

# Inhoud

Voorwoord .....	9
1 Spoedeisende Hulp .....	15
2 Samenwerkende Disciplines .....	39
3 Collegae .....	64
4 Leren .....	75
5 Attitude .....	87
6 Lief en Leed .....	94
7 De eerste keer .....	115
8 Ontwikkelingen .....	140
9 Humor .....	161
10 Dood .....	173
11 Gekte .....	191
12 Bijzondere letsels .....	208
13 Corpus Alienum .....	225
14 Veerkracht .....	235
15 Capita Selecta .....	248
16 Verwachtingen .....	259
Nawoord .....	272
Aanbevelingen .....	275
Verklarende woordenlijst .....	277

# 1 Spoedeisende Hulp

Wat is de Spoedeisende Hulp? Oftewel, de afdeling SEH.

Om een beeld van de afdeling te vormen, bestaat dit eerste hoofdstuk uit algemene informatie rondom de SEH. Spoed is een relatief begrip. Op de SEH-afdeling komen er altijd mensen binnen die lijden. Ze lijden omdat ze bang zijn, pijn hebben of benauwd zijn. Of het leed nou groot of klein is, ze willen er vanaf. De SEH is er voor iedereen die een acuut fysiek probleem heeft en daar specialistische hulp bij nodig heeft. Daarom staan de SEH-afdelingen altijd paraat om hun ding te doen.

Een enkele keer kan het voorkomen dat het alleen gaat om een acuut psychisch probleem. Als een patiënt een tentamen suïcide heeft gedaan – een poging tot zelfmoord – dan wordt deze eerst geholpen aan het lichamelijke probleem en vervolgens aan het psychische.

Welke patiënten komen er op de SEH-afdeling?

Het beeld dat iemand van de SEH-afdeling heeft, is persoonlijk. Je kunt daarin twee groepen mensen onderscheiden. De mensen die ervaringsdeskundige zijn en zelf ooit de SEH-afdeling hebben bezocht en de mensen die er (gelukkig) geen ervaring mee hebben en de SEH-afdeling niet zelf hebben bezocht. Welke van de twee groepen je ook neemt, ze hebben ieder hun eigen reden om te komen. Degenen die nooit een SEH-afdeling van binnen hebben gezien, komen onbevangen en weten niet hoe het werkt. Vaak zijn het jonge mensen die bijvoorbeeld met een verstuikte enkel komen. Ze weten dan niet dat je daarmee naar de huisarts kan. Een argument om er bewust mee naar de SEH-afdeling te komen, is bijvoorbeeld: “Mijn huisarts heeft geen dienst en ik wil niet naar een vreemde huisarts.” Mogelijk dat je de reactie van de

SEH-artsen op in dit geval al raadt: “U kent mij toch ook niet?”  
De tegenreactie is dan vaak: “Ja, maar dat is anders.”

Hoe komen de patiënten op de SEH?

De SEH werkt samen in een ketting met verschillende schakels. Deze schakels zorgen ervoor dat de patiënten, indien nodig, op de SEH terecht komen. Zo kan een huisarts een patiënt verwijzen als hij zelf het probleem van de patiënt niet kan oplossen of als er een dringende wens is naar laboratoriumonderzoek of een röntgenfoto.

Een andere schakel is de ambulancedienst. Het aantal patiënten dat de ambulance brengt, verschilt enorm per ziekenhuis en is vaak afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis. Grotere ziekenhuizen hebben een separate Eerste Hart Hulp, voor alle patiënten die gebracht worden in verband met een verdenking van hartproblemen. Er wordt vaak gedacht dat het ziekenhuis de ambulances beheert en aanstuurt. Dit is niet zo. De ambulancedienst is een op zichzelf staande organisatie die patiënten naar bijvoorbeeld het ziekenhuis vervoert. De aansturing van de ambulances gebeurt meestal via een Centrale meldkamer.

Verschillen tussen SEH en ambulance

De SEH is 24 uur per dag open, zeven dagen per week. De raakvlakken met de ambulancedienst zijn er dus zeker, maar de verschillen zijn zeer groot.

Als ik nieuwe mensen tegenkom en ze horen dat ik op de SEH werk, blijkt uit hun reactie nog weleens dat ze denken dat ik op de ambulance werk. Waar het SEH-personeel en het ambulancepersoneel elkaar tegenkomen, is bij het ontvangen van de patiënt bij aankomst van de ambulance in het ziekenhuis. De aanwezige werkcultuur is volgens mij een van de verschillen tussen

## 2 Samenwerkende Disciplines

Voordat een patiënt op de spoedeisendehulp-afdeling terecht komt, is er al het een en ander aan vooraf gegaan. Vaak is de huisarts of de ambulancemedewerker de eerste zorgprofessional waar de patiënt mee in aanraking komt. Er is ook een groep patiënten die deze disciplines omzeilt en rechtstreeks naar het ziekenhuis komt. Deze patiënten worden 'zelfverwijzers' genoemd.

Het percentage van zelfverwijzende patiënten varieert. Met name de locatie van het ziekenhuis speelt hier een rol in. Hoe is die verdeling? Van een ziekenhuis in Amsterdam heb ik gehoord dat tachtig procent van de patiënten zichzelf verwijst. Het merendeel is daar ook niet ingeschreven bij een huisarts. Op het platteland is dit vijf procent. Het overige deel van de patiënten komt onder meer per ambulance. Deels zijn het patiënten waarbij gebruik is gemaakt van het zogenoemde 'freecall system'. Zij bellen zelf de ambulance of laten het alarmnummer bellen. Het ambulancepersoneel onderzoekt of ze de patiënt voor verdere zorg naar de SEH-afdeling brengt. Ook de huisarts verwijst patiënten. Buiten kantooruren is dit vaak via de huisartsenpost en tijdens kantooruren via de praktijk van de eigen huisarts. Grappig is dat ze in het noorden de huisartsenpost de 'dokterswacht' noemen en in het zuiden de 'nightcare'. Overigens is het niet zo dat bij elke SEH-afdeling ook een huisartsenpost is gesitueerd. Er zijn huisartsenposten die kilometers ver verwijderd zijn van een ziekenhuis.

Er zijn ziekenhuizen die één entree voor de patiënt hebben. Dan ga je bij wijze van spreken linksaf naar de huisartsenpost en rechtsaf naar de SEH-afdeling. Het is uiterst ongewoon en 'not

done' om vanaf de SEH-afdeling een patiënt te verwijzen naar de huisarts zonder onderzoek van de SEH-arts. Ik heb me laten vertellen dat de SEH-arts een onderzoeksplicht heeft, maar geen behandelplicht. Uitzonderingen daargelaten. De huisartsenpraktijk of -post is een eerstelijns gezondheidszorgvoorziening en het ziekenhuis een tweedelijns. Het is in de praktijk ook wel gebeurd dat een 'draaideurpatiënt' voor de zoveelste keer op de SEH-afdeling komt. Een van de artsen overlegt met de huisarts van de patiënt of deze genegen is om de vaak terugkerende patiënt te zien. Op die manier wordt er als het ware terugverwezen naar de eerstelijns gezondheidszorg.

In het vorige hoofdstuk vertelde ik al iets over het Nederlands Triage Systeem. Als dit goed is geïmplementeerd, is het mogelijk om op basis van een objectief systeem de patiënt vanaf de triage naar de huisarts te laten gaan. Het systeem is zo goed dat je (bijna) geen risico loopt dat er iets ernstigs met de patiënt gebeurt tijdens zijn reis van het ziekenhuis naar de huisarts. 'Bijna' tussen haakjes, omdat er in de gezondheidszorg altijd marges van onzekerheid zijn waar naar uitgeweken kan worden.

Hoe zal de toekomst eruit zien? Zelf denk ik dat er voor de veelvoorkomende acute klachten (die als hinderlijk worden ervaren) speciale 'walk-in' centra komen. Deze zijn dan te vinden in een winkelcentrum naast een fastfoodrestaurant en een supermarkt. Daarnaast zal er één duidelijk loket zijn voor de klachten van patiënten die meer dan hinderlijk zijn. Zij kunnen deze klachten daar melden of laten melden. De processen zullen zodanig ontwikkeld zijn dat het principe 'less is more' (minder is meer) het meest effectief blijkt. Er is dan geen onderscheid in eerste- en tweedelijns acute zorg. De coördinatie zal voor deze 'acute-zorgeenheid' in handen zijn van een voor de coördinatie getrainde SEH-

## 3 Collegae

De bijzondere types, ook wel degenen die veel ontlading geven op de SEH-afdeling, zijn de 'dorpsgekken'. Zo gauw er geen patiënten in de buurt zijn, is er wel een grap of een grol. Het zijn wel de collegae die vaak meer aandacht nodig hebben. Het is een beetje pijnlijk om te zeggen, maar het zijn vaak de mannen in het team. Als er wel een patiënt in de buurt is, zijn de grappen zo subtiel dat niemand het geintje doorheeft. Altijd krullen de mondhoeken omhoog als er iets gedaan of gezegd wordt. Dit type collega kun je onderverdelen in grappige en hele grappige collegae. Wat is er nou juist wel of niet grappig? Een voorbeeld van wanneer je met zijn tweeën met een brancard loopt. Eentje loopt aan het hoofdeind en de ander aan het voeteneind. In het algemeen is het zo dat de patiënt niet achteruit gereden wordt. Degene die aan het hoofdeinde duwt, loopt aan het hoofdeinde en degene die zijn positie aan het voeteneinde heeft, loopt aan de zijkant. Deze laatste heeft als belangrijkste taak het sturen van de brancard. Bij aankomst in een behandelkamer wordt de brancard ingeparkeerd. De patiënt komt met het hoofdeinde richting de muur te liggen. De collega aan het hoofdeinde positioneert de patiënt nauwkeurig. Degene die aan het voeteneinde duwt, geeft nog een extra zetje zodat de collega klem staat tussen bed en brancard. Een vragende blik met soms een licht kreunend geluid is het enige signalen dat de poets gebakken is. Er was ook eens een collega die er naast zijn werk in het ziekenhuis wat handeltjes bij had. Hij handelde in van alles en nog wat. Deze sjacheraar kon dit bij wijze van spreken simultaan uitvoeren. Terwijl hij met de telefoon tussen oor en schouder zijn buitenboordmotor verkocht, draaide hij tegelijkertijd, bij wijze van spreken, met de andere hand een enkel van een patiënt in het verband!

Collegae die hun laatste dag werken omdat ze van baan gaan veranderen, kunnen op een afscheidsritueel rekenen. Je belandt bijvoorbeeld onverwachts onder de douche of in bad. Als een laatste dag rustig verloopt en je denkt dat je er mooi vanaf bent gekomen, dan is de werkelijkheid zeker anders. Wat er dan volgt is leuk voor de grapjassen, maar minder leuk voor de collega met auto: het besmeren van de autoramen met vaseline! En eventueel de auto nog omwikkelen met toiletpapier. Het is een heidense klus om dan je auto weer schoon te krijgen.

Ten slotte een flauwe grap: vlak voordat je naar huis gaat na een smoordrukke late dienst, sta je je met zijn allen uitgeput maar voldaan om te kleden. Een boef van een collega vertrekt alvast, maar laat voor het verlaten van de kleedkamer een wind. Hij verdwijnt door de deur, maar houdt deze vervolgens dicht zodat er niemand uit kan. Daar sta je dan, in de stank van je collega.

Voor gein is natuurlijk niet altijd tijd. Alle SEH-verpleegkundigen zijn ijverig en het gebeurt meer dan eens dat ze acht uur, of zelfs nog langer, aan één stuk achter elkaar doorwerken, zonder enige vorm van pauze. Dat zijn de dagen waarvan je denkt: "Hoe krijgen we het allemaal veilig voor elkaar?" In de loop der tijd is het ook steeds drukker geworden.

Mijn werkwijze is om alles zo snel mogelijk te doen. Snel de overdracht aanhoren van de ambulancedienst, snel de intake, de controles en het infuus en snel de bloedafname. Daarna nog even het ECG doen en hup, naar de röntgen. Vervolgens de medicijnen toedienen, nog even de familie een bakje koffie en hup, door naar de volgende patiënt. Er komt een moment dat je het hele lijstje met opdrachten en werkzaamheden hebt afgerond. Dan kun je even langs je patiënten. Een van de vragen die je ze kunt stellen, is of het tot dusver duidelijk is wat er gaande is en waarom. Ook

## 4 Leren

De spoedeisendehulp-afdeling is een broedplaats van toekomstige professionals. Er komen veel mensen op af om ervaring op te doen. Met de komst van de spoedeisendehulp-artsen is er gelukkig het een en ander ten goede veranderd. Door hen is de afdeling ook een plaats geworden waar ervaring niet alleen wordt opgedaan, maar ook wordt gebruikt. Voor de gediplomeerde verpleegkundige gold dit natuurlijk al.

Hoe gaat dat in zijn werk, zowel het stage lopen als de opleiding? Jaarlijks worden verpleegkundigen opgeleid voor de aantekening SEH. Momenteel duurt de opleiding vijftien maanden. In de loop der tijd is de opleiding met drie maanden verlengd. Er zijn vele soorten leerlingen en niet iedere leerling is in staat de aantekening te halen. Er is een ziekenhuis die beweert dat iedere leerling slaagt. Dit komt door zorgvuldige werving en selectie en optimale begeleiding. Helaas is het niet in ieder ziekenhuis zo'n feest.

Alle leerling SEH-verpleegkundigen zijn basisverpleegkundigen. De leeftijd varieert van net in de twintig tot ver boven de veertig. Voor iedereen geldt dat ze minimaal één jaar ervaring moeten hebben en voor de ouderen geldt dat hun senioriteit in hun voordeel kan zijn, namelijk in de vorm van levenservaring. Er zijn leerlingen die veel ervaring op de intensive care hebben of als anesthesiemedewerker. Deze laatste is niet altijd verpleegkundige. Je kunt namelijk na de middelbare school de opleiding tot anesthesiemedewerker volgen. Er zijn ook verpleegkundigen die na de verpleegopleiding de anesthesieopleiding gaan doen. Deze groep kan de opleiding tot SEH-verpleegkundige wel volgen. Een enkele keer blijkt dat een leerling met een dergelijk, rijk



gevuld cv het toch niet op kan pakken. Als je jaren intensief en met veel risicovolle medicijnen en apparatuur hebt gewerkt, dan kan de omschakeling naar de SEH pittig zijn. Je gaat van één á twee patiënten naar meerdere. Die verantwoordelijkheid is heel anders en eigenlijk niet te vergelijken.

Omdat er eigenwijze mensen bestaan, bestaan er ook eigenwijze leerlingen. Deze kunnen zowel jong als oud zijn, dat is niet leeftijdsgebonden. Vaak is die eigenwijsheid goed. Of beter gezegd: het is vaak ook wijs. De eigenwijsheid is echter niet goed als er willens en wetens een protocol bijvoorbeeld niet wordt gevolgd, waardoor een handeling langer duurt of waardoor de veiligheid in het gedrang komt.

Het leerling-zijn laat vaak interessant gedrag zien. Omdat je niet alles kunt weten, zie je dat leerlingen vluchten in alles wat ze wel weten, zodat ze toch slim overkomen. Slim hè?

Voor de verpleegkundigen die bezig zijn met de basisopleiding is de SEH-afdeling ook een plaats waar vaak een zogenaamde snuffelstage wordt gedaan. Zo'n stage heeft twee voordelen. Een leerling kan zich oriënteren of het SEH-vak iets is om in de toekomst te gaan doen. Daarnaast raakt hij goed op de hoogte van wat een patiënt al dan niet heeft ondergaan en doorleeft tijdens zijn verblijf op de SEH.

Hoe kom je als leerling een SEH-stage door?

Ooit was er een leerling in opleiding tot algemeen verpleegkundige. Tijdens zijn snuffelstage werd er een patiënt binnengebracht. Een jonge knul van vijftien jaar. Het duurde nog tien maanden voordat hij zestien zou worden. Dagelijks zette hij een kruisje door de datum op de kalender en telde hij af totdat hij zelf brommer mocht rijden. Hij kon echter niet wachten en had de brommer van een oudere broer gepakt en was er op gaan

## 5 Attitude

Een basale vraag is een vraag die antwoord zoekt op de oorsprong der dingen. Bijvoorbeeld: waarom werkt een verpleegkundige op de SEH-afdeling? Waarom zoekt hij of zij die spanning op?

Toen ik als tiener op het selectiegesprek van de verpleegopleiding mocht verschijnen, werd aan mij gevraagd waarom ik verpleegkundige wilde worden. Die vraag kwam uiteraard niet onverwacht. In gesprekken met vrienden had ik al ontdekt dat de motivatie “Ik wil graag mensen helpen” niet genoeg is. Stel je voor dat de toelatingscommissie reageert met: “Dan kun je ook wel achter de kassa gaan zitten of worst verkopen bij de Hema, dan help je ook mensen.” Mijn antwoord was iets in de trant van “Ik wil graag mensen helpen die dat nodig hebben”. Ik werd gewogen en zwaar genoeg bevonden. Ik mocht starten met de opleiding. Trots als een pauw was ik, omdat slechts twintig procent toegelaten werd. Een dergelijke motivatie is de rode draad in mijn verpleegkundige carrière. Een lichte arrogantie maakte zich van mij meester toen ik als teamleider dacht zelfs nog méér mensen te kunnen helpen waarvan geacht werd dat zij dat nodig hadden.

Op de SEH-afdeling help je mensen. Er zijn zelfs patiënten die je helpt terwijl die dat helemaal niet willen. Het volgende speelde zich jaren geleden af. Vol van mijn vak en vol van mijn motto ‘Ik wil mensen helpen waarvan ik vind dat zij het nodig hebben’, ging ik aan de slag. Een keer deed ik dit met zulke voortvarendheid dat het bijna niet meer ethisch was. Achteraf. Een patiënt had een suïcidepoging ondernomen door heel veel pillen te slikken. Ik stelde me voor en meldde dat ik zijn maag ging spoelen. De

patiënt gaf te kennen dat hij veel moeite had gedaan om al die pillen naar binnen te werken en dat hij geen maagspoeling wilde ondergaan. Mijn reactie was: “Oh, dan gaan we nu eerst spoelen en dan praten we daarna verder.” Hij was zo verbluft dat hij het accepteerde en toen kon ik de maag in alle rust leegspoelen.

De vraag blijft, waarom je op de SEH-afdeling wilt werken. Een reden kan ook zijn dat je nooit van tevoren weet wat daar binnenkomt aan patiënten. Dat maakt het spannend.

Een minder spannende reden is dat je wel moet werken, omdat je de huur of je hypotheek moet betalen.

Het hebben van autonomie als verpleegkundige wordt ook wel als motivatie genoemd. De autonomie in het vak was er met name voordat de SEH-artsen in beeld kwamen, hoewel er nog steeds wel een bepaalde mate van autonomie bij het vak hoort. In overleg of op verzoek kun je tijdens je dienst vaak zelf beslissen of je op de SEH-afdeling een overkoepelende taak of patiëntenzorg wilt doen. Dan kun je bij dit laatste ook nog kiezen uit klein leed, beschouwende patiënten en traumaslachtoffers.

Werken op de SEH-afdeling omdat het sensationeel kan zijn en omdat het iets van status kan geven, is mogelijk ook een onderliggend motief. Eerlijk is eerlijk, je maakt echt wel intrigerende en boeiende dingen mee. Overigens vind ik de televisieprogramma's over acute zorg en spoed ongepast. Andermans leed als massaal entertainment heeft toch iets weg van aapjes kijken en leedvermaak.

Door jaren in dezelfde SEH-setting te werken, ontstaat er bepaald gedrag. Zowel in houding als in communicatie zijn er specifieke onderdelen. Hoe moet er bijvoorbeeld gecommuniceerd worden in een stresssituatie? Dit gebeurt in een soort commandostruc-

## 6 Lief en Leed

De stoere zusters en broeders van de SEH-afdeling zijn ook mensen. Hun eigen sores en ellende kennen ze ook. In het persoonlijk leven is het niet altijd pais en vree. Ook al staat het hoofd niet naar werken door persoonlijke omstandigheden, dan wordt wel je maximale inzet verwacht op de afdeling SEH. Een ziekenhuisserie is er niets bij en als je het moest verzinnen, dan kwam je er niet op. Een zeer vervelende combinatie is het hebben van privé-problemen en het leveren van topprestaties op de SEH-afdeling.

Joël

Collega Joël had een ondernemende broer. Zijn broer Ezra was al jaren tropenarts en werkte en woonde op het Afrikaanse continent. Hij zat er een aantal keren per jaar voor meerdere maanden en het was hem enigszins gelukt om daar een bestaan op te bouwen. Meestal ging zijn vrouw mee, maar deze keer niet.

Hij was verantwoordelijk voor een groot gebied in Afrika, te weten Zambia en een aantal landen daaromheen. Verantwoordelijk voor meer dan honderd miljoen mensen deed hij zijn werk daar met passie. Hij was HIV-specialist en leider van een enorm voorlichtingsproject. Uit de cijfers van een recent onderzoek bleek dat zijn project enorm succesvol was.

Op een slechte dag kreeg Joël het bericht dat zijn broer zich niet gemeld had bij een post waar hij naar toe zou reizen. Hij zou daar drie dagen geleden al aangekomen moeten zijn om lokale gezondheidswerkers een training te geven. Na een week werd hij zwaar gewond en in levensgevaar gevonden en gebracht bij die post waar hij een week geleden verwacht werd. Hij was uitgedroogd en had steekwonden in het gelaat en in zijn borst. Zijn ademfrequentie was snel, hij was de uitputting nabij. Hij vertelde

dat hij moest stoppen voor een tijdelijke wegobstakel en dat meerdere mannen hem onder vuur hadden gehouden en hem op laffe en gruwelijke wijze hadden beroofd. Alles hadden ze van hem meegenomen; zijn auto, zijn paspoort, zijn geld, zijn kleding en bijna naakt hadden ze hem achtergelaten. Zwaar toegetakeld heeft hij sluipend een beschutte en veilige plaats gevonden, waar hij in de schaduw kon liggen en waar water was. Na een zoektocht van dagen is hij gevonden.

Het was duidelijk dat hij specialistische hulp nodig had. De mogelijkheid tot vliegen was uitgesloten, omdat er geen vliegveld in de buurt was. Ezra is in een landrover gelegd en ze zijn met hem naar het dichtstbijzijnde vliegveld gereden. Ondertussen heeft Joël, de SEH-verpleegkundige, alle steun van zijn SEH-collegae gekregen die voor hem zijn gaan werken, zodat hij naar zijn verwonde broer kon gaan. Hij is samen met Ezra's vrouw in het vliegtuig gestapt om naar Zambia te gaan. Achteraf bleek Ezra al te zijn overleden voordat zijn vrouw en broer met het vliegtuig geland waren. Joël was er kapot van. Weken, ja zelfs maanden heeft hij niet kunnen werken. Als team hebben we met hem mee gerouwd. Ezra was uiteindelijk vermoord door de mensen die hij hielp.

Er is echt veel onrecht in de wereld. Zoals bekend is er een groot verschil tussen rijk en arm. Als de rijken de armen helpen, zijn er een paar armen die het voor de grote groep verpesten door een ontwikkelingswerker te vermoorden. Waarom? Waarschijnlijk vanwege egoïsme...

En nu, na jaren, als ik Joël zie, dan word ik er nog stil van en weet ik niet welk antwoord ik zal accepteren op de vraag waarom slechte dingen goede mensen overkomen.

Sarah

Als een goed geoliede machine verliep de late dienst deze avond.

## 7 De eerste keer

Ook als verpleegkundige moet je alles leren. Je leert het verpleegkundige vak. Momenteel spreekt men van competenties. De onderdelen van de competentie zijn kennis van zaken, het uitvoeren van de handeling en de professionele houding die dat van je vraagt. Het is interessant dat het bij sollicitatiegesprekken met gediplomeerde verpleegkundigen voornamelijk over dat laatste gaat: de attitude. Objectief gezien voldoet een verpleegkundige aan de norm, omdat ze nou eenmaal een diploma heeft. Zaken zoals houding en de inschatting of iemand in het team zal passen, zijn zware beoordelingspunten tijdens de sollicitaties.

Van de vaardigheden die ik allemaal heb mogen leren, weet ik van één vaardigheid nog heel goed hoe de eerste keer ging. Het was niet eens een heel ingewikkelde vaardigheid, namelijk het prikken in een spier, oftewel intramusculair injecteren. Waarom is deze herinnering zo blijven hangen? Het was mijn eerste stage, in een verpleeghuis. De theorie had ik afgesloten en de praktijk diende zich die dag aan. Het ging om een injectie van een depotmedicijn. Dit is een medicijn in een stroperige substantie. De medicijnen in deze oplossing worden geleidelijk afgegeven. De patiënt in kwestie krijgt dan periodiek zijn injecties, bijvoorbeeld om de drie weken. Deze injectie moest in de bil gegeven worden. Ieder geschoold persoon die een injectie in de bil toedient, memoriseert onmiddellijk: "Lokaliseer via de drie B's." Dit staat voor de bovenste buitenste bilkwadrant. Je mag de injectie absoluut niet te laag doen, want dan kun je een zenuw raken. Met de theorie goed paraat en onder begeleiding van een zeer ervaren collega, ging ik naar de patiënt. Het was maar een paar meter lopen, maar onderweg dacht ik de hele tijd: "Oh, nu ga ik

iemand pijn doen.” Een innerlijke conversatie zette zich voort: “Ik moet nu iemand pijn doen, maar het is een medicijn wat hij nodig heeft. Maar waarom ‘oefen’ je op een arme oude baas? Hij vraagt er niet om dat ik het doe. Straks doe ik het niet goed en dan heb ik hem pijn gedaan. Nee, ik moet hem injecteren. Ik wil het leren. Hij heeft die medicijnen nodig.”

Ik informeerde de patiënt. Mijn handen had ik gewassen en de bedgordijnen waren dicht. Mijn werkbegeleidster had ik verteld hoe ik het ging doen. Met een diepe zucht desinfecteerde ik de bovenste buitenste bilkwadrant. De spuit met injectienaald nam ik ter hand, ik haalde het beschermhulsje eraf en hield de naald steriel. Ik zuchtte nogmaals diep en voelde mijn gezicht rood worden. Pareltjes transpiratievocht op mijn voorhoofd begonnen elkaar op te zoeken om een druppel te vormen. De druppels rolde langs mijn slapen naar beneden. Ik positioneerde mijn linker open hand dusdanig op de patiënt dat het middelpunt van de letter ‘C’, die mijn wijsvinger en duim vormden, precies zijn rechter bovenste buitenste bilkwadrant omvatte. Ik haalde mijn rechterhand met spuit en naald naar achteren. Ik haperde even om een drempel over te gaan. Een gedachte flitste door me heen dat ik het snel moest doen, want dat was het minst pijnlijk. Toen bewoog mijn hand met spuit en naald vliegensvlug naar de bil van de patiënt, waar hij in de huid verdween als een mes in de zachte boter en toen... ‘Tok’. Ik hoorde een ‘tok’. Wat was dat? Wat was dat voor geluid? Deze magere man had weinig vlees en de punt van de naald eindigde op het bot van zijn bekken. Dat was de ‘tok’. “Au” hoorde ik vaag in de verte. Ik baalde enorm en voelde me schuldig.

Het had een enorme impact op me. Er was verder niets aan de hand en de patiënt heeft er niets aan overgehouden. Ik heb de injectienaald wat teruggetrokken en alsnog de vloeistof

## 8 Ontwikkelingen

Het heeft enige tijd geduurd voordat de afdelingen SEH landelijk dezelfde naam en dezelfde gebruiken hadden. Activiteiten die toentertijd bij de SEH-afdeling hoorden, werden gedaan op de poli chirurgie, afdeling traumatologie, de spoedpoli of in een ongevallencentrum. Gechargeerd gezegd: de 'standaardpatiënt' van de spoedafdeling had last van 'klein leed', werd gereanimeerd of kwam voor een maagspoeling. In den lande was bekend dat er een ziekenhuis was die de spoedpoli om vijf uur 's middags dicht deed!

Een ander ziekenhuis had buiten ter bewegwijzering twee borden staan. Het ene gaf aan dat de afdeling 'Acute Opvang' rechtsaf was en het andere gaf aan dat de afdeling 'Eerste Hulp' de andere kant op was. Toch ontstond er na verloop van tijd meer uniformiteit onder de verschillende afdelingen 'Spoedeisende Hulp'. Steeds meer specialisten kwamen hun acute patiënten zien op de afdeling SEH.

In het verleden, voordat er mooie selectie- en triagesystemen waren, werd de ernst van de klachten beoordeeld op basis van de ervaring van de verpleegkundige. Dit werd wel of niet gecombineerd met een onderbuikgevoel en een natte vinger. Daarbij werden patiënten die het hardste schreeuwden en de meeste pijn aangaven het eerst geholpen, dan was het namelijk weer even rustig in de wachtkamer. Overigens kregen kinderen wel vaak voorrang.

Tegenwoordig gaan deze processen veel geavanceerder. Iedere patiënt wordt met behulp van een computersysteem beoordeeld op ernst van de aandoening. De wachttijden na triage variëren van geen wachttijd tot vier uur wachten op onderzoek en behandeling. Deze objectiviteit heeft voor overzicht en helderheid



gezorgd. Daarbij is er een overzichtsbord waar alle patiënten op genoteerd staan. Hierop is in de regel de naam van de patiënt te zien, voor welke afdeling, de triagekleur, de reden van komst, de locatie van de patiënt, de behandelend arts en de verantwoordelijke verpleegkundige.

De Spoed is een prima plaats om ervaring op te doen. In mijn beginjaren waren er dan ook altijd jonge artsen die net uit de schoolbanken kwamen. Enorm enthousiast en vol goede moed begonnen ze aan hun eerste baan.

Begin jaren negentig bestond het specialisme 'spoedarts' nog niet. Op dat moment waren er weinig die zagen aankomen dat deze functie er zou komen.

De afdeling waar ik het vak geleerd heb, werd bemenst door een arts-assistent van onder andere chirurgie. Zijn verantwoordelijkheid bestond globaal uit het toegewezen worden aan verwezen en aanlopende patiënten. Het kon 's nachts zelfs zo rustig zijn dat hij de gelegenheid had om even te slapen. Ook waren er nog enkele andere taken, waaronder het eerste aanspreekpunt zijn bij problemen op de verpleegafdeling. Daarnaast was er tijdens de nachtdienst een andere arts-assistent in het ziekenhuis. Dit was de arts-assistent van interne geneeskunde. Deze kwam, net als de eerdergenoemde jonge artsen, meestal net uit de schoolbanken. Hij had het zo mogelijk nog drukker. Hij werkte voor de internisten, cardiologen, longartsen en de kindergeneeskunde.

De arts-assistenten konden naast het SEH-werk ook ingezet worden door de verpleegafdelingen. In het ergste geval belden er meerdere afdelingen tegelijk, bijvoorbeeld een spoedgeval op de afdeling cardiologie en een bevalling op de operatiekamer waarbij problemen verwacht werden. Kortom, verre van ideaal. De komst van SEH-artsen heeft de kwaliteit op de SEH-afdeling fors verbeterd. Niets ten nadele van de vroegere arts-assisten-

## 9 Humor

Hooggeschoolden zijn er over het algemeen genoeg in het ziekenhuis. Toch worden medisch specialisten uit het buitenland met open armen ontvangen, omdat voor sommigen specialisaties tekorten zijn. Op de operatiekamer werkte een anesthesist voor wie Nederlands een derde taal was. Hij kwam oorspronkelijk uit Indonesië, sprak daarnaast Engels en had op latere leeftijd Nederlands geleerd omdat hij in Nederland ging werken. Tijdens het plaatsen van een ruggenprik wilde hij de patiënt gerust stellen. Hij begon met uitleg over wat hij deed en vroeg daarna aan de patiënt wat zijn beroep was. De patiënt antwoordde dat hij heftruckchauffeur was, waarop de vervolgvraag van de anesthesist was: “Rijdt u ook op het buitenland?”

Zelf ben ik blij dat ik elke dag nieuwe patiënten tegenkom. Patiënten en hun familie komen ongepland naar de Spoed en samen probeer je er dan toch het beste van te maken. Ik vind het een uitdaging om bij iedere patiënt een glimlach te zien tijdens de momenten dat ik voor hem of haar mag zorgen. Daarbij ga ik absoluut niet voorbij aan het leed dat er heerst. Dit doe ik door de patiënt af te leiden, bereidvaardig te zijn en met een vriendelijk woord en een vriendelijk gezicht met een subtiel grapje. Daardoor wordt de spanning minder en de ziekte ook anders, meestal minder heftig, beleefd.

Het geeft de patiënten al rust als je ze meldt dat je er voor ze bent, dat ze alles mogen vragen en dat je ze overal bij helpt waar je maar kan.

Je kunt ervan uitgaan dat de patiënten komen met een serieuze reden. Ook al is de patiënt er legaal en om gegronde redenen, dan nog zijn er patiënten die dat anders ervaren. Ze voelen zich

teveel en zijn bang dat er gedacht wordt dat ze zich aanstellen. Soms begrijpen ze ook niet dat hun huisarts ze instuurt. Dan zeggen ze: "Het is vanzelf gekomen dus het zal ook wel vanzelf weggaan" of "Sorry broeder dat ik u tot last ben, maar mijn huisarts heeft me verwezen". Ik antwoord vaak dat ik blij ben dat ze er zijn, anders was ik namelijk voor niets gekomen. Stel je eens voor dat we de hele dag geen patiënten hadden. Bij deze opmerking heb ik al snel een glimlach te pakken, maar ik meen wel wat ik zeg. Voor mezelf ben ik ook blij dat ze er zijn. Op die manier weet ik weer waarom ik ooit de verpleging in ben gegaan. Een andere reactie die ik weleens geef, is dat ik hen begrijp. "Probeer te accepteren dat u hier bent, het is al vervelend genoeg. Ik weet dat u niet op visite bent, was dat maar zo, dan was het allemaal anders."

Ondertussen loop ik al jaren mee. Een gevolg daarvan is dat de dokters steeds jonger worden. Als de situatie het toelaat dan stel ik me duidelijk voor als de verpleegkundige. Vooral oudere patiënten denken dat ik, als vijftiger, de dokter ben omdat ik dan waarschijnlijk de oudst ogende persoon ben in hun nabijheid. En als de sfeer helemaal optimaal is vertel ik erbij dat alle lelijke, oude, kale mannen de verpleegkundigen zijn en de knappe jongedames de dokters. Dit wordt echter verwarrend als vervolgens mijn vrouwelijke verpleegkundige collega van middelbare leeftijd de behandelkamer binnenloopt om ondersteuning te bieden. Als ik in het uiterste noorden, oosten, zuiden of westen in een ziekenhuis werk, horen de patiënten vaak dat ik een andere tongval heb. Daarbij komt dat ik zelf ook vaak mijn best moet doen om bepaalde accenten en dialecten te kunnen volgen. Een tedere vraag die ik dan van patiënten krijg, is of ik van ver kom. Tja, in verhouding met het personeel van het betreffende ziekenhuis is dat ook zo. Mijn reactie is dat ik inderdaad van ver kom, soms

# 10 Dood

Het aantal patiënten dat er op de SEH-afdeling komt, is enorm. In een kleiner ziekenhuis kunnen er dertig tot veertig per dag komen. In een groter ziekenhuizen al snel honderd of meer. Ongeveer twaalfduizend tot veertigduizend patiënten of meer per jaar. Iedere patiënt wordt ingeschreven, krijgt een behandelkamer toegewezen, wordt verpleegd door een SEH-verpleegkundige en behandeld door een arts. Tevens wordt zo nodig laboratoriumonderzoek gedaan en een röntgenfoto gemaakt. Dat zijn een hoop activiteiten en deze moeten allemaal goed gebeuren.

Sterfgevallen op de SEH-afdeling zijn er in verhouding weinig. Dat blijkt uit metingen die gedaan zijn. De resultaten kwamen in absolute getallen neer op gemiddeld twaalf van de twintigduizend patiënten per jaar die overleden op de SEH-afdeling. In percentages is dat een getal van drie cijfers achter de komma, te weten 0,006%, wat in de afronding neerkomt op nul procent. Dit was zomaar een jaar en zomaar een ziekenhuis.

Desondanks is de impact overweldigend. Degenen die overlijden, zijn meestal mensen die daar nog niet voor genomineerd waren. Laat ik het zo zeggen, het zijn niet altijd de patiënten die al een lang ziekbed hebben gehad. Het overlijden is dan gemiddeld genomen het gevolg van een ongeval, een hersenbloeding of een hartprobleem.

Een patiënt die al reanimerend binnen wordt gebracht, geeft altijd wel te denken. De ambulancemedewerkers zijn aan de reanimatie begonnen. Daarbij werken ze altijd met een dubbel

team. Als de reanimatie geen effect heeft, wordt er besloten om te stoppen. Maar wanneer is die patiënt dan overleden? Was hij dan al overleden voordat er gestart werd met reanimeren? Of blijft de patiënt tijdens het reanimeren hangen tussen het tijdelijke en het eeuwige, maar zodra de reanimatie gestaakt wordt kiest hij of zij voor het laatste? In het dossier komt het tijdstip van overlijden te staan op het moment dat het reanimeren is gestaakt.

Het stoppen met reanimeren van oudere mensen, omdat het niet aanslaat, geeft minder verdriet en frustratie dan als het om een jonger iemand gaat. Toch is het altijd lastig om de knop om te zetten als er gestopt wordt nadat het reanimatieprotocol doorlopen is. Er wordt vaak als team besloten te staken, waarbij de leider van het reanimatieteam het voortouw neemt. Bij een dergelijk besluit wordt elkaars mening en verwachting gevraagd en steun je elkaar bij een lastige beslissing. Je wilt het medisch kunnen verantwoorden, maar je wilt ook vrede hebben met het besluit dat is genomen.

Indrukwekkend zijn de enorm benauwde patiënten. Patiënten die grauw, grijs en blauw zien omdat ze zo benauwd zijn. Eenmaal in het ziekenhuis gebracht, hebben ze een zuurstofkapje op waarmee ze honderd procent zuurstof toegediend krijgen. Ze zijn soms zo benauwd dat ze de zuurstofkap eraf willen trekken en ze zijn niet in staat om twee woorden achter elkaar te spreken. Als een vis op het droge snakken ze naar adem, ze zitten kaarsrecht op de brancard. Hun armen staan iets naar achteren gestrekt en hun handen knijpen zich vast in het matras. Het komt voor dat de vingers van een dergelijke patiënt vergeeld zijn door nicotine. De ademhaling gaat wel vijf keer sneller dan normaal, in de hals en op de borst zie je intrekkingen door de maximale ademarbeid. De geluiden tijdens het ademen zijn van verre

# 11 Gekte

Een psychose is een ernstige psychische aandoening. Tijdens de verpleegkundige opleiding leerden we dat er dan sprake is van een verstoorde realiteitszin met daarbij geen controle meer hebben over jezelf. Daar zouden verschijnselen bij kunnen komen van wanen, hallucinaties en gedesoriënteerdheid.

In een nachtdienst bracht de politie een patiënt binnen met handboeien om. Deze patiënt was opgepakt vanwege luidruchtigheid, liet zich niet corrigeren en werkte niet mee toen de politie hem wilde arresteren omdat hij andere mensen lastigviel. Uiteindelijk is hij verwond geraakt toen hij opgepakt werd en moest hij voor een hechtwond naar het ziekenhuis. Omdat hij op dat moment psychisch niet in orde was, is vanuit het ziekenhuis geprobeerd hem verder te laten diagnosticeren door een psychiater, om hem eventueel te laten opnemen en te behandelen. Geloof me, het kan een hele toer zijn om midden in de nacht een psychiater te pakken te krijgen. Vaak hebben zij dienst voor een hele grote regio. Mijn ervaring is dat de dienstlijstjes waarop staat wie wanneer dienst heeft, niet altijd actueel zijn.

Tijdens het verblijf van deze patiënt op de SEH-afdeling was er aanvankelijk goed te converseren met hem. Als je niet wist wat er gaande was, merkte je tijdens een oppervlakkig gesprek niets. Bij een enkel antwoord dacht ik soms “wat opmerkelijk” of “begrijp ik nu wat hij zegt?”

De man was begin veertig en zag er verzorgd uit. Keurig kapsel, geschoren, nieuwe spijkerbroek met een vlot overhemd en een leren jasje. Deze man was de afgelopen week met een aantal vrienden een aantal keren naar het buitenland geweest om voetbalwedstrijden te kijken en om de bloemetjes eens flink buiten

te zetten. Er scheen een belangrijk toernooi te zijn en deze avond was er een finale met aansluitend een viering van de resultaten hiervan.

Het vieren schenen ze bij de dames van plezier te doen. Op een gegeven moment zei deze patiënt iets opmerkelijks en voor mij totaal 'out of the blue': "Ik kom niet meer klaar op die wijven." Mijn mond viel open van verbazing en ik geloofde mijn oren niet. Bedoelde hij echt wat hij zei? Onderwijl kwamen er steeds meer ongeremde uitspraken uit zijn mond en leek het wel of hij 'verbaal incontinent' werd. Hij werd ook steeds luider en wat hij zei, werd steeds gekker. Als reactie hierop kwam een politieagent polshoogte nemen. De patiënt reageerde hierop als een stier op een rode lap. Hoewel deze man nog geboeid zat, sprong hij van de brancard en wilde geboeid weglopen. De tweede politieagent kwam aangesneld, maar ondanks de boeien was meneer bijna niet te houden. Rumoer op de afdeling en door het lawaai en tumult voelden de andere patiënten zich niet meer veilig. Uiteindelijk, nadat er versterking van de politie kwam, werd hij door vier agenten op zijn buik op de grond gelegd. Dit gaf wel enige vertraging, om de volgende reden. Een van de agenten had een beetje bloed op de boord van zijn mouw gekregen en ging dit eerst uitgebreid schoonmaken. Ondertussen was de psychiater gearriveerd en hebben we meneer 'platgespoten'. Zodra hij rustig was maar nog net kon lopen, is hij meegenomen. Hij werd opgenomen op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

Overigens heb ik hetzelfde soort gedrag gezien bij een achttienjarige jongen die bizar had gereageerd op de kermis. Hij was ook in de handboeien naar de SEH-afdeling gebracht om vanuit daar acuut psychiatrische hulp te regelen. Er werd gedacht dat hij onder invloed was van drugs of alcohol en de vraag was of hij

## 12 Bijzondere letsels

Er is een sport die de hoofdleverancier is van letsels die binnenkomen op de SEH. Het is een sport die zeer veel beoefend wordt en dat is ook de reden van het hoge aantal letsels. Denk aan bloedneuzen, hoofdwonden, polsletsels, kniedistorsies en enkelbreuken. Bij welke sport horen deze letsels? Bij voetbal! Wat veel indruk op mij heeft gemaakt, is een voetballer die een schedelbreuk had na een kopduel. Geen schedelbasisbreuk maar een schedelbreuk. Hoewel het eerste heftiger is, vond ik dit ook niet mis. Bij de schedelbasis bevinden zich belangrijke hersengebieden die bij beschadiging een negatieve invloed hebben op vitale functies.

Stel je voor, je bent lekker een potje aan het voetballen en je wilt de bal weggoppen. Dan is er iemand van de tegenpartij die dat ook wil en knal je tegen elkaar. Reken maar dat het licht dan even uitgaat.

Honderden enkels, polsen, handen, voeten, tenen en vingers van voetballers heb ik mogen inpakken. Met een zwachtel, met drukverband of met gips. Daarnaast nog een honderdtal die ik naar de operatiekamer heb mogen brengen, omdat bijvoorbeeld de gebroken enkel geopereerd moest worden.

Er is nog een andere sport die heftige letsels oplevert. Het is een sport die grote aantrekkingskracht heeft op vrouwen. Waarom dat zo is, weet ik niet. Mogelijk de hoffelijkheid, de aanhankelijkheid en de uitstraling van een dergelijk dier. Wat ik wel weet, is dat ze bij deze sport kunnen verzorgen. Daarnaast staan ze tijdens het sporten in contact met enorme spierbundels. Ook aanhankelijkheid, wat ieder mens goed doet, wordt bij deze sport



gevonden. Het paardrijden! Hoe romantisch het beeld ook lijkt, des te heftiger zijn de letsels. Ooit heb ik een amazone geholpen die bij een val in de stijgbeugel was blijven hangen. Haar enkel was waarschijnlijk gebroken. Om bij haar enkel te kunnen komen, moest ik de dure paardrijlaarzen aan gort knippen. Ze had er vijfhonderd euro voor betaald. Achteraf denk ik dat haar enkel niet gebroken was.

Sinds ik op de SEH-afdeling werk en al die ruiters en amazones heb behandeld, ben ik helemaal overtuigd dat de cap van levensbelang is.

Aan het einde van de late dienst kwam een man binnen met een bebloede theedoek tegen zijn mond. Hij kon nog net zeggen dat hij gebeten was door een paard. Toen het doekje ervan af ging, zag je zijn onderlip die er helemaal afhing, op een klein stukje na in de mondhoek. Het leek net alsof het een lip van een vis was waar het haakje uitgescheurd was. De plastisch chirurg ('de Plast') heeft er nog wat van kunnen maken. Bij een bijtwond van een paard is er een enorm hoog risico op een ontsteking. Dat geldt overigens ook voor beten van andere beesten. Terugdenkend in mijn carrière ben ik de volgende bijtwonden tegengekomen: katten, honden, paarden, varkens, een slang, een dolfijn en beten door mensen.

Als je in draf, of zelfs in galop, paardrijdt, dan is dat een behoorlijke snelheid. Dit kan wel dertig à veertig kilometer per uur zijn. Ooit heb ik een ruiter gehad die met hoge snelheid van zijn paard viel. Hij kwam met een smak op zijn linkerschouder terecht, die was gebroken. De kop van het bot in de bovenarm was afgebroken en als een tennisbal naar achteren geschoten. Het bot

# 13 Corpus Alienum

Een van de liedjes van The Kelly Family heet 'Fell in love with an Alien'. Hetgeen inhoud dat hij verliefd werd op een vreemde of op een vreemd wezen. Het woord alien, maar dan in het Latijn, alienum, gebruiken we regelmatig op de SEH-afdeling. Voorafgegaan door het woord 'corpus', wat samen vreemd lichaam betekent.

Als er een karpervisser midden in de nacht naar de SEH-afdeling komt omdat hij een vishaak in zijn linkerduim heeft, dan komt dat in de boeken te staan als een patiënt met een corpus alienum in zijn digitus I sinistra hand. De visser had een goede vangst, wordt er dan gegript. Op zich is het al een kunst om jezelf te vangen. Overigens wordt in het medische circuit zowel Corpus Alienum als kanker afgekort tot CA. Maar dan betekent het carcinoom. Ooit heb ik een dreumes gehad die geen corpus alienum in zijn lichaam had, maar zijn vinger in een gaatje van een zeefje van een afvoerputje had gestopt. Het vingertje was gaan zwellen en met geen mogelijkheid was het vingertje er meer uit te krijgen. Wat we ook probeerden, met olie en met zeep, het lukte niet. Ten einde raad heeft een medewerker van de Technische Dienst (TD) ons geholpen. Het putzeefje werd vastgeklemd in de bankschroef. Met een grote en handmatig aangedreven ijzerzaag is hij begonnen te zagen. Maar hoe dichterbij hij bij het vingertje kwam, hoe harder het kindje begon te huilen. De TD-medewerker durfde niet verder te gaan. Moeder was al uren met dit probleem bezig. Ze pakte de zaag en ging door totdat het knulletje bevrijd was. Met twee kleine oppervlakkige snijwondjes die

goed verbonden werden en een cadeautje uit de grabbelton ging de dreumes opgetogen en opgelucht naar huis.

Bizar klonk de melding van de CPA. “Er komt een patiënt. Hij heeft een rollator door zijn hand.” Hoe wij ook navroegen, meer kregen we niet te horen. We overlegden met elkaar hoe dat eruit zou moeten zien, maar niemand kon er zich een voorstelling van maken. Toen de patiënt gearriveerd was, bleek dat de remedie van de rollator een langwerpige staafje was met een doorsnede zo dik als een balpen. Deze was tijdens zijn val vanaf het zwemblijfje tussen wijsvinger en duim in zijn huid geschoten en had zo de muis van zijn handpalm doorboord om er ter hoogte van de pols weer uit te komen. Met de vraag of wij er een stuk vanaf mochten zagen om hem er van te bevrijden, zei de oude baas dat het niet kon omdat het eigendom was van de Kruisvereniging!

Dreumesen, peuters en kleuters vinden het toch aantrekkelijk om iets in het neusgat te stoppen. Favoriet is een klein snoepje of een kraaltje. Ken je een katje van een hazelaar? Een heel zacht pluisje wat lekker kriebelt onder je neus. En hoe zal het voelen als je dat pluisje heel het diep in je neus stopt? Op de SEH-afdeling is het op zijn minst een uitdaging om het te verwijderen. Om ze een roesje te geven voor vijf seconde werk is behoorlijk belastend. Met vier man sterk wordt het kind vastgehouden en eentje haalt het corpus alienum eruit. Dit is voor de kleine ook belastend, maar dan op een ander vlak.

Ooit werd een wat suffige patiënt binnengebracht. Het hoe en het waarom was niet duidelijk. Hij vertelde dat hij zichzelf had beschoten met een luchtdrukgeweer. Er zat een heel klein beetje bloed in zijn mond en een wond was niet te zien. Hij had de loop

# 14 Veerkracht

Leg je iedere dag één euro opzij, dan heb je na tien jaar minimaal drieduizendzeshonderdenvijfenvijftig euro. Laten we ervan uitgaan dat het een wetmatigheid is dat veel kleine dingen één grote maken. Hoe zit het dan met alle ellende die de spoedeisende hulp-verpleegkundigen gevraagd en ongevraagd meekrijgen? Zoals gezegd is er maar één druppel die 'telt' en dat is de laatste, omdat deze de emmer doet overlopen. Iedereen heeft een rugzakje waar allerlei ballast in komt. Als je dat niet af en toe leegt, kan er niets meer bij of het scheurt. Ik denk dat dit emotioneel ook zo is. Hoeveel kan een verpleegkundige aan? Hoeveel sterfgevallen en hoeveel zieke kinderen? Zit daar trouwens een grens aan? Ieder mens heeft zo zijn grenzen, maar tot waar reiken die en wanneer weet je of je in de gevarezone zit?

Als je herkenning hebt met patiënten op de afdeling, dan heb je het al zwaarder. Als je bij alles wat er gebeurt denkt: als het mijn man, kind, vader of buurvrouw was, dan...

Het leven is toch altijd zo dat je vroeg of laat afscheid van een persoon of een situatie moet nemen en dan weer verder gaat. In dat licht krijgt rouwen opeens heel veel niveaus. Verlieskunde is inherent aan het vak van verpleegkundigen. Zij moeten leren daarmee om te gaan, maar of dit altijd lukt?

Ben je jong en gezond en heeft je wiegje op een goede plek gestaan, dan kun je heel wat hebben. Je bent vitaal en je zit volop in de ontwikkeling. Als je jong begint op de SEH-afdeling, dan

leer je op jonge leeftijd met grote levensvragen om te gaan. Overigens is dat niet alleen zo op de afdeling SEH.

Situaties op de SEH kunnen een grote impact hebben. Stel je voor, je bent lid van een team en bezig met een patiënt die bijna stikt doordat de slijmvliezen in zijn keel zijn gezwollen. Je wilt een medicijn toedienen dat altijd binnen handbereik staat en je verwacht dat dit nog steeds zo is. Dan blijkt het medicijn opeens uit het assortiment te zijn verdwenen, omdat het een jaar niet is gebruikt. Dat is zeer frustrerend.

Ook zijn er situaties waarbij je achteraf denkt: dit was niet nodig geweest. Als we het anders hadden georganiseerd, was de patiënt beter af geweest. Hoe neem je naar aanleiding van deze momenten je verantwoordelijkheid en hoe buig je de energie die je er in wilt stoppen, om in een actie waar iedere volgende patiënt beter van wordt?

Dat is een lastige kwestie. Ook omdat je in eerste instantie verpleegkundige bent en geen verandermanager. Daarbij zijn er heel wat hobbels te nemen om een goedbedoeld idee uiteindelijk om te zetten in een goed plan. Je hebt daarvoor draagkracht nodig van collegae en je leidinggevende, maar zeker ook van andere disciplines waarmee je samenwerkt. Niet alle plannetjes worden uitgevoerd of gaan lukken. Dat is de volgende hobbel die je kan nemen: weer net zo gemotiveerd zijn bij een eventueel volgend idee dat misschien weer een plan wordt.

Gedragsverandering is lastig. Gedragsverandering van een heel team is helemaal een uitdaging. Sommige dingen kun je niet alleen en moet je ook niet alleen willen. Als team is het goed om je te laten trainen om samen sterk te staan en met elkaar goede stervensbegeleiding, agressiebeheersing en traumatische

# 15 Capita Selecta

Een mooie titel voor dit hoofdstuk, althans dat vind ik zelf. De definitie die het dichtst bij mijn bedoeling van dit hoofdstuk in de buurt komt, is: een selectie van onderwerpen. Het zijn vooral onderwerpen die in de andere hoofdstukken niet passen en waar ik toch graag iets over kwijt wil.

Over schaatsen hadden we het al een keer gehad. Doordat ik het voorrecht heb om aan een mooi meer te wonen, viel een keer het besluit om op de schaats naar mijn werk te gaan. Het was ook een beetje uit armoede, want we hebben vier kinderen en ons budget liet amper één auto toe. Het schaatsen ging formidabel. Je kunt bijna hemelsbreed de ruim twintig kilometers maken en dat schoot goed op. Op de route moest ik één keer een stuk klunen, om vervolgens de laatste kilometers af te kunnen leggen. Ik had me op voorhand georiënteerd waar ik van het ijs af moest. Dat was ter hoogte van de 'Oude Poort' en als ik daar doorheen liep en tien minuten flink doorstapte, dan zou ik mooi op tijd in het ziekenhuis zijn. Al schaatsend bereikte ik de kant, althans dat dacht ik. Vlak voordat ik ging remmen, zakte ik door het ijs. Wat was het geval? Op die plek zat een afvoer. Hieruit kwam water wat net iets warmer was dan het ijs. Er was alleen een heel dun laagje ijs wat mij niet kon houden. Nat en koud waren de laatste tien minuten van mijn reis.

Op mijn werk had ik verder een prima dienst gehad, met veel letsels tengevolge van de gladheid. Omdat ik samen met mijn vrouw aansluitend 's avonds weg zou gaan, kwam zij mij met de

auto ophalen. Als begroeting legde zij haar hand op mijn been en vroeg geschrokken en verbaasd waarom mijn broek zo nat was.

Op zomerse dagen ging ik zeer regelmatig met de fiets naar mijn werk. Een kleine dertig kilometer was de afstand. Net lang genoeg om te sporten en net te kort om niet zwaar uitgeput op je werk aan te komen. Meestal was ik binnen een uur op mijn werk. 's Avonds terug was ik wel vermoeid. De fietstocht ging langs een aantal campings. Ik ben zelfs een keer, midden in de nacht, achtervolgd door onguere types waarvan ik tot op heden niet weet wat hun bedoeling was. Na een drukke dienst had ik alleen maar visioenen van gebakken aardappelen met een dikke klodder mayonaise. Dit stimuleerde me om snel naar huis te fietsen en een redelijk tempo vol te houden. Eenmaal thuis aangekomen stond ik middenin de nacht de overgebleven piepers te bakken.

Door mijn fulltime dienstverband en door de thuisomstandigheden deed ik relatief veel nachtdiensten. Hoe kwam ik die lange nachten toch door als er heel weinig patiënten waren? Tegenwoordig is dat wel anders. Dat er rustige nachten waren en dat ik trompet kon spelen, had ik al gemeld. Er waren ook rustige nachten dat ik bezig was met huisvlijt. Ooit was ik in een zomerhuisje geweest waar een vliegengordijn van kurken hing. Dat vond ik mooi. Zo mooi dat ik er als het ware helemaal hebbertig van werd. Familie, vrienden en zelfs enkele restaurants hielpen me mee kurken te sparen. Na een rekensommetje kwam ik tot de conclusie dat ik vijfduizend kurken nodig had om een gordijn te vullen. Gewapend met touw, een stopnaald en een plastic tas vol kurken ging ik naar mijn nachtdienst. Een jaar of vijftien geleden zat je nog in je eentje in de wacht. Ik maakte snel mijn werk in orde. De laatste patiënt had net de SEH-afdeling verlaten en

# 16 Verwachtingen

Mocht je helemaal niets weten van de gezondheidszorg en ziekenhuizen, dan weet je na het lezen van dit boek wat meer.

Mocht je in deze sector werken of er op een andere manier bij betrokken zijn, dan is dit boek misschien een feest der herkenning.

Voor ex-patiënten van de SEH-afdeling zullen diverse onderdelen bekend voorkomen. Voor iedereen die als patiënt een SEH-ervaring heeft, is het mogelijk dat de verhalen confronterend zijn. Deze kunnen je een onprettig gevoel geven. Hoewel, de meerderheid van de 'cliënten' die de SEH-afdeling verlaat na onderzoek en behandeling, is er beter aan toe vergeleken met het moment van binnenkomst.

Het merendeel van wat er in dit boek beschreven is, heb ik zelf meegemaakt en doorleefd. Enkele verhalen zijn mij ter ore gekomen in de koffiekamer of bijvoorbeeld tijdens onderwijs.

Maar waarom dit boek? Waarom ben ik er voor gaan zitten om dit boek te schrijven? Een van de redenen is dat ik graag wil delen. Nu is de tijd gekomen dat het ook mogelijk is vanwege de decennia werkervaring die ik achter de rug heb. In die tijd heb ik van veel mensen veel gekregen. Een mooi moment om er wat mee te doen en dat heeft de vorm gekregen van een boek. Op deze manier kan ik delen en doorgeven. Het delen van het goede is niet verkeerd. Doordat anderen met mij deelden, kon ik SEH-verpleegkundige worden en me daarin verder ontwikkelen. Ontwikkelen als beroepsbeoefenaar en niet te vergeten vooral als persoon. De mensen die mij veel hebben gegeven, waren vooral de verschillende collegae. Ze waren een voorbeeld voor me, ze



lieten me profiteren van hun ervaring en hun kennis. Ze behoedden me voor de fouten die zij ooit gemaakt hadden, zodat ik ze niet meer hoefde te maken. Uiteindelijk hebben zij het ook aan mij geleerd en gaven ze me vertrouwen. Ze deelden hun mening en gingen met me in discussie. Maar er was altijd één gezamenlijke doel: de patiënt moet er beter van worden.

Iets anders wat ik wil bereiken, is dat de beeldvorming over de mensen van de Spoed breder wordt en op een nuchtere manier gerelativeerd wordt. De artsen en verpleegkundige zijn gestoken in een uniform, waardoor ze een duidelijke professionele uitstraling en attitude hebben. En hierdoor ook een beroepsmatige afstand. Maar in dat uniform zit een mens van vlees en bloed. Er zijn situaties waarbij zij ook een brok in de keel hebben en een traantje moeten wegpinken. Aan de andere kant hebben ze ook het positieve, omdat veel patiënten verbeterd naar huis gaan.

Verder hoop ik dat zij, die nog nooit de binnenkant van de afdeling SEH hebben gezien, door het lezen van dit boek een indruk hebben gekregen waar ze in de toekomst wat aan hebben. Een beetje voorbereid zijn op je eigen medische toekomst heeft een waarde. Het is best handig om daarvan op de hoogte te zijn. Dit omdat iedereen in de toekomst ooit een keer patiënt wordt. Als je maar lang genoeg wacht, kom je vanzelf een keer aan de beurt! De kans is dan groot dat je op de SEH terecht komt.

Ook wil ik een bredere indruk creëren over de SEH aan mijn toekomstige collegae. Bij deze wil ik de hoop uitspreken dat aspirant ziekenhuismedewerkers na het lezen van dit boek zeer gemotiveerd zijn om de zorg in te willen of juist het omgekeerde. Of je nou wel of niet de zorg in gaat na het lezen van dit boek, de keus is hoe dan ook beter, omdat je meer informatie hebt. Een

# Aanbevelingen

*“Een vlot geschreven boek, die je door middel van veel persoonlijke belevenissen een kijkje geeft achter de deuren van de Spoed Eisende Hulp.”*

**Berend van Apeldoorn SHE-verpleegkundige (DMU)**

*“Een boek geschreven door een ervaren en bewogen spoedeisendehulp-verpleegkundige. Dinand wil de lezer meenemen naar de afdeling Spoedeisendehulp waar ellende, verdriet en emotie elkaar tegenkomen. Zijn wijze van schrijven geven een weergave van de dagelijkse werkzaamheden op zo’n dynamische afdeling.*

*Dinand wil jullie deelgenoot maken van zijn ervaring in de afgelopen jaren als “spoedbroeder” Dit boek kan ik van harte aanbevelen aan een ieder die binnen het domein van de acute spoedeisende medische zorgverlening wil gaan werken. Maar ook diegenen die bekend zijn met dit vakgebied, zullen veel van zijn ervaringen herkennen. Ik wens u allen veel leesplezier toe.”*

**Reggie Diets, Regionaal Opleidingscoördinator**

**Ambulancezorg, Officier van Dienst Geneeskundig, Universitair docent-onderzoeker.**

*“Een goede kijk achter de schermen van de spoed in al zijn facetten. Het lezen meer dan waard!”*

**Annie Knobben, SEH-verpleegkundige, Ziekenhuis Zuyderland te Heerlen**

*“De schrijver geeft op pakkende wijze een goed beeld van allerlei aspecten van de hulpverlening op de SEH en de rol van de SEH-verpleegkundige daarbij .Het boek is doorspekt met casuïstiek en per-*

soonlijke indrukken. Waar nodig worden medische termen verklaard zodat de "Spoedbroeder" ook voor leken begrijpelijk is. Van harte ter lezing aanbevolen!"

**Gerben Klazema, oud-huisarts**

*"Uit de praktijk gegrepen! Een feest der herkenning voor allen die op enigerlei wijze bij de SEH zijn betrokken en een leuk en leerzaam inkijkje achter de schermen voor geïnteresseerden!*

*Een aanrader voor iedereen die de SEH na aan het hart ligt."*

**Ellen Martens, Afdelingsleider SEH, Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk**

*"Met plezier gelezen, herkenbaar, luchtig, met een lach maar ook een traan. Het leven van een "spoedbroeder" verwoord in een lezenswaardig boekje. Ik ken de auteur al jaren en heb veel mogen samenwerken met deze kundige en ervaren "broeder".*

*In elk hoofdstuk, in elke anekdote van dit boek zie ik de auteur voor me. Altijd als we elkaar zagen begonnen we de dienst met het schudden van elkaars hand en een schouderklop. Die schouderklop heb je nu helemaal verdiend. Een prachtige toegankelijke spoedbroeder."*

**Gerrit Schraa, Traumachirurg St.Jansdal Ziekenhuis te Harderwijk**

*"Het boek laat een kijkje zien in de keuken van de ziekenhuizen en gaat verder dan oppervlakkige 'shots'."*

**Jaap Jan Pieterman, Interim manager**

**'Spoedbroeder' beschrijft wat er zich allemaal afspeelt op de afdeling Spoedeisend Hulp. De lezer krijgt een indruk over de mensen en hun gebeurtenissen, belevenissen, ervaringen en gevoelens op die afdeling. Naast de dagelijks gang van zaken worden indrukken, gevoelens en situaties gerelateerd aan de afdeling Spoedeisende Hulp beschreven. Het is leerzaam, emotioneel, verhalend, belevend, persoonlijk, grappig en licht filosofisch. Gevoelens worden geprikkeld. Ooit is vrijwel iedereen een keer patiënt op de afdeling Spoedeisende Hulp. Zou dit boek jouw verwachting en beleving in de toekomst kunnen beïnvloeden?**

**Dit boek is uitermate interessant voor EHBO- en BHV-ers, Ambulance- en HAP-chauffeurs, verzorgenden, doktersassistenten, personeel van de afdeling Medische Beeldvormende Technieken en Klinisch Chemisch laboratorium, operatiepersoneel, (leerling-)verpleegkundigen, artsen en alle anderen die geïnteresseerd zijn in de gebeurtenissen op de Spoedeisende hulpen.**

*"De patiënt centraal. Dat is de geest waarin de schrijver ons meeneemt in zijn avonturen. Gezien door de ogen van de zorgverlener maakt hij ons duidelijk hoe belangrijk het is je zonder vooringenomen standpunten naar een slachtoffer op te stellen. Niet alleen voor professionals in de zorg is het een verademing met de auteur over de schouder mee te mogen kijken, maar ook voor de (potentiële) patiënt is het nuttig te ervaren hoe je als slachtoffer "gezien" wordt. Van humoristisch tot desastreus neemt de schrijver ons mee in alle openheid. Zonder rem worden gevoelens blootgelegd, die velen zullen herkennen, maar niet openlijk durven te uiten."*

**Arie van Vugt, Traumachirurg, MST Enschede**

*Spoedbroeder is een goede keuze voor iedereen die iets meer wil weten over het wel en wee op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis.*

*Leuke anekdotes, heldere uitleg over alle werkzaamheden, en enige zelfspot en humor ontbreken niet. Toegankelijk geschreven. Een aanrader!*

**Wout J Adema, lid RvB/CFO, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein/Utrecht**



Dinand Reiling (1963) is sinds 1993 werkzaam op de afdeling Spoedeisende Hulp, als gespecialiseerd verpleegkundige. Sinds 2011 is hij oprichter en mede-eigenaar van Dinand Medisch Uitzendbureau B.V., gespecialiseerd in het detacheren en uitzenden van spoedeisendehulpverpleegkundigen.

ISBN 978-90-824836-0-4



9 789082 483604 >