

# Afdelingsbrochure Geneeskunde 3 (route 192)

Studenteninformatie



Versie augustus 2023

## **Beste student**

Binnenkort vat je je stage aan in ons ziekenhuis.

Deze brochure bevat alle praktische en nuttige info over de afdeling waar je aan de slag zal gaan. Je zal binnenkort je uurrooster ontvangen via mail

Heb je echter toch nog vragen? Contacteer dan je mentor of de leidinggevende van de afdeling via [mentoren.geneeskunde3@hpleuven.be](mailto:mentoren.geneeskunde3@hpleuven.be)

We wensen je een uiterste leerrijke en boeiende stage toe.

Veel succes!

## Inhoudstafel

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Voorstelling van de afdeling</b> .....	<b>6</b>
2.1. Locatie .....	6
2.2. Rondleiding op de afdeling .....	6
2.3. Belsysteem .....	7
2.4. Team .....	7
2.5. Werktijden.....	8
2.6. Referentieverpleegkundigen .....	9
<b>3. Meest voorkomende afdelingsgebonden pathologieën + uitleg+ werkwijze</b> .....	<b>10</b>
Neurologische aandoeningen .....	10
3.1. Overzicht pathologie: .....	11
3.2. Herkomst:.....	11
Werkwijze spoedgevallen .....	11
3.3. Werkwijze overname intensieve: .....	13
3.4. Via heelkundige, inwendige en geriatrische diensten: .....	13
<b>3.6. Geplande opnames: .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Neurologie – de basis</b> .....	<b>15</b>
Neuro-traumatologisch .....	15
Verpleegkundige taak: bij commotio en contusio cerebri.....	16
<b>5. Bloedingen en Trombose of Stroke zorg</b> .....	<b>17</b>
Hersenbloeding .....	17
Subarachnoïdale bloeding .....	17
Epiduraal haematoom .....	17
Subduraal haematoom .....	17
Cerebrale vaatstoornissen .....	18
Verpleegkundige taak: bij een stroke patiënt .....	18
<b>6. Dagindeling</b> .....	<b>27</b>
6.1. Administratie-organisatorische procedures.....	27
6.2. Mondelinge communicatie.....	28

6.3. Schriftelijke communicatie .....	29
<b>7. Afspraken.....</b>	<b>30</b>
<b>8. Studenten-Leermogelijkheden .....</b>	<b>31</b>
8.1. Theorie .....	31
8.2. Praktijk .....	32
<b>9. Notities .....</b>	<b>33</b>

## 1. Inleiding

Beste student,

Het ganse team heet je van harte welkom op de dienst Geneeskunde 3. We hopen dat deze stage voor jou een leerrijke en waardevolle ervaring zal zijn.

Aarzel niet om hulp te vragen wanneer dat gewenst is.

We staan steeds klaar om je met woord en daad bij te staan.

Zoals je zal lezen in deze brochure krijg je de eerste dage enorm veel informatie te verwerken. Op de afdeling verblijven patiënten met neurologische problemen vanaf de leeftijd van 15 jaar. De mogelijkheid om eens op de nevendiensten mee te volgen kan aangeboden worden in de loop van de periode dat je bij ons op stage bent.

Het is belangrijk om jezelf de eerste dagen de tijd te geven om de organisatie, de structuur en de verschillende behandelingen te leren kennen.

Informatie en tips vanuit jullie ervaring zijn steeds welkom.

Vanwege het team van Geneeskunde 3

## 2. Voorstelling van de afdeling

De specialisatie van onze afdeling is neurologie.

Alle vermelde uren van de dagindeling dienen niet letterlijk tot op de seconde geïnterpreteerd te worden.

Op dienst is een planning die je kan inkijken zodat je kan zien aan welke verpleegkundige je voor die dag gekoppeld wordt.

Neem steeds voor elke shift een aangepast briefingspapier voor een volledig overzicht van de patiëntenbezetting.

Stel jezelf steeds voor als je bij de patiënt komt. Heb aandacht tijdens je stage voor identificatie, valpreventie, decubituspreventie, patiëntveiligheid en ken de noodsystemen.

### 2.1. Locatie

Geneeskunde 3 (O3), route 192

Tel: 016/20 96 06

### 2.2. Rondleiding op de afdeling

- Aantal bedden: 20
  - 5 X 2persoonskamer
  - 1 X 4persoonskamer (stroke unit)
  - 6 X 1persoonskamer
  - Afzonderingskamer op 9361
- Verpleegruimtes: open verpleegwacht en gesloten verpleegwacht
- Bureel hoofdverpleegkundige
- Dokterskamer
- Spoelruimte
- Linnenkamer
- Afdelingskeuken
- Vergaderruimte
- Dienstlift 0 blok
- Toiletten personeel en bezoek apart

- Zithoek
- Traphal ( nooduitgang )
- Antiwegloopsysteem

### 2.3. Belsysteem

- Hoorbaar in de verpleegwacht en op de dect (telefoons) en op overzichtsbord van de verpleegwacht
- Specifiek alarm= antiwegloopsysteem

### 2.4. Team

#### **Neurologen**

- Dr. Vanderwegen
- Dr. J. Dobbelaere
- Dr. Görner
- Dr. Jacobs

#### **Geriaters**

- Dr. Helsen

#### **Hoofdverpleegkundige**

Cindy Bronckaars

[Cindy.bronckaars@hhleuven.be](mailto:Cindy.bronckaars@hhleuven.be)

016/209 104.

#### **Stagementoren van de afdeling:**

Sofie Ceustermans, Vincent Bollens, Katrina Ruiz Vargas, Sarah Haezebroek en Auke Braem. Te contacteren via [mentoren.geneeskunde3@hhleuven.be](mailto:mentoren.geneeskunde3@hhleuven.be)

#### **Multidisciplinair team**

- Verpleegkundigen

- Neurologen/ Geriater
- Sociaal assistent
- Kinesisten
- Ergotherapeuten
- Diëtisten
- Logopedist
- Pastorale medewerkster

Elke week is er op de afdeling een MDO (multidisciplinair overleg) op dinsdag van 11u30- 13u.

**Verpleegkundig team**

**Zorgkundig team**

**Logistieke ondersteuning**

**Onderhoud**

**Studenten**

## 2.5. Werktijden

- van 7u-15u21(V) , 45 min pauze (cafeteria)
- van 13u54-22u (L), 30 min (bij voorkeur buiten de afdeling)
- van 22u45- 07u15 (N), 30 min pauze

We adviseren je om je pauzes niet op de afdeling te nemen. Zo kan je even echt uitblazen en met volle energie herstarten.



## 2.6. Referentieverpleegkundigen

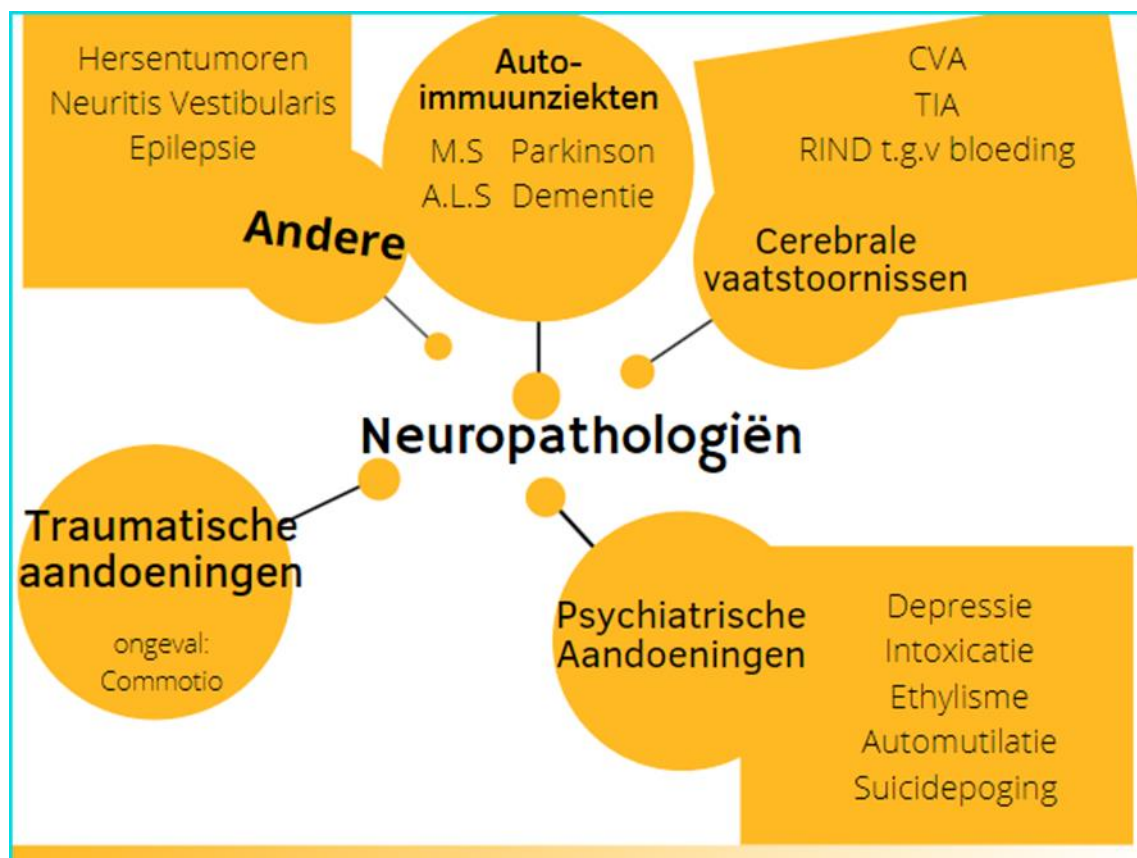
Ziekenhuishygiëne  
Patiëntenveiligheid  
Diabetes  
Wondzorg  
Mentoren  
Ergonomie  
Palliatieve zorgen  
Valpreventie

### 3. Meest voorkomende afdelingsgebonden pathologieën + uitleg+ werkwijze

#### Neurologische aandoeningen

Een neurologische aandoening is een aandoening van het zenuwstelsel. Structurele, biochemische, of elektrische onregelmatigheden in de hersenen, het ruggenmerg of andere zenuwcellen kunnen een verscheidenheid aan symptomen veroorzaken. Voorbeelden van symptomen zijn verlamming, spierzwakte, een verminderde coördinatie, gevoelsverlies, insulden, verwardheid, pijn en een veranderd bewustzijnsniveau. Er zijn veel verschillende neurologische aandoeningen, waaronder ook een aantal zeldzame. Neurologische aandoeningen kunnen worden vastgesteld via neurologisch onderzoek, een medisch specialisme van de neurologie en klinische neuropsychologie.

De behandeling van een neurologische aandoening behelst bijvoorbeeld voorzorgsmaatregelen, het veranderen van leefstijl, fysiotherapie of andersoortige therapie, neurorevalidatie, pijnbestrijding, medicatie, of chirurgie uitgevoerd door een neurochirurg. De Wereldgezondheidsorganisatie schatte dat, in 2006, tot wel één miljard mensen wereldwijd lijden aan neurologische aandoeningen en/of de gevolgen daarvan.



### 3.1. Overzicht pathologie:

- **Auto-immuunziekten:**
  - *Multiple sclerose*
  - *Amyotrofische laterale sclerose.*
  - *Ziekte van Parkinson*
  - *Dementie*
  
- **Cerebrale vaatstoornissen:**
  - *CVA*
  - *TIA*
  - *R.I.N.D. T.G.V. EEN BLOEDING OF TROMBUS (MET ALS MOGELIJKE SYMPTOMEN AFASIE, APRAXIE, AGNOSIE, ETC.)*
  
- **Psychiatrische aandoeningen:**
  - *Depressie*
  - *Intoxicatie*
  - *Ethylisme*
  - *Ziekte van Korsakov*
  - *Automutilatie*
  - *Suicidepoging*
  
- **Traumatische aandoeningen:**
  - *Ongevallen: Commotio*
  
- **Andere:**
  - *Hersentumoren*
  - *Neuritis vestibularis = ontsteking van het binnenoor*
  - *Epilepsie*

### 3.2. Herkomst:

#### Werkwijze spoedgevallen

Bij een nieuwe opname zal je altijd eerst opgebeld worden door de opnameplanner om de patiënt in de juiste kamer & bed te plannen. Dit gebeurt steeds in overleg in functie van de afdeling en verloop. Nadien zal spoedgevallen telefonisch contact opnemen met de zone verpleegkundige.

Tijdens dit gesprek wordt afgestemd met de verpleegkundige wanneer hij/zij de patiënt het best kan ontvangen op de afdeling.

Wanneer de patiënt tijdens het eetmoment wordt opgenomen vraag je best aan de verantwoordelijke spoedverpleegkundige om een maaltijd mee te nemen.

Spoedgevallen neemt de volgende zaken mee:

-Anamnese (belangrijk: steeds allergieën + thuismedicatie nakijken!)

-Spoedpapieren => oorzaak, diagnose, verder beleid.

-ECG eventueel.

-eventueel (bonnen van onderzoeken voor de volgende dag(en))

Stappenplan bij aankomst patiënt

Je kijkt eerst klinisch naar jou patiënt. Stabiel? Indien aan deze voorwaarde voldaan is zal de spoedverpleegkundige een briefing geven van het ontstaan van de klachten tot de diagnose.

Kijk steeds na of de patiënt is overgeschakeld vanuit spoed zodat hij in het beeld van KWS staat.

Druk voldoende etiketten af (adressogram + labo)

Kleef een adressogram in de opname map

Plaats een labo sticker op de medicatiebak v/d patiënt (ID controle)

Neem de opname- en ontslagmap (1) en plaats hier identificatie sticker op alsook op het standaard MRI vragenlijst papier.

Ga naar jou patiënt en neem mee: Anamnese (indien nog niet in orde), MRI papier, onthaalbrochure + infobrochure & waterkan + glas (CAVE: verslikingsgevaar!) zie sliktest. Geef uitleg over de kamer, kast, tv & afstandsbediening van bed. Bevraag eventuele klachten. Vul het briefingsblad in aan de hand van de spoedpapieren start het juiste zorgplan op. Vergeet niet de handelingen die op spoed zijn uitgevoerd te registreren bv. (waterslot, blaassonde) alsook op het briefingsblad met startdatum.

Indien je twijfelt over iets twijfel niet om terug contact op te nemen met de spoedverpleegkundige! *Behandelend spoedverpleegkundige 1: 9003, Behandelend spoedverpleegkundige 2: 9004*

*Behandelend spoedverpleegkundige 3: 9005*



### 3.3. Werkwijze overname intensieve:

Bij een overname van intensieve geneeskunde zal de IZ verpleegkundige contact met jou opnemen. Overloop hier best de juiste kamer + bed, Transport van intensieve naar de afdeling bed of rolstoel? Het juiste uur van overname? Nood aan ESRI of repose matras/ Fixatiegordels in bed?

De afdelingsverpleegkundige gaat steeds afhankelijk van bed alleen of met 2 zorgverleners naar intensieve, het veiligste scenario bestaat wanneer de vroege shift samen met de late collega de patiënt gaat halen. Op intensieve krijgen jullie dan beiden de briefing; vergeet niet dat je best de eetplateau meeneemt indien die al in de eetkar staat op intensieve geneeskunde. Medicatie van de patiënt moet steeds worden teruggestuurd op intensieve jij zal deze opnieuw ontvangen op de afdeling van de apotheek (kws> BSS> dringende bestelling te plaatsen). Vraag steeds goed na welke medicatie al gegeven is op intensieve en welke niet omdat intensieve nog niet gebruik maakt van de toepassing KWS

### 3.4. Via heelkundige, inwendige en geriatrische diensten:

- Vraag tot overnames gebeuren d.m.v. een verwijsbrief naar een neuroloog.
- Mutaties kunnen overnames zijn van een neurologische patiënt die elders werd opgenomen wegens beddengebrek op de eenheid.

### 3.5. Patiënten afkomstig van andere ziekenhuizen:

De mutaties gebeuren d.m.v. een verwijsbrief van de geneesheer van het ziekenhuis. Dit omwille van een doorverwijzing naar neurochirurgie UZL omdat deze discipline beperkt aanwezig is in het HHL ZH, waarbij de patiënt na de heelkundige ingreep komt revalideren op neurologie (SP- revalidatie)

### 3.6. Geplande opnames:

- Patiënten voor een neurologische behandeling of revalidatie
- Patiënten voor het oppuntstellen van medicatie (Parkinson)
- Sensorische problemen
- Verwardheid
- Vertigo
- Lumbaalpunctie
- Hoofdpijnlachten
- MS (diagnosestelling, Solu-Medrol behandeling (zie procedure Hartlink) of Ocrevius therapie (info te vinden in dokterslokaal rode map in kast)

## 4. Neurologie – de basis

### Neuro-traumatologisch

---

#### Hoofdtrauma zonder verder letsel

- geen amnesie
- Geen bewusteloosheid
- Eventuele uitwendige wonde verzorgen

#### Commotio cerebri (hersenschudding)

- Bewusteloosheid < 15'
- Korte amnesie
- Soms ook misselijk
- Contusio cerebri
- Bewusteloosheid > 15'
- Amnesie > 1uur
- Gevaar bij hersentrauma op kleine bloeding en/of zwelling van het hersenweefsel

#### intracraniële drukstijging

In beginfase: Hoofdpijn, misselijkheid, braken, Geeuwen, hikken, onrust of juist sufheid  
Pols daalt, bloeddruk stijgt, nekstijfheid

- Kan overgaan naar een fase van beginnende inklemming: Wijde pupillen, reageren slecht op licht/ BZV (achteruitgang GCS score)
- Scheelzien
- *Decerebratietekenen* in de motoriek (pathologische buig- of strekbewegingen cfr neurocontroles)

#### Eindfase van inklemming

- wijde, lichtstijve pupillen
- bloeddrukval
- adem- en circulatiestilstand
- De behandeling van het oedeem is medicamenteus door toediening van hypertone oplossing. Soms is neurochirurgische interventie nodig in UZL.

#### Schedelfractuur

- Opgelet bij volgende symptomen:
- Reukvermogen verstoord
- Liquorverlies via de neus (opvangen bij twijfel in cultuurpotje labo ). Kan een voortdurend druppelen zijn of plots verlies van een grote hoeveelheid helder vocht. Het labo bepaalt op basis van het glucosegehalte of het al dan niet liquor is.

## Verpleegkundige taak: bij commotio en contusio cerebri

---

Tijdelijk gestoorde hersenfunctie als gevolg van een slag of val op het hoofd zonder bloedingen of kneuzingen in/rond de hersenen. Een hersenschudding is altijd het gevolg van een externe impact op het hoofd (slag op het hoofd, ongeval met de auto, bal tegen de schedel, ...).

Meestal is de ptn een korte tijd bewusteloos, waarna de ptn zich vaak weinig herinnert van wat er vlak voor of na het ongeval is gebeurd.

Onderzoeken zijn: CT schedel (hersenvloeding/ contusie opsporen), EEG, neurologische observaties

### Praktisch:

Gedurende 24u wekadvis en neuro-observatie door de vpk te noteren in KWS- zorgdossier en een zorgplan> miniplan commotio opstarten naast het zorgplan neurologie. Er is een brochure op de afdeling beschikbaar.

- vitale Parameters Min. 2x/dag
- glycemie 4x/d enkel bij gekende DM-patiënt (diabetes) of bij suifheid
- /2u bewustzijn controle, gebruik Glasgow coma schaal (GCS)
- /2u pupil controle (grootte pupillen? gelijkheid? reactie op licht)
- alertheid en verwardheid steeds observeren tijdens de parametercontrole (wekadvis)
- Fotofobie opvolgen
- controle pijn (ZN paracetamol) en nausea (ZN litan IV of Motilium)

\*Lichte voeding, rust, beperk schermtijd, niet onmiddellijk sporten na het ontslag (meer gevaar nieuw event) \*Let op: - geef geen bloed verdunnende pijnmedicatie (vb. aspegic, aspirine) geef geen paracetamol met codeïne ( kan suifheid veroorzaken).



## 5. Bloedingen en Trombose of Stroke zorg

### Hersenbloeding

---

Spontane bloeding die ontstaat in het hersenweefsel, vaak is hypertensie een factor bij het ontstaan. Vaak is het een grote bloeding waarbij doorbraak in de ventrikels een nadelige factor is voor de prognose. Soms is de bloeding beperkt tot 1 hersenkwab.

#### Symptomen:

- Snel opkomende zware hoofdpijn
- Braken
- Bewusteloosheid
- Vaak erg rood gelaat en blazende ademhaling
- Vaak hoge bloeddruk
- Kleine bloedingen zijn klinisch niet te onderscheiden van herseninfarcten

### Subarachnoïdale bloeding

---

De bloeding ontstaat tussen de arachnoïdea en het hersenoppervlak. In die ruimte lopen bloedvaten en stroomt het liquor. Oorzaak is vaak een aneurysma dat scheurt.

#### Symptomen:

- Hevige hoofdpijn, plots optredend en vaak vooral in het achterhoofd en nek
- Misselijkheid
- Soms nekstijfheid
- Neurologische uitval
- Gedaald bewustzijn
- In het slechtste geval volledig bewustzijnsverlies en decerebratie
- Symptomen zijn zeer wisselend volgens omvang van de bloeding

### Epiduraal haematoom

---

Bloeding tussen de dura mater en het schedeldak, is vaak een arteriële bloeding die snel tot stand komt. Goed neurologische opvolging en vooral tekens van intracraniële drukverhoging melden

### Subduraal haematoom

---

De bloeding bevindt zich onder de dura mater.

Kan zeer traag optreden, soms zelfs weken na een trauma.

Symptomen kunnen heel variabel zijn vb. moeilijk praten, verstoorde gang....

#### Verpleegkundige taak:

- Bij trauma -> observatie commotio of contusio of afhankelijk van de ernst opvolging via monitoring (zie verpleegkundige taken stroke zorgplan)
- Wanneer spontaan -> opvolging via monitoring (zie verpleegkundige taken stroke> zorgplan stroke)

- Nota: parameters worden de 1<sup>e</sup> 24 uur om de 2 uur genomen. Daarna indien de ptn hemodynamische stabiel is kan de neuroloog de beslissing nemen de parameters om de 4 uur te controleren. Als vpk bewaak je dit en gaat met de arts in dialoog tijdens de zaalronde. Als vpk geeft je door of er events waren tijdens de controles van parameters of monitoring: ritmestoornissen, VKF, pauze, desaturatie, snurkende ademen (= vaak slaapapnoe), hyper- en hypotensie, hyper- en hypothermie, hypo –en hyperglycemie, BZV, slikfunctie, kracht en functie van een lidmaat, de aanwezigheid of ontbreken van een parese, afasie, apraxie

## Cerebrale vaatstoornissen

---

Een CVA of cerebrovasculair accident is een plotselinge verstoring van de doorbloeding in de hersenen waardoor bepaalde hersenfuncties uitvallen door zuurstoftekort. Er is een stroke-brochure aanwezig op de afdeling.

### 3 soorten:

1. **TIA:** Transcient Ischemic Attack: dit is een kortstondige verstoring van de doorbloeding van de hersenen waarbij de symptomen gedurende enkele minuten tot maximum 24 uur na aanvang verdwijnen.
2. **RIND:** Reversible Ischemic Neurological Deficit: dit is hetzelfde als een TIA maar de symptomen duren langer. Dit kan gaan van 24 uur tot maximum 7 dagen.
3. **CVA:** Cerebrovasculair Accident: hier gaan de symptomen niet weg.
  - a) **Ischemisch CVA** : Een bloedvat in de hersenen wordt afgesloten door een bloedstolsel(trombose).
  - b) **Hemorragisch CVA** : Een bloedvat in de hersenen scheurt waardoor een bloeding in de hersenen ontstaat.

## Verpleegkundige taak: bij een stroke patiënt

---

### Gedurende de eerste 24u

- continue monitoring om het hartritme te observeren (Voorkamerfibrillatie? of andere hartritme stoornissen? = mogelijke oorzaak ischemisch CVA)

☒/2u vitale parameters: bloeddruk, hartslag, ademhaling, saturatie en bewustzijn via GCS  
/4u pijn, nausea, temperatuur en glycemie controle (bijspuitschema voor CVA te volgen)

☒/2u neurologische parameters: pupil controle (grootte pupillen? gelijkheid? reactie op licht) + krachtcontrole van 0 tot 5 -> geen tot volledige kracht (zie procedure)

1. vraag om de armen op te tillen met de handpalmen omhoog
2. geef je wijs- en middelvinger en vraag om in je vingers te knijpen met de handen
3. vraag om het rechter en nadien het linker been op te tillen
4. vraag om de voeten naar zich toe te trekken en nadien deze weg te duwen

- andere observaties: afatische stoornissen? coördinatiestoornissen? moeilijke gang? Apraxie?

- bladder de patiënt, zeker bij een groot infarct, zo nodig te herhalen (mogelijkheid dat blaas niet kan geledigd worden door een zenuwprikkel die niet wordt doorgegeven)
- slikevaluatie: doe deze test steeds voor je drinken of eten geeft, zeker wanneer de patiënt afasie of dysartrie heeft. Vraag zo nodig hulp aan de logopedist (zie procedure)
- laat de vragenlijst voor de MRI invullen door de patiënt, indien mogelijk de familie of zo nodig met hulp van de verpleging\* na 24u: vraag aan de arts:
  - of de monitoring verder moet en hoe vaak de parameters nog opgevolgd moeten worden. Dit zal afhankelijk van de ernst, de toestand van de patiënt en de observaties bepaald worden.
  - of de glycemiecontrole stop mag, indien de glycemie 24u normaal is en de patiënt geen diabetes heeft. Wanneer de patiënt wel diabetes in de voorgeschiedenis heeft, best 4x/dag verder op te volgen.

## Demyeliniserende ziekten MS – neuritis optica...

---

### MS

*Optreden van ontstekingen en littekens in de witte stof van de hersenen en ruggenmerg.*

Door de ontsteking wordt de myelineschede van de zenuwcellen aangetast. Typisch zijn de opstoten van ontsteking. Vaak komen die patiënten binnen voor een medrolkuur

Op CT-beelden kan men ook littekenweefsel zien van vorige opstoten.

In principe kan men niet genezen, enkel maximaal stabiliseren.

Er wordt gedacht aan een auto-immuunziekte met een verstoring van het afweersysteem.

Opgepast: in de beginfase is het vaak niet duidelijk of het echt wel om de diagnose van MS

gaat. Soms wordt dan toch al gestart met een medrolkuur om het effect te bekijken en verdere evolutie van de symptomen. Vraag goed na bij de arts wat er al geweten is voordat je bij de patiënten over MS spreekt...

Diagnose:

In het liquor vindt men een verhoogd gehalte aan immunoglobulines.

Er wordt ook een CT of NMR gedaan om eventuele littekens van vorige of recente opstoten op te sporen.

Symptomen:

Oogproblemen vb dubbelzien, gezichtsvaling, pijn,...

Vermoeidheid en stijfheid in de ledematen

Tintelingen in de benen of op de romp  
Dysartrie (moeilijk articuleren)  
Ataxie met een onzekere, wat wijdbeense gang  
Tremor  
In latere fase vaak blaasstoornissen  
Soms ook gedragsstoornissen, wat kinderlijk

Verloop:

Vaak startend met een fase van plotse verslechtering  
Het ziekteverloop is individueel verschillend en kent een karakter van 'opstoten'. Vaak is er een evolutie naar groeiende invaliditeit.

### **Neuritis optica**

Demyelinisatie in de kop van de oogzenuw.

Visusdaling aan één oog.

Soms in het kader van een MS problematiek maar soms ook door andere oorzaken vb vitaminegebrek, na virale infectie...

Goede prognose met vaak herstel van het zicht.

## **Extrapiramidale ziekten**

---

*Bij deze ziekten is er een verandering in houding en beweging, maar zonder verlammingen. Houding en beweging worden geregeld via het extrapiramidaal systeem.*

*Typisch is het verlies van spierkracht en ontstaan van willekeurige bewegingen.*

### **Parkinson**

Er is een tekort aan dopamineproductie, een neurotransmitter die een belangrijke taak heeft in het extrapiramidaal systeem.

De reden van het ontstaan is echter niet ten volle gekend.

Diagnose op basis van het klinisch beeld en door de DAT-scan.

Symptomen:

Vage klachten als vermoeidheid, lam gevoel in de benen  
Pijnklachten in verschillende gewrichten

Motoriek evolueert naar bewegingsarmoede, bewegingstraagheid (hypokinesie)

Verandering in de spiertonus

Typisch kleine pasjes, schuifelend, startproblemen

Evenwichtsstoornissen

Gelaatsexpressie vermindert, monotoon praten

Fijne bewegingen en combineren van taken wordt moeilijk

Tremor

Veel zweten

Speekselvloed

Slikproblemen

Depressie en lusteloosheid

Behandeling:

Er is een verstoring van 2 stoffen in het lichaam bij parkinsonpatiënten.

Er is niet alleen een tekort aan dopamine, maar ook een relatief teveel aan acetylcholine.

Het tekort aan dopamine wordt bestreden door dopamine te geven vb Sinemet, Prolopa,... de werking van de acetylcholine kan men afremmen door het toedienen van anticholinerge middelen vb Akineton, Artane,...

Daarnaast bestaat ook medicatie die de afbraak van dopamine remt en producten die vooral de effectiviteit van de dopamine verhogen vb Requip.

Bijwerkingen:

Misselijkheid, ritmestoornissen, onwillekeurige bewegingen(slangbewegingen)

De ziekte heeft in principe geen invloed op de levensduur.

Naast de medicatie is fysiotherapie zeer belangrijk.

## **Dementie**

---

*Dementie wordt beschreven als een verworven achteruitgang van meerdere hogere hersenfuncties, met een intact bewustzijn en op basis van een hersenaandoening.*

*Vooraf het geheugenverlies komt op de voorgrond.*

Symptomen:

Geheugenverlies met in eerste fase verlies van het recent geheugen. Bij het toenemende geheugenverlies ontstaat dan een grote onzekerheid en groeiende afhankelijkheid. In een latere fase lopen heden en verleden door elkaar, wat verwarring en onaangepast gedrag kan geven. Grof taalgebruik en wisselende stemmingen zijn typisch, depressie en paranoia komen vaak voor. De taal krimpt in, alledaagse dingen worden moeilijk.

Diagnose:

Vooraf op basis van anamnese.

CT/NMR kan wat afwijking vertonen maar is niet altijd overtuigend. Doel van de CT is vooral het uitsluiten van een andere pathologie.

Dementie bestaat onder verschillende vormen, ziekte van Alzheimer is de bekendste, daarnaast bestaan er zo'n 60 varianten.

Behandeling:

Vooraf symptomatische behandeling.

Anticholinerge behandeling zouden een bescheiden effect hebben.

### **Alzheimer**

Dementieziekte, begint vanaf leeftijd van 50 jaar.

### **Frontale dementie**

Bij deze vorm van dementie ligt de nadruk op de persoons- en gedragsveranderingen. Er is ontremd gedrag en taalstoornissen. Ook incontinentie voor urine komt veel voor...

### **Vasculaire dementie**

Wordt ook Multi infarctdementie genoemd. Vaak is er een voorgeschiedenis van één of meer beroertes. Vaak zijn er klachten van hoofd- en nekpijn en emotionele labiliteit. De rest van de symptomen zijn ook geheugenstoornissen, verminderde motoriek, algemene neurologische stoornissen.

## Andere neurologische ziekten

---

### ALS

Valt onder de neuromusculaire ziekten

Er treedt een degeneratie op van de motorische voorhoorncellen in het ruggenmerg en in het verlengde merg. Later zet zich dat door in de motorische neuronen.

De oorzaak is onbekend.

Spijkrampen en fasciaties (kleine spiertrekkingen in de fascia van de spieren) zijn de eerste tekens. De zwakte en atrofie van de spieren worden steeds erger. Ook stemproblemen en atrofie van de tong treden op. De ziekte leidt tot steeds toenemende invaliditeit. De situatie wordt levensbedreigend bij het optreden van slikstoornissen en als de ademhalingsspieren het laten afweten.

### Guillain barré

Acute ontstekingsachtige, demyeliniserende neuropathie.

Vaak voorafgaand een koortsperiode. Er ontstaan verlamningsverschijnselen in de armen, benen, gelaat...

Ook de ademhalingsspieren kunnen getroffen worden. Er zijn paresthesiën en pijnsensaties. De oorzaak zou in het kader van de auto-immuunziekten liggen. Vroege diagnose is belangrijk omdat men dan nog kan ingrijpen voordat er demyelinisatie is. In principe zal men herstellen, soms wel met restverschijnselen. De symptoomcontrole is belangrijk daar ook de hartfunctie en ademhaling in het gedrang kunnen komen.

## Epilepsie

---

*Epilepsie is eigenlijk een ziekteverschijnsel waar verschillende ziektebeelden kunnen onder schuilen.*

Vaak wordt de reden van epilepsie niet gevonden en spreekt men van *ideopathische epilepsie*.

Is de epilepsie het gevolg van een andere aandoening, dan spreekt men van *symptomatische epilepsie*.

De reden van epilepsie is niet helemaal gekend, maar de aanval is het gevolg van een te sterke activiteit van groepen zenuwcellen. Vooral sommige neurotransmitters zouden daar een belangrijke rol in spelen.

Er zijn ook uitlokkende factoren die moeten vermeden worden bij iemand die gevoelig is aan epilepsie vb vermoeidheid, alcoholgebruik,....

Typisch bij deze ziekte is het optreden van epileptische aanvallen.

De aanvallen komen in verschillende vormen:

### **Grand mal**

Plots bewustzijnsverlies, samentrekken van alle spieren met een verstijving van het lichaam, ophouden van de adem met lichte ademnood. Daarna komt de fase van afwisselend samentrekken en ontspannen van de spieren waardoor een schokbeweging ontstaat. Urinelozing en een tongbeet zijn ook typische verschijnselen bij dit soort aanval. Als de patiënt niet spontaan uit deze aanval komt, spreekt men van een status epilepticus, wat een reasituatie is met dringende medische tussenkomst(REA knop vanuit de kamer of hulp VPK)

### **Absences** (ook petit mal genoemd)

Plots afwezigheid zonder te vallen. Er is even geen contact met de omgeving, de blik is starend en soms draaien de ogen weg. De aanval duurt niet lang (30 sec) en nadien is er spontaan een herstel van het bewustzijn. Soms is de patiënt zich niet bewust van de aanval, soms wel.

### **Focale epilepsie**

Bij deze vorm is er sprake van ontladingen die zich enkel plaatselijk voordoen. De symptomen zullen dan ook sterk afhangen van het gebied van de storing. Soms heb je vb trekkingen van een arm of been. Soms gaat deze fase over tot een algemene aanval.

### **Andere vormen**

Bij psychomotore epilepsie krijg je plots optredende episodes van psychische stoornissen en bewegingsautomatismen vb schemertoestand met plots dwalen of stereotype bewegingen zoals friemelen met de handen, smakken met de mond,...

### **Verpleegkundige interventie**

Zorg voor een veilige omgeving zodat geen verwonding mogelijk is tegen harde voorwerpen. Dien de medicatie toe volgens het protocol tenzij de aanval zich spontaan herstelt. Als de patiënt na deze interventie niet uit de aanval komt of andere vitale functies belemmerd worden vb ademhaling, ga dan over tot de reaprocedure.



Zorg voor aspiratie standby en geef na de aanval stabiele zijhouding om verslikken te vermijden als de patiënt nog niet voldoende alert is.

Belangrijke observatiepunten voor de arts:

Aard en duur van de schokbewegingen: was het schokken algemeen of unilateraal, was er een dwangstand, hoelang was er bewustzijnsverlies,...  
Brenge de arts steeds op de hoogte van een aanval, indien moet opgeladen worden met anti-epileptica, volg dan de richtlijnen van de driemap.

Nooit anti-epileptica stoppen zonder voorgaand overleg met de arts, vb nuchter voor onderzoek in de namiddag of een ingreep...vaak kan men dan overschakelen van orale naar iv middelen.

## **Infecties van het centrale zenuwstelsel**

---

### **Meningitis, viraal en bacterieel**

*Bij een ontsteking van de hersenvliezen spreekt men van een meningitis, bij een ontsteking van het hersenweefsel van een encefalitis.*

Hoofdsymptomen zijn vaak nekstijfheid, hoofdpijn en koorts.

Bij de bacteriële vorm is een troebele, etterige liquor te vinden en bestaat de behandeling uit gerichte antibiotica.

De ernst van de ziekte gaat voor een groot deel samen met de aard van de bacterie.

Meest berucht is de meningokok; ook de pneumokok is vaak de verwekker. Vaak was de kiem al in het lichaam op een andere infectiehaard vb bovenste luchtwegen.

Soms is de aanval zeer onverwacht en hevig vb bij meningokok. Zeer snelle interventie is hier de boodschap.

Bij de virale meningitis moet de ziekte spontaan herstellen.

Voor de diagnose doet men een lumbale punctie waarbij de aanwezigheid van troebel liquor de bacteriële aard bevestigt.

Typisch bij de meningokokkenmeningitis is het ontstaan van kleine bloedingen in de huid.

Vaak eerst te zien op de rug en handen.

De sepsis kan zeer acuut verlopen met een overlijden binnen enkele uren.

Raadpleeg steeds de map ziekenhuishygiëne voor de isolatiemaatregelen en zolang er geen resultaten zijn van de culturen, maximaal indekken.

Bij twijfel steeds contact nemen met de ziekenhuishygiëniste (9171)

## **2.7. veel voorkomende onderzoeken**

- Bloedonderzoeken
- Urinaire onderzoeken
- Cardiale onderzoeken
- RX-opnamen
- Echografie
- Duplex halsvaten
- Puncties: lumbaal
- C.T., EEG, EMG, MRI, geëvoeerde potentialen, nucleaire isotopen, etc.

### **Typische afdelingsgebonden verpleegkundige aandachtspunten**

- Positionering bij hemiplegische patiënten (Tip:volg revasessie bij revateam)
- Behandeling van patiënten met stollingsproblemen
- Neurologische parameters
- Vitale parameters
- Mobilisatie
- Glasgow Coma Scale
- Slikstoornissen

## 6. Dagindeling

### 6.1. Administratie-organisatorische procedures

#### Patiëntendossier

Een patiëntendossier bevat een verpleegplan + EWS schaal, anamnese, MDO verslag en een checklist van opname.

- Documenten nodig bij ontslag voorzien in ontslagmap
- Bloeddruk
- Pols
- Pijn door middel van de NRS schaal
- Nausea
- Glycemie
- Opvolging mictie
- Aandachtspunten als emotioneel, misselijk,...
- Het verwijderen van het infuus
- ... te noteren in het verpleegplan

#### Zorgdossier

KWS zorgdossier

Medicatiemodule via KWS> EMV en BSS

#### **Patiënt bevragen**

Je bevraagt de patiënt steeds met open vragen. Dit sluit veel meer vergissingen uit dan gesloten vragen. Gesloten vragen hebben als antwoord ja of neen, dit wordt soms snel gezegd zonder erbij na te denken of de vraag echt gehoord te hebben.

Open vragen, hebben een antwoord waarover men even moet nadenken en gericht moet antwoorden.

#### **Controle naam van de naam, voornaam en geboortedatum**

#### **Aftekenen + geven van medicatie**

Bijkomend bij chirurgische ingreep

- Anesthesievragenlijst
- Preoperatieve vragenlijst

De verpleegdossiers worden bij het ontslag geklasseerd en vervolgens in een bruine archiefmap gestoken. Na 6 weken worden de archiefmappen naar het medisch archief gebracht.

### **Medisch dossier**

De artsen werken met het digitaal dossier/ KWS.

### **Procedures & protocollen**

Verschillende procedures maken duidelijke de gemaakte afspraken, overeengekomen tussen verpleging en dokters.

Deze procedures zijn steeds te raadplegen via Hartlink van het ziekenhuis.

### **Standing orders**

Standaards geeft de arts weer in standing orders, raadpleegbaar op Hartlink.

## **6.2. Mondelinge communicatie**

Briefing:

7u, 14u en tot slot 21u45.

( volgens SBAR methode/ bedside briefing enkel om 14u )

Doorheen de dienst wordt er voortdurend aan elkaar belangrijke/ nuttige informatie doorgegeven. Er zijn enkele voorwaarden waaraan moet voldaan worden, om correct volgens de SBAR methode te briefen/ veiligheidsbriefing. Bijkomende richtlijnen kan je vinden op een apart specifiek kaartje.

## 6.3. Schriftelijke communicatie

### Briefingblad

#### Centraal briefingblad

Om een overzicht te behouden van de patiënten op de dienst, hebben we in de open verpleegwacht een briefingblad.

Dit is een lijst met

- volgende informatie:
  - Symptomen, diagnose
  - De naam en voornaam van de patiënt
  - Leeftijd
  - De kamernummer
  - De ingreep
  - Opmerkingen
  - Bijzonderheden en onderzoeken dagelijks aan te vullen

#### Parameters noteren

- Bij aankomst op de kamer postoperatief, pijn bevragen alsook nausea, aanduiden met een cijfer op schaal 0 tot 10 en plaatsbepaling + paraf.
- Bij de neurologische patiënten systematisch EWS om 8u en 20u
- Bij patiënten op de stoke unit gaat dit via monitoring, en dit om de 2u of 4u afhankelijk van het voorschrift van de arts. Hier wel manueel de glycemie te nemen en de temperatuur
- Bij de geriatrische patiënt is het de 1<sup>e</sup> drie dagen van de opname dat de parameters 2x/dag worden genomen om 8u en 20u, nadien is het enkel 2x/dag op maandag en donderdag.
- Elke patiënt krijgt een gewichtscontrole in het weekend, alle patiënten worden gewogen. (rolstoelweegschaal= - het gewicht van de rolstoel of balans)

#### Bijzonderheden

Indien er iets buiten normaal verloop gebeurt tijdens het verblijf van de patiënt, steeds proberen een verslag te noteren met de feiten/observaties.

## 7. Afspraken

- Het team verwacht van de student respect en erkenning net zoals het team ook respect zal tonen naar de student.
- Het team verwacht van de student dat hij zijn eigen doelstellingen formuleert en die ook kenbaar maakt bij het begin van de stageperiode. Het team verwacht dan ook dat de student de vooropgestelde doelstellingen probeert na te streven. Deze leerdoelen worden op papier kenbaar gemaakt en voorzien op het magneetbord in de vergaderzaal. Elke woensdag om 14u gaat het team in overleg, je evolutie zal in kaart worden gebracht en je zal hierna dan ook de nodige feedback ontvangen. Dit wekelijks overleg staat los van je eigen feedbackmoment of feedbackfiches.
- Er wordt een zekere leergierigheid en interesse van de student verwacht.  
Hij moet bereid zijn om opzoekingswerk te verrichten, om op deze manier zijn kennis te vergroten. Maak kenbaar voor welke technieken je wenst te oefenen.
- Het team verwacht verder van de student een voldoende grote verantwoordelijkheidszin zodat in hem gestelde vertrouwen niet beschaamd hoeft te worden.  
Deze verantwoordelijkheidszin mag zich niet enkel beperken tot de toegewezen patiënten, maar slaat ook op de andere patiënten op de afdeling, op de algemene taken die op de afdeling gebeuren en op eigen leerproces.

De urenlijst vindt de student, centraal op de afdeling. Hou steeds rekening met de werkbegeleidingen (met de leerkracht) en met de deelname aan de teamvergadering.

Eventuele veranderingen kunnen enkel in overleg met de lector of stagementor.

Heeft de student een vroegdienst (= M of V) dan heeft hij recht op 45 min. pauze, heeft hij avonddienst (= A of L) dan heeft hij recht op een pauze van 30 min. Het tijdstip van de pauze is afhankelijk van de werkzaamheden en wordt meegedeeld door de hoofdverpleegkundige of door de verantwoordelijke verpleegkundige. We kiezen ervoor om je als student rond 12u15 tot 13u te laten pauzeren tijdens de ochtendshift. Voor je eigen welzijn is het belangrijk om maximaal 6u te werken en dan zeker een onderbreking te hebben in je werktijd. Tijdens de avonddienst pauzeer je dus ook voor 19u30 om dezelfde reden.

## 8. Studenten-Leermogelijkheden

### 8.1. Theorie

- Je krijgt Inzicht in de frequent voorkomende pathologiën.
- Je krijgt Inzicht in het opname- en ontslagbeleid.
- Je kent de theorie van de technieken die uitgevoerd worden.
- Je kent de basisberekeningen.
- Je organiseert patiëntenzorg.
- Je verwerft nieuwe kennis aan de hand van bestaande informatie- en communicatiekanalen.
- Je krijgt Inzicht in het administratieve gebeuren.

## 8.2. Praktijk

- Medicatiebeheer pas voor 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> jaars verpleegkunde (uitpakken medicatie, klaarzetten, toedieningen) – afhankelijk van je leertraject
- Je voert zelfstandig het zorgpakket bij meerdere patiënten uit.
- Je past je verpleegkundig handelen aan de concrete patiëntensituatie.
- Je communiceert naar het team toe.
- Je bereidt bij functieonderzoeken en operaties de patiënt voor en verstrekt de nazorg.
- Je kan volgende technieken inoefenen:
  - Assisteren bij een lumbaal punctie
  - controle parameters
  - opname / ontslagvoorbereiding
  - IV- katheter plaatsen
  - Bloedafname: noteren op bord en naam achter BN plaatsen
  - medicatie optrekken
  - SC inspuitingen
  - Blaassondage
  - Bladderscan
  - Wondzorg





Dotted lines for writing.

