

NIEUWSBRIEF

april 2013

Kwaliteitsregister voor de SEH-verpleegkundige

Het kwaliteitsregister NVSHV is specifiek ontwikkeld voor de SEH-verpleegkundige. Bij de inschrijving in het kwaliteitsregister kun je als SEH-verpleegkundige een portfolio aanmaken. Hierin worden accreditatie punten geregistreerd van deskundigheid bevorderende activiteiten. Accreditatiepunten van opleidingen, bij- en nascholingen waarvoor accreditatie is aangevraagd bij de NVSHV, worden na deelname automatisch toegevoegd in je portfolio. Met de inschrijving in het kwaliteitsregister maak je helder welke activiteiten je onderneemt om steeds goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden.

Waarom vinden wij de ontwikkeling van het kwaliteitsregister belangrijk?

Vanuit de NVSHV willen wij een bijdrage leveren aan de optimale kwaliteit van zorg van SEH-verpleegkundigen. Met de opzet van het kwaliteitsregister en de toetsing van bij- en nascholing, die specifiek gericht zijn op onze beroepsgroep, willen wij een kwaliteitskader ontwikkelen. Voor leden van de NVSHV is de jaarlijkse inschrijving in het register gratis.

Relatie tot kwaliteitsregister V&VN en BIG register?

Het kwaliteitsregister van de NVSHV is niet gekoppeld aan het kwaliteitsregister van V&VN of het BIG-register. In het register van V&VN kunnen verpleegkundigen zich registreren die lid zijn van V&VN. In het BIG-register worden zorgprofessionals geherregistreerd, wanneer zij genoeg uren werken om gekwalificeerd patiëntenzorg te verlenen.

Wat verwachten wij van de leden?

Als je lid bent van de NVSHV kun je kosteloos opgenomen worden in het kwaliteitsregister. Je kunt middels de website van de NVSHV doorklikken naar de site van PE online. Binnenkort ontvang je hierover nader bericht. Voor een definitieve registratie heb je het BIG-nummer nodig.

Namens het bestuur: Arieke Knook en Sivera Berben

Meer agressie op SEH's?



Eén Vandaag in gesprek met Frans de Voeght

Uit onderzoek van het AD is ziekenhuispersoneel ruim 4500 keer per jaar het slachtoffer van fysiek en verbaal geweld. Het is voor het eerst dat de omvang van intimidatie in kaart is

gebracht. De plek met veel risico's is de Spoedeisende Hulp. Patiënten met drank en drugs zijn belangrijke veroorzakers van problemen. Ook is alertheid vereist bij patiënten met psychische problemen. De derde groep bestaat uit patiënten (of familie) die hulp eist en doorslaat als dat niet gebeurt.

Ziekenhuizen proberen met extra beveiliging en anti-agressie cursussen het tij te keren. Minister Schippers onderzoekt wanneer hulpverleners hun werk bij agressie mogen staken.

Uit het AD onderzoek blijkt dat veel ziekenhuizen gebruikmaken van gele en rode kaarten. Vorig jaar werden ongeveer tweehonderd rode kaarten uitgedeeld. Alle ziekenhuizen promoten het doen van aangifte. Sinds kort is het mogelijk om anoniem aangifte te doen, zodat naam en adres van de zorgmedewerker niet meer bij de verdachte terecht komen. De NVSHV heeft zich daar jarenlang hard voor gemaakt.

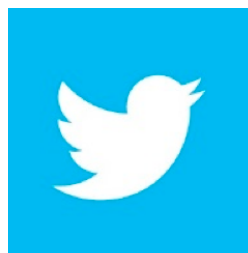
Overigens verschilt de registratie nogal per ziekenhuis. Mogelijk is de stijging van geweld te wijten aan de verbetering van de registratie.

Eén Vandaag keert terug naar het Westeinde Ziekenhuis, dat in 2010 onder het motto "Aso's het ziekenhuis uit" het geweld probeerde terug te dringen. Maar heeft deze aanpak gewerkt? Frans de Voeght en Angélique van Gaalen gaven in de uitzending van 15 april antwoord op een aantal vragen.

U kunt deze uitzending bekijken op: <https://www.youtube.com/user/sehmch> of op https://www.youtube.com/watch?v=rhG6E_QCyqU

Verpleegkundigen: geef alleen algemeen advies op twitter!

Verpleegkundigen doen er goed aan tijdens een twitterspreekuur aan patiënten die zij niet kennen alleen algemene adviezen te geven. Geven zij persoonlijk advies, dan kunnen zij er tuchtrechtelijk op worden aangesproken als het misgaat. Dat is de reactie van V&VN op het bericht van Medisch Contact over de juridische aansprakelijkheid van artsen met een eigen twitterspreekuur.



Artsen, verpleegkundigen en ziekenhuizen blijven aansprakelijk voor de adviezen die zij geven tijdens twitterspreekuren. Tal van ziekenhuizen verzorgen zo'n spreekuur, waar patiënten online vragen kunnen stellen aan medisch specialisten en verpleegkundigen.

Specifiek advies moet je niet via twitter geven. Je hebt de zorgvrager niet gezien, alleen al daarom kun je hem geen zorgvuldig medisch advies geven en het medium is voor iedereen toegankelijk waardoor de vertrouwelijkheid van de informatie weg is en je per definitie je beroepsgeheim schendt. Als verpleegkundige kun je dus wel adviezen geven, maar dan algemene adviezen zoals: "Neem bij hoofdpijn een aspirientje en ga naar de dokter als de hoofdpijn niet binnen een bepaalde tijd overgaat." Patiënten moeten zich de beperkingen daarvan ook realiseren.

Onderwerpen management SEH tijdens landelijk congres NVSHV 2013

De managementcommissie NVSHV heeft de onderwerpen vastgesteld, die aan de orde zullen komen op de "sessie Management" tijdens het landelijk congres NVSHV, dat in het najaar plaatsvindt in Congrescentrum De Reehorst in Ede. Het zijn de volgende onderwerpen:

1: NTS versus MTS versus vanuit de praktijk. Duidelijk geen theoretisch verhaal maar hoe de ervaringen nu in het veld zijn met name daar waar een geïntegreerde spoedpost is. Geïntegreerde spoedpost, geïntrigeerd trage systeem ?
2: Regieverpleegkundigen, hoe werkt dat? Velen vullen dit op eigen wijze in. Goed om te horen van een ziekenhuis waar ervaring is opgedaan met deze functie.



3: Concentratie, spreiding en mogelijk sluiting van SEH-afdelingen, hoe ver staan de ontwikkelingen en wat betekent dit op regionaal niveau. Aan het woord komt de zorgverzekeraar.

4: Samenwerking SEH artsen en SEH verpleegkundigen. Dit belicht vanuit de visie van de SEH artsen. Dit onderwerp krijgt een vervolg op de netwerkdag waar de samenwerking van alle kanten wordt geanalyseerd.

De definitieve invulling van de sessie wordt binnenkort kenbaar gemaakt. De managementcommissie hoopt op een inhoudelijk goed congres met een levendige discussie vanuit het werkveld.

Verder gaat de managementcommissie in 2014 een "netwerkdag" organiseren, die wordt gehouden in het Spaarne Ziekenhuis in Haarlem, met als gastheer Paul Comanne

Namens de managementcommissie: Cora Hoffmann en Artze Prins

Afscheid na 21 jaar



Tijdens de algemene ledenvergadering op 25 april neem ik na 21 jaar afscheid als bestuurslid van de NVSHV.

Tijdens de oprichtingsvergadering in mei 1992 werd ik zo enthousiast dat ik mij aanmeldde voor het regioteam west. Het was een heel leuke tijd met

een fijne groep collega's. Je kreeg de gelegenheid om in andermans keuken te kijken en ervaringen uit te wisselen. En natuurlijk werd er veel gelachen. De autoritten met Joop Breuer naar b.v. Dordrecht, waar dan vergaderd werd, waren soms hilarisch.

Er werden refereeravonden georganiseerd die, zeker in de beginjaren, erg goed bezocht werden. De regioteams vergaderden een paar keer per jaar met het bestuur en via deze weg werd ik begin jaren 2000 lid van het bestuur en in 2006 volgde ik Liesbeth van Chastelet op als secretaris.

Dit alles kost tijd en energie, maar wat krijg je er veel voor terug! Natuurlijk de managementkant, maar ook bijvoorbeeld het ontwikkelen van het onderwijs van de vervolgopleiding en het mede vaststellen van de eindtermen. Kortom, ik heb genoten van mijn "NVSHV tijd", veel ervaring opgedaan en heel leuke mensen ontmoet.

Zeker is dat ik het zal gaan missen, maar nu is het tijd voor andere dingen, reizen en genieten samen met Wilbert. Tot ziens!

Riet Veldhuisen

Overleg SEH-artsen met bestuur NVSHV

Op 3 april jl. heeft de voorzitter van de NVSHV gesproken met een delegatie van het bestuur van de NVSHA. Het verzoek voor het overleg kwam vanuit laatstgenoemde vereniging. De NVSHV is al lang voorstander voor het aanhalen van de banden met de NVSHA.

In vorige bijeenkomsten bleek dat de artsen vooral nog bezig waren met de neerzetten van de eigen positie. Er is met name gesproken over de samenwerking tussen SEH-artsen en verpleegkundigen. De NVSHV ontvangt regelmatig berichten dat deze samenwerking nog lang niet overal optimaal is. Was de SEH tot voor een aantal jaren 'nurse driven', nu eisen SEH-artsen deze positie op. Op sommige SEH's is het voor verpleegkundigen bijvoorbeeld niet meer toegestaan om zelfstandig diagnostiek aan te vragen.

De NVSHA is gevraagd voor deelname aan NVSHV-symposia, om met name dit onderwerp met onze leden te bespreken. Verder worden de banden tussen de 'PR-afdelingen' aangehaald om nieuws uit te wisselen.

Gekeken wordt of het NVSHV-symposium voor 2014 rond het EUSEM (Europese vereniging SEH-artsen) congres kan worden georganiseerd. Helaas bleek het doen van gezamenlijke visitaties nog een brug te ver.

MTS - NTS: meer overeenkomsten dan verschillen!

Graag wil ik bekendheid geven aan het Nederlands Triage Systeem (NTS). Steeds meer ziekenhuizen willen overgaan op dit ketenbrede triagesysteem. Het wordt al gehanteerd bij de HAP, CPA en Ambulance.

De basisprincipes en achtergrondgedachten van zowel het Manchester Triage Systeem (MTS) als de Nederlandse Triage Standaard (NTS) zijn klacht gebaseerde stroomschema's, waarin op deductieve wijze een discriminator (specifiek triagecriterium) gekozen wordt. In zowel het MTS alsook de NTS wordt de triage geplaatst in een context van ontwikkelingen in de keten van acute zorg en zijn beide geschikt gemaakt voor de fysiek alsook de telefonische triage. Het MTS is hierbij domein specifiek (SEH), terwijl de NTS gericht is op de keten van acute zorg (MKA - HAP - SEH).

Beide triagesystemen zijn gebaseerd op een degelijke triagemethodiek en leidt de gebruiker tot de bepaling van een klinische prioriteit. Dit impliceert dat beide systemen er op gericht zijn dat iedere poging tot diagnose gedoemd is te mislukken. De triagemethodiek die in beide systemen wordt uitgewerkt, vraagt van de gebruiker te kiezen uit een aantal presentaties/ingangsklachten (MTS kent 52ingangsklacht, waarvan 2 major trauma en de NTS kent 48ingangsklachten) en vervolgens de juiste prioriteit (urgentie) te bepalen aan de hand van een beperkt aantal klachten en symptomen. De klachten en symptomen die het onderscheid maken tussen de urgenties (MTS kent vijf urgenties en de NTS kent zes urgenties) worden de specifiek triagecriteria genoemd, welke zijn verwerkt in een stroomschema/ingangsklacht.

Tabel ingangsklachten MTS en NTS, inclusief een uitgewerkt stroomschema van beide met een identieke benaming.

Verwijst de NTS na een definitieve urgentiebepaling naar een van de zes vervolgfuncties (ambulance - SEH - huisarts - GGZ - Fast Track - zelfzorgadvies) het MTS is minder op acute zorg in de keten gericht, hoewel er wel wordt verwezen naar huisarts en tandarts. In die zin is de NTS meer passend bij de ontwikkelingen in de ketenzorg in Nederland. Beide systemen zijn niet ontworpen om te beoordelen of een patiënt al dan niet terecht zich aan een bepaald loket meldt, maar om te zorgen dat diegene die zich aan het loket meldt de zorg ook binnen een verantwoord tijdsbestek ontvangt. Het MTS heeft hiertoe scherpe targettijden geformuleerd, in de NTS zijn deze tijden niet al te scherp gedefinieerd.

Tabel tijden MTS en NTS

Zowel MTS alsook NTS vragen een gedegen klinisch oordeel van de gebruikers, hetgeen zowel denkwerk alsook intuïtieve vaardigheden vraagt, beide dienen gebaseerd te zijn op professionele kennis en vaardigheden. Beide systemen vereisen van de gebruikers een zeker bekwaamheidsniveau, waarbij men informatie over de patiënt moet kunnen interpreteren, discrimineren en evalueren.

Beide systemen kennen naast de specifieke discriminatoren een aantal algemene discriminatoren. Voor de MTS zijn dit: levensbedreiging, pijn, bloedverlies, bewustzijn, temperatuur en acutheid. Voor de NTS zijn dit: alarmsignalen, risicogroepen en contextuele factoren. De discriminator levensbedreiging binnen de NTS is als eerste stap in het triageproces te nemen, bij de MTS is het steeds de eerste stap in het stroomschema/ingangsklacht.

Zowel het MTS als het NTS besteden veel aandacht aan pijn en pijnbeoordeling. In beide systemen wordt er gewerkt met een combinatie van visueel analoge -, verbaal beschrijvende en pijn gedragschalen.

Het NTS en MTS zijn beschikbaar in een ICT-beslissingsondersteunings-systeem.

In het volgende artikel ga ik in op NTS en de ICT systemen.

Ed Slangen

Het bestuur in gesprek met de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Veiligheid voor de psychiatrische patiënt op de Spoedeisende Hulp

Op 4 februari jl. hebben we vanuit het bestuur van de NVSHV om de tafel gezeten met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het gesprek ging over de opvang van de psychiatrische patiënt met een acute somatische hulpvraag op de SEH. In de praktijk zijn er problemen bij de opvang van de acute psychiatrische patiënt in het ziekenhuis. In een aantal gevallen hebben deze problemen ertoe geleid, dat er onomkeerbare schade voor de patiënt is ontstaan, zelfs met de dood als gevolg. De inspectie brengt in mei dit jaar een rapport uit over de opvang van deze patiëntengroep in het ziekenhuis en geven ze aanbevelingen

voor verbetering. Vanuit de beroepsgroep hebben wij aangegeven waar de knelpunten op de SEH liggen.

In het kort hebben wij een aantal punten benoemd. Het eerste issue is dat patiënten relatief lang op de SEH blijven, omdat zij soms tussen specialismen heen en weer geschoven worden (voorkomen van opname), er zijn meerdere onderzoeken nodig en/of de beoordeling van de psychiater (waaronder bijvoorbeeld wilsbekwaamheid) loopt vertraging op. De lange opnameduur leidt tot meer risico's voor de patiënt en een verhoogde druk bij de verpleegkundigen en artsen. Tijdswinst is te halen door het strakker organiseren van het zorgproces.

De SEH is een open afdeling, waar potentiële zelfverwondingsmiddelen als desinfectans, jodium en/of bloeddrukmeterslangen voor het grijpen zijn. Lokale ervaringen bepalen welke beschermende maatregelen er getroffen worden (bijvoorbeeld het strippen van een kamer), bij aanmelding van een verwarde patiënt. De Psychiatrische Medische Unit biedt soelaas voor de onrust op de SEH, maar ook daar zijn de ruimten niet altijd berekend op acute psychiatrie.

SEH-medewerkers zijn (te) beperkt geschoold in psychiatrie, zowel wat betreft kennis als attitude. In het spanningsveld van bescherming van de patiënt (voorkomen voortijdig weglopen of brandstichting) en vrijheidsbeperking worden som onder druk praktische oplossingen toegepast, waarvan de vraag is in hoeverre deze geheel conform de wet zijn. Wat wel en niet mag is niet centraal vastgelegd. Verpleegkundig specialisten spelen een goede rol in de expertise ontwikkeling van collega's. Ook positief is de inzet van een psychiatrisch consultatieve dienst.

Andere knelpunten die we hebben benoemd zijn het ontbreken van landelijke protocollen en normen, 45% van de ziekenhuizen hebben het profiel acute psychiatrie, maar het is de vraag of ze daarvoor voldoende toegerust zijn. Ook zou de regionale samenwerking verbeterd kunnen worden. Als er meer nieuws is over dit onderwerp, komen we bij jullie terug.

Namens het bestuur: Frans de Voeght en Sivera Berben