



3 Ketenvond "Een eerstegraads brandwond is geen brandwond"

Traumazorg  
Ongevallen wielrenners

7

4 Goede zorg tijdens  
tourstart

Sleutelrol voor  
acute internist

9

# Evaluatie OTO-kwaliteitskader

**In 2013 werd het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO ontwikkeld. Met het ministerie van VWS is destijds afgesproken het kwaliteitskader na twee jaar te evalueren. Een werkgroep van het Landelijk Netwerk Acute Zorg bezocht onlangs alle regio's voor deze evaluatie.**

De werkgroep bezocht onze regio op 30 maart jl. Zij spraken met OTO-projectleider Marlous Verheul en vertegenwoordigers van de Veiligheidsregio Utrecht, ziekenhuizen, huisartsen en de GGD regio Utrecht. De uitkomsten van alle regionale evaluaties zijn besproken in het landelijke OTO-Platform. Aan de hand hiervan zal het kwaliteitskader aangepast worden.

# Focusgroep crisisbeheersing en OTO

**Tijdens het ROAZ-overleg van 10 maart jl. stemden de bestuurders in met het oprichten van de focusgroep Crisisbeheersing en OTO.**

Deze focusgroep vereenvoudigt de bestaande overlegstructuren op het gebied van crisisbeheersing en OTO. Marlous Verheul (Traumazorgnetwerk Midden-Nederland) gaat de focusgroep voorzitten in nauwe samenwerking met het bureau GHOR van de Veiligheidsregio Utrecht. De exacte structuur en samenstelling van de focusgroep wordt in de komende weken nader vormgegeven door Jan van Dam (Meander Medisch Centrum), Robert Jan Schouwerwou (Veiligheidsregio Utrecht), Lukas van Spengler (TZMN) en Marlous.

# Crisiscoördinatoren in UMC Utrecht

**Het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO schrijft voor dat de crisiscoördinator 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar moet zijn. Het UMC Utrecht is het eerste ziekenhuis in de regio dat dit heeft geregeld.**

Sinds 1 juni heeft het UMC Utrecht zeven crisiscoördinatoren aangesteld die altijd bereikbaar en beschikbaar zijn. Zij draaien beurtelings een week dienst, ook 's nachts en in het weekend. Bij calamiteiten zitten zij het crisiscoördinatieteam voor. De zeven crisiscoördinatoren zijn geselecteerd op basis van competenties en hun positie in het ziekenhuis. De komende periode krijgen de crisiscoördinatoren extra opleidingen, trainingen en oefeningen, specifiek gericht op hun nieuwe rol.

(MV)

# “Een eerstegraads brandwond is geen brandwond”

Een ernstige brandwondpatiënt is een traumapatiënt met een specifiek klinisch beloop. Hij is kort na het ongeval hemodynamisch stabiel. Later treedt een klinische verslechtering op en verkeert hij langdurig in levensgevaar. En de patiënt heeft het trauma vaak bewust meegemaakt.

© Foto: Brandwondencentrum Maastricht Ziekenhuis



Jaarlijks melden 35.000 mensen zich met een brandwond bij de huisarts of op de SEH. Bij 1.500 mensen is de brandwond zo ernstig dat behandeling in een ziekenhuis nodig is. De helft daarvan wordt behandeld in een brandwondencentrum. Doorverwijzing gebeurt op basis van EMSB-criteria (zie kader). “Veel verwijzers overschatten het totaal verbrand lichaamsoppervlak”, zegt Jan Dokter,

medisch coördinator van het Brandwondencentrum Maastricht Ziekenhuis in Rotterdam. “Maar een eerstegraads brandwond is geen brandwond.”

## MET OGEN ÉN HANDEN

De ernst van de brandwond wordt bepaald aan de hand van de plaats, uitgebreidheid en diepte van de verbranding, leeftijd en algemene conditie van de patiënt en

eventueel bijkomend letsel. Beoordelen van brandwonden kan volgens Dokter het best met ogen én handen. “Door te voelen, kun je de diepte van de brandwond bepalen: hoe dieper de brandwond, hoe stugger het aanvoelt. En je test zo ook de capillaire refill.”

## INTUBEREN

Het adagium bij inhalatieletsel: bij twijfel intuberen. Intuberen is niet zonder risico. Patiënten hebben veel meer vocht nodig en de kans op oedeem stijgt. “Maar voorkom dat de patiënt helemaal opgezwollen is en je een tracheotomie moet doen.” De dienstdoende assistent van het Brandwondencentrum Rotterdam is via 010-2912610 altijd beschikbaar voor laagdrempelig overleg. (MvV)

## Criteria voor verwijzing naar een brandwondencentrum

### EMERGENCY MANAGEMENT OF SEVERE BURNS

- Brandwonden > 10% van het lichaamsoppervlak
- Brandwonden > 5% van het lichaamsoppervlak bij kinderen
- Derdegraads brandwonden > 5% van het lichaamsoppervlak
- Brandwonden over functionele gebieden (gelaat, handen, genitalia, gewrichten)
- Circulaire brandwonden aan hals, thorax en ledematen
- Brandwonden gecombineerd met een inhalatietrauma of ander begeleidend letsel
- Brandwonden t.g.v. elektriciteit
- Chemische verbrandingen
- Brandwonden bij slachtoffers met een pre-existente ziekte
- Brandwonden bij kinderen en bejaarden
- Bij twijfel aan de vermelde ongevalstoedracht

# Goede zorg tijdens tourstart

Op 4 en 5 juli vindt de Grand Départ oftewel het vertrek van de Tour de France plaats in het hart van Utrecht. De GHOR en de gemeente Utrecht maakten afspraken met alle zorgpartners in de regio om goede zorg en spoedzorg tijdens de Grand Départ te waarborgen. Het Diaconessenhuis, de Huisartsenpost Stad Utrecht en de Dienstapotheek Utrecht liggen midden in het afgesloten gebied. Hoe is hun bereikbaarheid geregeld?



Het Diaconessenhuis, de Huisartsenpost Stad Utrecht en de Dienstapotheek Utrecht zijn tijdens de tourstart gewoon bereikbaar. Personeel, patiënten en bezoekers moeten wel rekening houden met verkeershinder en een langere reistijd. Personeel van het Diaconessenhuis draait op 4 en 5 juli vaste diensten in plaats van bereikbaarheidsdiensten. Zo is er altijd voldoende personeel aanwezig. Ook op de Huisartsenpost en bij de Dienstapotheek is

voldoende personeel aanwezig. De instellingen zijn via de Waterlinieweg bereikbaar voor hulpdiensten.

## PATIËNTEN EN BEZOEKERS

Patiënten die tijdens de Grand Départ spoedzorg nodig hebben, bellen in niet-levensbedreigende situaties eerst hun huisarts of de huisartsenpost. Die geven aan waar de patiënt naar toe kan komen. En hoe. In levensbedreigende gevallen belt de patiënt 112.

Bezoekers parkeren bij voorkeur in P&R De Uithof / UMC Utrecht. Vanaf de parkeerplaats rijdt een bus naar het Diaconessenhuis.

## INCIDENTEN

Bij incidenten heeft de GHOR de coördinerende rol. Daarbij worden zoveel mogelijk de reguliere werkwijze en structuren gevolgd. Afwijkingen staan in een gezondheidskundig draaiboek Tour de France. (MvV)

# Tourstart als testcase voor bereikbaarheid van de acute zorg

**De Tour de France start dit jaar in Utrecht. Vanaf vrijdagavond 3 juli wordt een groot deel van de stad afgesloten. Mensen kunnen het gebied nog wel uit, maar er in principe per auto niet meer in. Wat nou als iemand acute zorg nodig heeft? Of als er een calamiteit gebeurt?**

“Het is niet anders dan bij een opengebroken straat of bij de vrijmarkt”, zegt Ron Looy. Hij is evenementencoördinator en manager Techniek, Mobiliteit en Veiligheid bij de gemeente Utrecht. “Ook dan zijn delen van de stad afgesloten. De tourstart is alleen veel groter.”

dat men alle bewoners van de stad Utrecht kan bereiken. Alleen het parcours zelf is niet bereikbaar. Maar als het nodig is, kunnen de hulpdiensten er wel bij.

## EYEOPENER

Het Diakonessenhuis en de Huisartsenpost Stad Utrecht liggen midden in het afgesloten gebied. Zij waren bezorgd over hun bereikbaarheid. Samen met de GHOR ging Looy met hen in gesprek. “Dat Utrecht Stad slechts één huisartsenpost heeft, was voor mij een eyeopener. Toen begreep ik wel: nu hebben we een uitdaging.” In goed overleg werden afspraken gemaakt. “Verkeersregelaars aan de rand van de sectoren hebben de opdracht patiënten voor de huisartsenpost en het Diakonessenhuis door te laten. En als de nood echt aan de man is, staat de RAVU klaar.”

## BEREIKBAAR VOOR HULPDIENSTEN

Tijdens de tourstart is Utrecht opgedeeld in negen sectoren. Die worden van vrijdag 3 juli 20.00 uur tot en met zaterdag 4 juli 20.00 uur geheel of gedeeltelijk afgesloten voor gemotoriseerd verkeer. Op zondag 5 juli gelden de afsluitingen van 7.00 tot 16.00 uur. Iedere sector is en blijft bereikbaar voor de hulpdiensten. De RAVU heeft de ambulancezorg zo ingericht

## WENNEN

Looy prijst alle ketenpartners in de witte kolom. “We hebben tijd nodig gehad om aan elkaar te wennen en elkaar te leren begrijpen. Maar we zijn gezamenlijk tot oplossingen gekomen die gesteund worden door alle partijen. En als we weer een keer een groot evenement hebben, kennen we elkaar al. Wat dat betreft is de tourstart een testcase.” (MvV)



# Verloskunde tijdens de Grand Départ

**Zaterdag 4 juli en zondag 5 juli is de binnenring van de stad Utrecht het merendeel van de tijd voor auto's volledig afgesloten vanwege de Grand Départ. De leden van de focusgroep Acute Verloskunde bespraken de consequenties voor hun zwangere cliënten.**

Het Diaconessenhuis met het Geboortehuis Utrecht ligt als enige ziekenhuis in de binnenring. Tijdens de afsluiting is het Geboortehuis alleen via de Waterlinieweg bereikbaar. Zwangeren melden zich bij de doorlaatpost en worden vervolgens doorgelaten. De verloskundigen worden versneld doorgelaten als zij een esculaap duidelijk zichtbaar in de auto hebben aangebracht. In het Geboortehuis is extra

personeel aanwezig. Verder worden in de binnenring zoveel mogelijk verloskundigen en kraamverzorgers ingezet die al in dat gebied wonen. Ook worden geen thuisbevallingen gedaan in de binnenring. De focusgroep adviseert de verloskundigen om zwangeren afkomstig uit de buitenring, niet te laten bevallen in de binnenring. De ziekenhuizen houden onderling contact over de beschikbare bedden en



Blauwe esculaap voor verloskundigen

helpen elkaar als er capaciteitsproblemen ontstaan. (NR)

## CRISISBEHEERSING EN OTO

# OTO-werkconferentie

**Op weg naar 2020! Een sterke crisisorganisatie in een sterke keten. Onder dat motto werd op 20 mei in Doorn een OTO-werkconferentie gehouden. Op de werkconferentie werden de piketpaaltjes geslagen voor het OTO-meerjarenbeleidsplan 2016-2020 voor de regio Midden-Nederland.**

© Foto: Marlène van Vijfeijken



Ruim vijftig deelnemers uit bijna dertig verschillende organisaties hadden zich aangemeld voor de werkconferentie. 's Ochtends debatteerden zij in vier teams

over een aantal stellingen. Na afloop van de debatten bepaalden de deelnemers welke thema's zij het belangrijkste vonden. Effectief communiceren in de keten;

meer aandacht voor de publieke gezondheidszorg; het versterken van de keten en integrale voorbereiding konden op de meeste bijval rekenen. Deze thema's dienen als uitgangspunt voor het OTO-meerjarenbeleidsplan.

's Middags werkten kleine groepen op een creatieve manier de gekozen thema's verder uit om te komen tot een concreet product of een concrete OTO-activiteit. De resultaten hiervan worden verder uitgewerkt in het OTO-meerjarenbeleidsplan. (NR)

# Ongevallen wielrenners

**Wielrenners lopen bij een ongeval vaak ernstig letsel op. Dit blijkt uit landelijke cijfers. Van alle wielrenners die na een ongeval op de SEH belanden, wordt een kwart opgenomen. In de regio Midden-Nederland waren dit er ook veel. Wat valt over hen op te maken uit de traumaregistratie?**

In onze regio vormden wielrenners in 2014 (op voetballers na) de grootste groep opgenomen slachtoffers van sportongevallen. Tussen 2012 en 2014 nam het aantal wielrenongelukken met een kwart toe. De meeste patiënten waren tussen de 40 en 70 jaar. In 2014 verdubbelde het aantal opnames van wielrenners tussen de 60 en 69 jaar ten opzichte van 2013. Veruit de meeste patiënten waren mannen: 90%.

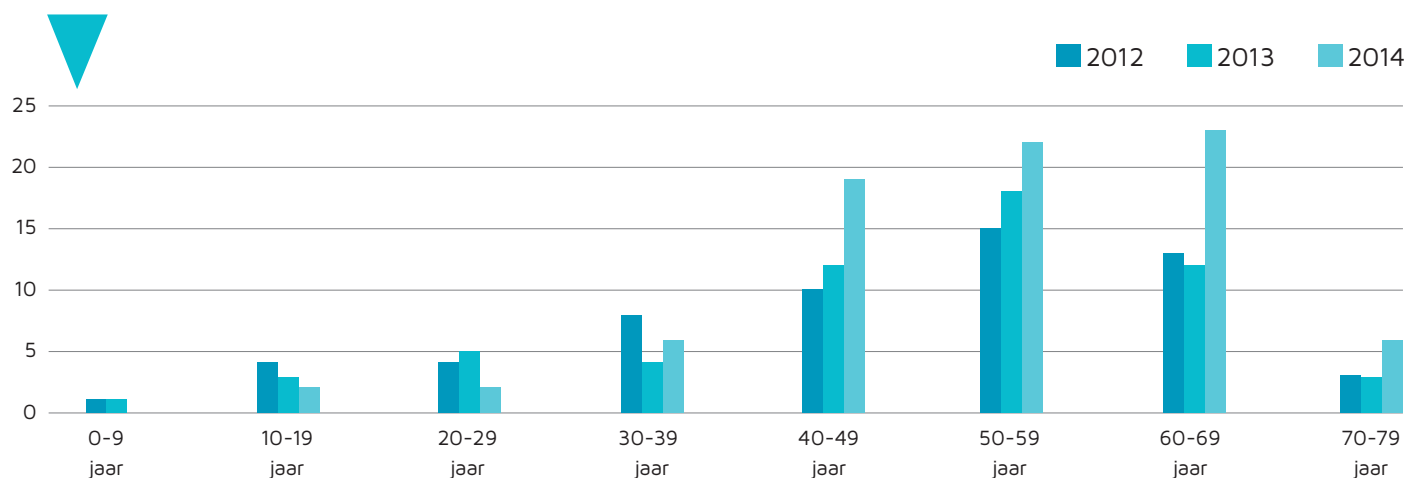
## LETSEL, ONGEVAL EN OPVANG

In onze regio liepen wielrenners bij een ongeval vooral thorax-, hoofd- en extremiteitenletsel op. De ernst van deze verwon-

dingen hing af van het soort ongeval. De meeste ongevallen waren valpartijen. Hierbij hadden de slachtoffers vooral extremiteitenletsel waarvoor ze behandeld en opgenomen werden in een algemeen ziekenhuis.

Aanrijdingen met andere fietsers of met auto's veroorzaakten zwaardere verwondingen. Hierbij liep de wielrenner vaak een combinatie op van thorax- (ribfracturen), hersen- en extremiteitenletsel. Zij werden opgevangen in het traumacentrum. Ruim 40% van de wielrenners in het traumacentrum was multitraumapatiënt.

Een factsheet met grafieken over wielrenongevallen in onze regio staat op onze website [www.traumazorgnetwerkmn.nl](http://www.traumazorgnetwerkmn.nl). (SA)



Figuur 1: Aantal ongevallen met wielrenners 2012 t/m 2014 regio Midden-Nederland

## Veilig samen op de weg

Vorig najaar startte de landelijke campagne 'de echte wielrenner laat van zich horen'. De Nederlandse Toer Fiets Unie (NFTU) en VeiligheidNL spraken de wielrenners daarmee aan op hun gedrag op de weg. Dit voorjaar krijgen andere verkeersdeelnemers via deze campagne voorbeelden hoe zij en wielrenners elkaar het best kunnen passeren om ongevallen te voorkomen.

Ontmoetingen tussen wielrenners en andere weggebruikers leiden soms tot gevaarlijke situaties; door snelheidsverschillen en omdat beide partijen van elkaar niet weten wat ze gaan doen. Het is belangrijk om met goede voorlichting te werken aan ieders gedrag, zodat onvoorspelbare situaties en ongevallen kunnen worden voorkomen.

# Ketenpartners in de zorg oefenen aanpak infectieziekte

De Veiligheidsregio Utrecht (VRU) en de Focusgroep Infectieziektenbestrijding hielden op 31 maart jl. een tabletop oefening rond zogenaamde A-ziekten, infectieziekten met grote impact. Om inzicht te krijgen in elkaars rol, richtten alle partners van de regionale crisisbeheersingsorganisatie en de zorgketen hun focus gezamenlijk op een fictief ebolascenario. Welke afwegingen worden gemaakt en hoe liggen de ambtelijke en bestuurlijke bevoegdheden?

© Foto: Veiligheidsregio Utrecht



Een Afrikaanse missionaris meldt zich met ernstige ziekteverschijnselen en een bloedneus bij de huisartsenpost. De alarmbellen gaan rinkelen als blijkt dat hij in één van de ebolahaarden in West-Afrika is geweest. Dan komen de GGD en het RIVM in actie. Een belangrijk dilemma voor de zorgketenpartners is de vraag wanneer moet worden opgeschaald en de crisisbeheersingsorganisatie wordt opgetuigd. “Want je maakt heel wat los

met de melding bij de GGD dat er een serieuze ebolaverdenking is”, stelt Mark van Not, crisiscoördinator bij het St. Antoniusziekenhuis. “Het kan immers ook een andere ziekte zijn, zoals malaria.”

## INTENSIEVE AFSTEMMING

De oefening maakte duidelijk dat bij de bestrijding van een A-ziekte veel meer speelt dan alleen medisch inhoudelijke processen. Ook het lokaal en regionaal bestuur en de regionale veiligheidspartners

hebben een rol. Informatie is de sleutel tot het nemen van de juiste beslissingen. Daarvoor is intensieve afstemming nodig tussen alle ketenpartners, realiseerden de deelnemers aan de oefening zich.

Het was de eerste keer dat alle Utrechtse zorgketenpartners en de VRU samen oefenden. De deelnemers vonden het een bijzonder zinvolle en leerzame bijeenkomst, die zeker voor herhaling vatbaar is. (RJ)



# Sleutelrol voor acute internist

Op de Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis komen steeds meer patiënten met multimorbiditeit, polyfarmacie en niet meteen een duidelijke diagnose. De internist acute geneeskunde speelt een sleutelrol bij een vakkundige beoordeling en besluitvorming van deze patiënten. Dat geldt zeker voor de regionale afstemming van acute interne zorg. Een regionale focusgroep Acute Interne Geneeskunde kan daaraan bijdragen.



Karin Kaasjager

“Lange tijd hebben internisten hun verantwoordelijkheid voor de acute patiënt niet goed genomen”, zegt Karin Kaasjager, hoogleraar Acute Interne Geneeskunde in het UMC Utrecht. “Terwijl tachtig procent van de patiënten die we opnemen via de SEH binnenkomt.” Het zijn vaak patiënten van wie het klachtenpatroon in combinatie met multimorbiditeit vaak te complex is om een enkelvoudige diagnose te stellen. Zonder goede coördinatie kan de zorg voor deze patiënten verzanden in een veelvoud aan consulten en behandelaars. “De internist heeft hierbij steeds meer de rol van floormanagement.”

## TEAM

Sinds een jaar is op de SEH van het UMC Utrecht een internist acute geneeskunde aanwezig. “In principe doet de arts-assistent het werk. We zijn tenslotte een opleidingsziekenhuis. De internist fladdert er omheen en houdt het overzicht. Maar vooral bij vage klachten kijk ik heel graag mee.” De fysieke aanwezigheid van de acute internist maakte het proces op de SEH sneller. “Chirurgen en internisten vormen nu een team, met andere specialismen op afroep. We kijken met elkaar mee en hebben de taken goed verdeeld. Zo verlopen de acute zorgprocessen niet opeenvolgend maar gelijktijdig.” (MvV)

## Acute interne zorg is teamwerk

“Het besef groeit dat we met elkaar de zorg voor deze steeds groter wordende groep acute patiënten in de regio goed moeten regelen”, zegt Karin Kaasjager. Samenwerking met de verschillende zorgverleners binnen de acute zorgketen is daarbij essentieel. Niet alleen op de SEH, maar ook daarbuiten. De internist acute geneeskunde is een eerste aanspreekpunt voor huisartsen en bij presentatie van patiënten op de SEH zij aan zij met ambulancepersoneel. Kaasjager pleit dan ook voor de oprichting van een focusgroep Acute Interne Geneeskunde. In de focusgroep zouden naast internisten ook huisartsen, de ambulancedienst en de beschouwende poortspecialismen vertegenwoordigd moeten zijn.

## HELDERE AFSPRAKEN

“Zorg voor de acute interne patiënt is teamwerk. De hele keten is belangrijk. In de focusgroep moeten heldere afspraken over de precieze taakverdeling en tijdige onderlinge consultatie gemaakt worden. Wat doet de huisarts? Wat kan de ambulancedienst al doen? En wat doet het ziekenhuis?” Kaasjager wil geen vast stramien per ziekenhuis. De afspraken zullen per ziekenhuis moeten worden ingevuld. “Steek de koppen bij elkaar en maak een model. Met zo min mogelijk overdrachtsmomenten en zo veel mogelijk werkafspraken.”

Kaasjager kijkt enigszins jaloeers naar de traumazorg. “Wat geregeld is voor traumazorg, wil ik ook voor de acute interne zorg. Inclusief dataregistratie.”

# Geen fusie Meander en Tergooi

De bestuurlijke fusie tussen Meander Medisch Centrum in Amersfoort en Tergooi ziekenhuizen in Hilversum gaat niet door. Er is op dit moment onvoldoende draagvlak. De fusiegesprekken zijn beëindigd. Wel wordt de samenwerking op zorginhoudelijk gebied voortgezet.

De ziekenhuizen zien momenteel niet in gelijke mate perspectief in de meerwaarde van een bestuurlijke fusie. Voor zowel bestuur als medische staven komt die daarom te vroeg. De ziekenhuizen zien op medisch-inhoudelijk vlak wel mogelijkheden om samen te werken en de zorg in de regio te verbeteren. In de komende periode worden deze samenwerkingsopties verder uitgewerkt.

# Methodologische ondersteuning

Sinds 1 mei ondersteunt Marcel Dijkgraaf alle traumaonderzoekers in de regio bij epidemiologische en methodologische vraagstukken.

Het traumacentrum stimuleert regionale samenwerking en faciliteert klinisch onderzoek in de regio. Bij de regionale onderzoeksbijeenkomsten bleek behoefte aan extra ondersteuning op het gebied van epidemiologische en methodologische onderzoeksvraagstukken. Daarom is methodoloog Marcel Dijkgraaf uit het AMC aangetrokken. Hij heeft zeer uitgebreide onderzoekservaring met meerdere publicaties in internationale toptijdschriften. Dijkgraaf is één middag per maand beschikbaar. Een afspraak inplannen kan via [R.M.Houwert@umcutrecht.nl](mailto:R.M.Houwert@umcutrecht.nl). (MH)

# Nieuw regionaal risicoprofiel

Een overstroming door een dijkdoorbraak. De kans daarop is aanzienlijk, de gevolgen catastrofaal. Dat blijkt uit het regionaal risicoprofiel dat de Veiligheidsregio Utrecht (VRU) onlangs actualiseerde.

In het risicoprofiel zijn zowel objecten die een risico vormen voor de omgeving (zoals een vuurwerkopslag) als inrichtingen met een intern risico voor personen (zoals ziekenhuizen) per gemeente in kaart gebracht. Daarnaast zijn zeven gebeurtenissen geïdentificeerd waarbij de samenhang tussen waarschijnlijkheid en impact van de gebeurtenis is weergegeven in een regionaal risicodiagram. Vervolgens is met netwerkpartners bekeken wat er al wordt gedaan en welke mogelijkheden er nog meer zijn om de risico's verder te reduceren. Deze informatie dient als input voor het Beleidsplan VRU.

# Agenda

## JUNI

**18 juni**

Seminar Kennisnetwerk  
Zoönosen Midden-Nederland,  
Utrecht

**18 juni**

Bestuurlijk ROAZ, UMC Utrecht

## SEPTEMBER

**10 september**

Zoobiquity-congres, Beekse  
Bergen

**22 september**

ROAZ kerngroep, UMC Utrecht

**29 september**

Ketenavond 'Beklemming',  
Utrecht

## OKTOBER

**27 oktober**

Bestuurlijk ROAZ, UMC Utrecht

**29 oktober**

HMIMS, Calamiteitenhospitaal

## Ketenpartners



## Colofon

### Redactie

Daniëlle van Boxtel

Natasja Rabouw

Marlène van Vijfeijken

### Met medewerking van

Stasja Aspers

Marijn Houwert

Rob Jastrzebski

Marlous Verheul

### Ontwerp en opmaak

Multimedia, marketing & communicatie

UMC Utrecht

### Drukwerk

ZuidamUithof Drukkerijen

[www.traumazorgnetwerkmn.nl](http://www.traumazorgnetwerkmn.nl)  
[traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl](mailto:traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl)

SENIOR LABORANT CT-SCAN ANNE MANDERS

“Je moet het samen doen”

Anne Manders is sinds vijf jaar senior laborant CT-scan op de afdeling radiologie in het UMC Utrecht. En in haar vrije tijd fanatiek wielrenner. In het kader van de Tourstart in Utrecht fietste ze met haar wielclub onlangs van de Eiffeltoren in Parijs naar de Utrechtse Dom. Als laborant CT-scan is ze één van de schakels in de acute ketenzorg, met name bij de opvang van patiënten na een ernstig ongeval. Haar werk op de afdeling radiologie en het fietsen vragen om de beste prestaties. Belangrijke vereiste hiervoor: samenwerking. “Alleen krijg je het niet voor elkaar. Je moet het samen doen.”

De laborant CT-scan maakt deel uit van het traumateam. “Als het traumasein afgaat, gaan we naar de Spoedeisende Hulp en wachten we tot de ambulancebroeders de patiënt binnen brengen. Na de overdracht geeft de chirurg aan wat er nodig is voor de patiënt. Als laborant maak je dan snel de foto’s en scans, zodat de diagnose snel bekend is en de chirurg aan de slag kan om de patiënt verder te helpen. Soms is het heel heftig, maar je weet wel dat je iets aan het doen bent vóór die patiënt. Dat geeft een goed gevoel.”

**SNEL EN FLEXIBEL**

De laboranten van radiologie zien patiënten slechts kort. “We zijn geen behandelaar. Wij begeleiden de patiënt wel zo goed mogelijk. Helemaal als diegene erg op ziet tegen het laten maken van de scan. Soms komt iemand achteraf terug om ons te bedanken. Ik vind het contact met patiënten prettig.” Het is één van de redenen waarom Anne werkt als röntgenlaborant. “De combinatie van patiëntzorg en het technische aspect vind ik ideaal.” Daarbij spreekt het dynamische van de specialisatie CT haar aan. “Omdat het een kort onderzoek is, doe je er veel op een dag: van een standaard buik-scan tot een CT van het hoofd. Het is heel afwisselend. En tussendoor zijn er nog spoedgevallen.” Geen dag is hetzelfde. “Je moet voor CT en spoed wel heel flexibel zijn. En snel kunnen handelen. Het programma kan ineens helemaal anders zijn. De ene dag is erg rustig, de andere dag is het hier gekkenhuis. Ik houd daar van.”



© Foto: Marlene van Vrijfijken

**SAAMHORIGHEID OP DE FIETS**

Net als van fietsen. Vier jaar geleden stapte Anne voor het eerst op de racefiets. Ze is lid van een wielclub, traint twee keer per week en rijdt diverse toertochten. Met haar club reed ze onlangs van Parijs naar Utrecht. “We fietsten in vijf dagen 640 kilometer. Bijzonder was het zware stuk over de kasseienroute. Je hebt het gevoel dat je fiets uit elkaar valt.” De tocht was een speciale ervaring. “Je krijgt echt een saamhorigheidsgevoel. Want je moet dit wel even met z’n allen doen. Anders kom je er niet. Als je om de beurt voorop fietst en het zware werk doet, blijft iedereen fit. Je moet samenwerken.” Dat ziet Anne ook terug bij professionele wielrenners: “Ik vind het mooi hoe die ploegen werken. Hoe zij met elkaar proberen om toch die laatste sprinter naar voren te krijgen, als team.”

**SAMEN VERANTWOORDELIJK**

Op de afdeling radiologie werkt ze in teams. Elke CT-scan wordt bezet door twee laboranten. “Overdag werken we met drie scans naast elkaar. Als één team uitloopt doordat een patiënt bijvoorbeeld heel moeilijk te prikken of allergisch is, dan vangen andere teams dat op. Als je het samen doet, gaat het gewoon sneller en makkelijker.” CT-laboranten zijn volgens Anne erg oplossingsgericht. “Want er kan zo iets tussendoor komen en dat moeten we snel en goed opvangen. Het mag niet zo zijn dat wij, doordat het gillend druk is, een slechte scan afleveren. Dat kan niet. Voor elke patiënt wil je steeds die ene goede foto afleveren. Dat is onze verantwoordelijkheid. En daar werken we samen aan.” (DvB)