorzien van een sticker en worden bij voorkeur gebruikt voor toedienen van vasopressie, inotropie en Dexdor.
- volumetrische pompen
- infuusstaander
- bed met alternating matras
- zuurstofplug, persluchtplug, vacuüm met verschillende vermogens

In elke box kan bovendien:

- zuurstoftherapie
- lage flow via zuurstofplug
- hoge flow via beademingstoestel
- infuustherapie door middel van strikt gecontroleerd debiet via spuitdrijvers en volumetrische pompen
- aerosoltherapie met vibrating mesh technologie met jetvernevelaar aangesloten op beademingstoestel
- invasieve en niet-invasieve kunstmatige beademing met opvolging en regeling van de diverse parameters, incl. capnografie bij invasieve beademing
- cardiopulmonale resuscitatie
- minimaal invasieve CO-meting via standalone PiCCO-toestel (2 stuks) en via monitor module (1stuk)
- transveneuze pacing
- opvolging van de abdominale druk
- gassedatie via de Vamos

AANWEZIG MATERIAAL SPECIFIEK EN EIGEN AAN DE AFDELING

Volgende toestellen zijn steeds aanwezig op de afdeling:

- een standalone ECG- toestel met 12 afleidingen
- voldoende materiaal voor preventie van doorligwonden eigen aan de dienst (zie 7.6)
- apparatuur om bloedderivaten op te warmen vóór toediening
- defibrillator, inclusief functie voor transcutane pacing
- reanimatiekar
- standalone toestel voor PiCCO
- materiaal voor bewaking en ondersteuning van de vitale functie tijdens transport:
  - transportmonitor waarbij gegevens van tijdens transport doorgestuurd worden naar het centraal bewakingssysteem
  - mobiel beademingstoestel
  - zuurstofflessen
  - reanimatiekoffer

In de dokterskamer wordt bijkomend proper materiaal voor dringende point of care (POC) interventies gestockeerd:

- echografietoestel (Philips CX-50), met cardiale, vasculaire en abdominale sonde
- flexiebele fiber bronchoscoop (Pentax FB 18-rbs) met toebehoren
- videolaryngoscoop (Karl Storz) met bijhorende monitor en 3 bladen
- trans-oesofagale echografie probe

Er is een toestel beschikbaar in de aangrenzende ruimte van het klinische laboratorium voor bloedgasanalyse en enkele bijkomende POC bloedtesten, zoals lactaat, glucose, kalium, calcium en hemoglobine.

DE BEGELEIDING TIJDENS JE STAGE

Informatie over de begeleiding: verloop, formulieren, mentor, stagecoach, …

Met algemene vragen kan je terecht bij onze stagecoördinator Inge Lauwers (tel.: 02 363 61 40) en bij onze stagementoren zorg Elle Raes (SP Loco) & Tania Verfaillie (IZ).

Op je eerste stagedag zal je een rondleiding krijgen op de afdeling en word je voorgesteld aan alle aanwezige medewerkers.
Dan ga je met de hoofdverpleegkundige je uren bespreken en licht je je stage doelstellingen toe. Je stagedoelstellingen worden aan een bord gehangen zodat iedereen er rekening mee kan houden. Nadien word je toegewezen aan een verpleegkundige en kan je mee instaan voor de zorg van de patiënten.

De stagecoach is een ervaren en educatieve verpleegkundige van de dienst IZ. Zij fungeert als 'meter' voor de stagiairs die stage lopen op onze afdeling.

Deze taak wordt toevertrouwd aan Lieve Vanongeval , Nancy Cosyns en Tania Verfaillie.

FEEDBACK EN EVALUATIE TIJDENS JE STAGE

Je kan op elk moment tijdens je stage feedback formulieren laten invullen door de verpleegkundigen waarmee je werkt.
Je tussentijdse –en eindevaluatie dienen voorbereid te worden door de hoofdverpleegkundige/ coach zorg. Het is dan ook aangewezen dat je de data waarop je stagebegeleider langskomt op tijd doorgeeft.

ALGEMENE VOORSTELLING VAN DE DIENST

Intensieve Geneeskunde is een specialisatie op zich.
Naast het behandelen van de onderliggende ziekte, bestaat de zorg voor een kritieke patiënt hoofdzakelijk uit het bieden van hooggespecialiseerde ondersteuning van de organen. Hierbij worden de vitale functies voortdurend bewaakt en indien nodig overgenomen.

Deze complexe zorg wordt 24/7 geboden door een gespecialiseerd medisch/verpleegkundig en paramedisch team in een speciaal daarvoor ingerichte omgeving. Een breed arsenaal aan technische hulpmiddelen, medicatie en voedingsondersteuning kan worden ingezet.

Om deze uitdagende opdracht te kunnen vervullen, wordt onze dienst IZ georganiseerd als een gesloten dienst waarbij erkende intensivisten 24/7 verantwoordelijk zijn voor de opvang en het beleid van kritiek zieke patiënten.

We zijn tevens een gemengde dienst IZ; we behandelen zowel patiënten met internistische als postoperatieve pathologie.

Afhankelijk van de zorgzwaarte en een aantal andere bijkomende parameters (zie verder), kunnen patiënten opgenomen worden op de "high care" IZ (9 erkende bedden) of op de "medium care" SUMID (2 bedden voor opvolging door het artsenteam IZ).

Door de organisatie van het Rapid Response Team, is het team van intensivisten ook actief buiten de muren van IZ. Een snelle herkenning en aanpak van deteriorerende patiënten op de verpleegafdeling kan de uiteindelijke outcome sterk verbeteren. De werking, modaliteiten en oproepbaarheid van dit team werd beschreven in de procedure EWS (beschikbaar op Infoland).

WIE KOMT IN AANMERKING VOOR HET GEBRUIK VAN IZ FACILITEITEN?

Voordat een patiënt wordt opgenomen op de IZ, moet het duidelijk zijn dat de opname voordelen zal bieden. Als het voordeel van opname niet duidelijk is, of onzeker is, kan toch worden besloten tot opname als de vitale functies van de patiënt bedreigd zijn. Dit is om verdere verslechtering van de vitale functies te voorkomen en wellicht kan met beperkte interventies herstel van de ziekte worden bereikt.

Indien er voor een patiënt geen voordeel kan worden gehaald uit het gebruik van de IZ faciliteiten is opname op een IZ afdeling niet geïndiceerd.

Het doel van de opname moet zo snel mogelijk vastgesteld worden. Het vaststellen van het doel van de opname vraagt in bijna alle gevallen multidisciplinaire inbreng (intensivist, verwijzende arts en eventueel andere specialisten). De intensivist is uiteindelijk verantwoordelijk voor het vaststellen van het doel van de IZ opname.

Het doel van de opname kan zijn:

1. Compleet herstel van bedreigde en/of falende orgaansystemen.

2. Incompleet herstel met blijvende restafwijkingen waarbij de kwaliteit van leven voor de patiënt acceptabel is.

3. Persisterend orgaan falen hetgeen medisch behandelbaar is en waarbij de kwaliteit van leven voor de patiënt acceptabel is.

4. Uitvoeren van uitsluitend diagnostisch onderzoek of procedure onder monitoring kan in voorkomende gevallen geïndiceerd zijn bij patiënten met een hoog risico op complicaties die de vitale functies bedreigen (bijv. advanced hemodynamische monitoring middels rechterhart katheterisatie of PiCCO, intubatie voor bronchoscopie, plaatsen DVC bij patiënt van SUMID).

Opmerking: IZ opname voor uitstel van overlijden

In zeldzame gevallen is het van tevoren al bekend dat de patiënt geen baat zal hebben bij het gebruik van IZ, maar er kan toch worden besloten tot opname om acuut overlijden te voorkomen.

Een in dit verband algemeen geaccepteerde indicatie voor opname op IZ is het preserveren van een potentiële of inmiddels geaccepteerde orgaandonor.

Het in ander verband gebruik maken van IZ ter uitstel van overlijden zal slechts in hoge uitzonderingsgevallen toegepast kunnen worden. Voorbeelden zijn: voorkomen van overlijden in verband met het onderweg zijn van een familielid, behandelen van een hersendode zwangere patiënt om het kind geboren te laten worden.

Gezien de veelal moeilijke ethische problemen rond deze opname-indicaties is multidisciplinair overleg in deze gevallen onontbeerlijk.

CATEGORIEËN EN PRIORITEITEN

Om vast te stellen welke patiënten moeten worden opgenomen op IZ, zijn verschillende modellen ontwikkeld. Een veel gebruikt model is het prioriteitsmodel. Hierin wordt een rangorde gedefinieerd van de patiënt die het meest voordeel zal halen van een IZ opname (prioriteit 1) tot de patiënt die geen voordeel zal halen van een IZ opname (prioriteit 4). Aangezien de beddencapaciteit van IZ beperkt kan zijn, is het categoriseren van patiënten noodzakelijk.

Prioriteit 1

Betreft de kritisch zieke, instabiele patiënt die een intensieve monitoring en behandeling nodig heeft die niet kan worden gegeven buiten de dienst IZ.

In deze categorie valt ook de patiënt die hersendood is of de patiënt waarvan verwacht wordt dat hij/zij binnen korte tijd hersendood zal worden én in aanmerking komt voor orgaandonatie.

Prioriteit 2

Is de patiënt die intensieve monitoring nodig heeft en bij wie de mogelijkheid bestaat dat er een acute interventie moet plaatsvinden. Een voorbeeld van deze categorie is de patiënt met een dreigende respiratoire insufficiëntie.

Prioriteit 3

Betreft de kritisch zieke, instabiele patiënt met een afgenomen kans op herstel vanwege een onderliggende (chronische) ziekte.
Deze patiënt kan worden opgenomen op IZ om een bijkomende acute ziekte of een tijdelijke achteruitgang van de bestaande ziekte te behandelen.

Onder prioriteit 3 vallen eveneens:

- De postoperatieve patiënt die ten gevolge van onderliggend lijden, de aard en/of duur van de ingreep mechanische beademing en/of intensieve bewaking en/of behandeling behoeft.
- De patiënt met een stabiele dysfunctie van twee of meer orgaansystemen veroorzaakt door een niet pre-existent lijden op een algemene verpleegafdeling.
- De patiënt met een disfunctionerend orgaansysteem waarbij intensieve bewaking een bijdrage levert aan de diagnostiek en behandeling.
- De patiënt die geoptimaliseerd wordt voor een electieve chirurgische ingreep.

Prioriteit 4

Betreft de patiënt die niet geschikt is voor opname op IZ:

- Geen voordeel bij opname op IZ ten opzichte van een gewone verpleegafdeling
  - postoperatief perifere vaatchirurgie
  - mild hartfalen
- opname op IZ leidt slechts tot een kort uitstel van overlijden
  - in functie van DNR-code: DNR-III of DNR-II waarbij gespecifieerd werd dat opname op IZ niet meer gewenst is
  - eindfase van irreversibel ziekteproces
  - geen aanvaardbare levenskwaliteit te verwachten na IZ opname, op basis van de expertise van de intensivist

Opname van deze patiënten kan in uitzonderlijke gevallen plaatsvinden op individuele basis.

Indien geen eenduidige inschatting gemaakt kan worden o.b.v. het dossier en de bekomen informatie (patiënt indien communicatief of via wilsverklaring, verwijzende arts, huisarts, familie) of wanneer de familie het niet unaniem eens is over het nut van een IZ opname, wordt de patiënt opgenomen op IZ met een op voorhand duidelijk besproken beperking van therapie in de tijd. Zo wordt de therapie op IZ voortgezet indien verbetering van de situatie vastgesteld wordt binnen bijvoorbeeld 48h of 72h. Indien echter na het besproken termijn geen duidelijke progressie vastgesteld kan worden, is verder therapeutische benadering medisch zinloos en zal overgegaan worden tot comfortbeleid/DNR-III.

Een ander model dat kan worden gebruikt is het diagnose model. In dit model wordt aan de hand van specifieke aandoeningen en ziektes bepaald of een patiënt moet worden opgenomen op de IC (zie bijlage 2).

Een derde manier om te bepalen of een patiënt moet worden opgenomen is door middel van het gebruik van objectieve parameters (zie bijlage 3).

WELKE BIJLAGEN?

TRIAGE

De intensivist met 24h permanentie staat in voor het bedden management en trieert elke nieuwe patiënt die aangemeld wordt voor opname op IZ of SUMID. In eerste instantie wordt hiervoor de indeling volgens categorieën en prioriteiten gebruikt, met toevoeging van een aantal dienst-specifieke overwegingen.

De intensivist registreert in het patiëntendossier wat het besluit is ten aanzien van het bieden van zorg.

IZ versus SUMID

Patiënten met prioriteit 1 en 2 worden in principe altijd opgenomen

- Patiënten met prioriteit 3 en 4: inschatting per individueel geval met volgende overwegingen:
  - geen opname op SUMID mogelijk als:
    - → nNiet-)invasieve beademing
      - o Hoge flow zuurstoftherapie kan wel op SUMID
    - → nood aan isolatie i.k.v. beheersing van MDRO (ziekenhuishygiëne) of omgekeerde isolatie
    - → storend gedrag: verward, agressief, delirant of suïdicaal

Deze patiënten worden afhankelijk van zorgnood en beddencapaciteit opgenomen op IZ, verpleegafdeling of PAAZ.

- Voorkeur voor opname op SUMID als:
  - stabiele en niet-beademde postoperatieve patiënten binnen prioriteit 3 waarbij ingeschat wordt dat nog twee dagen postoperatief intensieve monitoring aangewezen is
  - patiënten waarbij binnen de krijtlijnen van een reeds afgesproken specifieke therapiebeperking een periode van intensieve monitoring en therapie wel medisch zinvol is
    - → Bijvoorbeeld: bij een patiënt met DNR-II (geen reanimatie, geen intubatie/mechanische ventilatie), kan het zinvol zijn een urosepsis op te vangen d.m.v. naast antibiotica ook vochtrepletie en vasopressie op geleide van invasieve bloeddrukmonitoring. Aangezien besloten werd tot geen reanimatie en beademing, zal opname op IZ in dit geval geen duidelijke meerwaarde betekenen.
  - patiënten met prioriteit 3 waarvoor onvoldoende beddencapaciteit op IZ, worden indien medisch verantwoord op SUMID opgenomen – in functie van de evolutie is escalatie van zorgen met opname op IZ mogelijk

Transfer

Overplaatsing van patiënten naar een ander ziekenhuis wordt in principe zoveel mogelijk vermeden. Er zijn echter twee situaties waarin externe overplaatsing wel wordt aanbevolen:

Onvoldoende beddencapaciteit

In lijn met de richtlijn Triage van de commissie Ethiek van de NVIC (2010), gaan we ervan uit dat opname van een nieuwe IZ-behoeftige patiënt bij onvoldoende beddencapaciteit nooit kan plaatsvinden door een reeds opgenomen IZ-patiënt vroegtijdig te ontslaan. Indien een dergelijke opname zich aandient, moet allereerst gezocht worden naar een oplossingen binnen het eigen ziekenhuis.

In eerste instantie wordt bij onvoldoende beddencapaciteit dus nagegaan of volgende opties medisch verantwoord zijn:

- buffering van de patiënt op 'high care' spoedgevallen tot opname op IZ mogelijk
- opname van de patiënt op de dienst SUMID (cfr. supra)

Indien deze opties niet haalbaar of niet medisch verantwoord, zal de patiënt via de dienst spoedgevallen verwezen worden naar een ander ziekenhuis.

Specifieke diagnoses
Niet alle zorgen worden aangeboden in dit perifeer middelgroot ziekenhuis en bijgevolg onze IZ (bijv. geen of beperkt aanbod cardiochirurgie en neurochirurgie). Daarom werd een samenwerking opgezet met een tertiair centrum, waarbij duidelijke afspraken gelden betreffende de indicaties voor verwijzing (en terugverwijzing).

Diagnoses waarbij verwijzing naar tertiair centrum aangewezen:

1. Urgente oesofagale chirurgie, bijv. (dreigende) perforatie

2. Urgente neurochirurgische interventies

3. Urgente cardiochirurgie of revascularisatie/coronarografie

4. Cardiogene shock met indicatie voor invasieve cardiale ondersteuning (o.a. intra-aortische ballonpomp, AA ECMO)

5. ARDS die niet beantwoordt aan standaardtherapie (incl. buikventilatie) en dus met indicatie voor rescue therapie: NO-beademing, HFOV/HFPV, VV ECMO of ECCO2R

6. Bloeding waarvoor nood aan interventionele radiologie (embolisatie)

[Dienstbrochure voor stagiairs Intensieve zorgeenheid] Pagina 14 van 23

7. Tracheomalacie

8. Ernstige brandwonden

9. Gecompliceerde bekkenfractuur

10. Necrotiserende fasciitis/gasgangreen, zonder duidelijk gunstige evolutie na eerste debridement en antibiotica

11. Indicatie voor hyperbare zuurstoftherapie, bijv. CO-intoxicatie of ernstige necrotiserende fasciitis

12. Infectieuze problematiek bij patiënten na beenbeenmerg- of stemceltransplantatie of bij AIDS-patiënten

Geen indicatie voor opname op IZ of SUMID

De intensivist beslist tot prioriteit 4 zonder indicatie voor opname op IZ of SUMID.

Triage beslissingen worden zonder tussenkomst/inbreng van patiënt en/of familie door de intensivist genomen.
De intensivist behoort niet over te gaan tot een medisch zinloze behandeling ook al wordt hierom dringend verzocht door patiënt/familie en/of verwijzende arts.

Het verdient aanbeveling in onderhavige gevallen de bij de behandeling betrokken disciplines bij een dergelijke beoordeling (medisch zinloos) te betrekken.

Indien opname op IZ of SUMID geweigerd wordt o.b.v. een onderbouwde triagebeslissing, helpt het IZ team om voor de patiënt alternatieve diensten te vinden.

DAGINDELING

De shiften zijn gesplitst in drie shiften:

Vroegdienst 7u - 13u: 5 verpleegkundigen
Toewijzing van patiënten o.b.v. zorgzwaarte:

- 1 verpleegkundige krijgt 1 patiënt toegewezen
- 4 verpleegkundigen krijgen 2 patiënten toegewezen

Avond 12u30 – 21u: 4 verpleegkundigen waaronder, opnieuw rekening houdend met de zorgzwaarte, patiënten verdeeld worden

Nacht 20u30 – 7u30: 3 verpleegkundigen die elk drie patiënten krijgen toegewezen

07:00u - 07:30u

Briefing en patiëntentoewijzing

- gezamenlijke SBAR briefing voor alle verpleegkundigen nachtshift naar verpleegkundigen ochtendshift
- bedside briefing
- nakijken volgblad van de dag zelf
- overdracht tussen VPK nachtshift en VPK ochtendshift

07:30u

Uit te voeren controles door de ochtendshift

- patiënt
  - → visuele controle van de patiënt
  - → nakijken infusen, toegevoegde medicatie en inloopsnelheid
  - → parametercontrole
  - → medicatie toediening en controle reflux

- patiëntenkamer en toestellen
  - → visuele controle van de patiëntenkamer voor de aanvang van de shift; noteren in verpleeg dossier (checklist op de afdeling)
  - → nakijken toestellen in de patiëntenkamer: filter of beademingscircuit, cuffdruk, monitoringkit (o.a. ijking, alarmen, infusen, data, maagsonde, …)
  - → nakijken of er eventuele onderzoeken zijn en zo ja, controleren of de patiënt nuchter moet blijven

- andere
  - → nakijken medicatie (deze zullen al aanwezig zijn in de patiëntenkamer voor heel de dag)
  - → het ontbijt kan (indien van toepassing) opgediend worden

Ochtendzorg

- hygiënische zorgen en observatie
  - → rapporteer alle anomalieën mondeling en schriftelijk
  - → gestructureerd werken
  - → uitvoering basishygiëne verzorgingsprocedures

- → scheren (indien van toepassing)
- → mondhygiëne
- → bij ETT aspireren, kleefpleister verwijderen, ETT van mondhoek veranderen, ontvetten, kleven
- → bij maagsonde en/of neussonde kleefpleister verwijderen, observatie drukwonden, ontvetten en opnieuw kleven (afspraak: neussonde wordt dagelijks vervangen!)
- → verzorgen diepe katheter(s) (zie procedure Intranet)
- → verzorgen arteriële katheter (zie procedure Intranet)
- → verzorging dialyse katheter (zie procedure Intranet diepe katheter)
- → wondverzorging (zie procedure Intranet).
  Enkel in geval van problemen (Wondzorgteam t. 6529)

- zo nodig tonen aan diensthoofd

- observatie en rapportage
  - → goede observatie en rapportage
  - → nakijken suctie, indien (peer)redon(s)
  - → lamel verzorging
  - → AP (zie procedure Intranet)
  - → thoraxdrainage (suctie, waterniveau, …)

Andere ochtendzorgtaken

- beademde patiënten
  → aspireren via de ETT en in de mond vóór het draaien van de patiënt

- patiënt draaien
  → draaien patiënt op de zijde

- hygiënische zorgen

- observatie en rapportage
  → controleren op roodheid en decubitus

Preventie decubitus

- decubituspreventie
  → volgens procedure Intranet (bij twijfel richt u tot de referentieverpleegkundige van de afdeling)
  → op IZ ligt elke patiënt op een ESRI® alternerende matras

- observatie peridurale katheter (indien van toepassing)

- opzetten patiënt en preventie decubitus in zetel
  → zorg m.b.t. lakens
  → steeds drie steeklakens + 1 tildoek

- wisselhouding toepassen

- orde en overzicht (leidingen, drainages, enz.)
  → ontwar de leidingen en rol ze op voor een overzichtelijk beeld
  → plaats het beademingstoestel steeds onder de monitoring

→ maak gebruik van de fixatiepalen aan de andere zijde om infuuspompen op te fixeren
→ zorg dat er NOOIT leidingen op de grond hangen, knellen tussen bedsponden of afgekneld worden
→ controleer de connectiestukken op obstructie

- parametercontrole
  → elk uur tenzij anders vermeld door de intensivist

- verslag en verpleegdossier
  → maak verslag en breng verpleegdossier in orde
  → paraferen van uitgevoerde zorg

- medicatie en bloedonderzoeken
  → kijk de medicatie na en zet ze klaar voor de volgende toediening
  → bereid eventuele bloedonderzoeken voor

Na de ochtendzorg

- opruimen van de patiënten boxen

- linnenzakken
  → plaats de linnenzakken weg

- verbandkar
  → maak de verbandkar in orde

- algemene orde
  → zorg voor een nette en georganiseerde werkomgevingopleidingen.

Aanpassingen therapieblad bij zaalronde

- na de zaalronde van de arts
  - → kort overleg tussen arts en verantwoordelijk verpleegkundige
  - → aanpassing van de therapie

- schrijven therapieblad en ondertekening door arts
  - → gebeurt steeds door de intensivist/behandelende arts, niet door assistent/stagiair
  - → altijd invullen van het DNR-tabblad in C2m, inclusief de DNR O-code (indien van toepassing)
  - → arts voert bloedaanvragen, culturen en onderzoeken in CyberLab in

- controle door verpleegkundige
  - → verpleegkundige controleert de invoer van de arts
  - → verpleegkundige vult volgblad verder aan met o.a. data plaatsing diepe veneuze katheter, arteriële katheter, blaassonde, etc.

- noteren van taken
  - → noteer zo mogelijk taken van de dag zelf en de komende dag

12:00u

Opdienen middagmaal

- nuchter of niet?
- zie rubriek Voeding HACCP

Tijdens de overlapping uitvoeren van de opgelegde taken

- algemene orde op dienst (utility, apotheek, gangen, …)

- aanvullen patiëntenkamer door logistiek en in afwezigheid logistiek door verpleegkundige

- dag 4
  → volledige arteriële set vervangen tot aan de katheter (leiding, drukzak, infuusvloeistof en verband)

- dag 7
  → beademingscircuits, MRSA-screening wissers (behalve bij Vancomicine I.V.), Bradenscore invullen op verpleegdossier i.f.v decubituspreventie
  → aspiratieset veranderen
  → aërosolpotjes veranderen

Klaarmaken therapiebakken

- vullen van bakken na afgedrukte en getekende therapiebladen en bijlagen
  → medicatie tot en met 12u, alsook de hoofdinfusen

- bij beademde patiënt: kit voor mondtoilet

- bloedafnames

- culturen

- dag 4
  → bij beademde patiënt: materiaal voor caloriemetrie

- dag 7
  → uri-meter

- plaats de klaargemaakte bakken terug in de kast in de patiëntenkamer

12:30u - 13:00u

Briefing

- zie ochtendbriefing

13:00u

Middagmaal

- verpleegkundige ochtendshift

Middagtoer

- visuele controle van de box
- nakijken toestellen
- visuele controle van de patiënt
- uitvoeren van de checklist
- nakijken medicatie en eventuele nog uit te voeren onderzoeken
- nakijken infusen + toegevoegde medicatie + inloopsnelheid
- nemen van ALLE parameters
- controle van de reflux

13:30u

Algemeen

- medicatietoediening op voorgeschreven uren, controleer dosis, vorm, vervaldatum, en toedieningswijze
- bij drip afhankelijke patiënten, zorg voor reserve drip
- correcte etikettering van producten
- meld tijdig veranderingen van de toestand van de patiënt aan de arts
- vervang tijdig de verbanden
- dateer verbanden, arteriële set, urimeter, etc.
- vul verpleegdossier in bij bloedafname en afname culturen
- vervang aspiratiecontainer tijdig
- verwittig opnamedienst bij transfer/overlijden/andere kamer keuze
- bereid bezoekmoment voor

Uitvoeren checklist na ontslag patiënt

- checklist apparatuur:
  - → maquet beademingstoestel
  - → defibrillator
  - → reakar
  - → verbandkarren
  - → setten (intubatieschuif, diepe katheter schuif, etc.)

Specifieke taken

- controle afname van bloed
- aanpassingen therapie
- wisselhouding en opzetten van de patiënten
- parameters elk uur
- geef op stipte uren de voorgeschreven medicatie (controleer dosis, product, vervaldatum en vorm)
- opdienen en afruimen avondmaal
- nakijken medicatiebak volgende dag
- utility

19:00u - 20:00u

Avondtoer

- uitgebreide parametercontrole
- laatste controle drips en infusen, leg medicatie klaar voor volgende toediening
- laatste kleine opschik en wisselhouding
- zorg dat patiënten in bed liggen
- eventueel redons aantekenen
- urinezak leegmaken als meer dan 1000 cc en noteren op volgblad
- verslag verder invullen en afsluiten
- raadpleeg bloeduitslagen en/of onderzoeken tijdens shift
- controleer aanwezigheid medicatie voor nacht en volgende dag
- controleer aanwezigheid leidingen voor eventuele leidingwissel voor IV therapie
- controleer aanwezigheid leidingen voor eventuele wissel beademingsleidingen
- verzamel gegevens voor overdracht

Algemeen (zie ochtendshift)

20:30u - 21:00u

Briefing

- zie ochtendbriefing
- verpleegkundige avondshift en nachtshift

Uit te voeren controles door de nachtshift

- zie beschreven in ochtendshift (7u30)

Laat avondtoer (per toegewezen patiënt)

- leg alles klaar voor infusen in de ochtend (toe te voegen medicatie, leidingen, etc.)
- controleer stabiliteit klaargemaakte medicatie
- zet medicatie klaar voor de voormiddag (drips zijn 24 uur houdbaar)
- bekijk voorgeschreven onderzoeken voor de volgende dag
- verzamel aanvragen en verstuur via buizenpost naar betrokken diensten
- vul blauwe formulier in voor Medische Beeldvorming (doc. n° Medische Beeldvorming 1)
- controleer en update het volgblad voor de volgende dag
- installeer de patiënt voor de nacht
- noteer het dieet op het dieetblad
- neem de parameters

Gedurende de nacht

- neem elk uur de parameters, tenzij anders geïndiceerd
- dien medicatie toe op voorgeschreven uren
- wisselhouding
- bloedafname, indien voorgeschreven of geïndiceerd
- ECG
- ...

Specifieke taken

- uitvoeren van dag 4 en dag 7 taken
- noteer caloriemetrie in C2m

05:00u

Ochtendtoer

- uitgebreide parametercontrole
- bloedafname
- nemen van culturen op doktersvoorschrift (voor heelkundige patiënten 2x per week + aanduiden op het verpleegdossier)

Balansen afsluiten

- in:
  - → IV vocht + pompen nullen
  - → extra vocht + IV medicatie
  - → sondevoeding indien toegediend
  - → vocht per os

- uit:
  - → perspiratio insensibilis volgens tabel
  - → urinedebiet
  - → maagvochtdebiet, zakje vervangen en dateren
  - → drainages, indien geen bloed
  - → diarree, braken

Bloedbalans

- bloed IN minus Bloed UIT (plasma-expanders worden niet meegerekend)
- noteer altijd de redons
- redon dient alleen vervangen te worden bij onvoldoende zuigkracht (ongeacht de oorzaak)

07:00u - 07:30u

Briefing

- zie briefing begin

LEERKANSEN OP DE DIENST

We werken enerzijds met een papieren verpleegdossier, waarbij dagelijks een nieuw dossiertje genomen wordt. Anderzijds werken we ook digitaal met C2m. Hier kan je heel veel nuttige informatie vinden over de patiënten. Indien je voor je stage-opdracht documenten uit het verpleegdossier kopieert, dien je de naam van de patiënt volledig weg te werken. Op die manier wordt de privacy van de patiënt gewaarborgd. Dit geldt ook voor documenten die je van C2m afdrukt.

NUTTIGE LINKS

www.sintmaria.be

Infoland

WAT DOEN BIJ PROBLEMEN TIJDENS JE STAGE?

Elke afwezigheid wegens ziekte of ongeval dient door de stagiair onmiddellijk en mondeling (telefonisch) gemeld te worden aan de dienst waar hij stage uitoefent. Verwittig ook als je om redenen buiten je wil verhinderd bent om op tijd op de stageplaats te komen.

Als je na het lezen van deze dienstbrochure nog vragen of opmerkingen hebt, horen we dit graag van je en zullen we je mondeling verder informeren.

Afdeling IZ
Tel. 02 363 65 90

Sint-Maria Halle
ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw
ond. nr. 0467.967.491

Ziekenhuislaan 100 | 1500 Halle
tel. +32 (0)2 363 12 11 | fax +32 (0)2 363 12 10
www.sintmaria.be

Dienstbrochure IZ - 04.2023