



2

Margriet Schneider over acute zorg en het ROAZ

4

Medical Response to Major Incidents

5

Kwaliteit van onderzoek in de regio verbeteren

6

Ketenavond over cervicale wervelfracturen

Margriet Schneider over acute zorg en het ROAZ

Sinds november jl. is Margriet Schneider voorzitter van het UMC Utrecht en daarmee ook voorzitter van het ROAZ. Hoe denkt zij over de acute zorg en het ROAZ?



Wat is jouw visie op de organisatie van de acute zorg in het algemeen?

“Dat die voor de patiënt zo dichtbij als mogelijk beschikbaar is, altijd toegankelijk en altijd van hetzelfde hoge niveau. Het grootste deel van de acute zorg wil je dicht bij de patiënt organiseren, maar soms moet deze toch verder reizen om uiteindelijk beter af te zijn. Sommige spoedeisende problemen vragen om gespecialiseerde multidisciplinaire zorg. Als die problemen weinig voorkomen, dan moet je die zorg op enkele locaties concentreren. Dat is niet nieuw, maar we moeten het wel goed organiseren, in goed overleg, en daarbij rekening houden met de specifieke regionale kenmerken.”

Wat betekent dat voor de ketenpartners in de regio Midden-Nederland?

“Iedereen moet zich afvragen welke bijdrage hij kan leveren, en welke niet. Dat moeten we zichtbaar maken en goed met elkaar bespreken. Dat gesprek leidt er mogelijk toe dat je bepaalde zorg op bepaalde locaties niet meer verleent, of dat je dat juist meer moet gaan doen om beter te worden.”

En wat merkt de patiënt daarvan?

"Dat niet alle ziekenhuizen alle vormen van acute zorg verlenen. Het kan daardoor voorkomen dat de patiënt verwezen wordt naar een ander ziekenhuis dan hij of zij gewend is. Maar daar is de zorg voor die specifieke aandoening dan wel beter."

Welke bijdrage kan het ROAZ hieraan leveren?

"Het ROAZ is in het leven geroepen om de acute zorgketens in de regio te verbeteren. Het bestuurlijk ROAZ kan hier een bijdrage aan leveren door goed, open en transparant overleg over de kwaliteit van de acute zorg. En door waar nodig afspraken te maken over de organisatie in de regio."

In het bestuurlijk ROAZ vertegenwoordigen de leden de belangen van hun eigen organisatie. Jij bent zowel voorzitter van het bestuurlijk ROAZ als van het UMC Utrecht. Is dat niet een lastige combinatie?

"Nee, want het gaat in het ROAZ niet om de belangen van de eigen organisatie maar om die van de patiënt met een

acute zorgvraag. Het is prima als iedereen de belangen van zijn eigen organisatie kent, maar uiteindelijk gaat het er om dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek de juiste zorg krijgt. Dat geldt niet alleen voor vitaal bedreigde patiënten met ernstig ongevalsletsel of patiënten met een gebroken heup. Voor hen is de zorg in onze regio uitstekend geregeld. Het geldt ook voor de kwetsbare oudere. Of de patiënt die misschien een beroerte heeft. Lukt het ons om snel op de juiste plek de juiste behandeling te starten? Direct vanaf de eerste symptomen moet het hele zorgtraject ingericht zijn om die patiënt snel en efficiënt te begeleiden en te behandelen. Dat gaat over de grenzen van de eigen organisatie heen. Dat onderschrijven bestuurders van alle betrokken organisaties in het ROAZ." (LVS)

ROAZ

ROAZ 2016

In februari was de eerste ROAZ-bijeenkomst van 2016. Met enkele nieuwe gezichten en onderwerpen die de regio de komende tijd aangaan.

Door enkele bestuurswijzigingen bij instellingen in de regio zijn er in 2016 enkele nieuwe ROAZ-vertegenwoordigers: John Taks (Diakonessenhuis), René van Dijk (Meander MC) en Margriet Schneider (UMC Utrecht, voorzitter ROAZ). Nicolette Rigter is benoemd tot Directeur Publieke Gezondheid. Zij volgt Peter Bos per 1 mei op.

Op 16 februari jl. vond de ROAZ-bijeenkomst plaats. Tijdens dit overleg spraken de bestuurders onder andere over een vast te stellen missie van het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland. Hierin staat de patiënt centraal. Deze moet altijd – ook in het geval van crises en rampen – de juiste zorg krijgen in onze regio. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt met een acute zorgvraag is het uitgangspunt voor de missie en visie. Andere onderwerpen die aan bod kwamen: de implementatie van de kwaliteitsindicatoren voor de spoedzorg, ontwikkelingen van de Landelijke Meldkamer Organisatie en het Calamiteitenhospitaal. Het meerjarenbeleidsplan OTO 2016-2020 is vastgesteld. (DvB)



Nieuw registratiesysteem: Jedox

De datamanagers van het traumazorgnetwerk gebruiken sinds december jl. een nieuw systeem voor de invoer van de traumaregistratie: Jedox. Het nieuwe systeem is gebruiksvriendelijker dan het oude. De regionale traumadata zijn overzichtelijk in te voeren en goed in te zien.

Met Jedox is het een stuk makkelijker dan voorheen om rapportages te maken. Dit geeft de mogelijkheid om de ziekenhuizen in de toekomst periodieke verslagen van hun traumagegevens te geven.



CRISISBEHEERSING EN OTO

Medical Response to Major Incidents

© Foto Mark Haverkort



Deelnemers aan de slag tijdens de MRMI cursus in Noorwegen

Medische hulpverlening bij grote incidenten bestaat uit verschillende onderdelen. Deze moeten samen geoefend worden.

23-25 juni a.s. is de MRMI cursus in het Calamiteitenhospitaal. Hier wordt de hele keten van rampenopvang gesimuleerd. De methode kan gebruikt worden voor training en evaluatie binnen iedere organisatie en structuur en is daardoor breed toepasbaar.

De cursus bestaat uit twee delen:
- Lezingen en praktische trainingen.
- Twee grootschalige simulaties.

Deelname kan individueel of als ziekenhuis-team van zeven personen. Alle deelnemers worden ingezet in hun eigen werkterrein. Voor meer informatie zie: www.umcutrecht.nl/MRMI (MH)

TRAUMAZORG

Nieuwe medewerker: Wietske Blom

Met ingang van 1 februari 2016 is Wietske Blom-Ham voor twee dagen per week in dienst van het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland.

Wietske deed onderzoek naar de incidentie, kenmerken en risicofactoren van decubitus bij traumapatiënten met een verdenking op wervelletsel. Daarbij is specifiek gekeken naar de bijdrage van de nekgraag en headblocks op het ontstaan van decubitus. In juni zal zij op dit onderwerp promoveren. Bij TZMN gaat

Wietske zich bezighouden met (epidemiologische aspecten van) traumaonderzoek. Daarnaast zal zij ondersteunen bij de beoordeling van onderzoeksvragen waarbij gebruik wordt gemaakt van data uit de traumaregistratie. Dit werk zal ze combineren met haar werk als verpleegkundige op de SEH.

© Foto Natasja Rabouw



Kwaliteit van onderzoek in de regio verbeteren

Met ingang van 1 december 2015 is Diederik Smeeing als arts-onderzoeker aangesteld bij het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland. Hij gaat de samenwerking op het gebied van traumaonderzoek in onze regio verder realiseren en intensiveren. Zoals het Afrikaanse spreekwoord luidt: 'If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together.' Dit sluit volledig aan bij de regionale onderzoeksgroep van dr. Hietbrink en dr. Houwert. Daarnaast doet hij onderzoek naar de waarde van observationele studies ten opzichte van gerandomiseerde trials in de traumachirurgie.

© Foto Natasja Rabouw



Smeeing is betrokken bij meerdere onderzoeken. In de WOW!-studie onderzoekt hij wat de beste postoperatieve behandeling van enkel-fracturen is. Literatuuronderzoek toont aan dat patiënten mogelijk twintig dagen eerder kunnen functioneren als vroeg wordt gestart met mobiliseren. Dit is natuurlijk goed voor zowel patiënt als voor de maatschappij en wordt nu gerandomiseerd onderzocht.

GOUDEN STANDAARD

In de onderzoekswereld wordt de gerandomiseerde trial (RCT) als gouden standaard gezien. Maar klopt dat wel voor alle vraagstellingen in de traumatologie? Dat bekijkt Smeeing in verschillende onderzoeken. "Zo kijken we naar de verschillen tussen het gemeten effect in een RCT en het gemeten effect in een observationele studie." Als blijkt dat een observationele studie evenveel waarde kan

hebben als een RCT zou dit een revolutie betekenen in het doen van onderzoek in de traumatologie. "Maar de kwaliteit van een onderzoek moet leidend zijn en niet de studie-opzet", aldus Smeeing. (MvV)

Ketenavond over cervicale wervelfracturen

De laatste ketenavond van 2015 stond in het teken van wervelfracturen.

Meer specifiek: cervicale wervelfracturen. Hoe worden ze veroorzaakt, hoe vindt diagnostiek plaats en wat zijn behandelmogelijkheden?

Letsels aan de wervelkolom worden meestal veroorzaakt door een hoogenergetisch trauma, waarbij tijdens het ongeval zoveel kracht op de wervelkolom en de ligamenten wordt uitgeoefend dat gewrichten verschuiven of er fracturen ontstaan en de samenhang verstoord raakt. Vanwege het risico op verergering van het letsel en het mogelijk veroorzaken van een dwarslaesie moet men bij elke multitraumapatiënt met letsel boven de clavicula of bij een adequaat trauma en zeker bij neurologische uitval uitgaan van wervelkolomletsel.

STABILISATIE

Bij verdenking op cervicaal wervelletsel moet de wervelkolom gestabiliseerd worden. Het vrijgeven van de wervelkolom kan alleen als vaststaat dat er geen significant letsel is. Vaststelling gebeurt middels een CT-scan. Op een CT-scan is ligamenteair letsel meestal wel te zien, mits een deskundige de scan beoordeelt. Om doorligwonden te voorkomen, dient de nek kraag binnen 72 uur verwijderd te worden. Het vrijgeven van de nek is voorbehouden aan de traumachirurg, omdat die – in tegenstelling tot

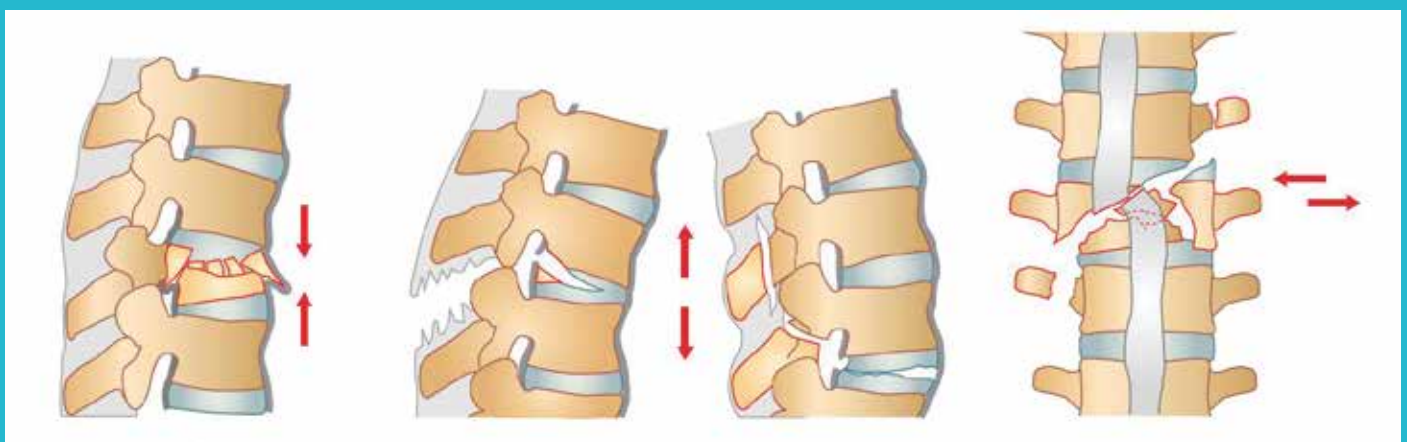
een neurochirurg of orthopeed – constant bij de patiënt betrokken is.

BEHANDELOPTIES

Cervicaal wervelletsel veroorzaakt door compressie (type A) wordt alleen geopereerd als sprake is van neurologische uitval. Anders volstaat een kraag of halo-frame. Letsel veroorzaakt door flexie, extensie of rotatie wordt altijd geopereerd, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen.

(MvV)

CLASSIFICATIE VOLGENS MAGERL:



Type A: compressie

Type B: flexie of extensie

Type C: rotatie

Agenda

MAART

24 maart

Focusgroep Crisis-beheersing & OTO, Primair Huisartsenposten

APRIL

5 april

Ketenavond 'Amputatie', UMC Utrecht

11 april

Focusgroep Acute Verloskunde, Utrecht

MEI

19 mei

Focusgroep Crisis-beheersing & OTO, St. Antonius Ziekenhuis

24 mei

ROAZ Kerngroep

JUNI

7 juni

Focusgroep POSH

8 juni

Seminar Kennis-netwerk Zoönosen Midden-Nederland, Utrecht

21 juni

ROAZ

23-25 juni

MRMI, Calamiteitenhospitaal

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Daniëlle van Boxtel
Natasja Rabouw
Marlène van Vijfeijken

Met medewerking van

Mark Haverkort
Lukas van Spengler

Ontwerp en opmaak

Multimedia, Marketing & communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

ZuidamUithof Drukkerijen

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

ADVISEUR CRISISBEHEERSING EN VEILIGHEID ESTHER BEERIS

Ook tijdens een crisis goede zorg

Esther Beeris is adviseur crisisbeheersing en veiligheid in Meander Medisch Centrum. Ruim 25 jaar werkt ze nu in dit ziekenhuis. Ze begon er als verpleegkundige en werkte op de Intensive Care. Zelf staat ze niet meer aan het bed van de patiënt. Sinds 2011 helpt Esther haar collega's om zich voor te bereiden op crises en calamiteiten in het ziekenhuis. "Ik wil er op een goede manier aan bijdragen dat iedereen weet wat hij kan doen wanneer er een incident is en dat patiënten onder alle omstandigheden goede zorg krijgen".

Esther is verantwoordelijk voor de voorbereiding op mogelijke crises en calamiteiten in het ziekenhuis. Haar taken variëren van het ontwikkelen van plannen tot het opleiden, trainen en oefenen van de medewerkers. "Het is belangrijk om de continuïteit van zorg onder alle omstandigheden te borgen. Juist ook wanneer er een incident is. Op verschillende niveaus in het ziekenhuis bereid ik mensen hierop voor. Ook wil ik de medewerkers ervan bewust maken dat we steeds afhankelijker zijn van bijvoorbeeld ICT en dat de kans op verstoringen in de continuïteit van zorg daardoor altijd aanwezig is." Het is volgens haar belangrijk dat het onderwerp crisisbeheersing en veiligheid gepaste aandacht krijgt. Bij de bestuurders en de managers, maar ook bij de mensen op de werkvloer. "Zij moeten het uiteindelijk doen."

CRISIS EN VOORBEREIDING

Wanneer is iets een crisis? Esther: "We spreken van crisis als er sprake is van dreiging, urgentie en onzekerheid. Het is soms een beladen term. We noemen iets niet snel een crisis. Maar als je kijkt naar dreiging, urgentie en onzekerheid, dan is een ziekmelding tijdens de nachtdienst mogelijk ook een crisis. Het stelt je voor een probleem. Dan is het heel fijn als je weet wat je zelf kan doen, tot waar je verantwoordelijkheid reikt, wanneer je op mag schalen en op welke manier je dat kan doen." Esther helpt haar collega's met het werken in crisissituaties. Dit doet ze door samen met hen plannen te maken, deze uit te werken en met regelmaat te oefenen. "Ik vind het belangrijk om de medewerkers actief te betrekken bij het maken van plannen. Ik kan het allemaal mooi bedenken, maar zij moeten er mee werken. En zij weten zelf het best welke maatregelen nodig zijn." Als er een calamiteit of crisis is, de zogenaamde 'warme fase', is een



© Foto Frank Noordanus

crisiscoördinator verantwoordelijk. "Met de crisiscoördinatoren van ons ziekenhuis overleg ik in de voorbereiding hoe we invulling geven aan de warme fase: wat hebben we daarvoor nodig? En wat verwachten ze van mij? Ik vind het belangrijk te weten hoe ik hen kan helpen, welke handvatten ik ze kan geven, zodat zij tijdens een echte crisis hun werk kunnen doen."

CRISIS EN PATIËNTENZORG

Met haar achtergrond als verpleegkundige is Esther zich bewust van waar het in het ziekenhuis om draait. "We zijn hier voor patiëntenzorg. En de medewerkers aan het bed moeten de patiëntenzorg op een goede manier kunnen geven. Ik sta nu verder weg van die patiënt, maar mijn werk doe ik indirect nog steeds voor de zorg aan die patiënt. Door de dingen zo in te richten dat mijn collega's die aan het bed staan en direct contact hebben met de patiënt onder alle omstandigheden de beste zorg kunnen geven. Vanuit mijn aandachtsgebied faciliteer ik ze. Dat vind ik heel mooi."

Esther vindt het werk in een ziekenhuissetting en dan met name in Meander fijn. "Ik wil graag trots zijn op mijn ziekenhuis. Daarom wil ik dat het hier in huis voor mijn aandachtsgebied goed geregeld en op orde is. Zo draag ik bij aan goede zorg voor patiënten. Ook tijdens een crisis." (DvB)

Oefening Meander MC

Esther organiseert met haar collega's op 9 maart een grote ZiROP-oefening. In de nieuwsbrief van juni berichten wij u hierover.