



Veiligheidswaaier

BEL BIJ:

- **Brand** **5555**
- **Reanimatie** **7777**
- **Agressie:** **Beveiliging 8140**

U ontdekt brand, wat moet u doen?



Bel 5555

U ontdekt brand, wat moet u doen?

Melden

Druk bij brand een handbrandmelder in, deze bevinden zich bij de brandslanghaspel [**foto van rode meldknop**]. U alarmeert hiermee de bedrijfshulpverlening. De BHV ploeg komt zo snel mogelijk naar de lokatie [**foto BHV-er met jasje**].

Bel nummer 5555

Geef door: uw naam, uw functie, plaats van brand, bouwdeel en verdieping en geef relevante informatie met betrekking tot de brand: wat staat er in brand?

Evacueren

Breng personen in veiligheid, sluit ramen en deuren achter u en gebruik geen liften [**foto groen bordje met rennend mannetje naar nooduitgang**].

Blussen

Blus indien mogelijk. Denk aan eigen veiligheid! [**foto brandslanghaspel, blusdeken**].

Let op:

Brandslanghaspel kan onbeperkt gebruikt worden en heeft verstelbare spuitmond. Niet gebruiken bij elektrische apparatuur!

Draagbare blustoestellen kunnen gebruikt worden bij beginnende kleine branden, blustijd is beperkt en afhankelijk van de inhoud.

Blusdeken zijn geschikt voor het afdekken van de brandhaard. Indien er personen in brand staan kan de blusdeken door omwikkeling de brand veilig doven.

Protocol Basic Life Support



Protocol Basic Life Support



AED niet aanwezig

Let op veiligheid

Controleer bewustzijn

Roep hulp

Open luchtweg

Controleer ademhaling

Bel 7777

Geef 30 compressies

Geef 2 beademingen



AED wel aanwezig

Let op veiligheid

Controleer bewustzijn

Roep hulp

Open luchtweg

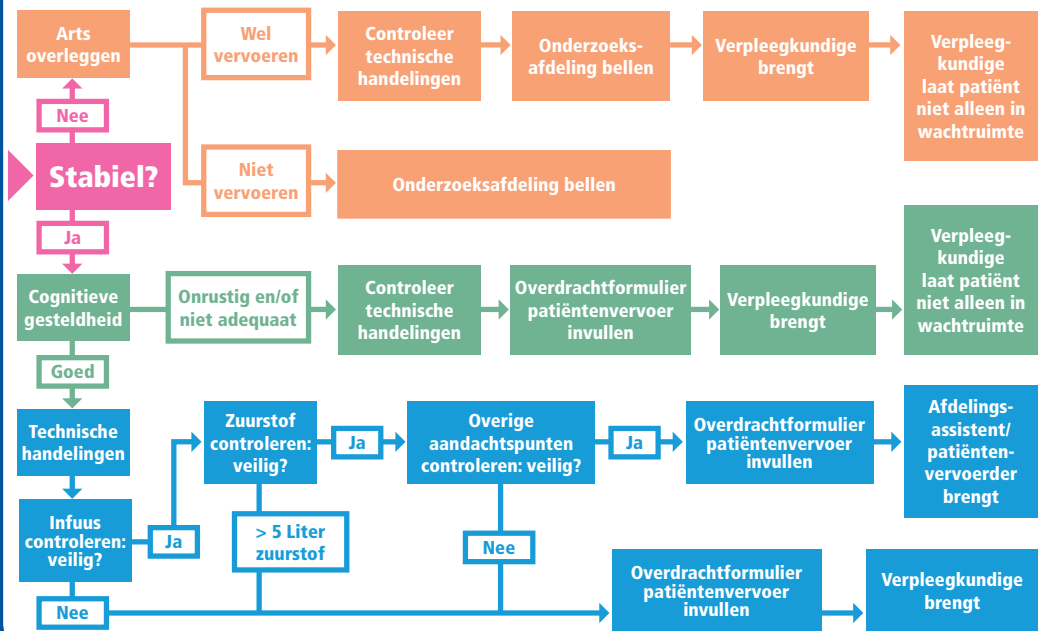
Controleer ademhaling

Bel 7777

Activeer AED

Volg de instructies

Beslisboom patiëntenvervoer



SNAQ | Short Nutritional Assessment Questionnaire

Bent u onbedoeld afgevallen?

Punten

• Meer dan 6 kg in de afgelopen 6 maanden?

3

• Meer dan 3 kg in de afgelopen maand?

2

Had u afgelopen maand een verminderde eetlust?

1

Heeft u afgelopen maand drinkvoeding of sondevoeding gebruikt?

1



0 of 1 punt

Geen actie

2 punten

3 x per dag een tussenmaaltijd

3 of meer punten

3 x per dag een tussenmaaltijd en diëtist inschakelen

Uitkomst van de SNAQ invullen!

Decubitus

Decubituspreventie

Opheffen van druk-, schuif- en wrijfkrachten

Risico inventarisatie

- Een decubitusrisicoscorelijst invullen: bij opname, ontslag of verandering van de conditie van de patiënt

Preventieve maatregelen

- Voorlichting
- Huidverzorging
 - Risicopatiënten dagelijks inspecteren zie **Protocol Smetten preventie**
 - Droge huid inzalven, voorzichtig insmeren en niet wrijven zie **Protocol Vochtletsel en Protocol Decubitus**
- Voeding
 - Snaq score, consulteer afhankelijk van de uitkomst een diëtiste
- Mobilisatie
 - Houding in bed/stoel
 - Patiënt mobiel houden/krijgen

Algemene maatregelen

- Er is op iedere afdeling een **Aandachtsvelder Decubitus**
- Bij decubitus graad 2 en hoger consulteer de Decubitusverpleegkundige
- Let op dat de patiënt nooit op decubitus zit of ligt
- Bij onbegrepen koorts, denk aan een infectie vanuit een decubituswond
- AD-middelen maken wisselgigging NIET overbodig!

Houding in bed

- Pas wisselgigging om de 4 uur toe
- Zijligging 30 graden houding (denk aan Spiekussen)
- Patiënt verplaatsen in bed volgens **Tilprotocol**. Niet schuiven over de onderlaag
- Gebruik een goede matras en eventueel dekenboog. Leg de hielen vrij met behulp van een kussen

Houding in (rol)stoel

- Rechtopzittende houding met voeten steunend op de vloer
- Bij langer mobiliseren in de (rol)stoel laat de patiënt vooroverbuigen
- Let op goede zitondersteuning (Roho-, Primokussen)

Decubitus categorieën

**Voornaamste aandachtsgebieden op het lichaam zijn:
hiel, enkel, knie, heup, stuit, elleboog, schouderblad,
achterhoofd en neus.**

Decubitus categorie I

Niet wegdrukkbaar roodheid van de intacte huid.
Verkleuring van de huid, warmte, oedeem en
verharding zijn mogelijk andere kenmerken.

Decubitus categorie II

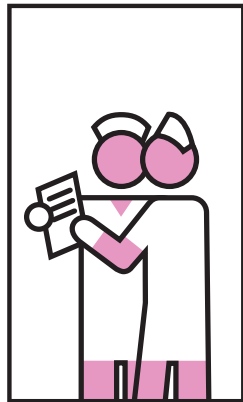
Oppervlakkig huiddefect van de opperhuid
al dan niet met aantasting van de huidlaag
daaronder. Zichtbaar als blaas of oppervlakkige
ontvelling.

Decubitus categorie III

Huiddefect met schade en/of necrose van de
huid. De schade kan zich uitstrekken tot aan
het onderliggende bindweefsel.

Decubitus categorie IV

Uitgebreide weefselschade of weefselversterf
van spieren, botweefsel of ondersteunende
weefsels.
Let op! De huid kan hierbij nog intact zijn!



Verpleegkundig specialist Decubitus: sein 333

Kenmerken delirium en dementie

	Delirium	Dementie
Begin	Acuut	Sluipend
Beloop	Symptomen fluctueren (meestal 's avonds, 's nachts)	Geleidelijk progressief
Bewustzijn/Aandacht	Verminderd en/of gestoord bewustzijn	Meestal helder tot in late stadia
Oriëntatie	Desoriëntatie	Desoriëntatie geleidelijk progressief
Geheugen	Korte termijngeheugen gestoord	Korte termijngeheugen gestoord
Hallucinaties/wanen	Doorgaans aanwezig	Weinig of afwezig

Oorzaak van delier is altijd een lichamelijke stoornis of ontregeling.

Een verhoogd risico op delirium hebben ouderen met een of meerdere onderstaande risicofactoren:

Leeftijd >70 jaar	Psychische stoornis
Een delier in de voorgeschiedenis	Visus- en/of gehoorproblemen
Meerdere medicijnen of opiaten	Dagelijks > 2 alcohol consumpties
Geheugenproblemen, bijvoorbeeld dementie	ADL stoornissen

Verpleegkundige interventies bij kenmerken van delirium of verdenking hiervan:

- 1 Inschakelen en overleg met behandelend (huis)arts en/of medisch specialist voor diagnostiek en onderliggend lichamelijk lijden en voor eventuele medicamenteuze behandeling.
- 2 Bevorderen van oriëntatie, evenwicht rust/activiteit, voorkomen van letsel, reduceren van angst, waarborgen intake voeding/vocht, reduceren van prikkels en betrekken/informereren van familie.

Bron: Richtlijn delirium van NvVP('04). Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients Dement. Geriatr Cogn Disord 1999; 10(5): 393-400.

Delirium Observatie Schaal (DOS)

 beter  veiliger  vriendelijker

Zorgvrager

	Dagdienst			Late dienst			Nachtdienst		
	nooit	soms altijd	weet niet	nooit	soms altijd	weet niet	nooit	soms altijd	weet niet
1 zakt weg tijdens gesprek of bezigheden	0	1	.	0	1	.	0	1	.
2 is snel afgeleid door prikkels uit de omgeving	0	1	.	0	1	.	0	1	.
3 heeft aandacht voor gesprek of handeling	1	0	.	1	0	.	1	0	.
4 maakt vraag of antwoord niet af	0	1	.	0	1	.	0	1	.
5 geeft antwoorden die niet passen bij de vraag	0	1	.	0	1	.	0	1	.
6 reageert traag op opdrachten	0	1	.	0	1	.	0	1	.
7 denkt ergens anders te zijn	0	1	.	0	1	.	0	1	.
8 beseft welk dagdeel het is	1	0	.	1	0	.	1	0	.
9 herinnert zich een recente gebeurtenis	1	0	.	1	0	.	1	0	.
10 is plukkerig, rommelig, rusteloos	0	1	.	0	1	.	0	1	.
11 trekt aan infuus, sonde, catheter, enz	0	1	.	0	1	.	0	1	.
12 is snel of plotseling geëmotioneerd	0	1	.	0	1	.	0	1	.
13 ziet/hoort dingen die er niet zijn	0	1	.	0	1	.	0	1	.

Totaalscore per dienst (0-13)

Totaalscore deze dag (0-39)

**DOS schaal
eindscore**

1-2

3 en meer

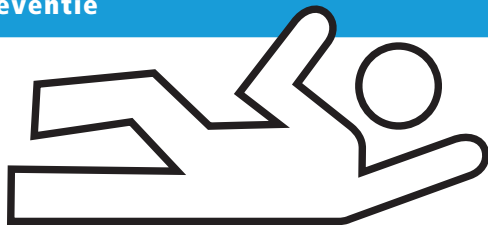
Geen delier

Waarschijnlijk delier

DOS schaal eindscore =

Totaalscore van deze dag delen door 3

Valpreventie



Probleem

Risico van letsel

Oorzaak en symptomen

Mobiliteitsstoornissen, verwardheid, eerder gevallen, lange opnameduur, cognitieve stoornissen, ziekten van het hart vaatstelsel, psychofarmica, visus en/of hoorstoornissen, ziekte van Parkinson, alcoholgebruik*.

Doel

Geen letsel

Verpleegkundige interventie

Evalueer het val-en fractuurrisico met de arts. Vraag familieleden te participeren in de zorg. Gebruik een (bed-)alarmsysteem. Controleer de patiënt met een hoog valrisico frequent. Bij vrijheidsbeperking volg het protocol van uw ziekenhuis. Anticipeer op toiletgang, eten, drinken en rusten. Zorg voor een veilige omgeving, hulpmiddelen en schoeisel.

Evaluatie

Neem dagelijks STRATIFY af, na een valincident en bij functionele of cognitieve veranderingen die het valrisico of mobiliteit beïnvloeden. Meld valincidenten.

Case finding | STRATIFY



 beter  veiliger  vriendelijker

- | | | | |
|---|---|---------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Was de directe aanleiding van de opname in het ziekenhuis een val of is de patiënt sinds de opname in het ziekenhuis nog gevallen? | <input type="checkbox"/> Ja = 1 | <input type="checkbox"/> Nee = 0 |
| 2 | Denk je dat de patiënt onrustig is? | <input type="checkbox"/> Ja = 1 | <input type="checkbox"/> Nee = 0 |
| 3 | Heeft de patiënt een visuele beperking zodanig dat het dagelijks functioneren negatief wordt beïnvloed? | <input type="checkbox"/> Ja = 1 | <input type="checkbox"/> Nee = 0 |
| 4 | Heeft de patiënt behoefte aan een frequente toiletgang? | <input type="checkbox"/> Ja = 1 | <input type="checkbox"/> Nee = 0 |
| 5 | Heeft de patiënt een Transfer en Mobiliteitsscore 3 of 4?
3 = zelfstandig kunnen staan evt. met een beetje hulp
4 = 'beperkte' mobiliteit zonder loophulpmiddel | <input type="checkbox"/> Ja = 1 | <input type="checkbox"/> Nee = 0 |

Totaalscore >2 'hoogrisico patiënt'

Fysieke beperkingen | Screeninginstrument Katz-ADL6

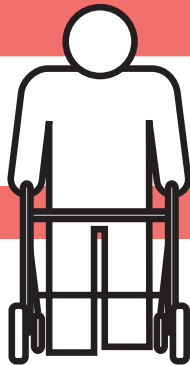


+ beter v veiliger 😊 vriendelijker

1	Heeft u hulp nodig bij baden of douchen?	Ja = 1	Nee = 0
2	Heeft u hulp nodig bij aankleden?	Ja = 1	Nee = 0
3	Heeft u hulp nodig bij naar het toilet gaan?	Ja = 1	Nee = 0
4	Maakt u gebruik van incontinentiemateriaal?	Ja = 1	Nee = 0
5	Heeft u hulp nodig bij een transfer van bed naar stoel?	Ja = 1	Nee = 0
6	Heeft u hulp nodig bij het lopen?	Ja = 1	Nee = 0

Totaalscore >2 'hoogrisico patiënt'

Neem contact op met de zaalarts om te overleggen of een consult fysio- of ergotherapie raadzaam is.



Preventie en Behandeling

- **Het vermijden van medisch onnodige bedrust**
- **Het (laten) beoordelen van medicatie, zoals slaap- en kalmeringsmiddelen**
- **Een adequate pijnbehandeling met regelmatige pijnscore**
- **Het wijzen op duizeligheid bij positieverandering (vooral na bedrust), eventueel in combinatie met bloeddrukverlagende middelen**
- **Het dagelijks evalueren van infusen, katheters, fixatie en dwanghekken**
- **Interventies gericht op verbeteren van mobiliteit**
- **Behandeling door fysio- en/of ergotherapie gericht op behoud en herstel van functie**

Alarmsignalen bij vitaal bedreigde patiënt

EWS Score		2	1	0	1	2	3
Hartfrequentie		< 40	40 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 130	> 130
Bloeddruk (syst)	< 70	70 - 80	81 - 100	101 - 200		> 200	
Ademfrequentie		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 30	> 30
Temperatuur		< 35,1	35,1 - 36,5	36,6 - 37,5	> 37,5		
Bewustzijn				A	V	P	U

Verklaring

A = Alert

V = Reactie op aanspreken

P = Reactie op pijn

U = Geen reactie

Wanneer u ongerust bent over de conditie van de patiënt: **1 punt extra**

Wanneer de urineproductie < 75 ml gedurende de afgelopen 4 uur: **1 punt extra**

Indien de saturatie < 90 ondanks therapie: → **3 punten**

Pat. Scoort EWS ≥ 3 of afgesproken norm → arts-assistent bellen

1. 30 min. voor arts-assistent om behandelplan op te stellen

2. 60 min. voor evalueren behandelresultaat

3. Indien geen effect → SIT bellen door arts-assistent

4. Indien niet wordt voldaan aan 1,2 of 3 → SIT bellen door verpleegkundige

Oproepnummer SIT: sein 080

 beter  veiliger  vriendelijker

SBAR communicatie-instrument

S

Situation:

Ik bel over [**naam patiënt, afdeling en kamernummer**] - Het probleem waar ik over bel is [**probleem**]

Vitale functies zijn: Hartfrequentie / Bloeddruk / Ademfrequentie / Saturatie < zonder / met...LO₂ > / Temperatuur / Bewustzijn / Urineproductie / Andere specifieke controles - EWS score [**EWS score**] - Ik maak me zorgen over [**benoem probleem**]

B

Background:

Opnamediagnose en de opnamedatum - Indien relevant: Medische voorgeschiedenis en andere klinische Informatie

A

Assessment:

Ik denk dat dit het probleem is [**vertel het probleem**] of Ik weet niet wat het probleem is, maar de patiënt [**gaat achteruit / is onstabiel**]

R

Recommendation:

Ik denk dat je [**vertel wat je wilt dat er gebeurt**] - **1.** nu moet langskomen om de patiënt te zien en / of **2.** tussen nu en [**bepaalde tijd**] langs moet komen om de patiënt te zien en / of - **3.** beleid moet maken

Wat kan ik verder doen? - Hoe vaak wil je de vitale functies gemeten hebben en bij welke waarden wil je gewaarschuwd worden?

Repeat-back:

We hebben afgesproken dat [**herhaal systematisch de gemaakte afspraken en wie wat / wanneer doet**]

Noteer de afspraken op het afsprakenblad

Klaarmaken parenteralia

1 Controleren van het voorgeschreven geneesmiddel



2 Maken en invullen van het toedien-etiket



3 Berekenen van de benodigde hoeveelheden



4 Desinfecteren van handen en werkblad, en toepassen van hygiënemaatregelen



5 Verzamelen en klaarleggen van benodigd materiaal



6 Controleren door tweede persoon



7 Klaarmaken van het geneesmiddel



8 Paraferen van het toedien-etiket



9 Controleren door tweede persoon

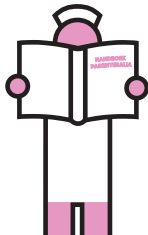


10 Paraferen van het toedien-etiket door tweede persoon



Toedienen parenteralia

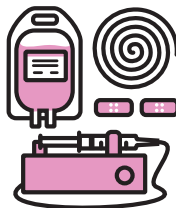
1 Controleren van het voorgeschreven geneesmiddel



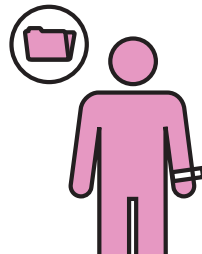
2 Voorbereiden van de toediening



3 Verzamelen en klaarleggen van benodigde materialen en controleren van het toedien-etiket



4 Identificeren van patiënt



5 Controleren door tweede persoon

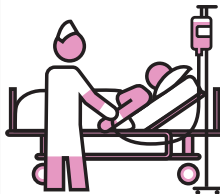
- ✓ Medicatieopdracht
- ✓ Patiënt
- ✓ Geneesmiddel
- ✓ Dosering
- ✓ Toedieningsweg en -snelheid
- ✓ Tijdstip



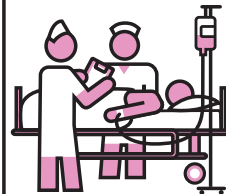
6 Desinfecteren van handen en toepassen van hygiënemaatregelen



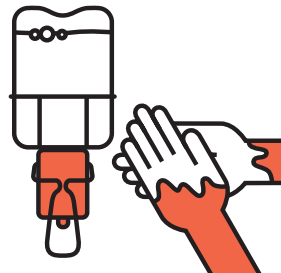
7 Aansluiten



8 Evalueren



Bundel ter voorkoming lijnsepsis



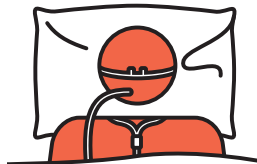
Lijnsepsis-interventiebundel

- 1 Selectie van de optimale katheterplaats
- 2 Desinfectie van de huid met chloorhexidine
- 3 Handhygiëne
- 4 Maximale voorzorgsmaatregelen
- 5 Dagelijkse controle op juistheid indicatie
- 6 Controleren van de insteekopening op ontstekingsverschijnselen

Registratie

- Bundelelementen tijdens inbrengen van de lijn
- Dagelijkse controle op indicatie en ontstekingsverschijnselen

Bundels voor behandeling van ernstige sepsis



Resuscitatiebundel [BAL VVV]

- 1** **B**loedkweken
- 2** **A**ntibiotica (< 1 uur) (SEH < 3 uur)
- 3** **L**actaat
- 4** **V**eneuze saturatie
- 5** **V**ullingstatus optimaliseren
- 6** **V**asopressoren

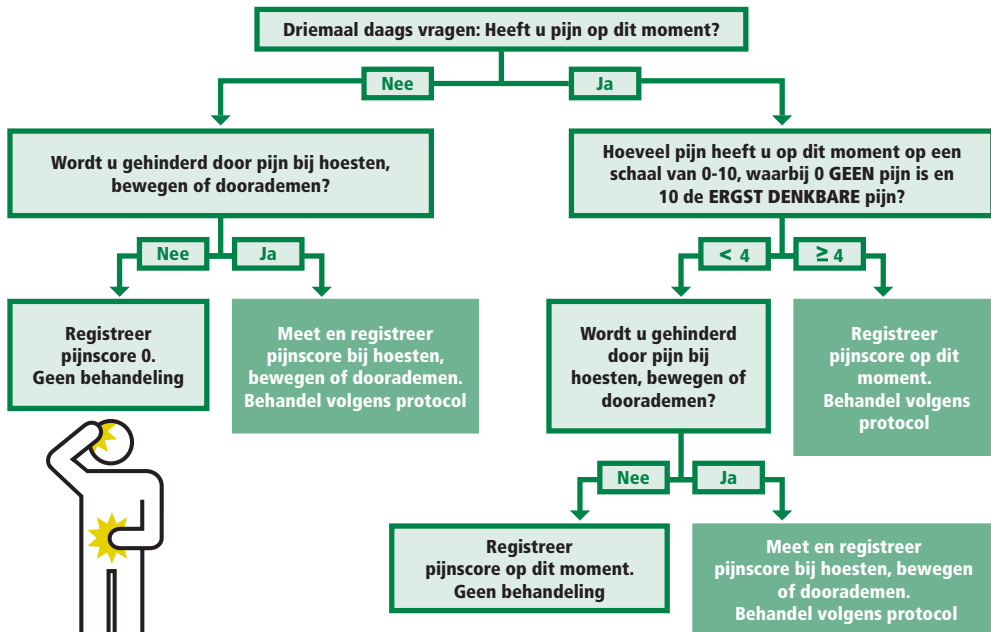
Managementbundel [PANG]

- 1** **P**rotectieve beademing
- 2** **A**ctivated Proteïne C [aPC]
- 3** **N**ormoglycemie
- 4** **G**lucocorticoiden

Registratie

- Bij opname screening op sepsis
- Behandeling ernstige sepsis

Registratie pijnscore



Pijn- en Sedatiescore

geen pijn

meest denkbare pijn



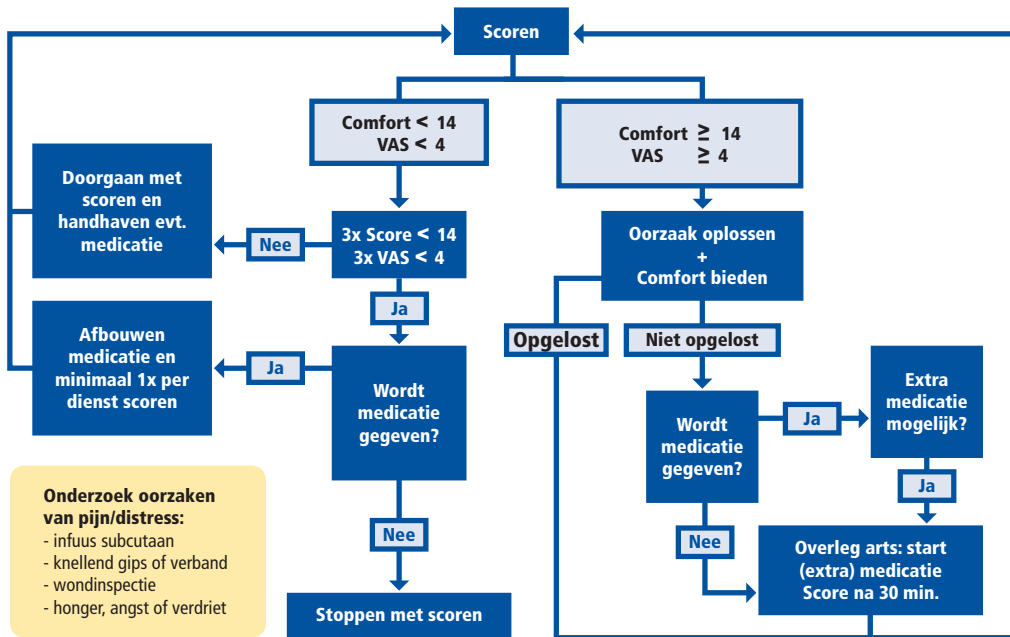
Sedatiescore volgens Ramsey

- 1 wakker, geagiteerd, angstig, rusteloos
- 2 wakker, coöperatief, georiënteerd, rustig
- 3 wakker, alleen reactie in opdracht

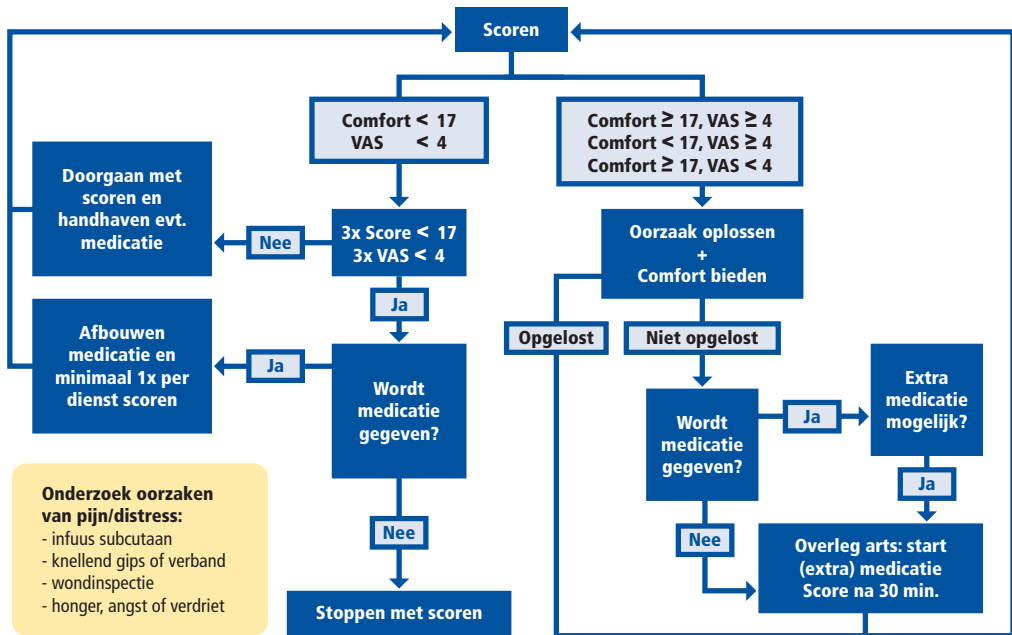
- 4 in slaap, snelle reactie op prikkel, luid aanspreken, aantikken
- 5 in slaap, trage slome reactie op prikkel
- 6 in slaap, geen reactie op prikkel, niet wekbaar



Comfort NEOschaal



Comfort Gedragschaal kinderen van 0 - 6 jaar



Pain Assessment IN Advanced Dementia – PAINAD

Observatieschaal voor cognitief gestoorde patiënten

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal	Soms moeizame ademhaling of hyperventilatie	Luidruchtige, moeizame ademhaling, hyperventilatie, cheyne-stokes	
Stemgeluid	Geen	Soms kreunen, zacht spreken met negatieve toon	Vaak angstig uitroepen, luid kreunen, huilen	
Gezichtsuitdrukking	Neutraal, glimlachend	Droevig, bang, fonsen	Grimas	
Lichaamstaal	Ontspannen	Gespannen, overstuurd, zenuwachtig (ijsberen)	Verstard, gebalde vuisten, opgetrokken benen, wegtrekken/duwen	
Troostbaarheid	Geen troost noodzakelijk	Afgeleid door stem of aanraking	Onmogelijk te troosten	



Deze waaier is gemaakt op verzoek van verpleegkundigen.

Bij vragen of opmerkingen over dit product kunt u terecht bij
Stafbureau Kwaliteit, Veiligheid & Projecten
Mail naar: Kwaliteit-Veiligheid.info

Copyright beeldmerk © VMS Veiligheidsprogramma

 beter  veiliger  vriendelijker