

VERSLAG STAGEBEZOEK

Dag 1: maandag 5 februari 2007

Vandaag om 6:24u de trein genomen om op tijd in de luchthaven te zijn voor mijn geplande bezoek aan Bristol. In de luchthaven aangekomen, mooi op tijd, begeef ik me naar de incheckbalie van Brussels Airlines. Ik krijg van een uiterst vriendelijke bediende mijn boardingcard toegewezen met als zitje het nummer 13F. Lap, denk ik, ik heb dan al zo'n verschrikkelijke vliegangst en dan krijg ik ook nog stoel 13 toebedeeld. Zoals gewoonlijk zit ik met klamme handjes te wachten tot we aan boord mogen gaan. Eindelijk is het zover, we mogen aan boord gaan. Nog even wachten tot er voor ons nog een aantal andere vliegtuigen zijn opgestegen, en dan is het onze beurt. Het vliegtuig maakt snelheid en trekt zichzelf de lucht in. Ik knijp mijn billen tegeneen, sluit mijn ogen en hoop dat tegen ik ze weer open, we weer veilig aan de grond zullen staan. Na ongeveer een kwartiertje vliegen ontstaat er vooraan in het vliegtuig tumult. De stewardess roept door het vliegtuig: "Is there a doctor on board?!?" Niemand reageert. Als plichtsbewuste spoedverpleegkundige ruk ik mijn veiligheidsgordel los en loop naar de plaats des onheil. Mijn vliegangst was plots verdwenen! In het First Class gedeelte ligt een man van rond de vijftig op de grond die net een syncope heeft gedaan. Hij heeft gebrakt, is klam zweterig en bleek. Ondertussen komt hij weer bij zijn positieven. Ik vraag hem of hij pijn op de borst of andere klachten heeft, maar dat blijkt negatief te zijn. Ik help hem rechtop en vraag of het gaat. Op dat moment moet de man opnieuw braken en doet hij opnieuw een syncope. Ik leg de man in stabiele zijlig en voel zijn pols. Een sterke radialis pols waardoor ik weet dat hij een behoorlijke bloeddruk heeft. De stewardess vraagt of ik iets kan doen met een klein zuurstofflesje en een maskertje (het type dat boven je hoofd komt te hangen wanneer er decompressie ontstaat). Ik neem dit dankbaar aan en geef de man wat zuurstof. Vijf minuten later herhaalt het scenario zich opnieuw, de man braakt en doet een syncope. Terwijl ik zijn luchtweg vrij houd en zijn polsslag opvolg, voel ik iemand op mijn schouder tikken. Het is de stewardess die vraagt of ik bij de gezagvoerder wil komen. Ik ga begeleid door de stewardess de cockpit in. De piloot vraagt of hij een medisch noodgeval moet aankondigen en een noodlanding dient te maken. "Mijn God", dacht ik, ik moet hier beslissen of dit toestel een noodlanding moet maken. Plots dook mijn vliegangst weer op. Gezien de kort opeenvolgende syncopes, de klamzweterigheid en bleekheid van de man, besluit ik dat dit de beste optie is. De daling wordt ingezet en in een mum van tijd staan we aan de grond. Het vliegtuig taxied naar de brandweerpost van de luchthaven waar de hulpdiensten ons staan op te wachten. Ik geef een briefing aan de paramedics die aan boord komen en vertrouw de man toe aan hun goede zorgen. Als dank krijg ik van de stewardess twee doosjes pralines en een stevige "Merci!" "Dit gaat thuis niemand geloven!" dacht ik toen ik uit het vliegtuig stapte. De reis was alvast boeiend begonnen, dat beloofd voor de rest van het bezoek.

Ik word aan de luchthaven opgepikt door Ian French. Ian is een zeer ervaren spoedverpleegkundige en nurse practitioner. Jammer genoeg is zijn vrouw recent overleden aan een fatale astma-crisis, waardoor hij nu alleen instaat voor de opvoeding van zijn vier kinderen. Om deze reden zal hij waarschijnlijk het verpleegkundig beroep verlaten. Erg jammer voor zo'n

goede verpleegkundige. Ian brengt me naar het Frenchay Hospital ten noorden van Bristol. Dit ziekenhuis begon zijn leven als TBC sanatorium in de jaren 1920. Tijdens de oorlog deed het dienst als ziekenhuis voor gewonde Amerikaanse soldaten. De Amerikaanse genietroepen bouwden een groot deel van het ziekenhuis. En dat is er nog altijd aan te zien. Het gebouw straalt ouderdom en verval uit. Het is nochtans een erg groot ziekenhuis met 900 bedden. Frenchay Hospital zorgt voor een regio ongeveer zo groot als de provincie Antwerpen en voor een bevolking van ongeveer 500.000 mensen. Als je dit met ons land zou vergelijken zou dit betekenen dat er voor de ganse Antwerpse agglomeratie slechts één ziekenhuis met één spoedafdeling zou zijn. En het is er dan ook aan te zien. Er komen hier dagelijks gemiddeld 250 patiënten over de vloer. Frenchay is ook het traumacentrum voor zuidwest Engeland en zorgt op die manier voor een gebied van ongeveer 2 miljoen inwoners. De trauma helikopter landt hier en met alle multitrauma patiënten uit de regio komt men naar hier.

Ian stelt me voor aan Mike Peters, de staff nurse van dienst, die verantwoordelijke is voor de afdeling en die me vandaag zal begeleiden. Ik krijg een rondleiding op de afdeling. De afdeling is ingedeeld in enkele zones. De See & Treat area, de Majors, Resus en de Observation Ward. In See & Treat worden de patiënten met kleine verwondingen gezien. Dit is het werkdomien van de nurse practitioners. In de Majors komen mensen met buikklachten, pneumonie,... die verdere onderzoeken nodig hebben en die mogelijk worden opgenomen. Resus is de reanimatie afdeling waar enkel de ernstige zaken binnenkomen. Er zijn vier reanimatieboxen, waarvan er één speciaal is uitgerust voor kinderen. De Observation Ward is wat wij de bufferbedden zouden noemen, maar hier zijn dat er twaalf. Tijdens de dag zijn er acht verpleegkundigen en vijf dokters op dienst.

Bij aankomst op de afdeling zit de afdeling afgeladen vol. Volgens het tracking System (dit is een geïnformatiseerd systeem dat aangeeft hoeveel patiënten er zijn en hoe lang ze al op de afdeling vertoeven) zijn er 37 patiënten op de afdeling, waarvan er 6 wachten om getrieerd te worden. Het tracking system wordt gebruikt om de target time van vier uur te kunnen opvolgen. In Groot-Brittannië moet elke patiënt die zich op spoed aanbiedt binnen de vier uur behandeld zijn en de afdeling hebben verlaten. Wanneer ik enkele triages bijwoon, valt me onmiddellijk op hoe grondig de triage-verpleegkundige hier te werk gaat. Alle parameters worden genomen alvorens er een beslissing wordt genomen. Vervolgens gaat de patiënt naar de voor hem gepaste behandelingszone.

Vervolgens vertoef ik in de Resus area. Er wordt een oude man binnengebracht met septische shock. De junior nurse wordt door de senior nurse ondervraagd over de te volgen procedure. Men doet hier zeer veel aan "training on the job". Marc vertelt me nadien dat de verpleegkundigen hier ook vaak teamleider zijn bij een reanimatie. De lijn tussen dokters en verpleegkundigen is hier zeer dun.

Rond 18:00u word ik opgepikt door dokter Simon Odum. Hij is urgentiearts en zal me naar het adres brengen waar ik mag overnachten. Ik neem plaats in een mooie Porsche cabriolet en rijd tegen een veel te hoge snelheid naar mijn gastgezin. Ik word warm onthaald door Kate Beard en haar echtgenoot. Kate is ook nurse practitioner en is tevens zeer bedreven in Advanced Life Support en Advanced Pediatric Life Support. Ik krijg een typisch Britse maaltijd voorgeschoteld, worst met pureepatatten, bonen en braadsaus. Nadien volgt nog een slaapmutsje en dan kruip ik onder de wol, want morgen werk ik weer mee op de spoed van het Frenchay Hospital.

Dag 2: dinsdag 6 februari 2007

Gisteren niet kunnen mailen omdat ik met Kate en haar man Malcolm ben gaan eten in een leuke pub. Ik heb de mixed grill genomen. Een combinatie van steak, worst, bloedpens, kip, ham en een spiegelei, geserveerd met dikke frieten. Ook weer een typisch Engelse en weer erg vette maaltijd, maar ik heb het me toch laten smaken. In de loop van de dag heb ik weer meegelopen op de A&E van het Frenchay hospital. In de late namiddag werd het erg druk op de afdeling. De ene ziekenwagen na de andere kwam aangereden. In de gang ontstond een rij van drie ziekenwagen brancards die moesten wachten tot er plaats vrijkwam. Het interessante is dat tijdens het wachten de patiënt onder het toezicht en de verantwoordelijkheid valt van de paramedics. Men vertelt me dat in extreme omstandigheden de wachttijd voor de ambulances zelfs tot een uur kan oplopen. In België maken sommige ambulanciers al van hun oren als ze twee minuten moeten wachten.

In de resus (reanimatie) komen achtereenvolgens volgende gevallen binnen. Eerst krijgen we een stand-by oproep van de ambulancedienst voor een 28-jarige onbekende vrouw met vermoedelijk een cocaïne overdosis en een comaschaal van 3 op 15. Tijdens het wachten wordt alles voorbereid en worden de taken van de verschillende teamleden verdeeld. De dokter neemt de airway voor zijn rekening, een verpleegkundige doet medicatie, een andere doet het papierwerk en aan mij wordt gevraagd of ik de IV-lijn op mij wil nemen. Ik stem volmondig toe en even later arriveert de ziekenwagen. De vrouw reageert niet op enige prikkels en het ziet er naar uit dat we haar zullen moeten intuberen. Maar vooraleer dat te doen besluit de arts eerst iets anders te proberen. Hij verwijdert de oropharyngeale luchtweg die de paramedics hadden geplaatst en vraagt om een nasopharyngeale luchtweg (iets dat we in België niet gebruiken). Wanneer dit buisje in haar neus gestoken wordt, herleeft ze plots op miraculeuze wijze. Geen intubatie dus. Ondertussen probeer ik een lijn te steken. Niet gemakkelijk, want haar armen zitten vol prikplaatsen van IV cocaïne gebruik. De eerste keer mislukt, maar bij de tweede poging kan ik de katheter vlot opschuiven. "Good job, Tom, well done!" klinkt het achter me. De senior nurse die vandaag de leiding over de afdeling heeft, kwam toevallig een kijkje nemen. Ik voel me enorm gewaardeerd en in het team opgenomen.

Kort nadien wordt er een 68-jarige man binnengebracht met een flinke COPD-opstoot. Ook hier help ik mee de patiënt op te vangen. Na meerdere aerosols en cortisone toediening blijft hij zeer kortademig met saturaties in de 80%. Het bloedgas toont een respiratoire acidose met een pH van 7.17. Er wordt besloten om de man aan de niet-invasieve beademing te leggen. Hij krijgt het bekende masker opgezet dat stevig tegen zijn aangezicht wordt aangetrokken met velcro-strips. De verpleegkundige moet hier wel een permanent toezicht op houden omdat dit een zeer beangstigende ervaring is voor de patiënt. Het voelt zeer claustrofobisch aan en zeker als je niet goed kan ademen. Continue begeleiding is dan ook nodig en dit is dus zeer arbeidsintensief. Maar het voorkomt dat de zeer moeilijk te weanen COPD-patiënt aan de beademing belandt.

Vervolgens krijgen we een 22-jarige vrouw binnen na een verkeersongeval. Ze stond stil in de file op de snelweg met haar Ford Ka en werd achteraan aangereden door een Jeep Grand Cherokee tegen een snelheid van ongeveer 40km/h. Dit wordt netjes gebriefd door de paramedics. Ze geven details over de voertuigen (merk en type en aard van de schade) en het mechanisme van het ongeval. Bij ons weten de meeste ambulanciers niet eens welk type voertuig het is, laat staan dat ze naar de schade kijken. Dit is nochtans belangrijk om te weten wat de impact was om te kunnen anticiperen op mogelijke verwondingen. Ze wordt binnengebracht door de paramedics op een spinal board met head blocks en halskraag aan en netjes met riemen vastgesnoerd t.h.v. schoudergordel, bekken en voeten. Ik maakte de bedenking dat dit in België bijna nooit gebeurt. Het is blijkbaar al een hele moeite om de halskraag correct aan te leggen, laat staan dat men volledige wervelimmobilisatie toepast. De meeste ziekenwagens hebben nog niet eens een spinal board. Ik concentreer me terug op de patiënt vooraleer ik me weer begin te frustreren over het arme België en zijn minderwaardige dringende hulpverlening. De dokter vraagt de patiënt stil te blijven liggen en maakt voorzichtig de halskraag los. Hij betast de uiteinden van haar halswervels. Eén van de onderste wervels blijkt gevoelig te zijn en ze heeft ook uitstralingspijn in de rechter schouder. De halskraag wordt terug aangebracht. Er wordt vervolgens een log-roll gemaakt volgens de regels van de kunst. De rug wordt betast, maar er worden geen verdere letsels vastgesteld. Het spinal board wordt verwijderd en de patiënt terug gerold. Het hoofd wordt op de brancard gefixeerd d.m.v. twee baxters van een liter verpakt in een tubigrip en met kleefwindels vastgemaakt. Op deze wijze wordt ze naar radiologie gebracht.

Dit zijn slechts enkele casussen. Jammer genoeg nog steeds geen reanimatie. Men heeft er hier nochtans gemiddeld twee per dag. Vorig jaar overleden er 540 mensen op deze spoeddienst. Dat zijn er bijna twee per dag. In afwachting probeer ik me een beeld te vormen van de organisatie van de afdeling. De verpleegkundigen dragen een licht blauw uniform. De Senior Nurses dragen een donkerblauw uniform. Men werkt hier met verschillende graden. Door jaren werkervaring en het volgen van opleidingen kan men stijgen op de ladder. Als je stijgt in graad komt daar ook meer loon bij kijken. Het is dus een soort systeem van loon naar werk. Door het anciënniteitssysteem in België verdient iemand die 10 jaar op zijn luie kont zit evenveel als iemand die 10 jaar zijn nikkel heeft afgedraaid. Werken met graden is misschien nog zo'n slecht systeem niet. Waarschijnlijk jaag ik met deze uitspraak de vakbonden tegen me in het harnas, maar dat is dan maar zo. De Senior Nurse draagt verantwoordelijkheid over de afdeling en begeleidt de andere verpleegkundigen.

Een nieuwe assistent dokter biedt zich aan op de afdeling. Hij krijgt uitleg van de hoofdarts en een rondleiding. Op een gegeven ogenblik hoor ik de hoofdarts letterlijk het volgende zeggen tegen de assistent: "If a senior nurse says that you should do or not do anything, I suggest you 'd listen to her!" Ik dacht: "Man, wat is dit toch een fantastisch land! Ik emigreer!" Wij moeten bij ons slaafs luisteren naar mislukte huisartsen die, als het erop aankomt om echt levensreddend te handelen, beginnen te flippen en soms zelfs weglopen. Mijn frustraties nemen weer de bovenhand en ik verplicht mezelf om te kalmeren.

Vandaag doe ik de late shift van 14 tot 22 uur. Vandaag ga ik wat triage meedoen. Eens kijken hoe men dat hier aanpakt. Morgen ga ik naar de Minor Injuries Unit in Southmead hospital waar ik zal begeleid worden door de grondlegster van de nurse practitioners in Groot-Brittanie. Dat belooft dus weeral boeiend te worden.

Avonturen over 't water deel 3

Gisteren de late shift gedaan van 14 tot 22 uur. Kate brengt me naar de afdeling en stelt me voor aan Hema Popo. Ze is een zeer knappe exotische schone afkomstig uit Trinidad. Ze is erg vriendelijk en heeft een schattig accent. Hema zal vandaag met me in de triage werken. Ik beschouw mezelf weeral een gelukkig man om met zo'n knappe vrouw te mogen samenwerken.

De afdeling verkeert in chaos. Er zijn meer dan 40 patiënten op de afdeling en er wachten er nog een paar om getrieerd te worden. Aan de inschrijfbalie hangt uit wie de triage-verpleegkundige is en wat de geschatte wachttijd is voor mineure letsels. Patiënten die aankomen op de afdeling worden ingeschreven door de secretaresse. Zij typt de hoofdklacht van de patiënt in en geeft ook in op welke manier ze naar de afdeling zijn gekomen. Een beetje gelijklopend met onze MKG-gegevens. Dit alles wordt uitgeprint op een standaard formulier. De triage-verpleegkundige neemt het dossier van de printer en roept de patiënt binnen om te triëren. Op sommige momenten is de toevloed van patiënten zo groot dat de triage amper kan volgen. Wanneer er meerdere dossiers uitgeprint werden, bekijkt de triage-verpleegkundige ze vluchtig en roept de patiënt die het dringendste probleem blijkt te hebben eerst binnen. De receptionisten zijn tevens getraind om de triage-verpleegkundige te verwittigen als iemand binnenkomt met pijn op de borst, zeer hevige pijn of wanneer iemand er heel erg slecht uitziet (grauwe kleur, klamzwaterig, ...)

De triage zelf gebeurt vrij uitgebreid. De patiënt wordt uitgebreid bevraagd over zijn klacht, er worden parameters genomen en een AMPLE afgenomen. Indien nodig doet ze zelfs een fysiek onderzoek. Men gebruikt hier niet de stroomschema's van het Manchester Triage System, maar men werkt wel met vijf kleuren. Rood en oranje gaan onmiddellijk naar Resus. Geel gaat naar Majors. Groen en Blauw gaan terug naar de wachtzaal en worden op volgorde van aankomst gezien in de See & Treat. De triage-verpleegkundige kan indien nodig RX voorschrijven en kan tevens pijnstilling geven aan wachtende patiënten.

Ik vraag Hema naar de reden waarom men de stroomschema's niet meer gebruikt. Ze vertelt me dat de verpleegkundigen die triage doen zoveel ervaring en kennis hebben dat ze de stroomschema's zo goed als vanbuiten kennen. Ze adviseert wel om de stroomschema's te gebruiken als je werkt met jongere of minder ervaren verpleegkundigen aan de triage. Het geïnfomatiseerde MTS dat wij gebruiken vindt ze een uitstekende manier van werken. Na enkele keren een triage geobserveerd te hebben, vraagt Hema of ik ook enkele patiënten wil triëren. Uiteraard zeg ik daar geen nee tegen. Voor ik het weet heb ik een vijftiental patiënten getrieerd. De meeste patiënten belanden terug in de wachtzaal voor See & Treat. Een patiënt komt binnen met klachten van pijn op de borst die volgens mij duidelijk cardiaal zijn. Hema gaat akkoord en brengt de man naar Resus. Hij blijkt inderdaad ischemie op zijn ECG te hebben. Goede beslissing dus. Een jonge vrouw met duidelijke rechter fossa pijn wordt naar Majors verwezen om appendicitis uit te sluiten. Ik heb nog nooit zoveel patienten getrieerd op zo'n korte tijd. Echt een belevenis!

Het valt me ook op dat het publiek hier blijkbaar erg gewend is aan het concept triage en de triage-verpleegkundige. Hema bevestigt inderdaad dat dit een goed ingeburgerd systeem is. Men startte hier met triage zo'n twintig jaar geleden, het publiek is dit dus goed kunnen gewoon worden. Misschien moet de triage-verpleegkundige bij ons zich beter voorstellen en uitleggen

wat we doen. Ik heb de indruk dat dit voor het Belgische publiek niet altijd duidelijk is. We zijn nog niet zo heel lang bezig en moeten daarom het publiek nog doen wennen aan het idee.

Een andere opmerkelijke vaststelling is het respect dat de bevolking hier heeft voor verpleegkundigen. Men neemt hier heel goed aan wat de verpleegkundige vertelt en men heeft vertrouwen in de beoordeling van de verpleegkundige. Dit komt ongetwijfeld door het enorme professionalisme en beroepsfierheid die deze mensen uitstralen. Ze blaken van zelfvertrouwen, kennen hun job door en door en kunnen ook een degelijke uitleg aan de patiënt geven. Dit is ongetwijfeld iets dat ik hen enorm benijd en waar wij in ons land meer moeten naartoe werken.

Na enkele uren in de triage spendeer ik nog wat tijd in Resus. Het is er hondsdruk en ik help waar ik kan. Mijn hulp wordt enorm geapprecieerd door het team. Wanneer Kate me om 22 uur afhaalt staan er maar liefst zeven ambulances te wachten om hun patiënten af te laden. Maar er is nergens plaats. Het lijkt hier wel Bagdad. Onderweg naar huis vertelt Kate me dat deze drukte soms wel tot 3 of 4 uur in de nacht kan aanhouden om dan wat te kalmeren en om 6 uur terug te beginnen. En wij klagen al als er meer dan tien patiënten tijdens de nacht over de vloer komen.

Vandaag brengt Kate me naar Southmead. Hier is een Minor Injuries Unit (MIU) gevestigd. Hier komen per dag gemiddeld vijftig patiënten over de vloer. Het unieke is dat deze eenheid volledig op verpleegkundigen draait. Er komt hier geen dokter aan te pas. Patiënten kunnen zich hier aanbieden met kleine letsels zoals kleine bottrauma's, snijwonden, oorpijn, keelpijn, oogproblemen, enz... De verpleegkundigen die hier werken zijn allemaal Emergency Nurse Practitioners (ENP). Zij hebben een geavanceerde opleiding gevolgd en kunnen fysiek onderzoek uitvoeren, RX voorschrijven, wonden hechten, pijnstillers en antibiotica voorschrijven enz... Bovendien hebben zij ook allemaal volgende cursussen gevolgd: Advanced Life Support, Advanced Pediatric Life Support, Advanced Trauma Nursing Course en een doorgedreven cursus wondzorg. Je wordt dus niet zomaar een ENP. Bovendien is het nodig dat zij ook bedreven zijn in levensbedreigende zorg, want hier komen nog steeds mensen zich aanmelden met pijn op de borst, ernstige allergische reacties, COPD en astma aanvallen en zelfs met kritiek zieke kinderen. Vorig jaar had men hier nog vijf reanimaties. Het is blijkbaar erg moeilijk voor de bevolking om te weten met welke problemen men hier wel of niet terecht kan. Daarom zou ik niet adviseren om dit in ons land te installeren. Bovendien hebben we nog steeds genoeg dokters en zijn we niet gebonden aan tijd. In Groot-Brittanië moet elke patiënt die zich op spoed aanbiedt binnen de vier uur behandeld zijn. Door deze wet kon men de ENP's installeren.

Ik word voorgesteld aan Jane Anderson, een vijftigjarige verpleegkundige en één van de eerste nurse practitioners in Groot-Brittanië. Ze legt uit dat het opstarten van zulk een systeem heel wat struikelblokken kent. Er is ten eerste de wetgeving die ons verhindert om sommige dingen te doen, ten tweede is er de concurrentie met de artsen en ten derde moet er een kosten baten analyse gemaakt worden. Hoewel ik denk dat er in België niet snel plaats zal zijn voor nurse practitioners, meen ik toch dat spoedverpleegkundigen beter in staat moeten zijn om fysiek onderzoek te doen, het opsporen van potentieel levensbedreigende situaties en betere uitleg en begeleiding moeten kunnen geven.

Jane leert me op korte tijd hoe ik een enkel -en een polstrauma beoordeel en ik leer de Ottawa knee en ankle rule voor het voorschrijven van radiologisch onderzoek. Ik leer hoe ik een

ringanesthesie toepas en mag zelfs een wonde hechten. Het werk dat deze verpleegkundigen doen gaat ons petje in België ver te boven. Als ik Jane observeer bij het beoordelen van een enkeltrauma, moet ik vaststellen dat ze dit beter en grondiger doet dan eender welke arts die ooit bij ons op spoed heeft gewerkt.

Dit bezoek was in elk geval de moeite waard en heeft me heel wat nieuwe inzichten bijgebracht. Morgen moet ik om 3:30 uur uit de veren om mijn vlucht van 6:20 uur te halen. Dat zal pikken morgen. Maar gelukkig heb ik het weekend vrij.