

Docentinstructies Samenwerken in de keten

Beste docent,

In dit document vind je alle lesmaterialen voor het organiseren van een terugkomdag Samenwerken in de Keten. We raden aan om deze terugkomdag, inclusief voorbereiding, in jaar 3 te onderwijzen.

Doelstellingen onderwijsprogramma

- De aios organiseert het medisch beleid in samenwerking met andere (para) medische hulpverleners en mantelzorgers (focus op passende zorg).
- De aios fungeert als eerste aanspreekpunt voor SEH, ambulance, apotheek, GGZ, thuiszorg en politie (daar waar nodig delegeren van zorg).

De volgende CanMed-competenties komen aan bod:

- 3. Samenwerken
- 4. Organiseren
- 5. Maatschappelijk handelen

Duur programma

60 minuten.

Materiaal

- Uitgeprint: casussen voor aios

Vorbereiding aios

- Vraag de aios een casus mee te nemen uit de praktijk waar samenwerken in de keten goed ging en een casus waar samenwerken in de keten beter kon.

Bijlagen

Docentinstructies Samenwerken in de keten	1
Doelstellingen onderwijsprogramma	1
Duur programma	1
Materiaal	1
Vorbereiding aios	1
Lesplan.....	2
Bijlage: Casuskaarten.....	4

Lesplan

Tijd	Inhoud/doelstelling	Toelichting
3 min	Opening	Bespreek dia 1 t/m 3
10 min	Goede samenwerking (incl vragen)	Bespreek dia 4 t/m 7 Afhankelijk van tijd hoe uitgebreid je bij dia 7 stil staat
5 min	Casus 1 bespreken in groepen	Aios bespreken de casus in groepen van 3 of 4
5 min	Casus 1 plenair nabespreken	Doel van deze casus is: het belang van een goede overdracht die je als huisarts achterlaat als je niet wacht op een ambu. Laat daar bijvoorbeeld een telefoonnummer achter waarop je te bereiken bent. Overdracht/afstemming is van belang bij een goede samenwerking. NB: de aios moet snel tot een keuze komen en van daaruit dan kort de kenmerken van een goede overdracht bespreken.
5 min	Casus 2 bespreken in groepen	Aios bespreken de casus in groepen van 3 of 4
5 min	Casus 2 plenair nabespreken	Snel kunnen schakelen en onder tijdsdruk tot een goede afstemming komen in de samenwerking met de ambu/ketenpartners is vaak een uitdaging. Vraag kort aan 1 groepje wat hun antwoord is. Daarna volgt een korte discussie tav het thema dat in deze casus naar voren komt: afstemming vervolg zorg.
5 min	Casus 3 bespreken in groepen	Aios bespreken de casus in groepen van 3 of 4
5 min	Casus 3 plenair nabespreken	LPA 8.1: Wanneer wel immobiliseren: • Niet alert of adequaat • Geïntoxiceerd • Alerte patiënt met ○ afleidend letsel ○ neurologische afwijkingen herleidbaar tot trauma ○ drukpijnlijke wervelkolom door trauma ○ bij twijfel! LPA 8.1: Wanneer niet immobiliseren? • Tegenstribbelende patiënt • Kinderen • Verdenking hoofd- of hersenletsel Hoog-Energetisch Trauma (HET) zelf is geen indicatie! Mobiele patiënt zelf op brancard en voorkeurshouding handhaven. NHG heeft geen standaard nekletsel, wel een standaard hoofdtrauma: Wanneer er naast een hoofdtrauma het vermoeden bestaat op cervicaal wervelletsel (drukpijnlijke CWK, al dan niet in combinatie met neurologische uitval, waarbij de uitval is gerelateerd aan het letsel), is er een indicatie om de nek manueel te (laten) fixeren (onderdeel van de A). Verwijs de patiënt met

Tijd	Inhoud/doelstelling	Toelichting
		spoed naar de chirurg of SEH-arts (afhankelijk van regionale afspraken). Nekletsel (behalve beoordeling in het kader van ABCDE-beoordeling) en de behandeling van bijkomende verwondingen van een hoofdtrauma, zoals snijwonden en aangezichtsfracturen, vallen buiten het bestek van de standaard. Het is soms verwarrend voor een huisarts wat nu te doen: manueel fixeren en als de patiënt mobiel is, mag de patiënt volgens de LPA zelf op een brancard stappen. Afstemming en op de hoogte zijn, is van belang. Algemeen geldt: • Bij twijfel/inadequate patiënt altijd kraag! • Bij wakkere/adequate patiënt: geen nekkraag! • Headblocks mogen altijd • Kinderen geen kraag • Don't fight the patiënt
5 min	Casus 4 bespreken in groepen	Aios bespreken de casus in groepen van 3 of 4
5 min	Casus 4 plenair nabespreken	Er is bij zwangeren een overlap qua spoedzorg en dat vergt de juiste afstemming in de keten. De casus illustreert dat als 1 ketenpartner in gebreke blijft (de verloskundige is niet bereikbaar) dat dan niet de juiste zorg op de juiste plaats gegeven wordt. Een huisarts kan veel, maar zorg aan zwangeren zit niet meer in hun takenpakket en wil je verloskundig actief zijn als huisarts dan moet je daar bekwaam in zijn en ook nascholen op dit gebied. Voor de ambu geldt hetzelfde; ook zij kunnen veel maar een acute buik beoordelen bij een zwangere is niet hun taak/expertise. Wees je bewust als huisarts dat dit veel gebeurt. Ook bij de ambulance gebeurt het vaak dat ze ingezet worden voor zorg die niet onder hun verantwoordelijkheid valt. Wat dat betreft zitten de ambu en huisarts in hetzelfde schuitje: als er onvoldoende capaciteit is of er is iemand in de keten niet bereikbaar dan wordt er terug verwezen naar de 2 ketenpartners die 24/7 zorg borgen: de ambu en de huisarts. Antwoord op de vraag: ze zijn allemaal verantwoordelijk, maar de een meer dan de andere. De huisarts is verantwoordelijk voor onderzoek urine, zwangerschapsmisselijkheid en zn iets rustgevends geven. De verloskundige voor de rest van de ingangsklachten (NTS komt op de juiste vervolgactie), de ambu voor evt vervoer van een zwangere en de gynaecoloog voor de patiënten die door de verloskundige ingestuurd worden.
5 min	Afsluiten	Bespreek dia 17 en 18

Bijlage: Casuskaarten

Casus 1

Waar is de overdracht?

Er wordt door de huisarts een B-rit aangevraagd voor een dame van 78 met algehele malaise. Zij moet vervoerd worden naar de SEH. Als de ambulance aankomt, blijkt dat de huisarts net weg is. Hij heeft geen overdracht achter gelaten. In het dossier van de patiënte is weinig terug te vinden t.a.v. voorgeschiedenis, alleen veneuze insufficiëntie en hoge bloeddruk.

De huisarts is gebeld, maar was niet meer te bereiken na 17uur.

Controles ambu

Bloeddruk:	123/87
Pols:	Regulair, 78
Zuurstofgehalte:	90%
Ademarbeid:	Verhoogd met gevoel van benauwdheid
Aanvullend:	Mevrouw voelt zich de laatste tijd steeds meer vermoeid Mevrouw had behoorlijk wat oedeem in haar benen

Jullie zijn ambulanceverpleegkundigen: wat doen jullie?

1. HAP bellen voor overleg
2. A1 rit bestellen via de meldkamer

Maak een keuze. Bespreek vervolgens wat een goede overdracht is en wat het belang van een goede overdracht is.

Casus 2

Afstemming van zorg

De HAP wordt gebeld door een de moeder van een baby die 4 weken oud is. Het valt de moeder op dat haar baby sloom is en blauwe lippen heeft tijdens de voeding. De triagist komt na de triage uit op een U1. De ambulance gaat kijken en beoordeelt de baby. Alle waardes zijn goed.

Controles ambu

Temperatuur:	37
Ademhaling:	Rustig
Aanvullend:	Baby slaapt Baby heeft geen blauwe lippen

De ambulance verpleegkundige belt de HAP terug en overlegt met de huisarts.

Hoe gaan jullie aan deze casus een vervolg geven?

Casus 3**Matchende protocollen**

Een man van 43 jaar, blanco voorgeschiedenis, is gevallen met de mountainbike. Hij is over zijn stuur heen geslingerd en heeft nu pijn in zijn nek. Hij ging op het moment van vallen ongeveer 25 km/uur. Eerst had hij geen pijn, 1 uur later wel pijnklachten. Hij is na zijn val zelf naar huis gefietst en ligt op dit moment op bed. Hij belt de HAP. De HAP biedt een visite aan en de man wordt beoordeeld door een huisarts.

Beoordeling huisarts

Bewustzijn:	Alert, geen neurologische uitval
Intoxicatie:	Geen
Pijn:	Drukpijn op C4 en C5
Aanvullend:	Alleen schaafwond, verder geen verwondingen

Zoek het beleid op van beide ketenpartners. Immobiliseer je de CWK?**Welk beleid wordt er gehanteerd bij het wel of niet immobiliseren van de CWK?**

Bespreek wanneer er verwarring op kan treden over gezamenlijk zorg verlenen.

Casus 4**Wie is verantwoordelijk?**

De HAP wordt gebeld door de vriend van een vrouw van 34 die 8 weken zwanger is. De vriend geeft aan dat zijn vriendin veel buikpijn heeft. De vriend en patiënte vragen zich af: is dit een buikgriep of is het iets anders? Ze hebben al hun verloskundige gebeld, maar die was niet bereikbaar. De triagist komt uit op een U3 en geeft aan dat de patiënte gezien moet worden door de verloskundige. Mocht het niet lukken, dan moet de vriend de HAP weer terug bellen.

2 uur later wordt de HAP nogmaals gebeld en de vriend van patiënte geeft aan dat het niet goed gaat met zijn vriendin. De triagist komt uit op een U1 en er gaat een ambulance rijden. De ambulance belt vervolgens de HAP en overlegt met de huisarts.

Controles ambu

Bloeddruk:	120/80
Pols:	95
Zuurstofgehalte:	97%
Ademfrequentie:	Normaal
Aanvullend:	Buik niet geprikkeld

De huisarts geeft aan dat de patiënte nogmaals verloskundige moet bellen. 5 uur later wordt patiënte gezien door de verloskundige en met spoed ingestuurd: er blijkt sprake van een EUG.

Waar ligt de verantwoordelijkheid m.b.t. spoedzorg aan zwangeren?

1. Huisarts en verloskundige
2. Verloskundige en gynaecoloog
3. Ambulance, huisarts en verloskundige
4. Gynaecoloog en huisarts