



3 Kennis [CBRN](#) verbeterd

5 [Hypothermie](#): vroege start van behandeling voor in de keten

Vervoer [verwarde personen](#)

Het [beste van twee](#) werelden

7

9

Ketenoefening Troje

Hoe een uiterst virulent en potentieel dodelijk virus erin slaagt om de regio Utrecht binnen te dringen door zich te verstoppen in nietsvermoedende 'dragers'. Dat is het thema van de ketenoefening Troje. De oefening is in de periode van 17-28 november.

Elke twee maanden verschijnt er een nieuwsbrief in de aanloop naar de oefening. Deze nieuwsbrieven kunt u terugvinden op onze website: www.traumazorgnetwerkmn.nl



Zoobiquity-congres 2.0

Mensenartsen en dierenartsen krijgen te maken met dezelfde problemen en dilemma's bij diagnostiek en behandeling. Dit vakgebied heet zoobiquity.



Zoobiquity onderzoekt hoe overeenkomsten tussen mens en dier gebruikt kunnen worden voor de diagnose, behandeling en genezing van ziektes bij beiden. Want als we weten hoe een ziekte bij de ene soort kan worden bestreden, ligt genezing bij de andere soort misschien binnen handbereik. Daarom organiseert het Kennisnetwerk Zoönosen Midden-Nederland op vrijdag 15 september weer een zoobiquity-congres. Deelnemers steken zelf de handen uit de mouwen tijdens klinische lessen. Meer informatie: www.vandieropmens.nl/zoobiquity. (MvV)

SEH Woerden beperkter geopend

Vanaf 1 juni is de Spoedeisende Hulp (SEH) van het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis geopend van 7:30 tot 23:30 uur.



Het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis heeft deze maatregelen genomen, omdat er gemiddeld slechts twee patiënten per nacht op de SEH in Woerden behandeld worden. Door personeelstekort in de zorg is een volledige SEH bezetting in de nacht niet meer te organiseren. De Huisartsenpost in Woerden is overigens al langer 's nachts gesloten. Voor spoedzorg buiten deze openingstijden wordt men voortaan geholpen op de SEH van het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht of in Nieuwegein. Het ambulancevervoer blijft ongewijzigd. Vanaf 1 januari 2018 worden de SEH en HAP in Woerden volledig gesloten.

Kennis CBRN verbeterd

Hoe kan je op een speelse en laagdrempelige manier het kennisniveau van professionals over bepaalde onderwerpen op peil brengen en houden? Neem bijvoorbeeld de kennis over besmetting met CBRN-agentia bij SEH-verpleegkundigen. Zij worden weinig geconfronteerd met deze problematiek maar als dat gebeurt, dan moeten ze de kennis hebben om adequaat te handelen.

© Knowingo app



Ben jij vandaag al uitgedaagd?

Start nu met de leukste manier van leren.

De werkgroep CBRN van het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland schakelde de hulp in van een ontwikkelaar van kennisapplicaties voor smartphones en tablets. Een app werd ontwikkeld waarin de SEH-verpleegkundigen vragen konden beantwoorden én feedback kregen over hun kennis. Het gebruik werd zo laagdrempelig gemaakt dat op ieder denkbaar moment aan kennisontwikkeling kon worden gewerkt.

Begin april ging de app "Knowingo" live en werd 323 gebruikers toegang geboden.

Het spel wordt in de hele regio enthousiast gespeeld.

De app biedt een aantal leuke mogelijkheden om het vergroten van de kennis te kunnen managen: de aandachtsfunctionarissen in de instelling kunnen bijvoorbeeld zien welke vragen heel vaak fout gemaakt worden, of welke thema's minder goed gaan. Zij kunnen dan extra aandacht besteden aan die specifieke onderdelen. Daarnaast gaat de bouwer van de applicatie nog iets nieuws toevoegen: de app houdt bij welk onderwerp

voor een speler lastig is en biedt dan 1x per week twee of drie alinea's tekst over dat specifieke onderwerp aan. Deze mogelijkheid zal over een paar maanden werkend zijn.

De resultaten worden in de komende maanden zorgvuldig geanalyseerd. Als de uitkomsten zo positief zijn als nu lijkt, onderzoeken we de mogelijkheid om de app ook in te zetten voor andere kennisintensieve onderwerpen.

(LvS/MV)

Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: aanrijding met een zwaar voertuig

2011 - 2015

196 patiënten werden aangereden door een **zwaar voertuig**. Hieronder vallen vrachtwagens, bussen, treinen, landbouw- en industriële voertuigen.



63%



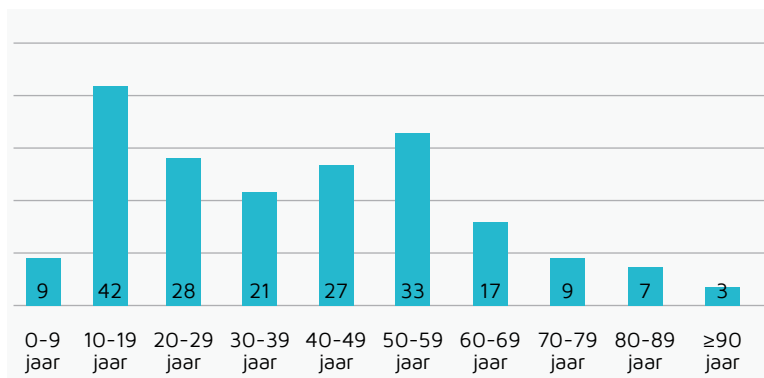
37%



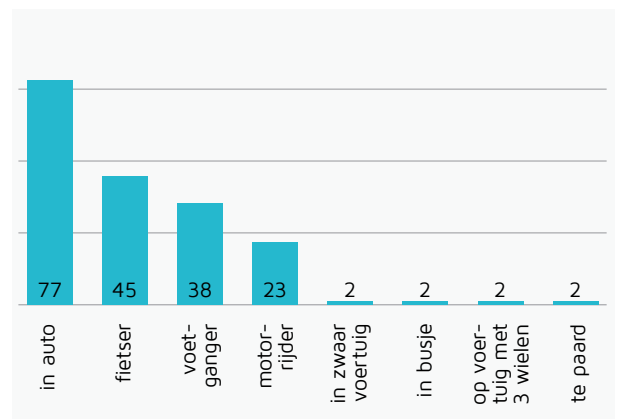
aantal overplaatsingen: **3**

- 1 naar TC binnen de regio
- 1 naar ALG ziekenhuis binnen de regio
- 1 onbekend

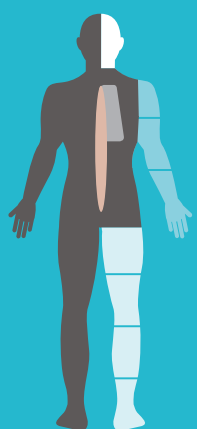
Leeftijd



Aangereden door zwaar voertuig



34% van alle personen aangereden door een zwaar voertuig is **zwaargewond**.



- hoofd 20%
aangezicht 7%
- thorax 16%
abdomen 6%
- wervelkolom 9%
- bovenste extremiteiten 5%
- onderste extremiteiten 20%
huid 17%

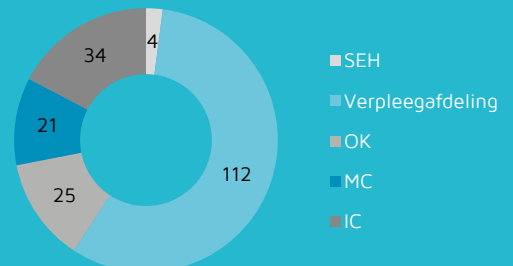
aantal overledenen:

9

gemiddelde ISS:

40

in het ziekenhuis



De regionale traumaregistratie voor het jaar 2016 is afgerond. Eind mei zijn alle gegevens na controle toegevoegd aan de landelijke traumaregistratie.

Hypothermie: vroege start van behandeling voor in de keten

Twee mensen zijn in het water beland en onderkoeld geraakt. Op het moment dat de hulpdiensten arriveren is de een aanspreekbaar en redelijk op temperatuur, de ander buiten bewustzijn en met een lichaamstemperatuur beneden de dertig graden Celsius. Deze casus vormt de aanzet tot een ketenavond over hypothermie. Wat te doen bij submersie en onderkoeling?

Volgens Joost ten Brinke, traumachirurg in opleiding bij het Gelre Ziekenhuis in Apeldoorn, kan er nog veel gered worden als een patiënt onderkoeld is. Hypothermie kan al in het begin van de keten behandeld worden door verdere afkoeling te voorkomen. "Er bestaan dekens die de patiënt geheel omhullen. Verder moeten toegediende vloeistoffen altijd verwarmd

meer dan 25 minuten wordt de kans op overleving klein."

ECMO

Bij een hartstilstand door onderkoeling is een van de behandelmogelijkheden ECMO, een hartlongmachine. Die keuze is omstreden als onderkoeling niet de oorzaak maar het gevolg van een hartstilstand is. Cardio- loog-intensivist Dirk Donker, die een ECMO bij de onderkoelde patiënt uit de casus plaatste, licht toe: "ECMO is een grote logistieke uitdaging en arbeidsintensief. Toch is het verleidelijk om bij de indicatiestelling laagdrempelig te zijn. Er zijn in het verleden ongelooflijke successen mee behaald. Maar er is nog veel onduidelijk over ECMO bij reanimaties, vooral bij welke patiënt en in welke situaties het zinvol is. Vooral bij trauma is ECMO complex en bestaat de kans dat het tot niets leidt." Moeten we terughoudender zijn? Nee, niet per se. "ECMO kan levensreddend zijn. Ik vind het de moeite waard om uit te zoeken in welke gevallen dat is om het in de toekomst heel gericht in te kunnen zetten." (PK)

zijn." Wel is uit onderzoek gebleken dat bij submersie niet de temperatuur het grootste punt is, maar de duur. "Bij minder dan 10 minuten is de kans op een goede uitkomst redelijk. Na



RAVU traint voor grootschalige incidenten

Alle RAV's in Nederland bereiden hun personeel voor op de mogelijkheid van een terreuraanslag in Nederland.

© Marlène van Vijfeijken



Ambulancemedewerkers van de RAVU nemen deel aan de TECC-cursus (Tactical Emergency Casualty Care) in Vught. Deze cursus geeft handvatten voor hulpverlening in situaties waarin nog steeds een hoog dreigingsniveau is. In de zogeheten 'hot zone' – waar bijvoorbeeld nog geschoten kan worden – is het alleen zaak slachtoffers weg te krijgen. In de 'warm zone' – waar het relatief veilig is – worden levensreddende handelingen uitgevoerd door ambulancemedewerkers. In de 'cold zone' is de overige ambulancezorg aanwezig en van daaruit worden slachtoffers vervoerd naar het ziekenhuis. Verder bereidt de RAVU zich voor door te oefenen met specifieke calamiteitenvoertuigen naast de reguliere ambulances. Ook oefenen ze samen met het Calamiteitenhospitaal, de opvanglocatie voor slachtoffers in het geval van een aanslag. Tot slot worden er materialen aangeschaft voor een 'grijptas/vest' die ambulancemedewerkers mee kunnen nemen de warm zone in. Helemaal klaar voor een aanslag kun je natuurlijk nooit zijn, maar de RAVU doet er in elk geval alles aan. (PK)

ACUTE ZORG

Meldkamers Midden-Nederland fuseren

Van Vianen tot Lemmer en van Vinkeveen tot Veenendaal worden de ambulances straks aangestuurd vanuit één centrale meldkamer.

© UMC Utrecht



De meldkamers van de regio's Utrecht, Gooi- en Vechtstreek en Flevoland gaan in 2020 fuseren. Daarmee wordt de meldkamer gelijk aan de politieregio Midden-Nederland en ook de brandweer gaat hierin mee. Zo wordt multidisciplinair opschalen en

inzetten makkelijker. Maar dat is voor de ambulance niet het grootste voordeel. Manager van de meldkamer in Utrecht en kwartiermaker voor de meldkamer Midden-Nederland John van Engelen: "We zullen beschikken over meer eenheden binnen een groter

werkgebied die we optimaal kunnen inzetten."

Qua werkprocessen hoeft er weinig te veranderen, verwacht Van Engelen. Nu al is ongeveer 90 procent gelijk in alle drie de samen te voegen regio's. De overige 10 procent gaat in overleg. De nieuwe meldkamer komt in het voormalige politiebureau aan de Groest in Hilversum. Het ziet er naar uit dat alle medewerkers meegaan. Ook blijven de regionale ambulancevoorzieningen los van elkaar bestaan. Het enige verschil is dat ze centraal worden aangestuurd. (PK)

Vervoer verwarde personen

In veel gevallen komen meldingen over personen met verward gedrag terecht bij de politie. Wanneer daartoe aanleiding bestond, werden zij meegenomen en, in afwachting van beoordeling door een psychiater, opgesloten in een politiecel. Ook zonder dat sprake was van een strafbaar feit. Dat is nu afgelopen.

Het vervoer van personen met verward gedrag is een van de onderwerpen in de onlangs vastgestelde Generieke Module Acute Psychiatrie. Deze module beschrijft inhoud en organisatie van de hulpverlening aan personen in crisis waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acuut psychiatrische stoornis hebben. Naast het vervoer worden nog vier knelpunten geadresseerd: het verschillend interpreteren van crisisdefinitie, onduidelijke verantwoordelijkheden rondom overdrachtsmomenten, onduidelijkheid of ongeschiktheid van eerste opvanglocaties en de als lang ervaren wachttijd op de crisisdienst.

De Generieke Module is tot stand gekomen na intensief overleg met vertegenwoordigers van alle betrokken zorgverleners en organisaties.

Voor de coördinatie van en overleg over de acute psychiatrie wordt verwezen naar verdiepingsregio's rondom zogenaamde centrumgemeenten en naar het ROAZ. Op 14 februari bespraken de leden van het ROAZ dat nog vastgesteld moet worden welke aspecten in het ROAZ aan de orde komen en welke in de verdiepingsregio's.



Op 1 mei is met behulp van een subsidie van ZON MW een pilot gestart waarin de effecten van een andere aanpak worden onderzocht. Aanleiding was de aankondiging dat de politie alleen nog bereid is om deze groep personen te vervoeren als sprake is van een strafbaar feit. In andere gevallen dient het belang van de verwarde persoon te prevaleren. De traumatische ervaring van opsluiting in een politiecel past daar niet bij. Wanneer de te hulp geroepen politie geen strafbaar feit constateert, wordt de betrokkene door een professionele vervoersdienst naar de crisisopvang van Altrecht gebracht. Hij of zij wordt daarbij begeleid door een of twee zorgprofessionals die opgeleid zijn om te de-escaleren.

Voor de opvang heeft Altrecht vanaf 1 maart dit jaar een crisisdienst ingericht die 24 uur per dag, zeven dagen per week geopend is. Eenmaal hier aangekomen, wordt de verwarde persoon beoordeeld door de dienstdoende psychiater. Voorheen gebeurde dit in de politiecel. (LvS)

Trauma Utrecht app in ontwikkeling

Voor de regio Midden-Nederland wordt een trauma app ontwikkeld. In deze app wordt trauma informatie zoals protocollen en zakkaartjes gedeeld.

In de app wordt ook informatie opgenomen over bijeenkomsten. Verder zijn er filmpjes met revalidatieoefeningen voor patiënten. Naast deze openbare informatie, wordt er ook ziekenhuis specifieke informatie opgenomen. Voor die informatie is het nodig om in te loggen.

De app wordt ontwikkeld voor Android en Apple. Een groep van regionale traumachirurgen is bezig met het testen van de bèta-versie van de app. Later dit jaar zal de app gratis te downloaden zijn via de Apple App Store en de Google Play Store.

Overleg regionale protocollen

Op 9 mei jl. vond er een afstemmingsoverleg plaats. Hier spraken vier traumachirurgen, afkomstig van de ziekenhuizen uit onze regio, met elkaar over de traumaprotocollen.

De traumachirurgen willen de protocollen zoveel mogelijk op elkaar afstemmen. De komende tijd worden de protocollen van de ziekenhuizen verzameld en met elkaar vergeleken. Het doel is om zoveel mogelijk met één protocol te werken. De verzamelde documentatie wordt ondergebracht in de Trauma Utrecht app, zodat deze voor iedereen makkelijk toegankelijk is.

Reglement verstrekken data

De vraag om gegevens uit de regionale traumaregistratie neemt toe. Om onder andere de aanvrager zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, is een reglement opgesteld voor het aanvragen, verstrekken en gebruiken van deze data.

De traumaregistratie wordt bijgehouden om de kwaliteit van de traumazorg verder te verbeteren. Iedereen die gegevens uit de regionale traumadatabase nodig heeft voor onderzoek of evaluatie van zorg, krijgt voortaan eerst een reglement toegevoerd. Hierin staat aan welke voorwaarden de aanvrager moet voldoen om de verschillende gegevens te kunnen ontvangen. Het reglement bevat een datamanagementplan. Dit is een document dat beschrijft hoe er tijdens en na afloop van het project met de data omgegaan wordt. Het Traumazorgnetwerk wil op deze wijze het aanleveren van gegevens zo correct mogelijk faciliteren en documenteren. (SA)

Het beste van twee werelden

In de algemene ziekenhuizen in onze regio lopen verschillende onderzoeken die worden gefaciliteerd door het Traumacentrum. Traumachirurg Marijn Houwert en arts-onderzoeker Reinier Beks ervaren deze samenwerking als zeer vruchtbaar. 'Zij hebben de casussen, wij kunnen dat wetenschappelijk faciliteren.'



Reinier Beks (l) en Marijn Houwert (r)

In de regio lopen er drie grote onderzoeken. De eerste is de WOW!-studie, een gerandomiseerd onderzoek naar drie verschillende nabehandelingen voor patiënten die zijn geopereerd aan een enkelfractuur. Maar de twee andere projecten zijn minstens zo interessant, want dat zijn nu juist geen RCT's. "Onze hypothese is dat, in de traumachirurgie, observationeel onderzoek zich kan meten met een RCT", zegt Reinier. "Als we dat goed kunnen beargumenteren, opent het heel veel deuren voor onderzoek in de regio. Observationeel onderzoek is namelijk goedkoper en het is makkelijker te realiseren." Er is een regionaal onderzoek naar geriatrische traumachirurgie. "In de periferie is de helft van wat een traumachirurg doet geriatrische patiënten behandelen", zegt Marijn. "Daarom onderzoeken we de zin van een geriatrische trauma-unit, zoals die is opgezet in het Diakonessenhuis door traumachirurg Egbert Jan Verleisdonk. Verder loopt er een onderzoek naar het moment waarop opereren wel en niet meer zinvol is. De hypothese van traumachirurg Detlef van der Velde van het Antonius Ziekenhuis is dat er bij meervoudig letsel te veel behandeld wordt." Naast deze studies is er een studie naar de follow-up van vingerletselchirurgie in het Antonius. Daar wordt tachtig procent van het handletsel geopereerd door traumachirurg Philippe Wittich, die dat "waanzinnig goed kan", aldus Marijn. "Dat is bijzonder, want er zijn wereldwijd nauwelijks grote studies gedaan naar vingerfracturen. Wij hebben dankzij hem heel veel data. Daarmee kunnen we dingen in kaart brengen die in de internationale literatuur nog nooit zijn behandeld."

STRAATPAT VAN DE GENEESKUNDE

Reinier organiseert elk kwartaal de regionale traumabespreking waar ongeveer twintig professionals discussiëren over lopende projecten. Epidemioloog Marcel Dijkgraaf van het AMC is een vaste aanwezige. "We betalen het AMC een kleine vergoeding voor zijn tijd, maar eigenlijk komt hij gewoon omdat hij het leuk vindt", zeggen Marijn en Reinier daarover. "Hij, een van de toponderzoekers van Nederland, geniet van het niveau van de discussies. Een groot compliment." In de traumachirurgie en het onderzoek in de regio zit veel leven. Dat komt mede door de constante aanwas van jong talent. Marijn: "Traumachirurgie is de straatpat van de geneeskunde: er is nauwelijks budget, maar inventief zijn we wél. Jonge onderzoekers krijgen veel vrijheid en alle ruimte om te excelleren. Iedereen krijgt ook zijn verdiende credits. Dat maakt het interessant en het heeft een aanzuigende werking op goede mensen."

Iedereen die traumachirurgisch onderzoek doet kan zich aanmelden voor de regionale traumabespreking:

r.b.beks@umcutrecht.nl (PK)

“We kunnen het niet zonder elkaar”

Om goed voorbereid te zijn op een mogelijke uitbraak organiseerde het Kennisnetwerk Zoönosen Midden-Nederland op 13 maart jl. een oefening.

Boeren hebben in Woudenberg diverse watervogels gevonden die besmet blijken te zijn met het hoog pathogene H5N5. De vogels zijn gevonden op weidegronden en in verschillende recreatiegebieden. Aan de hand van dit (fictieve) scenario maakten vier multidisciplinaire teams op verzoek van het openbaar bestuur een plan van aanpak.



© Yvette de Geus

Deelnemers presenteren hun plan van aanpak

Na een eerste verkenning van elkaars functie en rol in (de voorbereiding op) een uitbraak bleek al snel de onderlinge afhankelijkheid tussen de verschillende partijen. De samenwerking verloopt goed. Winst is te behalen op het gebied van communicatie. Het op de hoogte brengen van de lokale dierenarts blijkt een knelpunt te zijn. Maar omdat het in dit scenario slechts een dreiging en nog geen echte crisis is, zijn ook reguliere communicatiekanalen niet gedefinieerd. De ontwikkeling van een regionaal draaiboek uitbraak zoönosen waarin alle relevante partijen zijn betrokken en waarin ruim aandacht is voor communicatie zou deze leemte kunnen vullen. (MvV)

CBRN training in het St. Antonius

De werkgroep CBRN van de focusgroep crisisbeheersing heeft de opdracht om binnen de regionale ziekenhuizen de CBRN training uit te rollen. Bij het St. Antonius ziekenhuis is SEH-verpleegkundige Danny van Basten hiermee belast.

© Maurice Beekwilder



CBRN decontaminatietraining

Het SEH team trainde tijdens de scholingsdagen de aan- en uitkleed procedure ter voorbereiding op bijvoorbeeld een chemisch besmette patiënt. Naast deze procedure werden door Danny alle verpleegkundigen via een zelfontwikkelde instructiefilm getraind en werden tevens alle protocollen toegelicht. Hierdoor zijn de SEH medewerkers toegerust om de decontaminatiestraat in zijn geheel te gebruiken en daarmee het ziekenhuis en zijn patiënten beter te beschermen tegen risico's van buitenaf.

De resultaten zijn ook in de praktijk merkbaar, bijvoorbeeld bij de ontvangst en opvang van chemisch besmette aanlopers. Ook de andere regionale ziekenhuizen plegen veel inspanning op dit gebied. Daarmee komt de CBRN decontaminatie preparatie in onze regio op een hoog peil te staan. (MB)

Agenda

AUGUSTUS

31 augustus

Focusgroep Crisisbeheersing
& OTO, Zuwe Hofpoort
Ziekenhuis

SEPTEMBER

26 september

Kerngroep ROAZ

OKTOBER

3 oktober

HMIMS, Calamiteitenhospitaal

3 oktober

Focusgroep POSH

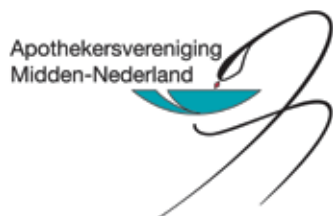
9 oktober

Focusgroep Verloskunde

31 oktober

ROAZ

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Daniëlle van Boxtel

Natasja Rabouw

Lukas van Spengler

Met medewerking van

Stasja Aspers

Maurice Beekwilder

Petra Kruijt

Lukas van Spengler

Marlous Verheul

Marlène van Vijfeijken

Ontwerp en opmaak

Multimedia, marketing & communicatie

UMC Utrecht

Drukwerk

Drukkerij Libertas Pascal

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

SENIOR SEH-VERPLEEGKUNDIGE JOSINA MIEDEMA

“Helikopterview te midden van de hectiek”

De Spoedeisende Hulp van het UMC Utrecht is de eerste opvang voor veel traumata uit de regio. Josina Miedema werkt hier als senior verpleegkundige. Zij is zowel betrokken bij de patiëntenzorg als bij de organisatie en verbetering van die zorg. Een van de verbeteringen waarop de laatste jaren flink wordt ingezet is de zorg voor geriatrische patiënten. Kleine traumata kunnen bij deze patiëntengroep zorgen voor veel complicaties, ook bij de terugkeer naar hun thuissituatie. Josina: “Hoe eerder we de geriater erbij betrekken en een goede screening doen, hoe beter de multidisciplinaire zorg voor de patiënt.”

Als senior verpleegkundige werkt Josina 60 procent van haar diensttaakpercentage als coördinator en 40 procent als verpleegkundige direct in de patiëntenzorg. In totaal zijn er op de SEH dertien senior-verpleegkundigen, elk met hun eigen aandachtsgebieden, voor Josina protocollenwerkgroep Connect en de psychosociale zorg. Maar het merendeel van haar werk speelt zich af in het ‘hier en nu’. “Ik neem de telefoon aan als de ambulancedienst belt, weet hoeveel patiënten er op de SEH zijn en onderweg zijn, zorg dat alles klaarstaat zodra ze binnenkomen. Het ad hoc karakter van de SEH vind ik leuk. Je moet elke keer weer alles bijeen zien te krijgen. Stel, het is dinsdagnacht en er is een ABCD-bedreigd kind onderweg. Dan moet er razendsnel een kinderarts uit het WKZ komen. Of er komen twee kritieke cardiopatiënten tegelijkertijd aan, zoals onlangs. Er moest een extra defibrillator worden geregeld, die hebben we toen van de reanomatiefiets gehaald. Ik ben tijdens drukte continu aan het nadenken wie en wat er nodig is en hoe ik dat voor elkaar ga krijgen. Te midden van al die hectiek moet ik de helikopterview behouden en kalm blijven. Niet altijd makkelijk, maar het is een uitdaging waar ik van houd.”

GERIATRISCHE PATIËNTEN

Steeds vaker komen er op de SEH oudere patiënten. Dat heeft volgens Josina verschillende oorzaken. “Ten eerste blijven mensen langer thuis wonen, ten tweede zijn ze mobieler met dank aan rollators, elektrische fietsen en scootmobielen. Daar gebeuren redelijk veel ongevallen mee.” Het gaat dan om wat op de SEH heet ‘laagenergetisch trauma’. Maar door co-morbiditeiten en een broos gestel kan de impact toch groot zijn.



“Een veertigjarige met een gipsbeen kan met krukken de deur uit lopen”, zegt Josina. “Laatst was er echter een vrouw van tachtig die een onderbeenfractuur had, die niet de spierkracht had om met krukken te kunnen lopen. Medisch gezien kon ze naar huis, maar ze moest toch worden opgenomen op de verpleegafdeling.”

KWETSBARE OUDEREN SCREENING

Ouderen die zich normaal gesproken goed redden in de thuissituatie, kunnen dat na een trauma niet altijd meer. Bovendien herstellen ze slechter. Dat heeft vaak ook te maken met onderliggende problemen die nog niet bekend waren. Om die reden heeft de SEH in samenwerking met de geriatrie een Kwetsbare Ouderen Screening ingevoerd voor alle patiënten boven de zeventig jaar. Josina: “We nemen vijf vragen door om na te gaan of iemand een kwetsbare oudere is. Als bij een positieve screening de geriater direct in consult gevraagd wordt, wordt gekeken naar het totale gezondheidsbeeld. Er kan van alles aan de hand zijn, van een laag ijzergehalte tot een urineweginfectie of zelfs onontdekte diabetes. Door fysiologische veranderingen die bij het ouder worden horen, uiten bepaalde onderliggende ziektebeelden zich anders.” Ouderen gaan niet snel naar de dokter en negeren signalen van hun lichaam, bijvoorbeeld als ze al vaker zijn gevallen. De SEH kan zomaar hun eerste zorgcontact in een jaar tijd zijn. Mede daarom is het zo belangrijk dat de verpleegkundigen alert zijn. “Een van de vele manieren waarop de SEH méér verleent dan alleen de acute spoedzorg”, besluit Josina.

(PK)