



2

Symposium "Het ziekenhuis als soft target"

3

Mark van Heijl: Balans tussen **aanpakken** en **nadenken** over die aanpak.

4

Traumaregistratie hoogenergetische val

5

Ketenavond penetrerend hartletsel: zaak om **heel snel** te handelen.

Symposium "Het ziekenhuis als soft target"

Het najaarssymposium "Het ziekenhuis als soft target" is door het St. Antonius ziekenhuis met CrisisInnovation ontwikkeld tot een programma met drie congresdata. Op één van deze data werd op de locatie Nieuwegein aandacht besteed aan de kwetsbaarheid van ziekenhuizen voor een incident met terroristisch oogmerk. Dit symposium had een landelijk bereik met ca. 50 – 60 bezoekers vanuit Facility Management, Traumachirurgie, Veiligheid en kwaliteit en Beveiliging.

© CrisisInnovation



Bijzonder was een demonstratie van de Dienst Speciale Interventies over het gebruik van wapens door terroristen en wapens die door hulpdiensten gebruikt worden bij contraterrorisme. Er werden voorbeelden behandeld van verstoring van ziekenhuiszorg door gewapende incidenten, met medewerking van Medisch Centrum Haaglanden, het Groene Hart Ziekenhuis Gouda en het St. Antonius Ziekenhuis. Daarnaast waren er internationale presentaties door dr. Harald Veen (International Comité of the Red Cross) over werken in oorlogsgebied, Chaim Rafalowski (Disaster

Management Coordinator van het Magen David Adom in Israël) over prehospitalische zorg, en majoor dr. Alon Schwarz (senior traumachirurg bij het Shaare Zedek Medical Center in Jeruzalem) over patiëntenzorg op het slagveld en de impact van aanslagen op ziekenhuizen in Israël. Aanwezigen waren enthousiast over de 'take home message': "Zorg dat het beveiligingsbeleid van uw zorginstelling is afgestemd op het risico van een aanslag met terroristisch oogmerk". Ondanks dat Nederland geen concrete ervaring heeft met aanslagen op zorginstellingen is het nationale

dreigingsniveau nog steeds "substantieel". Net als met rampenopvang dient het crisismanagement omwille van zorgcontinuïteit zich rekenschap te geven van het dreigingsniveau en te zorgen voor handelperspectief. (MvN)

De balans tussen denken en doen

Traumachirurg Mark van Heijl werkt vier dagen per week in de patiëntenzorg in het Diaconessenhuis en één dag per week voor het Traumazorgnetwerk. Daar haalt hij fondsen binnen voor onderzoek in de traumazorg en begeleidt hij promovendi. Van oudsher was de traumazorg een vak van doeners, zegt hij, maar de huidige generatie heeft een balans gevonden tussen aanpakken en nadenken over die aanpak.



"Samen met traumachirurgen Falco Hietbrink en Marijn Houwert uit het UMC Utrecht hebben we bedacht dat het goed zou zijn om de krachten tussen het academisch ziekenhuis en de periferie te bundelen voor onderzoek", zegt Mark van Heijl. "In het UMC Utrecht huist de academie, maar in de periferie komen de meeste patiënten." Dat is ook de reden waarom hijzelf in het Diaconessenhuis werkt. "Van mijn specialisme hand- en polsletsel heb je daar een grote toestroom. Die patiëntenaantallen zijn ook nodig als je onderzoek wilt doen." Van hokjesdenken merkt hij weinig. Jonge onderzoekers uit de periferie doen bijvoorbeeld onderzoek naar triage in de regio. Mede dankzij succesvolle fondsenwerving is daar geld voor beschikbaar. Van Heijl heeft meerdere studiebeurzen binnen-

gehaald waarmee jonge artsen zich kunnen vrijmaken voor onderzoek in combinatie met een studie epidemiologie. "Zo krijg je de beste kwaliteit, en voor hun cv is het geweldig: ze worden echt onderzoeker."

Naast het fondsen werven is Van Heijl op zijn dag in het Traumacentrum veel aan het netwerken. Met promovendi, andere traumanetwerken, traumacentra, onderzoekers uit binnen- en buitenland, RAV's en allerlei instanties. "Laatst had ik een gesprek met de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid over de wegen waarop de grootste kans bestaat op verkeersongevallen. Heel interessant. Mijn werk hier is echt heel breed en boeiend."

(PK)

Trauma Triage-app

De Trauma Triage-app (TTapp) waarvan Mark van Heijl aan de wieg stond nadert na bijna twee jaar het eind van de testfase. Het succes is groot: eerst was de test alleen in Utrecht en Brabant, nu al in tien regio's. Daar wordt het gebruik van de app bovendien niet naast historische cijfers gelegd, maar vergeleken met de huidige situatie, wat een realistischer beeld geeft. "Omdat de resultaten goed zijn, denken we nu na over hoe we de app duurzaam gaan inzetten. Het belangrijkste dat we hopen is dat TTapp wordt opgenomen in het protocol en in plaats komt van andere invulformulieren. Dan is er geen sprake meer van dubbel werk. De bedoeling is dat ambulanceverpleegkundigen doen wat ze altijd al deden, met als extra bonus een advies dat uit de app rolt."

Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: Hoogenergetische val

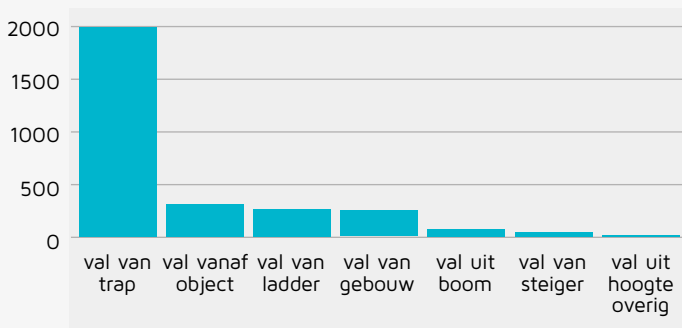


Val van hoogte

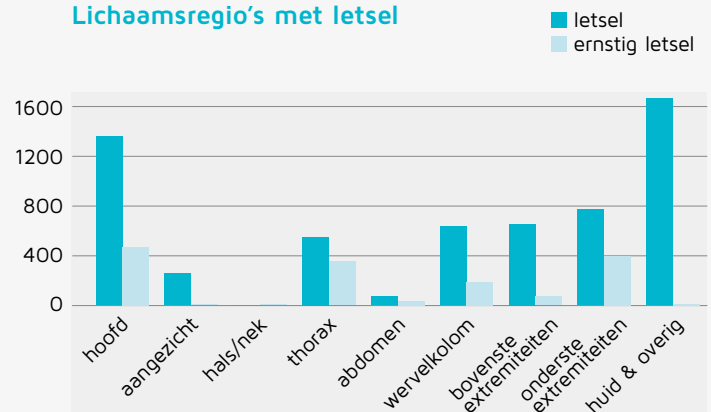
	2014	2015	2016	2017	2018
alle patiënten	616	654	599	485	691
ernstig gewonden	120	104	106	75	110
percentage ernstig gewonden	19%	16%	18%	15%	16%

82% van alle ernstig gewonden als gevolg van een val van hoogte werd opgenomen in het traumacentrum.

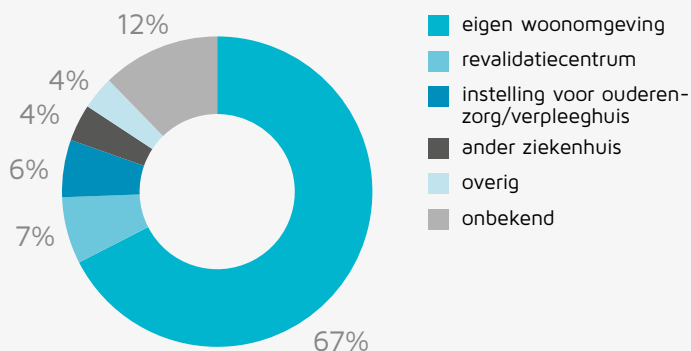
Ongevalsemechanisme



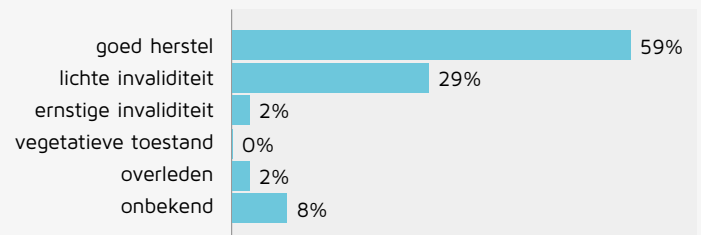
Lichaamsregio's met letsel



Ontslaglocatie

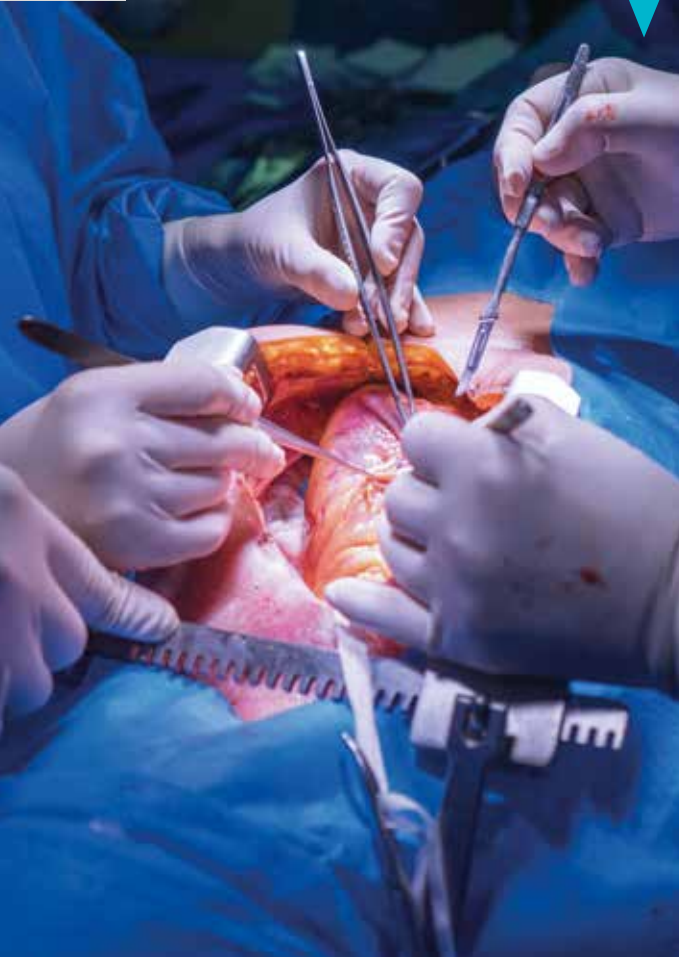


Ontslagconditie



Penetrerend hartletsel: zeldzaam riskant

© Thinkstock



Geen oorlog, weinig natuurgeweld, strenge wet- en regelgeving als het gaat om wapenbezit en mede daardoor weinig gewapende criminaliteit: om al deze redenen zijn er in Nederland maar weinig gevallen bekend van penetrerend hartletsel, vertelt fellow traumachirurgie Marlijn Booij aan het begin van de ketenavond over dit thema. Maar zeldzaam of niet, het komt voor, en dan is het zaak om heel snel te handelen. Aan de hand van drie casussen en een ervaringsverhaal uit Londen wordt duidelijk dat het bij penetrerend hartletsel alle hens aan dek is.

De indrukwekkendste casus van de avond is die van een zestienjarige jongen, al opgenomen op de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht. In augustus 2018 gaat daar het alarm. Verpleegkundige Aumer van Reemst haast zich erheen. "Ik kwam binnen en zag grote scherven van een kapotte spiegel en veel bloed. Er waren al collega's bij en ik hoorde dat de patiënt minder aanspreekbaar aan het worden was. Ik dacht: deze jongen heeft zo snel mogelijk acute zorg nodig." Ze haalden een brancard en reden hem naar de SEH.

Toen aios Chirurgie Hein Handgraaf aankwam op de SEH, waren er al twee infusen geprikt. "De patiënt schreeuwde en kreunde hevig en was niet te instrueren, dus een thoraxdrain was onmogelijk. Naalddecompressie lukte wel, maar de naald liep meteen weer vol met bloed. Uiteindelijk hebben we hem gefixeerd en toch de thoraxdrain geplaatst."

De overall mortaliteit bij penetrerend hartletsel is 66 procent, maar onder patiënten die de OK halen, is de mortaliteit nog 'maar' 35 procent. En die haalde hij. Wel bleef hij hevig bloed produceren. "Het spoot uit de pericard. Bij het openen zagen we een scheur van 2 centimeter in de linker ventrikel. Hij had bijna een infarct gehad, als hij de kransslagader had geraakt."

PER VIER OPGESTAPELD

De pericard is een stevig fibreus zakje om het hart, een barrière tegen infecties die tevens het hart op zijn plek houdt, vertelt differentiat Traumachirurgie Henk Formijne Jonkers. Hij liep vier maanden mee in het Royal London Hospital. "Er zijn daar momenteel veel bendeoorlogen. De thoracotomies-ets lagen per vier opgestapeld." Opvallend vond hij dat vaak, zodra het pericard werd opengemaakt, de bloeddruk herstelde. Dit beschermende zakje kan bij letsel een soort drukcabine worden. Naast een thoraxdrain is daarom een pericarddrain een goed idee. Ook is het belangrijk een penetrerend voorwerp zo lang mogelijk te laten zitten en alleen onder gecontroleerde omstandigheden te verwijderen. Helaas doen mensen het vaak zelf, maar als je een patiënt aantreft met een mes in zijn borst: laten zitten.

Met de jongen uit de casus gaat het naar omstandigheden goed. Hij kan wel snel in paniek raken en is dan moeilijk gerust te stellen. Hij herinnert zich het incident en is bang dat er iets met zijn hart aan de hand is. Hij krijgt therapie om zijn trauma's te verwerken. (PK)

Medical Response to Major Incidents

Van 13-15 juni 2019 wordt weer een driedaagse Medical Response to Major Incidents (MRMI) cursus georganiseerd in het Calamiteitenhospitaal. De doelgroep zijn betrokkenen bij de prehospitalale en hospitalale respons tijdens een groot incident of een ramp.

De cursus bestaat uit een dag lezingen en twee dagen grootschalige simulatie oefeningen. Meer informatie is te vinden op <https://mimms.nl/over-mrmi/data-en-inschrijving>



LCMS-gz go live oefening

Op 20 december werd in onze regio de Landelijk Crisismanagement Systeem-geneeskundige zorg (LCMS-gz) go live oefening gehouden.



© Thinkstock

LCMS-gz is een afgeschermd website om een actueel en gedeeld beeld te onderhouden ter ondersteuning van het netcentrisch werken. Netcentrisch werken houdt in dat binnen een netwerk van interne en externe betrokkenen informatie wordt uitgewisseld. De oefening van december was een test met alle partijen die aangesloten zijn op het systeem. De informatiecoördinatoren van de aangesloten zorginstellingen namen hieraan deel.

Visitatie traumacentrum

Op 30 november jl. werd het traumacentrum van het UMC Utrecht gevisiteerd door het LNAZ.

Naast het standaard-programma, werd ook een korte rondleiding door het Calamiteitenhospitaal gegeven. De gesprekken verliepen in een prettige sfeer en

werden door alle betrokkenen als zeer zinvol en plezierig ervaren. De komende tijd zullen de aanbevelingen uit het visitatierapport worden bestudeerd.



© Thinkstock

Agenda

MAART

5 maart

HMIMS, Calamiteiten-
hospitaal

25 maart

ROAZ

26 maart

POSH

APRIL

18 april

Ketenavond
'Schotwonden'

MEI

14 mei

POSH

16 mei

Focusgroep Crisis-
beheersing en OTO,
Altrecht

Juni

13 juni

MRMI, Calamiteiten-
hospitaal

18 juni

Ketenavond

25 juni

ROAZ

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Natasja Rabouw
Lukas van Spengler

Met medewerking van

Stasja Aspers
Petra Kruijt
Mark van Not

Ontwerp en opmaak

Design & producties,
Marketing & communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

Drukkerij De Bondt

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

CLAZIEN-ANN MARRAS

“Ik ben een echte regelneef”

Ruim een jaar geleden begon de afdeling Zorgbemiddeling in het St. Antonius Ziekenhuis Leidsche Rijn een pilot met transferzorg op de SEH. Doel was om ziekenhuisopname te voorkomen. Deze pilot werd zo'n succes dat de werkwijze niet alleen wordt doorgezet, maar zelfs uitgebreid naar andere locaties. Transferverpleegkundige Clazien-Ann Marras is net zo enthousiast als de patiënten en hun familie. “Er wordt positief op gereageerd en het resultaat is ook heel goed.”



Van oorsprong is ze verpleegkundige in de wijk en dat vond ze fantastisch, maar toen Clazien-Ann dat werk niet meer kon doen, is ze uit de directe zorg gegaan. Nu is transferverpleegkundige en in die rol is ze helemaal op haar plek. “Ik ben een echte regelneef en netwerker én ik hou van de zorg, dus deze functie past bij me. Je hebt elkaar in de zorg nodig; zonder goede contacten kan ik dit werk niet doen. Ze moeten vertrouwen in ons hebben en wij moeten dat niet schaden, want een misser wordt langer onthouden dan alles wat goed gaat.”

Die goede contacten hebben geholpen om de SEH-transferzorg op te zetten, want die vindt voor een groot deel plaats buiten kantooruren. Het project is opgezet in samenwerking met ZorgSpectrum, Careyn, AxionContinu en Zorgpension Woerden, onderdeel van Fundus. “Het gaat vooral om kwetsbare ouderen die niet op eigen kracht meteen weer naar huis kunnen. Vroeger werden die vaak in het ziekenhuis opgenomen omdat er geen andere optie was. Je kunt dan denken aan iemand die met een rollator loopt en bij een val haar pols breekt. De rollator, die ze nodig heeft om zelfstandig thuis te wonen, kan ze tijdelijk niet gebruiken. In zo'n geval is een herstelplek nodig. Daar gaan wij zo snel mogelijk naar op zoek.”

INFECTIERISICO

Eigenlijk is het niet heel anders dan het werk dat Clazien-Ann altijd doet in het ziekenhuis; het enige verschil is dat ze dan een plek zoekt voor mensen die met ontslag gaan na een

opname. Daar komt veel bij kijken. “Wij krijgen geregeld patiënten aangeboden voor een transfer die er nog niet klaar voor zijn. Als een arts bijvoorbeeld een patiënt aanbiedt voor revalidatie terwijl de patiënt nog verward is, kan het niet. Een patiënt moet helder, leerbaar en trainbaar zijn als het om revalidatie gaat. Wat we soms tegenkomen, is dat artsen en verpleegkundigen denken: we regelen het alvast, want binnen een paar dagen zal de patiënt er wel aan toe zijn. Maar dat kun je niet zeker weten. Het komt vaker voor dat zorg na het ontslag moet worden afgezegd, omdat de patiënt nog niet klaar is voor ontslag.”

Andersom zijn familieleden en soms ook patiënten zelf liever langer in het ziekenhuis dan nodig. Met hen spreekt Clazien-Ann uitgebreid over de vervolgstappen zodat ze zich er zekerder over voelen. “De onwil om met ontslag te gaan komt vooral voort uit angst. Het is mijn taak om mensen ervan te overtuigen dat we een goed plan opstellen en dat het de patiënt ten goede komt. Wat ik er vaak bij vertel, is dat een ziekenhuis helemaal niet de beste plek is voor een kwetsbare patiënt. Er is hier een veel groter infectierisico, bijvoorbeeld.” Ook dat is een van de redenen waarom de SEH-transferzorg in het leven is geroepen. En dan zijn mensen dus wél heel blij met de snelle stappen. “We brengen zo goed mogelijk de thuissituatie en de gezondheid in beeld en dan bepalen we wat we doen. Het doel is dat kwetsbare ouderen net als vrijwel ieder ander snel en goed van de SEH weggaan. Dat dat vaak ook lukt, maakt het heel dankbaar werk.” (PK)