

‘Als we willen blijven, zullen we op niveau moeten blijven en aantonen dat dat niveau aanwezig is’

E. Lugtmeier-Skotarczak M ANP, verpleegkundig specialist, Care4homecare, Den Bosch

Bart Huybrechts is verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen op de Spoedeisende-hulpafdeling (SEH) van OLVG in Amsterdam en medeauteur van het artikel ‘Entrustable Professional Activities’ (zie elders in dit nummer). Hij wil ons graag laten zien hoe bijzonder dit werk is. Hij vroeg de redactie van het vakblad *Dé Verpleegkundig specialist* eens langs te komen, zodat hij kon laten zien hoe een verpleegkundig specialist functioneert op de SEH. Op vrijdag 14 september jongstleden was het zover en mocht een van onze redactieleden een middag meelopen op de SEH van OLVG in Amsterdam, locatie Oost.

De rondleiding

Een eerste indruk van de gestructureerde chaos op een SEH is snel gemaakt. Een warm welkom van deze enthousiaste verpleegkundig specialist. Kordaat en snel loopt hij langs de patiënten, een grapje hier, wat informatie geven daar, de weg wijzen naar de gipskamer, en tot slot advies geven aan een huisarts in opleiding (HAIO) over de manier van hechten van een lelijke hoofdwond. Bart is overtuigd van het nut van de functie van verpleegkundig specialist op de SEH. ‘Het is niet alleen nuttig, maar vooral heel leuk om te doen. Het is dynamisch, je kunt echt iets betekenen voor de patiënt en het geeft voldoening.’

‘Vandaag’, zo zegt hij, ‘wil ik laten zien dat het werk als verpleegkundig specialist ook echt een toegevoegde waarde is.’ Ter illustratie toont hij een foto van een gebroken vinger. ‘Kijk, dit is een gebroken vinger met daarbij ook een scheefstand. Een 14-jarig jongetje die tikkertje speelt en met zijn hand ergens hard tegenaan slaat, en die vinger, die breekt. Na het geven van adequate pijnstilling (zowel lokaal als systemisch) en het voorbereiden van kind en ouder, brengen we de vinger weer in anatomische positie. Op de controlefoto staat de vinger weer in een anatomische stand. Hoe mooi is dat?’ Patiënten kunnen zich op verschillende manieren presenteren op de SEH: via de ambulance (112 of verwijzing via de huisarts), als zelfverwijzer of verwezen door de huisarts.

Bart laat eerst de hele afdeling op locatie Oost zien. Vanaf 2004 wordt er gewerkt met gescheiden patiëntenstromen naar urgentie van de klacht. De SEH op locatie Oost heeft 34 behandelkamers en is onderverdeeld in een aantal kleine afdelingen binnen de hele SEH om zo in te kunnen spelen op de gescheiden patiëntenstromen.

De rondleiding begint bij de *emergency care (shockroom)* waar de patiënt met levensbedreigende aandoeningen wordt gezien. Hier heeft de VS (momenteel) nog geen rol. Daarna lopen we door naar de *urgent care* waar de ernstig zieke of gewonde patiënt wordt gezien en behandeld. Afhankelijk van drukte wordt de VS ook hier ingezet.

Volgende stop is de kinder-Spoedeisende-hulpafdeling (KSEH), die begin 2018 is geopend. Deze is voor zowel de verwezen kinderen als de aankomende kinderen, met aparte wachtkamer, zodat er geen direct contact is met de volwassenen op de SEH. ‘Er kunnen nog wel eens geagiteerde patiënten arriveren op de SEH en dan is het niet in het belang van het kind hiermee in contact te komen.’ Er is een speelhoek, voor de nodige afleiding. ‘Als een kind komt gaat het gelijk naar de kinder-Spoedeisende-hulpafdeling (KSEH).’ Er zijn acht plekken en overdag is er meestal een arts-assistent kindergeneeskunde en/of kinderarts, die de verwezen kinderen ook meteen ziet. De SEH-arts en verpleegkundig specialist zijn verantwoordelijk voor de niet-verwezen kinderen.



Bart Huybrechts

Het beroepsprofiel was vooral verpleegkundig, het wordt tijd dat het meer medisch georiënteerd wordt

Op de ambulance was het lastig om begeleiding te krijgen, er is immers geen supervisie op de ambulance mogelijk. Om die reden heeft Bart ervoor gekozen om stage te lopen op de SEH. 'Ik had geen vooropgezet plan, ik wilde heel graag de opleiding doen en wist nog niet wat ik zou gaan doen als ik eenmaal klaar was. Maar gedurende mijn stage kwam ik er steeds meer achter dat er binnen de SEH heel veel mogelijkheden waren voor de VS. Zowel bij de ziekere patiënt maar zeker ook bij de patiënten met laagcomplexiteit klachten. Het zijn grote gebeurtenissen in een mensenleven, het oplossen van fracturen en/of wonden.'

Na de opleiding

In 2013 is hij afgestudeerd zonder uitzicht op een baan als verpleegkundig specialist. Omdat hij steeds meer mogelijkheden zag voor de VS binnen de SEH heeft hij in 2014 een pilot van vier maanden opgezet om te laten zien dat de VS echt een meerwaarde heeft op een SEH. Wat meehielp was dat OLVG een opleidingsziekenhuis is en ook graag wil innoveren. 'Als je een goed idee hebt, en je kunt het goed onderbouwen, dan kan het.'

Het ging natuurlijk niet zonder slag of stoot, uiteindelijk is het vaak toch een geldkwestie, in dit geval zou Bart als verpleegkundig specialist een plek van een ANIOS (arts niet in opleiding tot specialist) innemen. Na zorgvuldig afwegen kon hij in 2015 toch starten. In eerste instantie in de combinatie twee dagen op de ambulance en twee dagen als verpleegkundig specialist op de SEH. Om de functie steeds meer te consolideren en uit te breiden in diensten is er in september 2016 gestart met de opleiding van vier verpleegkundigen in opleiding tot specialist (VioS) en werd er ook een afgestudeerde VS aangetrokken (Victor Bon). In september 2017 is Bart fulltime naar de SEH gekomen omdat de combinatie SEH en ambulance niet meer haalbaar was. 'De vier VioS die in september 2016 zijn gestart met de opleiding hebben afgelopen september hun diploma gehaald en werken nu alle vier als VS op onze SEH. Daarmee kunnen we op locatie Oost minstens twee diensten per dag bezetten en in 2019 starten we ook op locatie West met twee verpleegkundig specialisten. Op dit moment is er één VS in opleiding (tweedejaars).'

Om in de toekomst ook op locatie West twee diensten per dag te kunnen leveren, is uitbreiding van de formatie van VS nodig. Daarom is er op dit moment een vacature voor twee opleidingsplaatsen tot verpleegkundig specialist op de SEH van OLVG.

Tot slot laat Bart de *short care* zien, de afdeling voor de laag-complexe zorg. Op deze afdeling is de zorg aan de VS toevertrouwd. Hier worden vooral de patiënten met fracturen en kleine verwondingen gezien. Het is afhankelijk van waar wie nodig is hoe de verdeling van zorgprofessionals wordt gemaakt. Bart legt uit dat hij vanmorgen begonnen is op de *urgent care*, en na verloop van tijd naar de *short care* is gegaan. 'De inzet wordt per moment bekeken en regelmatig geëvalueerd.'

De SEH op locatie West, waar vanaf 2019 ook verpleegkundig specialisten ingezet gaan worden, is recent verbouwd en heeft zestien behandelplekken volgens een gelijke indeling van complexiteit. 'Op de SEH is het vaak de triageverpleegkundige die bepaalt waar de patiënt terecht komt. Alles is dicht bij elkaar geplaatst. Daarnaast werken wij gestructureerd met zorgpaden. Deze combinatie zorgt ervoor dat patiënten snel de juiste diagnostiek en behandeling krijgen en ook lopen de wachttijden niet onnodig op.'

In 2017 was het totale aantal bezoekers (zelfverwijzers, via huisarts en ambulance) op de SEH van OLVG op beide locaties 75.890. Hiervan is ongeveer de helft zelfverwijzer (Oost 25.934 en West 12.858).

De start als verpleegkundig specialist

Bart is direct na de middelbare school begonnen in de zorg, na de opleiding tot verpleegkundige heeft hij gekozen voor de acute zorg. Na een opleiding tot SEH- en intensievecare (IC-) verpleegkundige heeft hij een aantal jaren op de SEH gewerkt. Nadien heeft hij de opleiding tot ambulanceverpleegkundige gedaan en heeft hij op de ambulance gewerkt. In 2011 kreeg hij binnen de ambulancedienst de kans om de opleiding tot verpleegkundig specialist te volgen. In 2013 is hij afgestudeerd.

Waarom is hier juist een verpleegkundig specialist op de goede plek?

‘Als VS ben ik een continue factor op de werkvloer. Dat helpt mee. Ook gaat het om patiënten die veel nazorg nodig hebben, het zijn gezonde mensen die bijvoorbeeld een wond hebben. Dan komen er vragen. Hoe lang duurt het? Wat is de invloed op mijn werk? Ik, en veel VS met mij, hebben daar meer tijd en aandacht voor. Uiteindelijk is het ook geprotocolleerde zorg. Een VS heeft oog voor dit soort werk. Zo krijg je de meest geïnteresseerde en ervaren hulpverlener bij de juiste patiënt. De SEH-arts heeft nu tijd voor een 82-jarige vrouw die met een sepsis binnenkomt. Normaal gesproken moest deze arts ook de kleine trauma's erbij doen.’

Zijn de artsen er ook zo blij mee?

‘Ja, de artsen vinden het niet erg om toe te geven niet overal meer in bedreven te zijn; echt zieke patiënten, daar kan de arts zich op richten, en daar heeft hij de handen vol aan, *critical care* in alle opzichten. Voor de niet-zieke patiënt die behandeld wordt op de *short care* staat nu een VS paraat die hem goed kan helpen. En het ziekenhuis kan voor door deze professioneel geleverde zorg het geld declareren dat daartegenover staat. Maar uiteindelijk gaat het niet alleen om het geld, het levert vooral betere zorg op.’

Femke Geijssel, SEH-arts, loopt binnen. ‘Het doel was vanaf het begin betere zorg te leveren en de patiënt daar direct baat bij te laten hebben. Het zijn grote gebeurtenissen in een mensenleven, het oplopen van fracturen en/of wonden. Als de SEH-arts dit zelf behandelt, dan zijn dit zaken die onder aan het to-do lijstje komen qua belangrijkheid. Onze arts-assistenten wisselen daarnaast elke zes maanden. Tel het maar uit. Met onze verpleegkundig specialisten heb je toch een zekere continuïteit, zowel in kwaliteit van zorg als aandacht voor *evidence*, met zorg waar wij medisch achter staan. Ik vind het fantastisch te zien hoeveel stabielier de zorg verloopt en hoeveel kwalitatief betere zorg er verleend wordt. Het is voor ons een ideaal, wat de VS hier doen. Iemand met een verpleegkundige achtergrond vindt het gewoon leuk iets te maken van deze zorg. Uiteindelijk gaat erom of je als team met elkaar een SEH kan draaien. Als dokter is het best moeilijk het medisch domein uit handen te geven aan iemand die niet een geneeskundige achtergrond heeft, ze werken wel onder onze verantwoordelijkheid. Ze moeten dat vertrouwen wel krijgen, ik snap wel dat dat moeilijk is, dat vertrouwen moet je wel verdienen. De VS hebben dat hier in OLVG ruimschoots gedaan. Als team moet je weten waar je samen naartoe wilt, de gezamenlijke verantwoordelijkheid willen dragen. Superleuk om te zien nu dat de VS kwalitatief veel betere “short care”-zorg leveren. Ook met verpleegkundigen in opleiding tot specialist (VioS) loopt het veel beter, terwijl de supervisie hetzelfde is.’

Intercollegiale toetsing zegt niets over het uiteindelijke functioneren van de VS, je moet het zelf invullen

Hoe zorgen jullie ervoor dat de competentie kennis en wetenschap een plek heeft op de altijd drukke SEH?

‘Door vragen te blijven stellen naar de uitkomst van ons handelen en het onderzoeken van de mogelijkheden voor praktijkgericht onderzoek naar uitkomsten. Wij krijgen als VS op een SEH geen feedback. We weten nooit wat het vervolg is van onze behandeling: of een wond infecteert, hoe de wond geneest en hoe het er uiteindelijk uitziet. Dat betekent dat ik nooit mijn handeling of bijvoorbeeld hechtkwaliteit kan veranderen. Je kunt een hecht cursus doen, maar dat is niet hetzelfde, je weet niet wat het resultaat is. De uitgangsvraag is: waar kunnen we nog verbeteren? De oudere patiënt na een valpartij die we hier wegsturen, hoe gaat dat met de pijn na de val? Hoe vaak gaan ze terug naar de huisarts, en wat gebruiken ze aan pijnmedicatie? Hoe vaak wordt morfine voorgeschreven, en wat wordt er dan uiteindelijk gebruikt? Kortom, wat gebeurt er met die patiënten? Dankzij een subsidie van OLVG-innovatiefonds kunnen één VS en een klinisch epidemioloog (OLVG) een twee jaar durend onderzoek uitvoeren naar de nazorg aan ouderen. Dit is een mooie start om kennis en wetenschap te integreren in ons werk. We streven naar werkwijzen die gebaseerd zijn op bewijslast vanuit de literatuur. Vaak wordt vergeten dat bij *evidence-based practice* ook patiëntvoorkeuren en ervaringen van zorgverleners van belang zijn. Hier zouden we meer aandacht voor moeten hebben, zoals een lokale verdooving waarbij je lidocaine kunt mengen met bicarbonaat, dan is het niet zuur en brandt het minder waardoor de patiënt minder ongemak ervaart.’

Welke missie heb je voor het beroep verpleegkundig specialist acute zorg?

‘Ik zit naast mijn werk als VS op de SEH ook in het bestuur van V&VN VS. De VS moet verder professionaliseren. We worden nog te vaak als verpleegkundigen aangesproken. Het is een nieuw beroep dat door taakherschikking in zowel het medisch als het verpleegkundig domein functioneert. Ik zit meer op het medische vlak, maar ik ben geen dokter, ik blijf gewoon verpleegkundige. Maar we kunnen niet blijven roepen als iets niet goed loopt: “We zijn maar verpleegkundigen.” We moeten de volgende stap zetten. Laat zien wat je kunt, en neem je verantwoordelijkheid. Het beroepsprofiel was vooral verpleegkundig, het wordt tijd dat het meer medisch georiënteerd wordt.’

Bart komt vervolgens op het onderwerp herregistratie, iets dat hem en zijn collega's aan het hart gaat. ‘Een verplicht onderdeel voor de herregistratie is de Intercollegiale toetsing, ICT. ICT zegt niets over het uiteindelijke functioneren van de VS. Je moet het zelf invullen. We moeten nadenken over hoe we dat beter kunnen doen. Zo word je gezien en herkend. We hebben zelf als verpleegkundig specialisten acute zorg van het OLVG een lokaal plan opgesteld waarin we gaan werken met *Entrustable Professional Activities* (EPA's)’

In het kader van dat onderwerp hebben Bart en zijn collega Victor Bon het artikel ‘Entrustable Professional Activities’ geschreven. Zie hiervoor het volgende artikel.