

Eerste Hulp aan Kinderen

instructeurshandleiding



Het *Oranje* Kruis

**Eerste Hulp aan Kinderen
Instructeurshandleiding**

2e druk

© 2006 Het Oranje Kruis

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgevers.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Het Oranje Kruis te wenden.

Bestelnummer: O-05107

Inhoud

Inleiding	2
Deel 1 Het bijzondere van een kind	3
1.1 De ontwikkeling van het kind	3
1.1.1 Lichamelijke onrijpheid	3
1.1.2 Geestelijke onrijpheid	3
1.1.3 Normale ontwikkeling	3
1.1.4 Bouw en werking van het lichaam van een kind	4
1.2 Preventie van ongevallen bij kinderen	7
1.2.1 Gevaren die kinderen bedreigen	8
1.2.2 Plan van aanpak om veiligheid te vergroten (thuis, in kinderdagverblijf, op school)	9
1.2.3 Voorbereiding op ongevallen	9
1.3 Kindermishandeling	11
Deel 2 Achtergrondinformatie met betrekking tot de verschillen tussen de eerste hulp aan kinderen en de eerste hulp aan volwassenen	13
2.1 Vijf belangrijke punten	13
2.2 Oorzaken van stoornissen in het bewustzijn	13
2.2.1 Hoge koorts (met koortsstuip)	13
2.2.2 Epilepsie	14
2.2.3 Andere oorzaken	14
2.3 Stoornissen in de ademhaling	15
2.3.1 De normale ademhaling bij een kind	15
2.3.2 Beoordelen van de ademhaling	15
2.4 Stoornissen in het bewustzijn en de ademhaling	15
2.4.1 Beoordelen van de circulatie	15
2.4.2 Oorzaken circulatiestilstand	15
2.4.3 Verschillen tussen het beademen van een volwassene en het beademen van een kind	15
2.4.4 Verschillen tussen het geven van borstcompressies bij een volwassene en bij een kind	15
2.5 Brandwonden	16
Deel 3 Het lesgeven	17
3.1 Doel en kenmerken van het onderwijs in de Eerste Hulp aan Kinderen	17
3.2 Voorwaarden om doelmatig instructie te kunnen geven en het leerproces te stimuleren	17
3.3 Mogelijke indeling van de lessen van de opleidingscursus voor het certificaat / moduleverklaring Eerste Hulp aan Kinderen	18
LESINDELING VOOR CURSISTEN	
NOG NIET IN HET BEZIT VAN HET DIPLOMA EERSTE HULP	19
Inhoud	19
Tijd	19
LESINDELING VOOR CURSISTEN	
DIE IN HET BEZIT ZIJN VAN HET DIPLOMA EERSTE HULP	21

Inleiding

De belangrijkste redenen om de module Eerste Hulp aan Kinderen te ontwikkelen, zijn:

- het aantal ongevallen waarbij kinderen betrokken zijn en letsel oplopen;
- het feit dat kinderen geen mini-volwassenen zijn en daarom een eigen aanpak/benadering behoeven;
- het uitkomen van de nieuwe richtlijnen reanimatie voor kinderen;
- de invoering van modulair opgebouwd eerstehulp onderwijs en competentiegericht leren en opleiden.

De benadering is praktisch en gericht op het “doen”(vaardigheden). Er wordt steeds uitgegaan van de verschijnselen van een bepaald letsel. Het gaat erom problemen vast te stellen en te verhelpen.

De precieze oorzaak is voor de eerste hulp niet altijd direct zo belangrijk om toch verantwoord eerste hulp te verlenen. Toch kan goede achtergrondinformatie over het letsel een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de eerste hulp aan kinderen.

Vooraf enige kennis over de verschillen tussen kinderen en volwassenen wat betreft de letsels en de daarbij te verlenen eerste hulp kan hierbij helpen. In deze handleiding is deze informatie vooral te vinden.

In deze handleiding zijn alleen onderwerpen opgenomen die nog niet behandeld worden in de instructeurshandleiding bij het Oranje Kruis Boekje (25^e druk).

Evenals in het cursistenboek wordt in deze handleiding de mannelijke vorm gebruikt. Overal waar hij/hem/zijn staat, kunt u ook zij/haar lezen.

De foto's in het cursistenboek zijn om didactische redenen zo gemaakt dat er goed zicht op de handeling is. Dat betekent dat de hulpverlener niet altijd de positie heeft die bij een echte hulpverlening gewenst is.

De handleiding is verdeeld in 3 delen die aansluiten bij de aanvullende training die instructeurs volgen om competent te worden als Instructeur Eerste Hulp aan Kinderen.

Deel 1: Het bijzondere van het kind

Deel 2: Achtergrondinformatie

Deel 3: Didactische en onderwijskundige suggesties

Deel 1. Het bijzondere van een kind

1.1 De ontwikkeling van het kind

1.1.1. Lichamelijke onrijpheid

U hoort het vaak zeggen: “kinderen zijn geen mini-volwassenen” (of kleine volwassenen). Wat maakt kinderen dan zo uniek?

Kinderen zijn niet alleen kleiner dan volwassenen, maar ook onrijper en minder ervaren. Hierdoor is het kind kwetsbaarder en veelal afhankelijk van de zorg van de ouders. Het onrijp en minder ervaren zijn heeft betrekking op lichamelijke en geestelijke aspecten. Bij lichamenlijk moet u denken aan andere lichaamsbouw en daarmee andere lichaamsverhoudingen. Juist die verschillen in lichaamsverhoudingen spelen een belangrijke rol bij de behandeling en gevaren van verbranding, onderkoeling enzovoort.

Ook het onrijp zijn van vele reflexen kan bij kinderen de hulpverlening bemoeilijken, of letsels onverwacht ernstiger laten zijn dan bij volwassenen. Hierbij kunt u denken aan de reflex die volwassenen hebben als ze dreigen te vallen: zij kunnen de val over het algemeen breken door de armen een beschermende functie te geven om het hoofd. Dit is een reflex. Jonge kinderen die vallen hebben deze reflex niet altijd en vallen daarom vaker en harder op hun hoofd. Een andere reflex bij jonge kinderen die niet goed ontwikkeld kan zijn is de reflex van het terugtrekken bij het aanraken van hete voorwerpen. Een jong kind dat zijn hand op een heet voorwerp legt, zal gaan huilen, maar veel later zijn handen pas terugtrekken. Contactverbrandingen kunnen bij kinderen dus veelal ernstige consequenties hebben. Ook de slikreflex bij jonge kinderen is nog minder goed ontwikkeld, waardoor verslikking -verstikking relatief vaak voorkomt bij jonge kinderen.

1.1.2. Geestelijke onrijpheid

Geestelijke onrijpheid komt vooral tot uitdrukking in de communicatie. Baby's (jonge kinderen) en kleuters kunnen niet of nauwelijks spreken. Gevoelens worden tot uiting gebracht door lachen, kraaien of huilen of gebrekkig taalgebruik. Aan de manier van huilen kan de ouder over het algemeen afleiden wat er met zijn kind aan de hand is. Voor buitenstaanders en hulpverleners is dat veel moeilijker. Dit heeft consequenties voor de benadering van het kind door de hulpverlener. Wat bedoelt het kind als het zegt: “Au, buik”, maar wijst naar zijn hoofd? Niet alle gestelde vragen worden beantwoord met een betrouwbaar antwoord. Dit heeft consequenties voor de eerste hulpverlening.

Er wordt bij kinderen een groot beroep gedaan op het observatievermogen van de hulpverlener, namelijk wat ziet u aan het gedrag van het kind, welke lichaamsdelen beweegt het kind of welke beweegt het niet normaal.

Jonge kinderen zijn in staat letsel te “verbergen” door aangepast gedrag te vertonen. Zo kan een jong kind dat zijn arm breekt of ernstig kneust, overgaan tot het gebruiken van de andere gezonde arm om de gekwetste arm te ontzien. Een peuter kan bij het kneuzen van een enkel of been, gaan kruipen en weigeren te lopen.

1.1.3. Normale ontwikkeling

Iedereen die kinderen heeft, hen verzorgt of misschien alleen observeert weet dat zij nieuwsgierig zijn en stap voor stap de wereld om zich heen verkennen. In zijn ontwikkeling beweegt het kind zich steeds weer op de rand van zijn kunnen. Door vallen en opstaan, leert het lopen, letterlijk en figuurlijk. Door zich te stoten, door zijn vingers te branden, ontdekt het de

kwaliteit van zijn omgeving en leert het zijn beperkingen en kwetsbaarheid kennen. Het kind kan zich ontwikkelen!

Een heel gezonde situatie natuurlijk, maar hierdoor is het niet ondenkbaar dat het kind zichzelf of zelfs andere kinderen ongewild in gevaar brengt

Een andere bron van ongevallen is de situatie dat kleuters en ook schoolkinderen zich totaal kunnen overgeven aan het spel waardoor dreigende gevaren niet als zodanig worden herkend. Op de schoolleeftijd kunnen gevaren die wel worden gezien, ondergeschikt gemaakt worden aan het streven mee te tellen in de groep.

Per jaar komen er duizenden kinderen in het ziekenhuis terecht vanwege een ongeval, ernstig of minder ernstig en in sommige gevallen door een kinderziekte. Het is daarom belangrijk te weten wat te doen bij ongevallen waarbij een kind betrokken is.

1.1.4 Bouw en werking van het lichaam van een kind

De verschillende orgaanstelsels en de zintuigen bevinden zich allemaal nog in een onvolgroeid stadium en hun functioneren is daar een uiting van.

Zo heeft de pasgeborene bijvoorbeeld wel voldoende spierkracht, maar nog geen beheersing over zijn spieren. Het zijn nog ongecoördineerde bewegingen. Zijn hoofd is nog te zwaar voor zijn min of meer ongetrainde nekspieren.

De verschillende orgaanstelsels ontwikkelen zich in onderlinge harmonie, waarbij binnen de verschillende levensfasen het ene orgaanstelsel zich wat sneller ontwikkelt dan het andere om later weer ingehaald te worden door dat andere.

1.1.4.1 Hart en vaatstelsel

De bloedsomloop (circulatie) maakt bij de geboorte een grote verandering door om de zuurstofvoorziening via de longen i.p.v. de navelstreng mogelijk te maken.

De hartslagfrequentie van de zuigeling is in rust bijna tweemaal zo snel als die van de volwassene: 110 – 160 slagen per minuut. Is de zuigeling extreem actief, bij huilen bijvoorbeeld, dan kan de frequentie snel oplopen tot wel 190 slagen per minuut.

De hartslag van de zuigeling is dus behoorlijk hoog én variabel.

De gemiddelde hartslagfrequentie neemt in de loop van de maanden af tot ongeveer 110-120 slagen per minuut.

Gedurende de peuter-/kleuterperiode neemt de gemiddelde hartslagfrequentie verder af tot 95-110; en op schoolkindleeftijd varieert deze tussen de 75-100 slagen per minuut.

Het circulerende bloedvolume is vooral gerelateerd aan een percentage van het lichaamsgewicht.

Bij de pasgeborene is dit ongeveer 10% van zijn lichaamsgewicht en gedurende de ontwikkeling naar volwassenheid loopt dit terug naar 7,5 % van het lichaamsgewicht op de volwassen leeftijd.

Ook de zuurstoftransportcapaciteit van het bloed is anders in vergelijking met de volwassene.

Tijdens de periode voor de geboorte heeft het kind een hoog percentage rode bloedlichaampjes om daarmee voldoende zuurstof via de placenta vanuit de moeder te onttrekken.

Na de geboorte, vanaf het moment dat hij zelf gaat ademen, kan de zuurstofbindingscapaciteit van het bloed omlaag.

1.1.4.2 Ademhalingstelsel

De pasgeborene gaat binnen de minuut na zijn geboorte over tot het zelfstandig ademen. Hij voorziet daarmee zijn bloed van zuurstof en hij ontdoet zich van het koolzuur.

Binnen een dag of drie na de geboorte zijn de meeste longblaasjes ontplooid.

In de eerste levensfase is de ademhaling onregelmatig en snel. Gedurende de eerste weken/ maanden wordt deze steeds regelmatig en komt geleidelijk aan op een frequentie van 30-40 ademteugen per minuut.

De hoeveelheid lucht die de zuigeling inademt blijft variëren tussen diep en oppervlakkig. Dit blijft zo tot in de peuterfase. Dan pas wordt de ademhaling stabiel. De frequentie neemt af tot 25-30 ademteugen per minuut.

1.1.4.3 Zenuwstelsel

Ondanks het feit dat het aantal zenuwcellen halverwege de zwangerschap bij de ongeborene mens al weer gaat afnemen, blijven de functiemogelijkheden van het zenuwstelsel tot de ouderdom toenemen.

Het proces van afsterven van zenuwcellen begint dus al vrij vroeg in het menselijke leven, zonder verdere gevolgen; desondanks is er ook groei te melden namelijk van de hersenschors. Deze neemt in dikte toe, de zenuwvezels zelf groeien in de lengte en er is een toename van het aantal vertakkingen en verbindingen.

Het zenuwstelsel is volgroeid op de leeftijd van ongeveer 7 jaar.

Daarentegen gaat de functionele ontwikkeling fors door. We kunnen steeds meer informatie bevatten en de regeling en sturing van allerlei functies in het lichaam wordt in toenemende mate efficiënter.

1.1.4.4 De zintuigen

De zintuigen zijn bij de pasgeborene over het algemeen al goed ontwikkeld.

Een baby herkent zijn moeder/verzorgster aan de geur.

De functie van het gehoor is al in de baarmoeder aanwezig. Het ongeborene kind luistert al weken lang naar de inwendige geluiden van de moeder, zoals de hartslag, maar ook de darmrommelingen.

Het geluid van de hartslag van de moeder is over het algemeen een rustgevende factor voor het kind.

Het gehoorbereik bij het jonge kind is groot en neemt af naarmate het ouder wordt.

Bekend is ook dat het gehoor het langst in tact blijft. Vandaar dat het van belang is te blijven praten bij ongevallen waar sprake is van vermindering van het bewustzijn of bewusteloosheid.

Bij de pasgeborene is er wat smaak betreft een voorkeur voor zoet. Tijdens de peuterleeftijd leert het kind smaken meer te onderscheiden, en ontwikkelt zich ook voorkeursgedrag voor een bepaalde smaak.

De tast- druk- en pijnzin is bij de pasgeborene volledig ontwikkeld en is naast het gehoor en de reuk op dat moment het belangrijkste contactmedium met de omgeving.

De ogen: de pasgeborene kan licht en donker onderscheiden. Het gezichtsvermogen ontwikkelt zich verder binnen de eerste 8 levensmaanden. Vanaf die leeftijd kan de zuigeling diepte zien, verschillen in kleur en vorm.

1.1.4.5 De huid

De huid van de pasgeborene voelt na een aantal dagen zacht aan en is bij een blank kind roze gekleurd.

De veranderingen in de lichaamsverhoudingen gedurende de ontwikkeling hebben een grote invloed op de temperatuurregulatie en de taak van de huid daarbij.

We kennen lichaamsoppervlak (huid) en lichaamsinhoud (volume). Gedurende de ontwikkeling van het lichaam neemt het volume harder toe dan het oppervlak.

Het komt er op neer dat het kind in principe per volume-eenheid meer dan twee keer zoveel huidoppervlak heeft als een volwassene.

Aangezien de temperatuurregulatie via de huid plaatsvindt, kan dus bij baby's gemakkelijk een te sterke afkoeling plaatsvinden als we geen voorzorgsmaatregelen nemen.

Dit is ook de reden dat bijvoorbeeld tijdens het zwemmen kinderen sneller afkoelen dan volwassenen.

Verder is de huid van het kind veerkrachtiger dan die van de volwassene.

1.1.4.6 Spijsverteringsstelsel

De maaginhoud van de pasgeborene is slechts 50 ml. In de loop van het eerste levensjaar neemt deze toe tot ongeveer 350 ml, en tijdens de peuterperiode loopt dit op tot 500 ml.

Vanaf dat moment neemt de omvang van de maaginhoud langzamer toe.

In de eerste levensjaren staat de geringe maaginhoud in contrast met de grote energiebehoefte van een groeiend kind. Vandaar de behoefte aan frequente, naar verhouding, grote hoeveelheden voeding.

Vanaf de vierde levensmaand is de productie van maagzuur goed op gang en vanaf het eerste levensjaar zijn er voldoende enzymen aanwezig om koolhydraten, vetten en eiwitten goed te kunnen verteren.

De overstap naar vast voedsel wordt dan ook gedurende het eerste levensjaar gemaakt.

De lengte van het darmkanaal is na de geboorte ongeveer 3,5 meter, voldoende voor de vertering van vloeibare voeding. De lengte van het darmkanaal groeit gestaag mee.

1.1.4.7 Gebitsontwikkeling

Kort na de geboorte zien we nog geen tanden. Toch zijn vooral de snij- en hoektanden in aanleg al aanwezig.

Deze zullen later met de kiezen het eerste gebit, het melkgebit, vormen. Dit is een tijdelijk gebit, wat stap voor stap vervangen wordt door het blijvende gebit rond de leeftijd van 6 à 7 jaar.

Het doorbreken van de eerste tanden (de snijtanden van de onderkaak) gebeurt zo rond de 6 maanden.

1.1.4.8 Het bewegingsapparaat

Het groeien van het kind is voor een ieder het best zichtbaar aan enerzijds de lengtegroei en anderzijds aan de toenemende beheersing van de skeletspieren: de motoriek.

Bij het jonge kind is het hoofd relatief groot en heeft het kind een grote romp ten opzichte van de armen en de benen.

Doordat het lichaam in de lengte groeit, gaat het hoofd relatief een minder grote plaats innemen.

Ook in de peuter- en kleuterperiode blijft de romp groot ten opzichte van de lengte van de armen en benen.

Vanaf het derde levensjaar hebben we een redelijk stabiele groeisnelheid van 5 tot 6 cm per jaar.

Tijdens de puberteit zien we de echte groeispuurt. De armen en benen ontwikkelen zich dan enorm in de lengte.

Kijken we naar het hoofd dan neemt dit in omvang natuurlijk nog wel toe, maar relatief veel minder dan de andere lichaamsdelen.

We zien het hoofd ook duidelijk veranderen door de groei van vooral de aangezichtsschedel. Tijdens de schoolkindleeftijd krijgt het kind duidelijk meer gezicht.

Bij de geboorte hebben we op de schedel nog twee openingen bedekt met het taaie bindweefsel, de kleine fontanel en de grote fontanel. De kleine bevindt zich op het achterhoofd; de grote achter het voorhoofd bovenop het hoofd.

De kleine fontanel is na gemiddeld 2 maanden gesloten: het bindweefsel is vervangen door botweefsel.

De grote fontanel sluit zich meestal pas tegen het begin van het derde levensjaar.

Verder zien we bij het kind dat gaat leren staan en lopen aanvankelijk een sterke O-benenstand. Rond de leeftijd van twee jaar zien de beentjes er weer recht uit om vervolgens door te gaan naar een X-benenstand rond het 3^e jaar, die op zijn beurt weer verdwijnt rond het 6^e jaar.

Zoals eerder gezegd heeft de pasgeborene nog niet de beheersing over zijn spieren en daarom zijn de spierbewegingen ongecoördineerd. Verder is wel een groot aantal functionele reflexen aanwezig zoals de zuig- en slikreflex, de niesreflex en de hoestreflex.

De pasgeborene kan nog niet zelf zijn hoofd opheffen.

Gedurende het eerste levensjaar leert de zuigeling zijn hoofd op te heffen en ook op te houden; vervolgens lukt het hem zich om te rollen van buikligging naar rugligging en omgekeerd, om dan te gaan zitten, kruipen, staan en lopen.

Zo ontwikkelt elk kind zich door de ontwikkeling van het zenuwstelsel en het motorische systeem.

Tijdens de peuterleeftijd krijgt het kind meer en meer spierbeheersing en aan het einde van de kleuterperiode is de fijne motoriek voor het merendeel ontwikkeld.

De spierkracht in zijn totaliteit neemt geleidelijk aan toe.

1.2 Preventie van ongevallen bij kinderen

Volledige veiligheid bestaat niet. Er zullen altijd factoren zijn die tot extra risico's aanleiding geven. We accepteren risico's in ons dagelijks leven, maar willen wel de gevolgen en de invloed van die risico's zo veel mogelijk beperken.

Een voorbeeld.

Deelnemen aan het verkeer is de normaalste zaak van de wereld. Dat daaraan risico's verbonden zijn is voor iedereen duidelijk. Dat risico nemen we op de koop toe, maar door allerlei maatregelen proberen we zo veel mogelijk de risico's in te perken (bijvoorbeeld verkeersregels) en de gevolgen te minimaliseren (bijvoorbeeld autogordels / kooiconstructie).

Een instructeur kan een belangrijke rol spelen in de preventie van ongevallen in verschillende omstandigheden. Het feit dat mensen een cursus Eerste Hulp aan Kinderen volgen geeft aan, dat zij voorbereid willen zijn op mogelijke ongevallen met kinderen. Deze interesse kan persoonlijk of beroepsmatig zijn. Via de cursus Eerste Hulp aan Kinderen hebt u een prima sleutel om aan het preventiebewustzijn van de cursisten te werken. Immers voorkomen is beter dan genezen.

In het lesboekje voor de module Eerste Hulp aan Kinderen is een hoofdstuk over preventie opgenomen (Hoofdstuk 3). Daar staat een opsomming van aandachtspunten die mensen thuis kunnen doorlopen om te bezien waar voor hen of voor kinderen mogelijk gevaarlijke situaties bestaan.

Binnen de cursus kunt u op verschillende wijzen extra aandacht op deze aspecten richten. Een paar suggesties.

1. U kunt cursisten bewust laten worden van de factoren die gevaren opleveren: plaats, proces, mensen en tijd.
2. U kunt de cursisten helpen bij het opstellen van een plan van aanpak.
3. U kunt de cursisten helpen met de voorbereiding op ongevallen.

1.2.1 Gevaren die kinderen bedreigen

In het hoofdstuk wordt veel aandacht besteed aan de plaats waar risico's liggen en aan de voorzieningen die getroffen kunnen worden om ongevallen te voorkomen. Door middel van groepsopdrachten met aansluitend of alleen een onderwijsleergesprek kunt u de verschillende aspecten anders rubriceren en bespreken.

Plaats	Hoe is de verkeerssituatie rond het huis en de tuin? Hoe is het bij bezoekadressen in huis met alle preventieve aspecten? Hoe is het geregeld tijdens logeerpertijtjes (thuis of elders)?
Proces	Hoe staat het kind in het verkeer, en hoe is de begeleiding geregeld? Hoe vinden de voorbereidingen op vakantie / uitjes plaats? Hoe is tijdens de vakantie de aandacht voor veiligheidsaspecten? Weet de oppas hoe te handelen bij calamiteiten?
Tijd	Wie controleert (en wanneer) de aspecten rond preventie en voorbereiding? Hoe is het geregeld als kinderen alleen thuis blijven? Wanneer is het spitsuur in huis? Wat is er voor de nacht en de ochtend (zelf ontbijtje maken) afgesproken?
Mensen	Hoe worden oppassers geïnstrueerd over maatregelen en veiligheid? Is het kind – afhankelijk van leeftijd – zelf veiligheidsbewust? Is de oppas zich van veiligheidsaspecten bewust? Weet een oppas wie, wat en wanneer te alarmeren?

Met een dergelijk traject passeren de cursisten de verschillende aspecten uit het boekje nogmaals en worden zo gedwongen er op een andere wijze bij stil te staan.

1.2.2 Plan van aanpak om veiligheid te vergroten (thuis, in kinderdagverblijf, op school)

Duidelijk is dat er – waarschijnlijk bij iedereen thuis – nog wel zaken zijn die verbeterd kunnen worden. Met het volgen van de cursus zetten de mensen misschien een eerste stap. Door tijdens de cursus een opdracht tot het opstellen van een plan van aanpak op veiligheidsgebied aan te bieden kunt u hen stimuleren in de toekomst hieraan aandacht te blijven besteden. Daarmee wordt veiligheid thuis een punt om te bespreken.

Een voorbeeld van een indeling en een stukje invulling treft u hieronder aan voor een gezin met een baby van 6 maanden.

Ruimte	Actiepunt	Prioriteit	Wie	Wanneer
Badkamer	Medicijnenkastje kopen, monteren en alle medicijnen daarin opruimen	Midden	[Naam]	Binnen 3 maanden
Alle	Plan voor brand/rookmelders maken	Hoog	[Naam]	Deze week
Garage	Schoonmaakmiddelen en giftige stoffen achter slot en grendel opbergen (eerst slotje monteren op kast)	Laag	[Naam]	Binnen 6 maanden

Het lijkt allemaal erg officieel, maar door structurering en extra aandacht kan veel ellende voorkomen worden. Het blijkt in de praktijk te werken.

1.2.3 Voorbereiding op ongevallen

Vaak is het met de middelen voor de hulpverlening in huis niet best gesteld. Hieronder een aantal suggesties om aandacht aan te besteden.

1.2.3.1 Verbandtrommel/doos

Hieraan wordt in de leerstof voldoende aandacht geschonken.

1.2.3.2 Melders

In nieuwbouwhuizen is het tegenwoordig verplicht, maar de meeste van ons betrekken een bestaande woning. U kunt de cursisten een handreiking geven aangaande de juiste hoeveelheid en juiste plaatsing, de verschillende mogelijkheden (rook / warmte / koolmonoxide / enzovoort), onderhoud en dergelijke. De melders hebben al menigmaal bijgedragen aan het tijdig uit een brandend pand komen. In hun slaap (denk aan rookontwikkeling) worden nog velen verrast.

1.2.3.3 Brandblusser

Sproeischuimblussers kunnen aangeraden worden voor thuisgebruik. Ze dienen wel regelmatig gecontroleerd te worden en op een snel toegankelijke plaats te hangen. Weten alle bewoners hoe ze er mee om moeten gaan?

1.2.3.4 Blusdeken

Met deze deken kan men een beginnende kleine brand al doven, maar ook als vluchtmiddel kan het een goede extra mogelijkheid bieden om veilig bij brand het pand te verlaten. Vaak in de keuken (vlam in de pan) een zeer goed te gebruiken hulpmiddel.

1.2.3.5 Vluchtwegen

Zijn er van het huis vluchtwegplattegronden gemaakt en kent iedereen die?

Hebben de bewoners wel eens instructie gehad over wat te doen bij brand, hebben ze ooit geoefend met het snel verlaten van het pand op het moment dat er iets misgaat (tijdens de avond/nacht en geblinddoekt)? Er zijn ook stickersetjes te koop om vluchtwegmarkeringen in huis aan te geven.

Voor ouders is het ook goed om te weten of dit ook goed geregeld is in het kinderdagverblijf en op school en vooral of dit ook met de kinderen wordt geoefend.

1.2.3.6 Vluchtlijn

Deze lijnen zorgen voor een verbinding naar buiten toe zodat iedereen snel het pand kan verlaten bij calamiteiten. Hiermee moet dan wel geoefend zijn.

1.2.3.7 Lichtstaaf

Dit zijn staven van lichtgevend materiaal die licht geven nadat ze gebogen zijn. Ze komen uitstekend van pas bij plotselinge lichtuitval bij calamiteiten, maar zijn ook bij een gewone stroomstoring prima te gebruiken.

1.2.3.8 Gezichtsmasker

Rook is vaak de verdoevingsoorzaak bij brand en kan met dit masker doorstaan worden tot aan het punt dat men uit een brandend pand is gekomen. Ook voor gebruik van deze maskers is instructie en enige ervaring noodzakelijk.

1.2.3.9 Lifehammer en gordelmesje

In het verkeer onmisbare zaken om na een ongeval snel en doeltreffend een voertuig met geblokkeerde portieren te kunnen verlaten. Of wat denkt u van een auto die op de kop terecht komt? De lifehammer kan gebruikt worden voor het doorslaan van autoruiten, een gordelmesje kan snel een autogordel doorhalen, zodat u vrijheid van handelen krijgt.

Uiteraard dient u als u hieraan aandacht wenst te besteden wel over voldoende oriëntatie en achtergrond te beschikken over de mogelijkheden en materialen hierbij. Demonstratiematerialen zullen het verhaal voor de cursisten verlevendigen.

Door middel van inventariseren van wat mensen thuis hebben geregeld zal het veiligheidsbewustzijn gestimuleerd worden.

Uiteraard kunt u ook externe deskundigheid (brandweer en dergelijke) hierbij inroepen.

Belangrijk is verder in huis/gezin vast te stellen wie er aandacht aan deze aspecten zal gaan besteden. Anders loopt men het risico dat beide ouders van elkaar denken en verwachten dat de ander er aandacht voor heeft en er aan werkt. Met alle gevaren en dus het risico dat er niets wordt ondernomen. Voortdurende aandacht is en blijft nodig.

Overigens is dit niet de enige, volledige en/of zaligmakende weg om preventie- en voorbereidingsbewustzijn bij de cursisten te stimuleren. Met creativiteit kunt u de groep

zeker nog verder stimuleren om hieraan aandacht te besteden in, tijdens en na de cursus. Doelgroepgericht opereren en inspelen op (actuele) situaties blijft noodzakelijk.

1.3 Kindermishandeling

De cursus richt zich vooral op plotseling optredende stoornissen in de gezondheidstoestand van een kind als gevolg van een ongeval of ziekte en de daarbij te verlenen Eerste Hulp. In het hoofdstuk kindermishandeling (Hoofdstuk 4, pag. 35 tot en met 37) wordt beperkte informatie over dit onderwerp gegeven. U kunt geconfronteerd worden met reacties die verder reiken dan de normaal te verwachten interesse van cursisten. Hiervoor bestaan verschillende redenen.

1. De cursist is vroeger slachtoffer geweest van kindermishandeling en is bij de verwerking daarvan begeleid.
2. De cursist is vroeger slachtoffer geweest van kindermishandeling en is op dat gebied tot op heden niet in actie gekomen.
3. De cursist vraagt zich – geconfronteerd met het onderwerp – af of hij/zij/partner wel goed voor de kinderen zorgt en of bepaalde zaken ook niet bij hen in huis spelen.
4. De cursist denkt aan een situatie in de eigen leefomgeving en vraagt zich af of er iets is te ondernemen en wat.
5. De cursist weet dat men als dader aangemerkt zou kunnen worden.

Het zal duidelijk zijn dat het op verschillende manieren zeer confronterend kan zijn voor deze personen om over kindermishandeling te moeten praten. Zelfs een discussie zijdelings mee te moeten maken over dit onderwerp kan hen al moeilijk vallen.

Een paar handreikingen kunnen we u geven.

- Bespreek het onderwerp kort en bondig.
- Bespreek nooit (te) persoonlijke zaken.
- Besef goed dat een enkel signaal nog geen bewijs is.
- Trek nooit conclusies, maar verwijst altijd naar deskundigen.
- Laat als er discussie ontstaat alle personen volledig in hun waarde.
- Dwing niemand om uitspraken te doen over het onderwerp.
- Kijk uit voor het ontstaan van één-tweetjes, oftewel directe discussie tussen twee mensen in de groep onderling.
- Let op de stillen in de discussie (is soms ook een signaal).
- Wordt iemand sterk emotioneel onderbreek dan de les en neem die persoon even tussentijds apart en bied opvang aan.
- Stop de discussie op het moment dat het uit de hand dreigt te lopen. (u hebt de leiding in de bijeenkomst)
- Als u iemand op zijn inbreng wenst aan te spreken kan dat vaak beter na afloop van de les in onderling overleg geschieden.
- Zorg na afloop van de les dat men bij u terecht kan met vragen.
- Zorg dat u verwijzadressen en telefoonnummers paraat hebt.

Voor de goede orde: dit is geen wet van Meden en Perzen. Veel hangt af van de situatie, uw persoonlijke instelling en manier van instrueren, de leeftijd van de desbetreffende cursist, uw eigen positie en optreden rond dit onderwerp, enzovoort.

Als we kijken naar de fasering van het verwerken van een constatering van kindermishandeling (slachtoffer of begeleider) zien we sterke parallellen met rouwverwerking.

De volgende fases kunnen onderscheiden worden:

1. verbazing / verbijstering
2. boosheid / angst / verdriet
3. ontkenning / verstoppen
4. aanvaarden van de ervaring
5. voelen van de pijn / intense emotie
6. aanpassen van het leven / ermee naar buiten treden
7. verder leven met de ervaring / plaats geven

Fasen 2 tot en met 4 gaan vaak samen met schuldgevoelens en gevoelens van schaamte. Het is goed om te beseffen dat reacties van cursisten meestal binnen een dergelijke fasering zijn te plaatsen.

Naast al het voorafgaande is er nog een extra aspect dat in onze multiculturele samenleving speelt. Verschillende culturen en religies kunnen de norm over wat al dan niet onder kindermishandeling valt anders hanteren. Dit ondanks de geldende wetgeving. Voorbeeld: in sommige culturen zijn lijfstraffen veel meer geaccepteerd dan in de westerse cultuur. Dat betekent dat u zich hierover een beeld moet vormen en het onderwerp met respect voor andermans cultuur en waardigheid kunt trachten te behandelen.

De invloed van vermoedens van kindermishandeling is groot, zowel voor het (mogelijke) slachtoffer als voor (mogelijke) daders, begeleiders en instructeurs. Stigmatisering ligt altijd op de loer. Het onderwerp vraagt van u een goede voorbereiding en de nodige ervaring op het leiden van groepsprocessen en discussietechniek.

Uiteraard kunt u de informatie puur zakelijk trachten te houden, maar dan toch kan er een beweging tijdens de les op gang komen die niet in uw patroon past. Zorg voor een goede voorbereiding en oriëntatie. Zorg voor een oprechte interesse in de mens die met dergelijke problemen geconfronteerd is of wordt.

Deel 2. Achtergrondinformatie met betrekking tot de verschillen tussen de eerste hulp aan kinderen en de eerste hulp aan volwassenen

2.1 Vijf belangrijke punten

Het vraagt van u in de weinige tijd die u hebt om tot handelen te komen, dat u de rust heeft en neemt om snel het vertrouwen van het kind te winnen.

Aandachtspunten hierbij zijn:

- vriendelijk kijken;
- rustig en duidelijk spreken;
- vertellen wat u gaat doen en of het pijn doet;
- uw handelingen gestructureerd uitvoeren en u eventueel laten assisteren;
- eerst vóórdoen wat u verlangt van het kind, als u het een opdracht geeft;
- eerlijk zijn.

2.2 Oorzaken van stoornissen in het bewustzijn

2.2.1 Hoge koorts (met koortsstuip)

Koorts is een natuurlijke reactie van het lichaam op een infectie(ziekte).

Kinderen blijven lang doorgaan in hun spel alvorens ze toegeven aan het zich niet lekker voelen door de koorts.

Koorts is te zien aan kinderen doordat ze een wat rode gelaatskleur hebben, warm aanvoelen, zweten, klagen over pijn (“au”) in het hoofd en soms klappertanden.

Het vermoeden van koorts wordt bevestigd door het opmeten van de lichaamstemperatuur.

Er zijn kinderen, in de leeftijd van 3 maanden tot ongeveer 5 jaar, die reageren op een snelle stijging van de lichaamstemperatuur met koortsstuipen.

De snelle en hoge stijging van de lichaamstemperatuur veroorzaakt een overprikkeling van de hersencellen.

Dit kan leiden tot een korte periode van bewustzijnsverlies gepaard gaande met een spierverkramping, die na korte tijd overgaat in een aanval van willekeurige spierbewegingen, de zogenaamde schudkrampen of stuipen over het gehele lichaam of beperkt blijvend tot een deel van het lichaam.

U kunt de stuip niet stoppen. Dit gebeurt meestal spontaan binnen ongeveer 5 minuten.

Zorg ervoor dat het kind zichzelf niet kan bezeren. Geef hem de ruimte en leg eventueel een kussen onder zijn hoofd.

Koortsstuipen leiden zelden tot hersenbeschadiging.

Soms wordt een kind dat een dergelijke koortsstuip doormaakt of heeft gehad opgenomen in het ziekenhuis. Uitgesloten dient te worden of er sprake is van hersenvliesontsteking.

Daarom moet een kind dat een koortsstuip heeft gehad altijd gezien worden door een arts.

Ook lijken koortsstuipen en een epileptische aanval in uiterlijke kenmerken (zeer) sterk op elkaar.

Als een kind een koortsstuip heeft gehad zullen de ouders geïnformeerd worden over het preventief gebruiken van koortswerende middelen, bij een nieuwe koortperiode, en een rectaal medicijn om de koortsstuip tegen te gaan.

De eerste hulp is gericht op het bewaken van de luchtweg en ademhaling, naast het voorkomen van letsel door de heftige en onbeheerste bewegingen tijdens de aanval:

- voorkómen dat het kind zich tijdens de stuip verwondt;
- zorgen voor een vrije luchtweg na de stuip, zolang het kind nog buiten bewustzijn is (stabile zijligging).

2.2.2 Epilepsie

Het ene kind is gevoeliger voor prikkels dan het andere. Hierdoor kan het voorkomen dat kijken naar bepaalde televisieprogramma's, bijvoorbeeld met veel lichtflitsen, maar ook op latere leeftijd tijdens een discoparty het kijken naar de flitsen van een lichtorgel een epileptische aanval kan veroorzaken. In de disco altijd 112 laten waarschuwen en naar het ziekenhuis, thuis in ieder geval de huisarts waarschuwen. Iedereen, die voor het eerst een epileptische aanval krijgt, dient door een kinderarts gezien te worden.

Een lichte vorm van epilepsie is de zogenaamde absence. Hierbij lijkt het kind even afwezig, de pen schuift over het schrift, waarna het kind verder gaat met schrijven. Wanneer dit op school of huis herkend wordt, dient men de huisarts te raadplegen.

2.2.3 Andere oorzaken

Hersenvliesontsteking (meningitis)

Wanneer een kind plotseling ziek wordt, hoge koorts, dalend bewustzijn en zeker als het huidbloedinkjes krijgt, de neiging krijgt om omhoog te kijken, dwangstand van het hoofd /nekkrimp, dient onmiddellijk arts of ambulance gewaarschuwd te worden.

Te laag bloedsuikergehalte bij kinderen met suikerziekte [diabetes mellitus]

Dit is meestal bij ouders en kind bekend. Het kind heeft zelf insuline leren spuiten en draagt een SOS- of Medic-alertpenning. Bij koorts, diarree of braken kan de vocht- en glucosehuishouding gestoord zijn en leiden tot een te laag bloedsuikergehalte. Kinderen reageren traag of juist agressief. Meestal hebben zij zelf iets van druivensuiker bij zich. Als het kind nog bij kennis is en goed kan slikken, mag het zelf de druivensuiker innemen. In ieder geval de huisarts in kennis stellen, mogelijk moet na controle van het bloedsuikergehalte de insulinehoeveelheid worden bijgesteld.

Vergiftiging

Bij kinderen komt vooral de vergiftiging via de spijsvertering voor door het snoepen uit bijvoorbeeld de limonadefles, waar een bijtend schoonmaakmiddel in zit. Meestal bestaat het letsel dan uit een verbranding/irritatie van de mondkeelholte, omdat het kind na één slok al merkt dat het vies is en pijn doet en stopt met drinken. Hooguit een half tot één glas water laten drinken en NOOIT laten braken.

Ook de medicijnen op het nachtkastje of wastafel zien er net zo lekker uit als echte snoepjes. Hier is belangrijk om lege strips en dergelijke mee te geven naar het ziekenhuis zodat de ingenomen hoeveelheid bepaald kan worden. Maak bij het laten braken, mits nog goed bij bewustzijn, gebruik van de vinger van het kind zelf. Hier zal hij/zij niet op bijten.

Bij vergiftigingen is het vooral belangrijk u te realiseren dat voorkómen beter is dan genezen.

2.3 Stoornissen in de ademhaling

2.3.1 De normale ademhaling bij een kind

De normale ademhaling bij kinderen heeft gemiddeld de volgende frequenties:

- de zuigeling 30-40 keer per minuut;
- de peuter 25-30 keer per minuut;
- de kleuter 20-25 keer per minuut;
- het schoolkind 15-20 keer per minuut.

2.3.2 Beoordelen van de ademhaling

Bij het beoordelen van de ademhaling wordt het hoofd in neutrale positie gehouden (bij de zuigeling) of zachtjes achterover gekanteld (bij het kind). De kin wordt met 2 vingers opgetild. Vooral bij kleine kinderen kan duwen in de weke delen onder de kin de luchtweg blokkeren.

2.4 Stoornissen in het bewustzijn en de ademhaling

2.4.1 Beoordelen van de circulatie

Bij kinderen wordt de circulatie beoordeeld door te kijken naar tekenen van circulatie zoals bewustzijn, bewegingen, hoesten en een normale ademhaling. Een reden hiervoor is dat het voelen van de (hals)slagader door leken geen accurate methode is om de aan- of afwezigheid van de circulatie vast te stellen.

2.4.2 Oorzaken circulatiestilstand

Bij (jonge) kinderen treedt een circulatiestilstand meestal op als gevolg van problemen met de ademhaling. Dit kunnen zijn: wiegendood, ziekten van de luchtwegen, verslikking, verdrinking.

Als bij kinderen een circulatiestilstand optreedt als gevolg van een probleem met het hart is de oorzaak meestal een aangeboren hartafwijking.

2.4.3 Verschillen tussen het beademen van een volwassene en het beademen van een kind

Er zijn een paar belangrijke verschillen tussen het beademen van een volwassene en het beademen van een (jong) kind:

- bij zuigelingen wordt de mond-op-mond/neusmethode toegepast;
- er wordt gedurende 1 – 1 ½ seconde ingeblazen in plaats van gedurende 1 seconde;
- bij kinderen wordt eerst met 5 beademingen begonnen, omdat ademhalingsproblemen veelal aan de circulatiestilstand ten grondslag liggen.

2.4.4 Verschillen tussen het geven van borstcompressies bij een volwassene en bij een kind

De plaats van de borstcompressies is op het onderste derde deel van het borstbeen; een vingerbreedte boven het onderste puntje van het borstbeen.

Er wordt bij de zuigeling met twee vingertoppen borstcompressies gegeven. Bij kleine kinderen wordt één hand gebruikt. De hulpverlener moet zelf bepalen of hij voor de borstcompressies één of twee handen nodig heeft om voldoende diepte te behalen.

De borstkas wordt eenderde van de diepte ingedrukt.

Bij kinderen is een betere verhouding tussen het aantal borstcompressies en beademingen 15: 2. Het is niet verkeerd om op 30:2 terug te vallen, wanneer de hulpverlener moeite heeft met de overgang tussen borstcompressies en beademing.

Er wordt bij aanwezigheid van één hulpverlener 1 minuut gereanimeerd alvorens hulp te halen.

2.5 Brandwonden

Jaarlijks komen ongeveer 65.000 ongevallen voor waarbij brandwonden ontstaan. Ongeveer 50.000 slachtoffers komen bij de huisarts terecht, tussen de 11.000 en 12.000 slachtoffers krijgen een poliklinische behandeling en ongeveer 1.700 slachtoffers worden in het ziekenhuis opgenomen met als hoofddiagnose “brandwonden”, van wie ongeveer 400 in speciale brandwondencentra.

Een hoog percentage van de brandwonden (ongeveer 40%) komt voor bij kinderen van nul tot veertien jaar, waarbinnen de groep van nul- tot vierjarigen de grote meerderheid vormt.

Meer dan 70% van de ongevallen ontstaat in en rond de woning. Bij deze ongevallen zijn hete vloeistoffen in 70% van de gevallen de grote boosdoeners.

Naast de regel dat voorkómen beter is dan genezen dient u zich te realiseren hoe belangrijk een goede eerste hulp bij brandwonden voor kinderen is.

Door direct te koelen kunt u voorkómen / beperken dat een tweedegraads brandwond overgaat in een derdegraads brandwond. Voor kinderen is dit echt van levensbelang. De tweedegraads brandwond geneest met goede zorg vaak volledig, terwijl een derdegraads brandwond vaak leidt tot huidtransplantaties.

Getransplanteerde huid groeit niet mee, waardoor een opgroeiend kind veroordeeld wordt tot soms tientallen operaties. Zeker als het brandwonden bij gewrichten, handen, voeten en gezicht betreft wordt het kind letterlijk voor het leven getekend.

Een goede en adequate hulpverlening direct na het ongeval, vooral door direct te koelen, kan voor het kind het verschil betekenen tussen volledig herstel of een leven vol operaties en psychische problemen.

Deel 3. Het lesgeven

3.1 Doel en kenmerken van het onderwijs in de Eerste Hulp aan Kinderen

Het doel van het onderwijs in de Eerste Hulp aan Kinderen is:

- het op correcte en juiste wijze overdragen van kennis en vaardigheden en het ontwikkelen van hulpverlenersgedrag (attitude) aan lerenden, waardoor deze in staat zijn op verantwoorde wijze zelfstandig Eerste Hulp aan Kinderen te verlenen, met een plotseling optredende stoornis in zijn gezondheidstoestand als gevolg van een ongeval, ziekte, dreigende verdrinking of van blootstelling aan schadelijke invloeden (ook mogelijke kindermishandeling);
- de hulpverlener na het behalen van het certificaat “Eerste Hulp aan Kinderen” zijn competentie te laten behouden en verdiepen.

De kenmerken van het onderwijs in de Eerste Hulp aan Kinderen zijn de volgende.

- Het is sterk gericht op de praktijk van de lerenden. Veelal zal het hierbij gaan om ongevalsituaties in en om het huis (kinderdagverblijf, [kleuter]scholen, sportlocaties en dergelijke). De lerenden zijn, door hun ervaring met het hebben of verzorgen van kinderen, het beste in staat de situaties te omschrijven of te benoemen. Een deskundige, theoretische ondersteuning van deze praktijksituaties door de instructeur is hierbij belangrijk.
- Bij het lesgeven wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met ongevalsituaties met één en mogelijk meerdere slachtoffers.
- De lessen worden gegeven door een door Het Oranje Kruis gecertificeerd instructeur Eerste Hulp aan Kinderen en een door de Nederlandse Reanimatie Raad erkende PBL instructeur.

Tip! Het goed voorbereiden van de lerenden op het uiterlijk en het gebruik van de poppen is erg belangrijk. Het op de grond leggen bij binnenkomst kan een ernstige schok teweeg brengen. De instructeur dient dit goed in te leiden en voor te bereiden.

3.2 Voorwaarden om doelmatig instructie te kunnen geven en het leerproces te stimuleren

Om doelmatig instructie te kunnen geven en het leerproces te stimuleren, moet de instructeur aan een aantal voorwaarden voldoen.

De instructeur Eerste Hulp aan Kinderen

- voldoet aan de eindtermen voor:
 - › het diploma instructeur Eerste Hulp;
 - › het certificaat Eerste Hulp aan Kinderen;
- is zich ervan bewust dat kinderen geen kleine volwassenen zijn maar een eigen benadering vragen, aangepast aan hun leeftijd, ontwikkelingsfase en leefwereld;
- heeft affiniteit met kinderen en hun leefsituatie;
- kan:
 - › een onderwijsleersituatie ontwikkelen, plannen en uitvoeren die aansluit bij belevingswereld en verantwoordelijkheidsgevoel van ouders en begeleiders;
 - › globaal de verschillen tussen de lichaamsbouw van kinderen en die van volwassenen beschrijven;

- › de verschillende ontwikkelingsfasen van een kind beschrijven, alsmede het gedrag en de typische risicofactoren die daarbij horen;
- › uitleggen bij welke stoornissen en letsels de eerste hulp aan kinderen verschilt van die aan volwassenen en waarom;
- › aangeven met welke plotseling optredende ziekteverschijnselen bij kinderen rekening moet worden gehouden, hoe daarbij moet worden gehandeld en waarom;
- › aangeven welke speciale leer- en hulpmiddelen er zijn voor (het onderwijs in) de Eerste Hulp aan Kinderen en deze ook op de juiste wijze gebruiken.

Tip! Wanneer de cursisten ouders zijn, zijn allen ervaringsdeskundig als het gaat om ongevalletjes met verwondingen zoals bloedneus, schaafwonden enzovoort. De ouder van tegenwoordig heeft kennis opgedaan via internet, krant of tijdschriften. Ook de leid(s)ter kinderopvang en de leerkracht basisschool hebben mogelijk in hun opleiding iets over Eerste Hulp gehoord. Daarnaast is het belangrijk een inschatting te maken van mogelijke vragen en onzekerheden waarmee cursisten naar de cursus komen. Zo zijn veel cursisten erg bang voor het stikken van kinderen. Een goede voorbereiding op mogelijke emoties draagt bij aan een goede les.

Naast het cursistenboek kunt u ook gebruik maken van artikelen, krantenknipsels of andere literatuur, die ondersteunend en aanvullend kan zijn bij het bereiken van de doelstellingen (niet verplichte leerstof).

Realiseer u wel dat lerenden niet dienen te worden bedolven onder literatuur! Het moet in hoeveelheid goed aansluiten bij de behoefte en de mogelijkheden van de lerenden.

De te gebruiken werkvormen tijdens de lessen.

Voor het behalen van vaardigheidsdoelen zal het praktisch instrueren en oefenen een goede werkvorm zijn. Voor het ontwikkelen van gedrag kunnen ervaringen uitwisselen of het voeren van een discussie aan de hand van een casus een goede werkvorm zijn.

3.3 Mogelijke indeling van de lessen van de opleidingscursus voor het certificaat / moduleverklaring Eerste Hulp aan Kinderen

Doelgroep: ouders, grootouders, leid(st)ers van kinderdagverblijven, leerkrachten en andere verzorgers van kinderen, die **nog niet** in het bezit zijn van het diploma Eerste Hulp.

Zij ontvangen na afloop een moduleverklaring.

Personen die wél in het bezit zijn van een geldig diploma Eerste Hulp hoeven niet alle lessen te volgen. Welke dat zijn wordt hierna aangegeven.

LESINDELING VOOR CURSISTEN, NOG NIET IN HET BEZIT VAN HET DIPLOMA EERSTE HULP

Lesdeel¹⁾	Inhoud	Tijd
1	Kennismaking cursisten en instructeur Informatie over doel, inhoud en opzet van de cursus	1/4 uur
2	Het bijzondere van een kind - De ontwikkeling van het kind - Bouw en werking van het lichaam van het kind	1 uur
3	Vijf belangrijke punten - Alarmeren professionele hulp - Geruststellen en voor beschutting zorgen Noodvervoersgreep van Rautek	3/4 uur
4	Preventie van ongevallen bij kinderen - Gevaren die kinderen bedreigen - Maatregelen om de veiligheid van het kind te vergroten	1/2 uur
5	Kindermishandeling en eerste hulp	1/4 uur
6	Stoornissen in het bewustzijn - Beoordelen bewustzijn - Vaststellen 2 bewustzijnsniveaus - Vaststellen (dreigende) flauwte en eerste hulp bij flauwte	3/4 uur
7	Stoornissen in de ademhaling - Beoordelen ademhaling (hoofdkanteling en kinlift) - Bewusteloos en normaal ademdend slachtoffer in stabiele zijligging draaien	1/2 uur
8	Stoornissen in de ademhaling Verslikking - Stoten tussen schouderbladen - Handgreep van Heimlich	1/2 uur
9	Stoornissen in het bewustzijn en de ademhaling - Beoordelen circulatie aan de hand van het bewustzijn en de ademhaling - Mond-op-mondbeademing - Mond-op-neusbeademing - Mond-op-mond- en -neusbeademing	1 uur
10	Stoornissen in het bewustzijn en de ademhaling - Borstcompressies - Reanimeren (borstcompressies en beademing)	1 uur
11	Ernstig uitwendig bloedverlies en shock Stelpen ernstige uitwendige bloeding (druk op plaats bloeding) - Aanleggen (wond)snelverband - Aanleggen wonddrukverband - Herkennen shock en voorkómen verergering - Verband- en hulpmiddelen	1 uur

1) De volgorde van de lesdelen is dezelfde als die van de hoofdstukken in het cursistenboek. Iedere instructeur kan deze vanzelfsprekend aanpassen aan de samenstelling van de groep cursisten en/of aan zijn eigen werkwijze.

12	<p>Wonden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beoordelen wond - Kleine wonden, snijwonden: wondpleister, steriel gaas met kleefpleister, zwaluwstaartje <p>Schaafwonden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grote wonden: dekverband met steriel gaas, watten, zwachtel en kleefpleister <p>Bijt-, scheur- en krabwonden</p>	1 uur
13	<p>Brandwonden</p> <p>Doven vlammen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koelen - Afdekken 	1/2 uur
14	<p>Ontwrichting en botbreuken</p> <p>Getroffen lichaamsdeel onbeweeglijk houden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Smalle of brede das aanleggen - Mitella aanleggen - Been steunen - Open botbreuk afdekken - Wervelbreuk, ribbreuk 	3/4 uur
15	<p>Kneuzing en verstuiking</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koelen - Rust en steun geven 	1/4 uur
16	<p>Oogletsels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vuiltje in oog - Doordringend voorwerp in oog - Bijtende stof in oog - Verbranding oog 	1/2 uur
17	<p>Vergiftiging via het spijsverteringskanaal</p> <ul style="list-style-type: none"> - bijtend gif - niet-bijtend gif - petroleumproduct 	1/2 uur
18	<p>Koudeletsels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bevriezing - Onderkoeling (lichte onderkoeling, ernstige onderkoeling) <p>Warmteletsels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oververhitting 	1/2 uur
19	<p>Elektriciteitsletsels</p> <p>Preventie en eerste hulp</p>	1/4 uur
20	<p>Kleine ongevallen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bloedneus - Vreemd voorwerp in neus, oor, huid - Insectensteken - Kwallensteken - Tekenbeten 	1/2 uur
21	<p>Plotseling optredende ziekteverschijnselen</p>	1/2 uur
22	<p>Herhaling</p>	1 uur

Het totaal aantal lesuren bedraagt op grond van deze indeling ± 14.

LESINDELING VOOR CURSISTEN DIE IN HET BEZIT ZIJN VAN HET DIPLOMA EERSTE HULP

Aan hen worden de volgende lesdelen gegeven: 1 t/m 5, 8, 9, 10, 12, 20, 21 en 22, in totaal ± 8 lesuren.

De eindtermen Eerste Hulp aan Kinderen staan op de website: <http://www.ehbo.nl/Brochures/Eindtermencertificaatkinderen.doc>.

Zie de website www.ehbo.nl voor adressen van organisaties waar informatie aangevraagd kan worden: <http://www.ehbo.nl/Brochures/Organisaties.doc>.

