

Verpleegkundige stage in het Ruijin Hospital te Shanghai: Shanghai verpleegkundige stage, een boeiende ervaring

Jasper van Dijk, SEH/IC Verpleegkundige Erasmus MC

Dennis den Hartog, Traumachirurg afdeling Traumatologie Erasmus MC

Sinds een aantal jaar bestaat er een samenwerkingsverband tussen het Erasmus MC/GHOR in Rotterdam en het Ruijin Hospital in Shanghai. Pioniers in dit samenwerkingsverband zijn traumachirurg Dennis den Hartog, werkzaam in het Erasmus MC, en Professor Lu Yiming, hoofd van de Emergency Department van het Ruijin Hospital. Deze samenwerking bestaat voornamelijk uit het uitwisselen van kennis en het opzetten van onderzoek door verschillende artsen van beide ziekenhuizen. Een Letter of Cooperation is door de VRR/GHOR en de afdeling Traumatologie/Trauma Centrum Zuidwest Nederland en de Emergency Department/Trauma Center van het Ruijin Hospital ondertekend.

Op onder andere de SEH van het Erasmus MC zijn twee artsen van het Ruijin Hospital te gast geweest. Onderdeel van deze stage was kennismaking met de traumaopvang en organisatie op de SEH in het Erasmus MC. Voor deze Chinese artsen was dit de eerste keer dat zij de opvang van slachtoffers volgens het ATLS protocol leerden kennen. In Nederland gebruiken we dit natuurlijk dagelijks in ons werk, maar in China staat het nog in de kinderschoenen. Tijdens deze periode is het enthousiasme onder de SEH-verpleegkundigen van het Erasmus MC ontstaan om te kunnen participeren in deze uitwisseling. Het is een unieke gelegenheid om de SEH van het Ruijin Hospital te leren kennen en ervaringen uit te wisselen met de Chinese verpleegkundigen. Na een korte introductie in het programma en het regelen van een visum zat ik in het vliegtuig richting China. Een prachtige kans om drie weken rond te kijken in een van de grootste ziekenhuizen van Shanghai.

De doelstelling voor de reis was deels een oriëntatie van de geneeskundige en verpleegkundige zorg in China. Met als specifiek aandachtspunt de haalbaarheid en de mogelijkheden om als verpleegkundige beroepsgroep een uitwisseling te organiseren met Shanghai in het kader van scholing, onderzoek en beroepsontwikkeling.

Op Pudong Airport, het vliegveld van Shanghai, stonden twee verpleegkundige gereed om mij op te halen voor vervoer naar het ziekenhuis. Toen ik mijzelf voorstelde, met een bordje met mijn naam erop, was hun eerst reactie; Je bent een man? In China is het beroep van verpleegkundige nog voornamelijk een vak dat door vrouwen wordt uitgeoefend. In de Emergency Department van het Ruijin Hospital werkt één mannelijke verpleegkundige. Bij de artsen is veel minder onderscheid tussen het geslacht, maar bij de verpleegkundige is de inhaalslag zoals die deels in Nederland is, zeker nog niet gemaakt.

De autorit van het vliegveld naar het ziekenhuis gaf gelijk al een goede indruk van Shanghai. Het is een dynamische wereldstad met heel veel inwoners, ongeveer 20 miljoen mensen. Shanghai is in voorbereiding om in 2010 gastheer te zijn voor de World Expo, daarbij waren de contouren van het Expo-terrein al goed te zien en heel de stad krijgt een opknapbeurt. De economische crisis lijkt hier nog geen grip te hebben op de bedrijvigheid van de stad Shanghai.

Ruijin Hospital is een modern ziekenhuis dat ligt in het centrum van Shanghai. Het is een verzameling van gebouwen waarin de verschillende departementen gehuisvest zijn. Deels vernieuwde en supermoderne gebouwen, andere gebouwen moeten gerenoveerd of staan op de nominatie om vervangen te worden. Ik heb een aantal verschillende departementen bezocht, maar het ging me voornamelijk om de Emergency Department (met SEH, verpleegafdelingen, resuscitatieafdeling, IC, en operatiekamers) en het brandwonden centrum. Totaal heeft het Ruijin Hospital 34 verschillende departementen met 1774 bedden en 3300 medewerkers.

Door middel van dit verslag wil ik een indruk geven van de gezondheidszorg in Shanghai. Dit is gebaseerd op de drie weken die ik in het Ruijin Hospital rond gekeken heb. Deze korte periode en de taalbarrière resulteren in een algemene eerste indruk, die mogelijk niet representatief is voor gezondheidszorg in Shanghai, laat staan voor de gezondheidszorg in geheel China.

Om niet te verdwalen in een ellenlange beschrijving van mijn verblijf wil ik een aantal anekdotes naar voren halen die veel indruk hebben gemaakt. Daarbij wil ik benadrukken dat de zorg van hoge kwaliteit is en de zorg in Nederland op vele fronten evenaart of soms zelfs overtreft.

Het bestrijden van pijn is in de Nederlandse gezondheidszorg erg belangrijk. Op de SEH is dit naast de ABCD opvang een van de eerste aandachtsgebieden waar interventies plaats vinden om de pijn te bestrijden. Met verbazing heb ik op de verschillende afdelingen in Shanghai geconstateerd dat er zelfs niets tot weinig gedaan wordt met de pijnbestrijding. Het antwoord op vragen met betrekking tot het volledig afwezig zijn van elke vorm van pijnstilling was schokkend. Pijn hoort bij ziek zijn, mensen zijn sterk genoeg om de pijn te verdragen. De voordelen van goede pijnbestrijding kent men niet of heeft er ieder geval geen aandacht voor. Hierbij twee voorbeelden; Een patiënt met 70% brandwonden die bij de verbandwissel mijns inziens duidelijk pijn had waarbij de arts aangeeft dat het niet nodig is om pijnstilling te geven. Het hoort bij zijn situatie en pijnstilling verandert daarin niets. Een polytrauma patiënt opgenomen op de IC met onder andere schedelbasis fractuur, commotio cerebri, ribfracturen, haematothorax met thorax drain was erg onrustig mogelijk op basis van onvoldoende pijnstilling. Adequate pijnmedicatie kan volgens onze westerse opvatting wellicht een stuk onrust, onnodig lijden en mogelijke complicaties (denk bijvoorbeeld aan minder goed doorademen door de pijn waardoor pulmonale problemen kunnen voordoen) voorkomen. Pijnbestrijding en de daarbij behorende protocollen zijn vrijwel volledig afwezig in de Chinese gezondheidszorg. Deels zal dit voortkomen uit de culturele en historische opvattingen met betrekking tot pijn, echter als westerling heeft dit mij ontzettend verbaasd. Een mogelijkheid voor gezamenlijk onderzoek zou een studie kunnen zijn die de complicaties en kwaliteit van leven vergelijkt bij patiënten met en zonder adequate pijnbestrijding in China en Nederland. Misschien door de andere pijnbeleving en cultuur in China zien we niet de voorspelde complicaties die we in Nederland kennen bij een inadequate pijnstilling? Toch begrijp ik ook van oudere collega's dat pijnbestrijding ook niet altijd een speerpunt is geweest van de zorg op bijvoorbeeld een SEH.

Een van de principes van de ATLS/TNCC is "do no further harm". Op de IC van de Emergency Department was het me al opgevallen dat er een aantal patiënten aan de beademing lagen met hoge dwarslaesie. De zorg voor wervelprotectie na trauma staat nog in de kinderschoenen geïllustreerd in de volgende casus. Daarmee wil ik niet zeggen dat een dwarslaesie altijd te voorkomen is, maar er is zeker ruimte voor verbetering in de zorg met betrekking tot de wervel immobilisatie. In Shanghai heb ik ook geregeld dat ik twee dagen mee kon met een ambulance. Op alle ritten gaan de toeters en bellen aan van de ambulance, ook als het geen spoedrit betreft, zoals bij een enkeldistorsie. Tijdens mijn meeloopstage op de ambulance kregen we een rit met onduidelijk overdracht wat voor letsel de patiënt zou hebben. We kwamen bij een bouwvakker die een stalen bak op zijn buik heeft gekregen. Bij aankomst ligt de man stil op de grond. Voorzover ik begrijp met een halve vertaling en de aanwezige hectiek heeft de man een zware ijzeren bak van een paar meter hoog op zijn buik gekregen. Zijn collega's hebben de bak verwijderd en de patiënt opgetild en ongeveer 20 meter verplaatst. Hij voelt zijn benen niet en kan deze ook niet bewegen, naast de pijn in zijn buik verder geen andere klachten. De voeten liggen gedraaid naar buiten en vertonen geen enkele reactie en geen spiertonus. De buik is drukpijnlijk, verdere controles zijn goed. Patiënt krijgt een infuus en wordt vervolgens zonder enige vorm van ruggenwervel bescherming op de brancard getild. Dit gebeurt vervolgens op een zelfde onbeschermd manier op de SEH waarbij onvoldoende aandacht lijkt te bestaan voor het mogelijk verergeren van het ruggenwervel letsel. Bij

navraag blijkt ook dat er in de ambulance geen materiaal is om mensen bij dit soort trauma te immobiliseren. De ambulance is verder redelijk goed uitgerust met een monitor, defibrillator, beademingsmachine, uitgebreide koffer met medicatie en verbandmiddelen. Echter geen materiaal om het wervelkanaal te beschermen. Er lijkt hier ruimte voor verbetering te bestaan in de vorm van wervelkolomprotectie door middel van een wervelplank met nekkraag om eventuele neurologische achteruitgang op basis van instabiele wervelfracturen zoveel mogelijk te beperken.

Een ander opvallend punt in de opvang van traumaslachtoffers is het principe van het 'gouden uur'. De prioriteit voor de administratie en de financiën lijken hoger te liggen dan direct starten met de medische zorg voor de patiënt. De bovengenoemde patiënt heeft meer dan een uur gewacht op het maken van de benodigde röntgen foto's en aanvullend onderzoek omdat er eerst betaald moest worden. De ambulance rekent eerst cash af en vervolgens wordt de benodigde medische zorg vooraf betaald. Zo ook bij een astma cardiale die we met de ambulance kwamen brengen. In huis treffen we een oudere zeer dyspnoeïsche patiënt aan met saturaties van in de 60%. Door middel van dezelfde interventies die wij in Nederland verrichten, hersteld deze patiënt aanzienlijk en komt op de SEH met saturaties van krap 90%. Echter de behandeling, met onder andere CPAP die we in de ambulance hebben gegeven, wordt tijdelijk onderbroken bij aankomst op de SEH vanwege administratieve handelingen waardoor de patiënt opnieuw saturatiedaling krijgt op de SEH. Voor zover ik kan volgen zijn de verpleegkundige en de arts in discussie met de familie over het geld en de administratieve rompslomp in plaats van de nodige zorg die deze patiënt nodig heeft. Op dit soort momenten had ik jeukende handen om aan het werk te gaan, maar ik moest in mijn achterhoofd houden dat ik te gast was. Er is een groot verschil tussen de manier van werken in Nederland en China op dit vlak. In Nederland is gelukkig bijna iedereen goed verzekerd en zal dit niet zorgen voor een delay in treatment. Echter in China wordt er niet behandeld voordat de familie akkoord gaat met de behandeling en de bij behorende kosten.

Er bestaat ook een verschil in zorg tussen de verschillende departementen van het Ruijin Hospital en de verschillende patiënten op de afdelingen. Dit verschil wordt bepaald door het type zorgstelsel en de bijbehorende financiering. De patiënten kunnen zich immers niet verzekeren voor ziektekosten en moeten alles zelf betalen. Er zijn klasse afdelingen met zorg die alleen betaald kan worden door de zeer welvarende Chinezen. Deze privat wards zijn meer luxe hotelkamers waar de patiënt alleen ligt met van alle luxe gemakken voorzien. De arme bevolking zal op de gewone afdelingen worden opgenomen met minder luxe en minder faciliteiten.

Een verpleegkundige in China werkt veel meer voor de arts en in opdracht van de arts, dan in samenwerking met of laat staan eigen initiatief. De rolverdeling, die wij kennen in Nederland, is minder hiërarchisch en laat meer ruimte voor behandeling door de verpleegkundige. Denk vooral aan de gespecialiseerde verpleegkundige. De rolverdeling in China is een stuk hiërarchischer. De dokter is nog echt de dokter en zo is de hoofdzuster ook nog echt de hoofdzuster.

In het Ruijin Hospital wordt voornamelijk op basis van de westerse geneeskunde zorg verleend aan de patiënten. Toch is er ook een departement van de traditionele Chinese geneeskunde waar door veel patiënten gebruik van gemaakt wordt. Hier worden ziekten behandeld met kruiden, acupunctuur, warmte therapie, vacuüm therapie, etc. Deels wordt deze traditionele geneeskunst geïntegreerd met de westerse geneeskunst, De toepassing van deze alternatieve geneeswijze binnen de Emergency Department is zeer beperkt.

Een van de meest unieke ervaringen die ik gehad heb tijdens mijn verblijf in Shanghai is het succesvol reanimeren van een vrouw op straat met de bemanning van de ambulance. Op de ambulance in China zitten 3 personen; een arts, een chauffeur/paramedic en een hulpje. Deze spraken alledrie vrijwel geen Engels en mijn chinees is nog slechter. Toch hebben we letterlijk met handen en voeten en met minimale communicatie er voor gezorgd dat we de reanimatie goed hebben kunnen uitvoeren en de patiënt met output en ritme naar de dichtsbijzijnde SEH hebben

kunnen brengen. Het was erg interessant om te zien hoe universeel een reanimatie protocol is en hoe wij, zonder elkaar te verstaan, min of meer precies wisten wat er moest gebeuren. Tijdens mijn verblijf heb ik, als gast, voornamelijk met de handen op de rug toegekeken, maar nu kon ik mijn mooie beroep als verpleegkundige uitvoeren met mijn Chinese collega's.

Op de SEH werd ik weer geconfronteerd met de administratieve handelingen, die de continuïteit van zorg in mijn ogen belemmerde. Op mijn aandringen kon ik de zorg voor deze patiënt continueren door ondertussen te balloneren met O₂ in plaats van buitenlucht. In Nederland worden out of hospital reanimatiepatiënten gekoeld, dit gebeurt in China ook. Er wordt een soort helm gevuld met ijs en die wordt dan aangebracht op het hoofd van de patiënt (zie foto).

Tijdens mijn verblijf was er ook een reanimatie wedstrijd tussen de verschillende afdelingen van de Emergency Department waarin duidelijk was dat reanimeren een universeel karakter heeft en vrijwel geen onderscheid maakt tussen de verschillende landen. Het is goed dat men oog heeft voor de training van het reanimatie protocol, want daar is net als bij ons voldoende behoefte aan.

Er zijn ook vele aspecten van zorg in Shanghai waar wij van kunnen leren. In Nederland is helaas tegenwoordig bewaking nodig op een SEH in verband met agressie en geweld. Mensen eisen hulp en wel gelijk, het moet allemaal snel met soms weinig begrip voor drukte op een SEH. In dat opzicht is het in China beter geregeld en veiliger voor het personeel. De familie zorgt nog echt voor de patiënt. Ze zorgen voor het ADL, eten en comfort bij de patiënt, halen de medicijnen op bij de apotheek, brengen de patiënt naar de röntgen. Patiënten liggen soms dagen op de SEH te wachten op een plaats in het ziekenhuis en de familie blijft gedurende deze hele periode bij de patiënt. Het gaat zelfs zo ver dat bij een CT van een onrustige patiënt, vier familieleden onbeschermd meegaan in de CT kamer om de patiënt vast te houden en te begeleiden. Maar toch de betrokkenheid en het geduld van de mensen is iets wat ik als zeer positief heb ervaren en daar zouden wij in Nederland nog wel wat van kunnen leren.

In de Chinese gezondheidszorg is er geen echte huisarts. Om dit op te vangen is er een zeer grote Outpatiënt Clinic, polikliniek, waar patiënten met hun gezondheidsklachten naar toe kunnen gaan. Dit is groots opgezet en ultramodern gebouw, dat zowel qua logistiek als qua inrichting op een grote luchthaven lijkt. De 7000 patiënten, die per dag deze 26 verdiepingen tellende polikliniek bezoeken worden via flatscreens en roltrappen naar hun behandelend arts verwezen. Er kan geen afspraak gemaakt worden. Elke ochtend staat er een rij met patiënten die de van te voren vast gestelde bezoeken bij de verschillende specialisten willen bemachtigen. Er kan gekozen worden tussen een algemeen specialist of een extra deskundige op een bepaald gebied, met de daarbij behorende extra kosten. Deze Outpatiënt Clinic is een zeer goed opgezet en dynamisch bedrijf binnen de Chinese gezondheidszorg.

Ter afsluiting van mijn werkbezoek heb ik een presentatie gegeven voor de artsen en verpleegkundigen van de Emergency Department. Hierin heb ik onder andere teruggekeken op mijn stage in het Ruijin Hospital en mijn ervaringen gedeeld met mijn Chinese collega's. In de presentatie heb ik de basis beginselen van de ATLS/TNCC uiteen gezet en het advies gegeven betreffende de mogelijkheden van scholing in de ATLS/TNCC. Mogelijk kan een van mijn TNCC instructeurs geschoolde collega naar Shanghai om daar les te geven. Onderzoek naar het verschil van pijn management, de behandeling van brandwonden slachtoffers, uitwisselen van protocollen, kennis en kunde zijn onderwerpen van een mogelijk samenwerkingsverband op verpleegkundig niveau.