



2 Ontruiming VUmc een [omgekeerde ramp](#)

4 [Fusie](#) Zuwe Hofpoort en Antonius

4 Bizar ongeluk op A28 zorgt voor [dilemma's](#) bij hulpverleners

5 De nieuwe Hoogstraat: [revalideren in een huiselijke omgeving](#)

Ontruiming VUmc: een omgekeerde ramp

Op dinsdag 8 september knapte om 7.15 uur een hoofdwaterleiding net buiten het terrein van het VU Medisch Centrum in Amsterdam. Vijftien miljoen liter water lekte weg. De infrastructuur van het ziekenhuis – in de volksmond ketelhuis genoemd – kwam onder water te staan en het ziekenhuis moest dicht. “Hier waren we niet op voorbereid.”

“We zijn best wel wat gewend in het VUmc”, zegt traumachirurg dr. Frank Bloemers. “Volendam, Turkish Airlines. We dachten dat we het goed voor elkaar hadden als mensen van buiten naar het ziekenhuis komen. Maar dit was een omgekeerde ramp. Het gebeurt buiten je ziekenhuis. Dan heb je het niet zelf in de hand.”

© Foto: VUmc



Rijen ambulances stonden klaar om patiënten naar het Calamiteitenhospitaal te vervoeren.

EVACUATIE

Om 10.00 uur werd besloten alle 320 patiënten te evacueren. Maar waar moesten ze naar toe? “Dokters gingen zelf bellen om patiënten uit te plaatsen. Dat werd een zootje.” Omliggende ziekenhuizen waren bereid een aantal patiënten op te nemen. “Maar je legt wel de stad vast. En we hebben soms al SEH-stops.” Daarom werden alle chirurgische patiënten ondergebracht in het Calamiteitenhospitaal. “Zo hebben we lucht gehouden in de stad.”

RUST

VU-personeel ging met de patiënten mee naar het Calamiteitenhospitaal. “Het was even wennen in het begin, maar ook heel leerzaam. Het was fijn dat alle patiënten bij elkaar waren. Dat geeft rust. En patiënten vonden het fijn hun eigen dokter te zien.” Bloemers is blij dat zijn patiënten in het Calamiteitenhospitaal terecht konden. “Het is zo’n unieke voorziening. Die zou veel vaker gebruikt moeten worden.” (MvV)

Een geolied geheel

In dichte mist verongelukt een vrachtwagen met fenol op de A15. De vrachtwagen kantelt en de fenol lekt op het wegdek. Een grote kettingbotsing met 50 auto's levert volgens een eerste inschatting 60 slachtoffers op die mogelijk in aanraking zijn gekomen met de fenol. Het Calamiteitenhospitaal gaat open en het scenario 'chemisch tot 100 slachtoffers' wordt opgestart.

Zo begon de grote rampoefening op zaterdag 7 november jl. Enerzijds werd beoefend hoe het primaire proces van een openstelling van het Calamiteitenhospitaal verloopt. Daarnaast was er dit jaar extra aandacht voor de logistieke processen in de breedste zin van het woord.

EVALUATIE

De oefenleiding kijkt terug op een leerzame oefening. “We hebben een nieuwe opstelling van de bedden in de gele en rode sluis getest”, vertelt Jan Veneklaas, opleider Calamiteitenhospitaal. “Door alle bedden naast elkaar te zetten, hadden de zorgverleners een beter overzicht en konden ze sneller werken.” Ook positief was de test met het nieuwe bevoorradingsstelsel. “Werken met mobiele voorraadkarren betekent echt een stap vooruit: altijd voldoende voorraad bij het bed.” De samenwerking met Defensie, die dit jaar met een grotere groep dan normaal meedeed, is goed bevallen. “Van beide kanten. Misschien kunnen we dit in de toekomst een structureel karakter geven.” (MvV)

Nieuwe werkwijze voor Groot-schalige Geneeskundige Bijstand

Als op maandag 4 januari 2016 om 12.00 uur de sirenes loeien, treedt een nieuwe werkwijze voor geneeskundige hulpverlening bij grote incidenten in werking. Vanaf dan wordt overal in Nederland gewerkt volgens het bijstandsmodel Groot-schalige Geneeskundige Bijstand (GGB) en is de Geneeskundige Combinatie (GNK-C) geschiedenis.

Veranderingen in de zorg en de wet- en regelgeving maakten een nieuwe werkwijze noodzakelijk. Daarnaast kwam het einde van de technische levensduur van het GNK-C materieel en materiaal (voertuigen en voorraadcontainer) in zicht. Dit bood de kans om de wijze van grootschalige bijstand te moderniseren. "We werkten van scratch af aan: wat heb je nodig bij een grote groep slachtoffers?", aldus Joost Bernsen, directeur Publieke Gezondheid regio Hollands Midden en voorzitter van de landelijke stuurgroep GGB.

WAT REGELT GGB?

Het GGB-model zorgt tijdens crisissituaties voor een grotere slagkracht van de geneeskundige hulpverlening op het ramp-terrein. Het model maakt daarbij optimaal gebruik van bestaande hulp- en zorgcapaciteit en sluit zo dicht mogelijk aan op de dagelijkse hulpverlening die door ambulancediensten en traumateams wordt geleverd. In het GGB-model werken de RAV's, het Nederlandse Rode Kruis (NRK), het Instituut Fysieke Veiligheid (IVF) en de GHOR nauw samen. De RAV is verantwoordelijk voor de organisatie van de opgeschaalde ambulancezorg, het Rode Kruis voor de organisatie van vrijwilligers bij het verzamelen en verzorgen van lichtgewonden en het IVF voor de steunpunten met extra materiaal en middelen. De GHOR zorgt voor de coördinatie en regie binnen het GGB-model.

"Door GGB is een slachtoffer sneller in het ziekenhuis", zegt Arjan Bruintjes, verpleegkundig specialist Acute Zorg in opleiding bij de RAVU. Maar zijn de ziekenhuizen wel snel genoeg paraat en voorbereid op grote groepen slachtoffers? Dat zal de praktijk uitwijzen. (MvV)

"Graag snel nieuw Kwaliteitskader Spoedzorg"

© Foto: Bernadette Tielen, Det's Photography



Op 25 november jl. werd in Zeist het vijftiende nationale spoedzorgcongres gehouden.

Tijdens het congres deed Els van der Wilden, hoofd afdeling medisch specialistische zorg bij de IGZ, een dringende oproep snel te komen met een nieuw Kwaliteitskader Spoedzorg. "De IGZ vraagt al jaren aandacht voor de spoedzorg. Het huidige Kwaliteitskader Spoedzorg dateert uit 2009. We moeten dus nu toetsen op normen uit 2009. Terwijl we met elkaar vinden dat die normen niet goed zijn omdat we weten dat de wereld veranderd is. Het is nu 2015. Dus graag nieuwe normen. En snel!" (MvV)

Nieuwe voorzitter ROAZ

Het ROAZ heeft een nieuwe voorzitter: **Prof. dr. Margriet Schneider**. Zij neemt het over van **Jan Kimpen**, die deze functie in het ROAZ de afgelopen drie jaar vervulde. **Mevrouw Schneider volgde de heer Kimpen 1 november jl. op als voorzitter van het UMC Utrecht.**

Het UMC Utrecht heeft als traumacentrum de taak om het ROAZ te initiëren en verzorgt de invulling van het voorzitterschap. In februari is de eerstvolgende ROAZ-bijeenkomst.

© Foto: UMC Utrecht



TRAUMAZORGNETWERK

Fusie Zuwe Hofpoort en Antonius

De bestuurlijke fusie tussen het **St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein** en het **Zuwe Hofpoort Ziekenhuis Woerden** is een feit.

© Foto: Thinkstock



Na de goedkeuring van de Nederlandse Zorgautoriteit op 7 oktober jl. vond op maandag 12 oktober 2015 de bestuurlijke fusie plaats. De stichting Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en de stichting St. Antonius Ziekenhuis worden bestuurd door één Raad van Toezicht en één Raad van Bestuur.

Door de bestuurlijke fusie kunnen beide ziekenhuizen de kwaliteit, continuïteit en specialistische zorg voor patiënten uit de regio verder verbeteren. Begin 2016 volgt de juridische fusie, waarbij beide organisaties in elkaar opgaan.

Nieuwe voorzitter Diakonessenhuis

John Taks (1960) is per **15 december 2015 benoemd als voorzitter van de Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis.**

Taks volgt interim voorzitter Arie van Alphen op, die zijn tijdelijke functie op 15 december neerlegt. Nu is Taks lid Raad van Bestuur van het Albert Schweitzer-ziekenhuis in Dordrecht. Daarvoor was hij lid van de Raad van Bestuur van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden en bekleedde hij

managementfuncties in het Franciscusziekenhuis Roosendaal en het UMC Utrecht. Naast Taks wordt een nieuw lid van de Raad van Bestuur geworven met bedrijfsvoering als aandachtsgebied. Zodra die benoeming een feit is, is de Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis compleet.

© Foto: Frederike Roozen



Bizar ongeluk op A28 zorgt voor dilemma's bij hulpverleners

© Foto: VRU



Op 15 april 2014 komt een bestelbus op de A28 bij Zeist door onbekende oorzaak op zijn kant op de vangrail terecht. De bus schuift zo'n honderd meter door over de vangrail en komt tot stilstand tegen een lantaarnpaal, waarbij de cabine zich om de lantaarnpaal vouwt. De hulpdiensten zijn uren bezig de beknelde slachtoffers uit het wrak te halen. Tijdens de ketenavond op 29 september vertelden zij over de dilemma's in deze bijzondere casus.

De chaos op de plaats van het ongeval was groot. Zelfs de meest ervaren hulpverleners hadden "nog nooit zoiets meegemaakt". Er werd direct groot opgeschaald met vier ambulances, twee MMT's, politie en meerdere hulpverleningsvoertuigen van de brandweer.

BENARDE POSITIE

Het was duidelijk dat het eerste slachtoffer snel de bus uit moest. Door de positie waarin hij bekneld lag, dreigde hij te stikken. Maar een snelle bevrijding was technisch gezien niet mogelijk. Om veilig te kunnen werken, moest het voertuig eerst gestabiliseerd worden. Intussen communiceerde het slachtoffer niet meer. Wat te doen? Intussen drong de tijd voor het tweede slachtoffer. 1 uur en 27 minuten na het ongeval werd het eerste slachtoffer bevrijd en door de MMT-arts naar het UMC Utrecht gebracht. Na zes weken IC-opname is het slachtoffer met een complete dwarslaesie voor revalidatie overgebracht naar de Hoogstraat.

BIJNA VIJF UUR BEKNELD

Het tweede slachtoffer was alert en aanspreekbaar, maar zat bekneld en was niet zichtbaar voor de hulpverleners. Om hem te bevrijden, moest de brandweer flink improviseren. Iedere ingreep aan de bestelbus had consequenties voor de stabiliteit en dus voor de veiligheid van slachtoffer en hulpverleners. Uiteindelijk werd het tweede slachtoffer 4 uur en 36 minuten na het ongeval bevrijd. Hij werd met een gecompliceerd femurfractuur links opgenomen in het UMC Utrecht waar hij twee weken verbleef.

WERKEN ONDER HOOGSPANNING

De samenwerking tussen de hulpverleningsdiensten verliep goed. Iedere tien minuten was er afstemming om de stand van zaken op te maken: hoe is het met de slachtoffers? Wat is de volgende actie? De lange duur van de inzet zorgde wel voor een geheel nieuw dilemma: is het wel verantwoord om op zo'n warme dag vijf uur lang onder hoogspanning te werken? Medisch personeel was in ruime mate aanwezig. Zij wisselden elkaar iedere twintig minuten af. Ook voor de brandweermannen stond aflossing klaar. Maar iedereen die aangaf dat hij nog door kon gaan, mocht doorgaan. De commandant hield iedereen goed in de gaten en had ingegrepen als het nodig was. "Maar", zo vertelde hij "brandweermannen willen een klus afmaken. De slachtoffers niet kunnen bevrijden, voelt als falen. Ik ben blij dat mijn mensen dat gevoel bespaard is gebleven." (MvV)

Man en Paard: Kwade Droes op de paardenmarkt in Vianen

Het ontwikkelen van een samenhangende en regionale structuur voor de bestrijding van zoönosen. Met dat doel organiseerde het Kennisnetwerk Zoönosen Midden-Nederland op woensdag 28 oktober jl. in het Provinciehuis in Utrecht de oefening Man en Paard, waarbij zowel mensen als paarden besmet waren met Kwade Droes, een zeer ernstig verloopende infectieziekte.

Uitbraken van zoönosen en toenemende antimicrobiële resistentie leidden in Nederland tot het besef dat de humane en veterinaire gezondheidszorg meer en beter met elkaar moesten samenwerken om uitbraken van zoönosen sneller het hoofd te kunnen bieden. Het KZMN werkt aan het versterken van bestaande regionale structuren. Hoe werken die structuren samen bij een uitbraak van een zoönose?

wezige burgemeester bleek dat lastig. Partijen overlegden intern en met elkaar, maar de informatie bereikte de burgemeester niet snel genoeg. Terwijl die leiding moest geven aan de bestrijding van de uitbraak. Ook lokale huisartsen en dierenartsen ontbeerden in een vroeg stadium goede informatie om adequaat te kunnen handelen en hun patiënten te kunnen informeren.

REGIONAAL TEAM

Het ad-hoc ingestelde regionaal overleg zorgde ervoor dat alle betrokkenen op hetzelfde moment dezelfde informatie hadden en van elkaar wisten waar iedereen mee bezig was. Zo kreeg de burgemeester weer grip op de crisis. Een regionale structuur blijkt dus een belangrijke meerwaarde te hebben bij het bestrijden van een zoönose. Niet als parallelle structuur naast de landelijke, maar aanvullend.

KNELPUNTEN

De oefening bracht echter ook knelpunten aan het licht: een extra structuur betekent meer overlegmomenten. Maar er moet ook nog gewerkt worden. En waar huisartsen inmiddels een eigen crisisorganisatie hebben, zijn dierenartsen nog lang niet zo ver. Er is dus nog een wereld te winnen. (MvV)

GOEDE INFORMATIE CRUCIAAL

Alle partijen die daarbij een rol spelen, waren in het Provinciehuis aanwezig om dat uit te zoeken. Geconfronteerd met eerste signalen deed ieder wat op dat moment van hem verwacht werd: uitzoeken wat er aan de hand was. Voor de aan-



© Foto: Jan Jelrik Oosterheert

Het ad-hoc ingestelde regionaal overleg zorgde ervoor dat de burgemeester weer grip op de crisis kreeg.

Uit de traumaregistratie Midden-Nederland 2014

Wervelfracturen

336 Traumapatiënten werden opgevangen met ten minste één wervelfractuur.

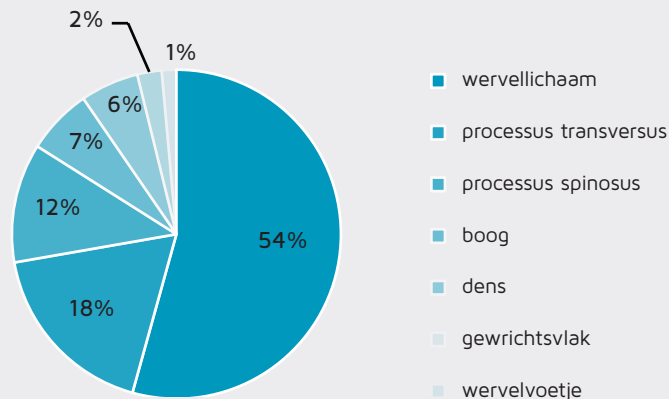
Dat is **6%** van alle traumapatiënten. (Fracturen van het heiligbeen en het stuitje staan geregistreerd in de regio onderste extremiteiten en zijn niet meegerekend.)

30% van de patiënten met een wervelfractuur heeft ook neurologisch letsel.

40% was *ernstig gewond* (ISS \geq 16).

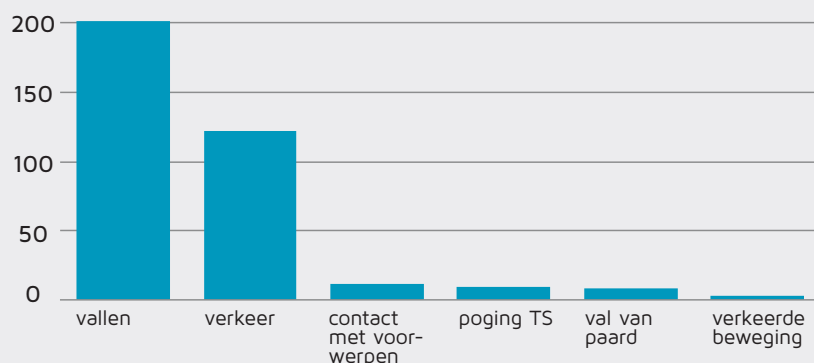


Locatie fractuur



21% van alle *nekwervelfracturen* is een densfractuur.

Oorzaak wervelfracturen



61% van alle vallen zijn *hoog-energetisch*.

Jaarbeeld Traumazorg Midden-Nederland 2014

In december verschijnt het Jaarbeeld Traumazorg Midden-Nederland 2014. Dit verslag geeft een overzicht van gegevens uit de traumaregistratie van onze regio. Een digitale versie staat op onze website: www.traumazorgnetwerkmn.nl.

Landelijke OTO-ontwikkelingen

De regionale OTO-projectleiders overleggen regelmatig met elkaar. Naast het delen van ervaringen kijken ze ook naar de toekomst.



Er zijn verschillende werkgroepen ingesteld. De projectleider van Midden-Nederland participeert in de werkgroep Lange termijn visie OTO. De werkgroep inventariseerde allereerst de huidige stand van zaken en concludeerde dat op drie aspecten verbetering mogelijk is:

- Kennisdeling: hoe delen de regio's hun kennis?
 - Efficiënt inzetten van OTO-gelden: de regio's gaan niet allemaal op dezelfde manier om met subsidieaanvragen. Wat wordt in de ene regio wel toegestaan en in de andere niet? Op basis waarvan nemen de regio's deze beslissing? En mogen regio's mensen/experts uit hun eigen of andere regio's inhuren om trainingen en opleidingen te verzorgen of mogen die alleen ingekocht worden via officiële instanties?
 - Effectief inzetten van OTO-gelden: leveren de gefinancierde trainingen en projecten wel op wat de bedoeling was?
- De werkgroep stelt richtlijnen op die volgend jaar door alle regio's gehanteerd gaan worden.

OTO-meerjarenbeleidsplan

De uitkomsten van de OTO werkconferentie en het 'Eindrapport mate van voorbereidheid' zijn gecombineerd met de bestuurlijke rapportage GHOR van 2015. Hiermee is het OTO-meerjarenbeleidsplan voor onze regio gemaakt. Voor 2016-2020 levert dit de volgende speerpunten op.



EEN STERKERE KETEN

In alle aspecten van OTO moet samenwerking binnen de keten de belangrijkste drijfveer zijn.

EEN EFFECTIEF COMMUNICERENDE KETEN

De komende jaren wordt gewerkt aan het verbeteren

van effectieve communicatie tussen de ketenpartners.

MEER AANDACHT VOOR PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG

Onze regio wil ruim aandacht besteden aan het proces publieke gezondheidszorg en de daarmee samenhangende

incidenten, zoals infectieziekten.

DE KETEN IS INTEGRAAL VOORBEREID

Juist de incidenten binnen onze eigen muren blijken de grootste risico's met zich mee te brengen. Dergelijke incidenten vragen om meer aandacht in de voorbereiding daarop.

Het meerjarenbeleidsplan is besproken in de focusgroep Crisisbeheersing & OTO en zal ter goedkeuring aan het bestuurlijk ROAZ aangeboden worden.

(NR)

De nieuwe Hoogstraat: revalideren in een huiselijke omgeving

Na een verbouwing van anderhalf jaar is De Hoogstraat Revalidatie weer terug op het vertrouwde adres aan de Rembrandkade in Utrecht. Het gebouw is licht en vriendelijk geworden. Vooral de faciliteiten voor klinische patiënten zijn verbeterd. Zij hebben nu de beschikking over ruime 1- en 2-persoonskamers met veel privacy en comfort. "Het is huiselijk en warm. Het lijkt niet meer op het oude revalidatiecentrum."

© Foto: Marlène van Vijfeijken



Steven Berdenis van Berlekom

"De verbouwing was hard nodig", zegt Steven Berdenis van Berlekom, directeur Zorg en Innovatie. "Het oude gebouw voldeed niet meer aan de eisen van deze tijd. Patiënten lagen met z'n drieën of vieren op een kamer. Douche en toilet waren op de gang. Dat kon echt niet meer." Alle klinische patiënten hebben nu een eigen badkamer en wc. In een testomgeving onderzochten ergotherapeuten, verpleegkundigen en patiënten wat de meest optimale indeling was. Het resultaat is

een kamer waar de revalidant goed uit de voeten kan en waar het personeel optimaal zorg kan bieden.

VERTROUWENSBAND

Hoewel verpleegkundigen blij zijn met het nieuwe gebouw, is het voor hen wel even wennen. Door de 1- en 2-persoonskamers missen zij soms nog overzicht. "Vroeger hadden ze vier patiënten op één kamer. Nu moeten ze vier kamers binnenlopen. Door de toegenomen privacy wordt de vertrouwensband

met de patiënt beter. Maar het betekent ook veel extra lopen. Verpleegkundigen moeten daar nog een beetje hun weg in vinden. Dat aspect was van tevoren lastig uit te testen."

Ook revalidanten zijn blij. "Het is zo'n verschil met vroeger", zegt oud-revalidant Theo Eerkens. "Deze omgeving geeft ons revalidanten de ruimte om weer op te krabbelen en een nieuwe plek te vinden in de maatschappij."

(MvV)

Nieuwe cao ambulancepersoneel

Na maandenlang actievoeren is er een principeakkoord bereikt voor een nieuwe cao voor ambulancepersoneel. Ambulancemedewerkers gaan er in koopkracht 7,5 procent op vooruit, kunnen na hun 57e niet meer verplicht worden om nachtdiensten te draaien en er komen meer vaste banen.

Ook wordt de onregelmatigheidstoeslag doorbetaald tijdens vakanties. Dit was één van de grote struikelblokken tijdens de onderhandelingen. De vakbond is tevreden. "Voor het ambulancepersoneel hebben we nu grotendeels dezelfde afspraken kunnen maken die voor het personeel in ziekenhuizen al golden."

De nieuwe cao geldt met terugwerkende kracht van 1 januari 2015 tot en met 2018.

Versterkingsprogramma Communicatie

In 2014 werd het versterkingsprogramma Risico- en Crisiscommunicatie uitgevoerd. Na evaluatie bleek er behoefte aan een vervolg.

Het nieuwe programma startte op 12 november met een training voor communicatieadviseurs en persvoorlichters. In tegenstelling tot vorig jaar, ligt dit jaar de nadruk op korte oefeningen in kleine groepen. De deelnemers zijn zeer enthousiast over deze nieuwe aanpak. In december volgt nog een oefening voor dezelfde doelgroep. De deelnemers van vorig jaar zijn hierover al geïnformeerd.

Wilt u ook deelnemen? Neem dan contact op met Marlous Verheul: m.l.m.verheul@umcutrecht.nl.

"Zo ingeburgerd dat het gewoon is"

Verloskunde is acute zorg met veel (mondelijke) overdrachtsmomenten. Iedere overdracht is een risicofactor voor de veiligheid van de patiënt. Bij een emotioneel aangrijpende gebeurtenis als een bevalling kan een slechte overdracht grote gevolgen hebben.

Om de zorg te verbeteren, werd in 2010 de SBAR-training voor verloskundigen opgezet. De SBAR is een overdrachtsmethode die effectieve communicatie bewerkstelligt. Met OTO-gelden is de SBAR geïmplementeerd in de hele verloskundige keten in de regio Midden-Nederland. "Gebruik van de SBAR is inmiddels zo ingeburgerd dat het gewoon is", zegt verloskundige Nadine Verduin. Daarom doet iedere verloskundig samenwerkingsverband in 2016 mee aan een pilot CRM (Crisis Resource Management)-training. Na evaluatie wordt bekeken of de training wordt aangeboden aan alle verloskundigen in de regio.

Agenda

JANUARI

14 januari
Symposium BRMO,
Soesterberg

19 januari
Kerngroep ROAZ

21 januari
Focusgroep Crisis-
beheersing & OTO

FEBRUARI

16 februari
Bestuurlijk ROAZ

MAART

3 maart
HMIMS,
Calamiteitenhospitaal

24 maart
Focusgroep
Crisisbeheersing &
OTO

Ketenpartners



Diakonessenhuis



Colofon

Redactie

Daniëlle van Boxtel
Natasja Rabouw
Marlène van Vijfeijken

Met medewerking van
Stasja Aspers

Ontwerp en opmaak

Multimedia, Marketing & communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

ZuidamUithof Drukkerijen

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

SEH-ARTS ROY PIGGE

Doen wat het beste is voor de patiënt

Roy Pigge werkt sinds april als SEH-arts in het Diakonessenhuis. Het is zijn eerste baan als specialist. Tijdens zijn coschappen kwam hij er achter dat hij het liefst op de SEH wilde werken: "Daar komt alles samen. Het is heel dynamisch en je werkt met veel verschillende specialismen. De opvang van een zieke patiënt doe je met een team. Het vraagt om nauw samenwerken en dat vind ik leuk." Het vak van arts past erg bij hem. "Ik wil te allen tijden iemand kunnen helpen. Als iemand op straat neervalt, wil ik écht iets kunnen doen en van meerwaarde zijn. En dat is wat dokter zijn voor mij betekent."

Roy ervaart zijn werk als afwisselend. "Het ene moment handel je iemand met een bloedneus of gebroken teen en het andere moment sta je een reanimatie te doen of een patiënt in shock op te vangen. Soms is het stressvol. Je kan meerdere patiënten tegelijk moeten helpen, terwijl je de supervisie hebt over vele anderen. Je moet dan goed hoofd- en bijzaken van elkaar onderscheiden en prioriteiten stellen." Als arts op de SEH vervolg je de patiënt niet altijd nadat je hem hebt opgevangen. Roy: "Ik vind dat niet erg. Wij zien mensen maar kort en trekken alles uit de kast om ze te helpen. Daarna nemen anderen de zorg over." Een SEH-arts ziet niet alle patiënten zelf. "We besluiten bij de poort of wij de patiënt zelf behandelen of samen met een andere specialist. Of dat de patiënt direct door een ander specialisme wordt opgevangen."

MENSENDOKTER

Roy vindt de omgang met patiënten belangrijk. "Je moet absoluut een mensendokter zijn. Je hebt continu met mensen te maken." Daarom vindt hij het fijn dat hij als SEH-arts extra tijd vrij kan maken voor patiënten. "Ik kan als het nodig is langer bij mensen gaan zitten, met ze in gesprek zijn en uitleg geven. Dat hoort bij goede zorg."

Bijzonder zijn gesprekken rond het levenseinde. Ook dat is onderdeel van het werk op de SEH. "Soms kom je met de patiënt en zijn naasten tot de conclusie dat het eigenlijk mooi geweest is zo, of is de situatie zo ernstig dat het niet langer meer gaat. Gezamenlijk besluit je om niet meer verder te behandelen. Dat zijn heel moeilijke gesprekken, maar als je die met de patiënt en zijn familie kan doen en je komt daar samen goed uit, dan doet dat wat met je. Ook dat is doen wat



© Foto: Santana Hennes

het beste is voor de patiënt. Daar heb ik af en toe nog steeds kippenvet van wanneer ik aan het bed sta van een patiënt."

OMGEVING PATIËNT

Medewerkers op de SEH moeten zich bewust zijn van de situatie waar de patiënt uit komt. "Als een vrouw haar heup breekt en zij blijkt mantelzorger te zijn voor haar man, dan moet er voor hem ook hulp geregeld worden. Ook daar ligt voor ons een rol." En op de SEH heb je te maken met de naasten die mee naar het ziekenhuis komen. Voor hen is het spannend. "Er is vaak veel emotie. Verdriet, boosheid, angst. Soms is dat best heftig. Ik bedenk dan wat er speelt en wat ik voor die patiënt en familie kan betekenen." Tijd nemen vindt Roy op zo'n moment het allerbelangrijkst. "Vijf minuten extra kunnen zo waardevol zijn. Je helpt als mens een ander mens. Je bent niet alleen maar dokter."

MEERWAARDE

Het contact met de mensen op de SEH maakt het werk extra speciaal. "Je ziet verdriet, je ziet blijdschap. Je komt soms in een heel intieme zone van de patiënt en zijn familie. Dat vind ik bijzonder als dokter: dat mensen die emoties met jou delen." Sommige situaties raken hem persoonlijk. "Bijvoorbeeld reanimaties bij jonge mensen. De reanimatie op zich heeft niet zoveel impact. Daar leer je mee omgaan. Maar dan komt de familie binnen en wordt het menselijk en emotioneel: dat zou mijn familie kunnen zijn. Dat vind ik moeilijk. Het troost mij op zulke momenten dat ik in mijn werk iets voor mensen kan betekenen. Dat ik van meerwaarde kan zijn. Dat is waarom ik dokter ben." (DvB)