

‘Samenwerking pur sang’

‘We hebben het
hele land doorkruist’

‘Het leek wel een mierenhoop’

‘Een mini battle is een zeer werkbare formule’

‘Honderd is mooi, vijftig is te weinig’

‘Aan sommige situaties wen je nooit’

‘Heel leuk om bij elkaar
in de keuken te kijken’

iNZAGE 2008



Isala klinieken

Traumacentrum
Zwolle

Inhoud

- 4 Structuur
- 6 Netwerk Traumatologie
- 8 ROAZ
- 11 MMT
- 12 Videoregistratie
- 14 SEH-artsen opleiding
- 16 ZiROP en OTO
- 18 Traumaregistratie
- 20 MICU
- 22 TAZ

7

Hermien ten Bolscher
'We gaan voor een acht'



5 'We zijn kind aan huis bij elkaar'

Norbert Bosman



In het netwerk van het traumacentrum worden veel afkortingen gebruikt. Hieronder een overzicht van de afkortingen in deze uitgave.

Afkortingenlijst:

| | |
|-------|--|
| BTC | Bureau Traumacentrum |
| BZK | Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties |
| CT | Crisisteam |
| ETS | Emergo Train System |
| GHOR | Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen |
| HMIMS | Hospital Major Incident Management System |
| IC | Intensive Care |
| LVTC | Landelijke Vereniging voor Traumacentra |
| LTR | Landelijke Trauma Registratie |
| MICU | Mobiele Intensive Care Unit |
| MKA | Meldkamer Ambulance |
| MMT | Mobiel Medisch Team |
| NvT | Nederlandse vereniging voor Traumatologie |
| OK | Operatiekamer |
| OT | Operationeel Team |
| OTO | Opleiden, Trainen en Oefenen |
| RAV | Regionaal Ambulance Vervoer |
| ROAZ | Regionaal Overleg Acute Zorg |
| ROTS | Rampen Opvang Training Set |
| SEH | Spoedeisende Hulp |
| TAZ | Thema-avond Acute Zorg |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| ZiROP | Ziekenhuis RampenOpvang-Plan |

16 Isala voortrekkert op gebied van OTO en ZiROP



20 'Komst MICU dankzij goede coproductie'



21 Mieke Wassink
'RAV en traumacentrum hebben elkaar gevonden'



TRAUMACENTRUM MAAKT IN 2008 FLINKE ONTWIKKELING DOOR:

‘We zijn in alle opzichten gegroeid’

In 2008 heeft Traumacentrum Zwolle een flinke ontwikkeling doorgemaakt. Enerzijds werd het centrum opnieuw gepositioneerd (inhoudelijk direct onder de Raad van Bestuur), anderzijds werd zijn takenpakket fors uitgebreid. ‘We zijn in alle opzichten gegroeid’, resumeert Gijs van Aken, hoofd Traumacentrum.

Eén van de belangrijkste wapenfeiten betreft de toekenning van de MICU-erkenning aan de Isala klinieken. Hetzelfde geldt voor de keuze om deze voorziening de eerste jaren onder te brengen bij het Traumacentrum. Hoewel het verzoek om zo’n vergunning al in 2007 was ingediend, duurde het vervolgens nog een jaar voordat de vlag in top kon. De vertaalslag naar de praktijk vergde daarentegen amper vier maanden: medio januari 2009 werd de Mobiele Intensive Care Unit (lees: IC op wielen) in gebruik genomen. ‘Een prestatie van formaat’, blikt Van Aken terug.

Contrast

Het succesvolle MICU-verhaal vormt een schril contrast met de matige progressie op het gebied van de traumaregistratie. ‘Wegens langdurige ziekte binnen het bureau hebben we op dat terrein niet de voortgang geboekt die we voor ogen hadden. In 2009 hopen we die slag alsnog te maken.’

Voor wat betreft het Ziekenhuis Rampenopvangplan (ZiROP) en het daaraan gekoppelde OTO-traject overheerst bij van Aken wél tevredenheid. ‘Beide programma’s zijn volledig herzien en sluiten aan bij de landelijke leidraad. Mede daardoor maken maar liefst veertig ziekenhuizen op één of andere manier gebruik van onze kennis en begeleiding.’

ROAZ

Ook over de ontwikkeling van het Regionaal Overleg Acute

Zorg (ROAZ) is Van Aken zeer content. Dit samenwerkingsverband, opgericht in 2007, stond in 2008 namelijk duidelijker op de (regionale) kaart. Zo werd het ROAZ uitgebreid met ketenpartners in Noord- en Oost-Gelderland. Verder werd gestart met de analyse van vijf acute ziektebeelden. Tot slot noemt Van Aken het convenant met het UMCG over samenwerking in de provincie Drenthe. ‘Daarover hebben we samen heldere afspraken gemaakt, die verantwoordelijkheid wordt aan beide kanten gevoeld.’ ●



Trots en triest

‘Terugkijkend op 2008 zijn er meerdere thema’s die me hebben geraakt. Laat ik beginnen met de positieve berichten: de MICU-erkenning die we in september ontvingen. Als je vervolgens ziet hoe snel we die ‘IC op Michelinbanden’ in gebruik konden nemen, mogen we samen best trots zijn. Ik spreek bewust in de meervoudsvorm, want deze prestatie komt mede op naam van de Intensive Care, de RAV IJssel-Vecht en de afdeling Medische Technologie van de Isala klinieken. Fantastisch om te zien waar samenwerking toe kan leiden!’

‘Diezelfde samenhang werd steeds duidelijker zichtbaar binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg. Alle deelnemers waren bereid over hun eigen muren heen te kijken en te kiezen voor het bredere perspectief. Kijk maar hoe het ROAZ de acute opvang van psychiatrische patiënten heeft geregeld. Samenwerking pur sang!’

‘Tegelijkertijd moesten we in 2008 besluiten om de functie van het Mobiel Medisch Team (MMT) te decimeren. Dit goed getrainde team van professionals wordt niet meer voor de dagelijkse spoedeisende medische hulpverlening ingezet. Het MMT zal voortaan alleen nog aantreden in opgeschaalde situaties. Dat is voor alle betrokkenen – inclusief de patiënt – een trieste ontwikkeling. Dit besluit, hoe terecht ook, heeft me moeite gekost.’ ●

*Gijs van Aken,
Hoofd Traumacentrum Zwolle*

‘Goede resultaten beter communiceren’

In 2008 heeft het Zwolse Traumacentrum binnen de Isala klinieken een nieuwe positie ingenomen. ‘Inhoudelijk stemmen we voortaan rechtstreeks af met de Raad van Bestuur, die lijn is heel kort’, verklaart Gijs van Aken, hoofd van het Traumacentrum. In genoemd jaar heeft ‘zijn’ centrum de samenwerking met de interne acute zorgpartners geïntensiveerd. ‘De dwarsverbanden met de Spoedeisende Hulp (SEH), Intensive Care (IC) en Mobiele Intensive Care Unit (MICU) zijn verstevigd.’

Tegelijkertijd moet Van Aken constateren dat de functie van (Bureau) Traumacentrum bij velen in de Isala klinieken nog onvoldoende bekend is. ‘Soms vragen ze me: *Hoeveel patiënten liggen er eigenlijk op jullie afdeling?* Ook van onze landelijke kenniscentrumfunctie op het gebied van rampenopvang zijn intern weinigen op de hoogte. Binnen ons centrum is in 2008 heel hard gewerkt en er is veel bereikt, maar we hebben nagelaten om dat goed te communiceren’, bekent Van Aken.

Slagkracht

Om het tij te keren is in dat jaar een communicatieplan opgesteld. ‘Middels nieuwsbrieven, een jaaroverzicht en een beleidsplan willen we meer bekendheid geven aan onze activiteiten. Het actueel houden van onze website (www.isala.nl/traumacentrum) past eveneens in dat streven.’ Het hoofd Traumacentrum verwacht dat een duidelijker profilering tot meer draagvlak en slagkracht leidt. ‘Daardoor kunnen wij onze missie nog beter realiseren.’ ●

Medewerkers Traumacentrum 2008

Hoofd:

Gijs van Aken

Medisch coördinatoren:

Adriaan Mostert, Traumatologie

Harry Naber, MMT en scholing

Stan Aerdts, MICU (tot september)

Koos v.d. Wetering, MICU (vanaf september)

Medewerkers:

Jan Atsma

Ad van Berlo (tot mei)

Patricia Bosman (vanaf 1 november)

Jacqueline Coenraads (vanaf september)

Mark Hekkert

Wim Heupers (vanaf oktober)

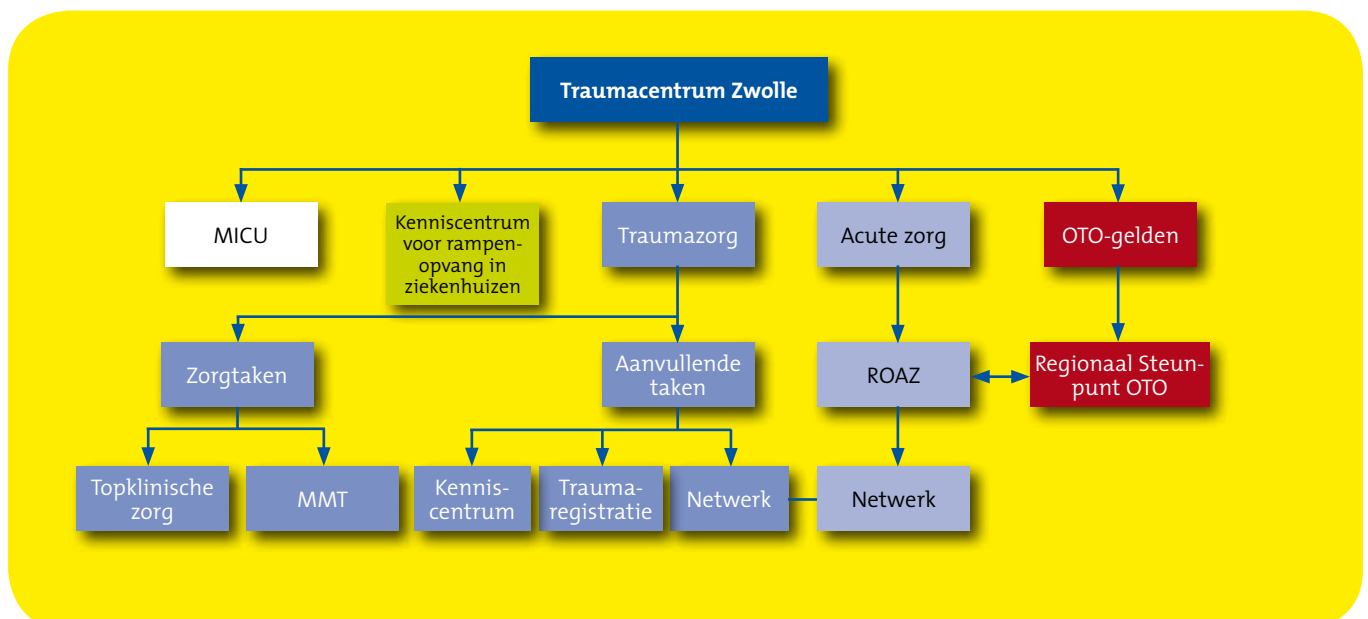
Petra Krijgsman

Roelf Lindeboom

Yvonne v.d. Perk

Lisette Vrielink (vanaf 1 november)

Nienke de Wilde



‘Gewoon over de schutting heen kijken’

Om goede acute zorg te kunnen garanderen, is samenwerking met andere regionale ketenpartners essentieel. Vanuit die gedachte heeft Traumacentrum Zwolle in 2008 fors geïnvesteerd in het regionale traumazorgnetwerk. ‘Als ketenpartners moeten we over onze schuttingen heen durven kijken’, adviseert Gijs van Aken, hoofd Traumacentrum.

Die externe blik kwam in 2008 onder meer tot uitdrukking binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg, kortweg ROAZ (zie pagina’s 8 en 9). Binnen dat overleg vervult het Traumacentrum een coördinerende rol, niet te verwarren met een leidende rol. ‘We streven naar gelijkwaardigheid in de regionale samenwerking’, benadrukt Van Aken. Bureau Traumacentrum is binnen genoemde regio eveneens betrokken bij visitaties (zie pagina 6) van de traumazorg. Ook het Ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) en het daaraan gekoppelde OTO-traject (Opleiden, Trainen, Oefenen) gedijen prima onder de Zwolse paraplu (zie pagina 16 en 17).

Versterken

Onder het motto ‘Van, voor en door het veld’ werkt Zwolle eveneens samen met andere traumacentra. Van Aken noemt als voorbeeld het zogeheten ZEN-initiatief, oosterse wijsheid, maar ook de afkorting voor Zwolle, Enschede en Nijmegen. ‘We zoeken elkaar op en proberen elkaar te versterken, zonder dat het tot competitie leidt. Door het delen van kennis en het afstemmen van taken worden we er allemaal beter van.’

Volgens het hoofd Traumacentrum is de koek nog lang niet op. ‘Als de Traumacentra hun onderlinge relatie en het wederzijdse vertrouwen versterken, kunnen we in de toekomst nog meer van elkaar profiteren.’ ●



‘We zijn kind aan huis bij elkaar’

‘De GHOR richt zich op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en het Traumacentrum is verantwoordelijk voor de dagelijkse traumazorg. Die taken liggen in elkaars verlengde en daarom zijn beide partijen gebaat bij goede samenwerking’, oordeelt Norbert Bosman, senior beleidsmedewerker van het GHOR-bureau in Zwolle.



Norbert Bosman

Beide organisaties weten elkaar goed te vinden. ‘Op verschillende niveaus vindt regelmatig gestructureerd overleg plaats. Dat varieert van afstemming tussen directies tot deelname aan ROAZ- en werkgroepbijeenkomsten. We zijn kind aan huis bij elkaar.’ Dat laatste heeft alles te maken met het prettige contact tussen GHOR en Traumacentrum. ‘Onze relatie is zonder meer goed te noemen.’

Oefenen

Als prioriteit in de samenwerking noemt Bosman het vinden van ‘een goede modus’ voor de besteding van de OTO-stimuleringsgelden. Zo pleit hij voor het ontwikkelen van een goed registratie- en evaluatiesysteem op het gebied van OTO. ‘Oefenen is mooi, maar de resultaten daarvan moet je inzichtelijk maken om verbeteringen te kunnen doorvoeren.’

Ook de psychosociale hulpverlening verdient volgens de beleidsmedewerker een impuls. ‘De aandacht gaat vaak vooral uit naar de toeters en bellen. Psychosociale hulpverlening dreigt dan een ondergeschoven kindje te worden.’ ●

Netwerk Traumatologie

Binnen het netwerk Traumatologie zijn in 2008 verschillende activiteiten georganiseerd, waaronder de driejaarlijkse visitatie van het Zwolse Traumacentrum. Verder stonden er weer drie zogeheten refereeravonden op het programma. Een overzicht.

Refereeravonden in nieuw jasje

Sinds 2008 worden de periodieke refereeravonden op een andere leest geschoeid.

Ten eerste worden alle deelnemers aan deze bijscholingsbijeenkomsten nauwer bij het programma betrokken. 'Waren sommige aanwezig voorheen hoofdzakelijk toehoorder, tegenwoordig brengen collega's uit de regio zelf casuïstiek in. Daarmee hebben ze een veel actievere rol gekregen', verklaart Adriaan Mostert, orthopeed-traumatoloog en medisch coördinator van Bureau Traumacentrum.

Ook voor de primaire doelgroep van de refereeravonden (te weten traumatologen en opleidingsassistenten uit Apeldoorn,

Overzicht trauma refereeravonden 2008

| Wanneer | Waar | Onderwerp |
|--------------|-----------|--|
| 20 januari | Deventer | Prevot-pen-fixatie van antebrachiifracturen bij kinderen; <i>Bone Morphogenetic Proteins</i> Mini battle en casuïstiek |
| 19 mei | Apeldoorn | De waarde van reguliere CT-controle na IM fixatie van de tibia; <i>To Boldly go where no man has gone before. The non contact bridging bij proximale humerusfracturen</i> Mini battle en casuïstiek |
| 15 september | Zwolle | Ré-act (acroniem); elleboogluxaties Mini battle en casuïstiek |

Deventer en Zwolle) is het programma bijgesteld. Zo is in 2008 de zogeheten *mini battle* geïntroduceerd, waarbij twee partijen elkaar in een debat moeten overtuigen. 'Die discussie moet leiden tot consensus

over de beste behandeling bij een bepaalde aandoening. Voor zowel de debaters als hun toehoorders vormt zo'n *mini battle* een zeer werkbare formule', concludeert Mostert. ●

VISITATIES VERBETEREN KWALITEIT EN BEVORDEREN SAMENWERKING

Een kijkje in de keuken

Elke drie jaar wordt de Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis gevisiteerd. Daarbij onderzoekt de visitatiecommissie of de betreffende SEH nog steeds aan de levelindeling, volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT), voldoet. Behalve dit formele aspect dient zo'n visitatie ook een educatief doel. 'Het is heel leuk om bij elkaar in de keuken te kijken en van elkaar te leren', benadrukt Suzanne Kruizinga, SEH-arts in het St Jansdal Ziekenhuis in Harderwijk en lid van de visitatiecommissie.

Tijdens zo'n visitatie is het voor de bewuste commissie alle hens aan dek. 'We checken het aantal bedden en de aanwezige apparatuur, bekijken protocollen maar ook de inwerk-schema's voor arts-assistenten. Verder onderzoeken we de samenwerking met bijvoorbeeld Radiologie en de ambulancedienst. Ook de samenstelling van het traumateam heeft onze aandacht.' De combinatie van vele intensieve gesprekken, het werkplekbezoek, controle van de vooraf ingevulde vragenlijsten én terugkoppeling is geen eenvoudige klus.

'Zo'n visitatie duurt een dag maar voor je gevoel een week', bekent Kruizinga. 'Maar het is vooral hartstikke leuk.'

Huisvesting

Hoewel ze niets wil zeggen over individuele situaties en scores, wil Kruizinga wel iets kwijt over het algemene SEH-niveau in haar werkgebied. 'Afgezien van de huisvestingsproblematiek doen we het in deze regio heel erg goed. Daar mogen we best trots op zijn.' ●

HERMIEN TEN BOLSCHER, MANAGER ZORGEENHEID TRAUMAZORG:

‘We gaan voor een acht’

‘We doen het goed, maar het kan nog beter.’ Dat is volgens Hermien ten Bolscher de uitkomst van de visitatie van ‘haar’ SEH in 2008. In 2011 staan de ‘keurmeesters’ wederom op de stoep en Ten Bolscher hoopt dat er dan vooruitgang is geboekt. ‘Ik denk dat onze huidige score gemiddeld een ruime voldoende bedraagt. Bij de volgende visitatie streven we naar een acht.’

De visitatoren toonden zich in 2008 vooral tevreden over de uitstekende samenwerking tussen SEH en huisartsen in de regio. Dat gold eveneens voor de goede outillage en personele bezetting van de Zwolse SEH. Verder waren er complimenten voor het digitale registratiesysteem op de SEH, de periodieke traumabesprekingen en de vaste onderwijsmomenten voor arts-assistenten. Tot slot was de visitatiecommissie positief over het open karakter van de SEH op locatie Sophia. ‘Ook voor aanlopers is onze poort altijd geopend; wij sturen nooit iemand weg.’

Kritische noten

Behalve deze complimenten bevat het visitatierapport ook enkele kritische noten. Zo is de communicatie tussen ambulance en SEH tijdens de overdracht van de

patiënt voor verbetering vatbaar. Ook pleit de commissie voor een duidelijker inwerkprogramma voor arts-assistenten en heldere afspraken met de gipsverbandmeester.

Verder constateerden de visitatoren dat artsen en verpleegkundigen qua kleding amper van elkaar te onderscheiden zijn. ‘Terwijl dat bij de behandeling van ernsti-

‘Wij sturen nooit iemand weg’

ge trauma’s wel beter zou zijn’, benadrukt Ten Bolscher. ‘Daarom gaan alle SEH-verpleegkundigen binnenkort gekleurde poloshirts dragen.’



Hermien ten Bolscher: ‘Ook voor aanlopers is onze poort altijd geopend.’

Veiligheid

Ook de veiligheid op de SEH van locatie Sophia is recent – mede op advies van de visitatiecommissie – flink verbeterd. ‘Dankzij de invoering van een elektronisch toegangssysteem kunnen SEH-medewerkers een deel van de afdeling afsluiten. Zeker in bedreigende situaties biedt zo’n voorziening extra veiligheid.’ ●



Suzanne Kruizinga

Wie doen mee?

De visitatiecommissie richt zich op de traumatologie en levelindeling van SEH-afdelingen van de aangesloten instellingen. De volgende ziekenhuizen - die zijn aangesloten bij het Traumacentrum Zwolle - nemen deel aan de visitatie:

- Deventer Ziekenhuis in Deventer
- Diaconessenhuis in Meppel
- Gelre Ziekenhuizen, locatie Apeldoorn en Zutphen
- Isala klinieken in Zwolle
- Röpcke-Zweers Ziekenhuis (Saxen-

- burgh Groep) in Hardenberg
- St Jansdal in Harderwijk
- Ziekenhuis Bethesda in Hogeveen

De visitatiecommissie bestaat uit het hoofd Traumacentrum (tevens voorzitter), een SEH-arts of chirurg, een verpleegkundige/leidinggevende van een SEH-afdeling en een beleidsmedewerker voor de verslaglegging. De commissie kan een beroep doen op vier artsen en vier SEH-verpleegkundigen/leidinggevers, die de visitaties bij toerbeurt uitvoeren.

ROAZ boekt eerste resultaten

Stond 2007 in het teken van het optuigen van de ROAZ-organisatie, een jaar later werd vooral geïnvesteerd in de samenwerking met andere ketenpartners en de opbouw van het netwerk. 'Daarmee verstevig je het fundament van het Regionaal Overleg Acute Zorg', benadrukt Roelf Lindeboom, beleidsmedewerker bij Bureau Traumacentrum en coördinator ROAZ. Tegelijkertijd heeft het ROAZ in 2008 ook zijn eerste concrete resultaten geboekt. Een inventarisatie.

Allereerst is het ROAZ uitgebreid met ketenpartners in de Veiligheidsregio Noord en Oost Gelderland. 'Begrijpelijk', oordeelt Lindeboom. 'Zorgaanbieders in dat gedeelte van onze traumaregio hebben al een nauwe band met Zwolle. Het is dus niet zo vreemd dat zij op ROAZ-niveau ook voor ons kiezen.' De beleidsmedewerker is blij met de aanwas. 'Het is een blijk van vertrouwen en geeft aan dat we het goed doen. In die zin is het zeker een opsteker.'

Witte vlekken

Verder is in 2008 gestart met de analyse van de zorgprocessen rond vijf acute ziektebeelden. 'Het doel is om eventuele witte vlekken aan het licht te brengen', verduidelijkt Lindeboom. Bij de analyse wordt ingezoomd op CVA's, acute obstetrie, acute psychiatrie, heuptrauma's en myocardin-farcten. Waarom zijn juist deze ziektebeelden geselecteerd? 'Dit zijn landelijk de meest voorkomende acute aandoeningen.' Een derde activiteit in 2008 betrof het ver-

stevigen van de relatie met ketenpartners. 'Als je start met een regionaal overleg, bestaat er nog geen netwerk. Dat moet je opbouwen door de juiste mensen aan je overleg te binden. Daarmee leg je een basis onder het ROAZ en kun je je doelstellingen realiseren.'

Investeren

Het vierde thema dat in 2008 op de ROAZ-agenda stond, heeft betrekking op de OTO-activiteiten (Opleiden, Trainen en

'We zoeken samen naar een goede oplossing'

Oefenen). Het ministerie van VWS heeft in dat (na)jaar structurele stimuleringsgelden toegezegd om te komen tot een geza-



Roelf Lindeboom, :
'Het ROAZ signaleert, analyseert en zoekt gezamenlijk naar een goede oplossing.'

ROAZ

Zorgaanbieders zelf verantwoordelijk maken voor hun infrastructuur en (investerings)beslissingen. Dat is de essentie van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) die begin 2006 van kracht werd. Of anders gezegd: we gaan van centrale aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking. Wat betekent deze wet voor de Acute Zorg? Dat de verschillende acute zorgaanbieders hun onderlinge afstemming gaan verbeteren. Zo hebben zij de opdracht gekregen om in een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) afspraken te maken

over (betere) samenwerking. De veldpartijen worden dus zelf verantwoordelijk voor spreiding en toegankelijkheid van acute zorg.

Werkwijze ROAZ

De Isala klinieken zijn bij wet initiator voor dit overleg en vullen de functies van voorzitter en coördinator Regionaal Overleg Acute Zorgketen in. Het GHOR-bureau levert secretariële ondersteuning. De vertegenwoordigers van de diverse instellingen nemen deel aan het ROAZ met

menlijk OTO-beleid. 'Dankzij deze middelen kunnen alle ketenpartners zich beter voorbereiden op rampen en crises. Want daarvoor kunnen we investeren in scholing en coördinatie', licht de beleidsmedewerker toe.

Crisisbed

Tot slot maakt Lindeboom gewag van het eerste concrete resultaat dat het ROAZ in 2008 bereikte. Op basis van de aanbevelingen van het ROAZ is een convenant opgesteld, dat een einde maakt aan de capaciteits- en vervoersproblemen bij acute psychiatrie. 'Doordat er geen crisisbed beschikbaar was, werd een psychiatrische patiënt voorheen wel eens in een politiecel gezet. Die situatie was verre van ideaal', oordeelt de beleidsmedewerker. 'Dankzij goede afspraken en een opnamegarantie van een GGZ-instelling is die acute opvang nu gegarandeerd.'

Dit soort resultaten sterkt Lindeboom in de gedachte dat het ROAZ in een duidelijke behoefte voorziet. 'Wij signaleren, analyseren en zoeken samen naar een goede oplossing. Met slechts één doel: dat de patiënt op de juiste plek de beste zorg krijgt.' ●

bestuurlijk mandaat van hun instelling. Het ROAZ komt elke drie maanden bijeen en heeft een platte structuur. Daaronder kunnen (op ad hoc basis) focusgroepen of werkgroepen gehangen worden. De coördinator Regionaal Overleg Acute Zorgketen vormt de schakel tussen focusgroepen en werkgroepen enerzijds en het ROAZ anderzijds. De ROAZ-leden ervaren dat dit overleg mogelijkheden biedt om de acute zorgketen te verbeteren.

HANS HUTTEN, SEH-MANAGER IN HET DEVENTER ZIEKENHUIS:

'Binnen het ROAZ spreken we dezelfde taal'



Hans Hutten: 'De meeste deelnemers aan het ROAZ hebben de wil om over de muur heen te kijken.' (foto: Bert de Graaf)

Goede afstemming tussen de ketenpartners met als resultaat een betere stroomlijning van de patiëntenzorg. Dat is – in een notendop – de meerwaarde van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), oordeelt Hans Hutten, operationeel manager van de Spoedeisende Hulp (SEH) in het Deventer Ziekenhuis. 'Binnen het ROAZ spreken we dezelfde taal.'

Grote vraag is wat het ROAZ concreet heeft opgeleverd. 'De jaren 2007 en 2008 stonden in het teken van opbouwen en voorbereiden, vanaf 2009 gaan we de plannen concretiseren. Denk aan de OTO-activiteiten en het analyseren van de zorgprocessen rond vijf ziektebeelden.'

Het enige wat Hutten stoort, is de wisselende opkomst bij ROAZ-vergaderingen. 'De kern bestaat uit een vaste groep, aangevuld met wisselende deelnemers. De één hecht blijkbaar meer belang aan het ROAZ dan de ander.'

Gemotiveerd

Deelname aan dit regionale overleg ervaart de SEH-manager vooral als een educatief proces. 'Je leert breder te kijken, dat is de sterkste kant van het ROAZ.' Daarbij bevindt hij zich bovendien in gemotiveerd gezelschap. 'De meeste deelnemers hebben de wil om over de muur heen te kijken.'

Maar wat schiet de patiënt daar eigenlijk mee op? 'Als we de onderlinge afstemming en de ketenzorg verbeteren, profiteren patiënten daar natuurlijk van. Dan krijgen ze binnen de keten maximale zorg op de juiste plek. Dat is veel winst', benadrukt Hutten. ●



*Goede wijn
behoeft geen
krans*

Samenstelling

Het ROAZ Zwolle bestaat uit een vertegenwoordiging van ziekenhuizen, ambulancezorg, huisartsen(posten), GGZ-instellingen, GGD's, veiligheidsregio's en verloskundigen uit de traumacentrumregio Zwolle.



OTO-stimuleringsgelden

Sinds eind 2008 zijn er door het Ministerie van VWS structureel OTO-stimuleringsgelden beschikbaar gesteld zoals overeengekomen in het 'Convenant inzake Opleiden, Trainen en Oefenen ter voorbereiding op rampen en crises'. Het doel van deze OTO stimuleringsgelden is om er voor te zorgen dat zorginstellingen zich beter voorbereiden op rampen en crises.

Basis voor het meerjaren OTO-beleid van de traumaregio Zwolle is de bestaande planvorming omtrent OTO-activiteiten, zoals die door de veiligheidsregio's al gehanteerd werd. Zij hebben immers al ervaring met het maken van een risico-analyse en -inventarisatie, op basis van de Leidraad Maatrap, die vervolgens bepalend zijn voor hun meerjarenbeleidsplan. Het hele meerjaren OTO-beleid zal dan ook in nauw overleg met de veiligheidsregio's worden vastgesteld.

Regionaal Steunpunt OTO

De aansluiting zoeken in het belang van de patiënt

Om te zorgen dat een patiënt die acute zorg nodig heeft zo snel mogelijk op de juiste plaats is voor diagnostiek en behandeling is het belangrijk dat de deelnemers aan het ROAZ aansluiting bij elkaar zoeken, waardoor er een netwerk zonder 'storingen' ontstaat. Dit geldt zowel voor de reguliere als de opgeschaalde situatie. Om deze aansluiting te realiseren zijn we o.a. bezig met de analyse van de 5 ziektebeelden.

Analyse 5 ziektebeelden

In het ROAZ is de aanbieders van acute zorg gevraagd een inventarisatie te doen van de acute zorgketen rond 5 landelijk vastgestelde ziektebeelden. Doel van deze inventarisatie is het afstemmen van activiteiten tussen de aanbieders van acute zorg en het in kaart brengen van het acute zorgaanbod in de regio. Daarbij zal tevens gekeken worden naar het bestaan van witte vlekken in de bereikbaarheid en naar aanbevelingen die tot verbeteringen kunnen leiden. De beschrijving van de acute zorgketen wordt door focusgroepen, bestaande uit professionals, uitgevoerd. De 5 ziektebeelden die in kaart gebracht worden zijn:

- Acute Obstetrie
- Myocardinfarct
- Acuut Heuptrauma
- Acute Psychiatrie
- CVA



Definitie van het begrip acute zorg

Een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling

‘Zo’n beslissing raakt ons persoonlijk’

In 2008 viel het doek voor de grondgebonden Mobiele Medische Teams (MMT's). Want met het wegvallen van de financiering (zie kader) was het bijna letterlijk einde oefening. Bijna, want een grondgebonden MMT schiet voortaan alleen nog te hulp in opgeschaalde situaties. 'In de praktijk is onze inzet echter te verwaarlozen', verklaart Harry Naber, anesthesioloog en MMT-lid teleurgesteld.

Volgens Naber is de patiënt de grootste verliezer van deze beslissing. 'Wie na een ernstig verkeersongeval bekneld raakt in zijn auto, wil natuurlijk graag een dokter ter ondersteuning. Een MMT kan de kwalitatief goede ambulancezorg extra ondersteunen bij het aanbrengen van moeilijke infusen en drains. Hetzelfde geldt voor het vrijmaken van de luchtwegen. De ervaring en deskundigheid van het MMT heeft zeker levens gered.'

Mensenlevens

Kun je daaruit concluderen dat een 'demissionair' MMT mensenlevens kost? 'In geval



De Zwolse MMT-bus rukt alleen nog uit in opgeschaalde situaties.

van ernstige trauma's is de zorg minder optimaal', klinkt het diplomatiek. 'Als een patiënt te lang op adequate zorg moet wachten, kan dat zijn herstel ernstig schaden. Vertraging in de hulpverlening kan het verschil betekenen tussen een normaal en een gehandicapt leven.' Maar in geval van ernstige trauma's kan toch een MMT via de helikopter worden ingevlogen? 'Overdag bestaat die mogelijk-

heid, maar de aanvliegtijd is meestal veel te lang', oordeelt Naber.

Betere dekking

Om bij ernstige trauma's toch tijdig de gewenste zorg te kunnen leveren, zijn er volgens hem twee opties. 'Of je schaaft sneller op zodat de grondgebonden MMT's eerder kunnen uitrukken of je verplaatst de standplaats van de heli-MMT's. Als de helikopter van het UMCG een stuk zuidelijker wordt gestationeerd, ontstaat een veel betere dekking.'

Dat Isala's grondgebonden MMT voorlopig een slapend bestaan leidt, laat Naber niet koud. 'Als team hebben we jarenlang geïnvesteerd in een goed geoutilleerd en getraind MMT. Daar hebben we samen veel voor gedaan én voor gelaten. Dat zo iets moois abrupt wordt stopgezet, heeft op alle betrokkenen natuurlijk veel impact. Zo'n beslissing raakt ons persoonlijk.' ●

Einde MMT heeft twee oorzaken

Het opheffen van het Mobiel Medisch Team (MMT) heeft volgens Robbin Thieme Groen, RvB-lid van de Isala klinieken, twee redenen. Allereerst hoeft een traumacentrum buiten opgeschaalde situaties geen grondgebonden MMT in de lucht te houden, zo heeft de minister besloten.

Daarnaast speelt de financiering een rol. Want met de invoering van de DBC-systematiek en het verdwijnen van de lumpsum is de financiële basis van het MMT weggevallen. 'De medisch specialisten en de verpleegkundige leiding waren niet bereid om zonder vergoeding voor paraatheid het MMT te continueren. Het ziekenhuis heeft geen andere middelen om die te betalen', benadrukt Thieme Groen.

Videoregistratie legt vinger op zere plek

Videoregistratie: leerzaam én confronterend

'Videoregistratie is een prachtig hulpmiddel om je eigen functioneren in hectische en levensbedreigende situaties in beeld te brengen. Ook al heb je nog zo veel kennis en ervaring, in geval van een multi-trauma reageer je soms anders dan zou moeten.'

'Op het moment zelf realiseer je je dat vaak niet, maar tijdens de analyse van de videobeelden worden eventuele hiaten haarscherp zichtbaar. 'Als je ziet hoe passief je er soms bijstaat, is dat best confronterend. Het toont aan dat – ongeacht leeftijd en ervaring – emoties een grote rol kunnen spelen bij de behandeling van ernstige trauma's.'

'Dat geldt met name als er kinderspel op het spel staan. Daarom worden video's van de behandeling van trauma's bij kinderen zelden geanalyseerd. Zeker als we het leven van een kind niet kunnen redden, is het voor de betrokken hulpverleners veel te confronterend om die beelden terug te zien. Want hoe lang je dit werk ook doet, aan sommige situaties wen je nooit.'

*Dr. Adriaan K. Mostert,
orthoeped-traumatoloog*

Het Zwolse Traumacentrum is gestart met de pilot videoregistratie. Doel: inzicht krijgen in de werkwijze en samenwerking tijdens de opvang van multi-trauma's. Eventuele hiaten worden haarscherp in beeld gebracht zodat de betrokkenen er lering uit kunnen trekken. 'Daarbij draait het om het spel en niet om de poppetjes', benadrukt Adriaan Mostert, orthoeped-traumatoloog en medisch coördinator Traumatologie.

Zodra de MKA (Meldkamer Ambulance) een multitrauma aankondigt, wordt de videoregistratie op de traumakamer gestart. Wanneer de behandeling is afgerond, wordt de dvd in een gesloten envelop in een dito brievenbus gedeponeerd. Aan het eind van de maand

verzamelt de medisch coördinator alle dvd's, selecteert er enkele die vervolgens in besloten kring worden vertoond. 'De beelden zijn alleen bedoeld voor de betrokken hulpverleners', licht Mostert toe. 'Nadien worden alle dvd's vernietigd.'



Dr. Adriaan K. Mostert:
'Videoregistratie draait om het spel
en niet om de poppetjes.'

Schroom maakt plaats voor bewustwording

Rood loodschort

De videoregistratie in het Zwolse traumacentrum heeft zijn nut volop bewezen. Zo werden onderkoelde patiënten in het verleden wel 'lekker ingepakt', maar kregen zelden verwarmde infuusvloeistof toegediend. 'Dat was niet goed geregeld', memoreert de orthopeed-traumatoloog. De beelden toonden eveneens aan dat er voorheen veel onduidelijkheid bestond wie de leiding had op de traumakamer. 'Dat hebben we ondervangen door die persoon van een rood loodschort te voorzien. Een eenvoudige maar zeer effectieve oplossing.'

Mierenhoop

Diezelfde traumaleider (doorgaans de oudste assistent gesuperviseerd door een traumatoloog) dient bovendien helder te communiceren. 'Hij moet het team regelmatig en luid en duidelijk informeren over

'Het leek wel een mierenhoop'

de toestand van de vitale lichaamsfuncties.' Uit de beelden kwam eveneens naar voren dat de röntgenlaboranten vaak op toestemming wachten om een foto te maken. 'Terwijl er voldoende momenten zijn om op eigen initiatief aan de slag te gaan. Dat leidt tot tijdwinst.'

De videoregistratie heeft er verder toe geleid dat het aantal hulpverleners bij een multi-trauma flink is gereduceerd. 'In het verleden stonden er soms wel twintig mensen rond de patiënt, het leek wel een mierenhoop. De meeste aanwezigen hadden niets te zoeken op de traumakamer en zijn verzocht te vertrekken. Inmiddels is hun aantal teruggebracht tot circa acht en dat is veel werkbaarder.' ●



Froukje Jager

De videoregistratie op de Spoedeisende Hulp (SEH) was in eerste instantie 'best vreemd en even wennen', maar SEH-verpleegkundige Froukje Jager laat zich er allerm minst door beïnvloeden. 'Ik heb vooral het gevoel dat ik er iets van kan leren. Het feit dat je jezelf op dvd terugziet, kan me niet zoveel schelen.'

De pilot videoregistratie kende volgens Froukje een wat moeizame start. 'Aanvankelijk liet de techniek ons in steek en soms ontbrak het geluid. Dan was een opname natuurlijk onbruikbaar.' Ook de mens bleek indertijd nogal eens de zwakste schakel. 'Soms vergat men de opnameknop te activeren en dan viel er sowieso niets terug te kijken.'

Vloeiender

Gaandeweg verdwenen de kinderziektes en koudwatervrees en verschoof de focus vooral naar de inhoud. Volgens de SEH-verpleegkundige komen elke keer vrijwel

dezelfde aspecten bovendrijven: hectiek, communicatie en protocollair werken. Moet de traumapatiënt – voor zover hij daartoe in staat is – zich zorgen maken over de kwaliteit van de Zwolse spoedzorg? 'Absoluut niet, die is zonder meer goed', oordeelt Froukje. 'Op onderdelen kan het echter wat vloeiender.' Videoregistratie vormt volgens haar een 'prachtig hulpmiddel' om verbeteringen door te voeren. 'De beelden maken je bewust van je handelen en dat is voor iedereen een *eye opener*.' En de aanvankelijke schroom? 'Die is bijna bij alle betrokkenen volledig verdwenen.' ●

Spoedartsen aanwinst voor SEH

Tot enkele jaren geleden was de spoedopvang van patiënten veelal in de onervaren handen van jonge assistenten. De (landelijke) roep om kwaliteitsverbetering werd steeds luider en enkele jaren geleden werd gestart met de opleiding van spoedartsen.

Ook de Isala klinieken spelen een actieve rol in het opleiden van deze specialisten van de Spoedeisende Hulp. 'Met hun helikopterview zijn spoedartsen in staat om snel een betrouwbare diagnose te stellen. Daarmee krijgt de kwaliteit van de spoedzorg een flinke impuls', oordeelt chirurg en traumatoloog Karst Bongers.

Honkvast

De vijf spoedartsen in spe die in de Isala klinieken worden opgeleid, zijn zeer honkvast. Gedurende de drie jaar van hun oplei-

ding hebben ze in het ziekenhuis slechts één standplaats: de SEH. 'Op die manier raken zij in betrekkelijk korte tijd bekend met de vele facetten van de spoedzorg', verklaart Bongers.

Zeker in de eerste fase van hun opleiding vraagt deze groep een behoorlijke mate van begeleiding. 'Bij binnenkomst hebben zij eigenlijk alleen maar theoretische kennis en als opleider moet je dus heel veel voordoen. Ze zien wel dat een pols gebroken is, maar moeten nog leren hoe ze die recht kunnen zetten', verduidelijkt de traumatoloog.

Kritisch

Vormt die intensieve begeleiding geen zware belasting voor Isala's chirurgen en traumatologen? 'Aanvankelijk wel, maar je krijgt er ook iets voor terug. Artsen in opleiding zijn kritisch en houden je scherp. Je kunt spreken van een goede wisselwerking.' Bovendien, zo benadrukt de traumatoloog, is de opleidingsfunctie op zich niet nieuw. 'De maatschap Chirurgie heeft continu 24 assistenten onder zijn hoede. Kortom, we zijn gewend aan bezoek.'

'We zijn gewend aan bezoek'

Nu de eerste kandidaat zijn SEH-opleiding bijna heeft afgerond, rijst de vraag of de kwaliteit van de spoedzorg inderdaad is toegenomen. 'Absoluut', reageert Bongers. 'Vroeger was de spoedzorg een ondergeschoven kindje, maar dankzij de spoedartsen is het niveau van de SEH-zorg beduidend verbeterd.' ●

'Zwolse SEH-opleiding is zeer gedegen'

Als poortarts op de Spoedeisende Hulp (SEH) van de ziekenhuizen in Meppel en Hardenberg voelde Mark-Jörg Meijer zich als een vis in het water. 'Ik merkte dat ik goed in staat ben om acute problemen te diagnosticeren en te behandelen. Bovendien vind ik het erg leuk om de spoedeisende zorg in de volle breedte uit te oefenen.' Het zal daarom niemand verbazen dat Meijer zich in Zwolle meldde voor de opleiding tot SEH-arts.

Ruim twee jaar later toont hij zich nog steeds zeer tevreden over zijn leer- en werkomgeving. 'We worden voor vol aanzien en onze begeleiders nemen de tijd voor overleg. Bovendien mogen we in Zwolle ook de traumapatiënten opvangen. Uiteraard onder supervisie, maar dat is wel zeldzaam in Nederland. Mede door die grote verantwoordelijkheid kun je spreken van een zeer gedegen opleiding.'



Meijer is ervan overtuigd dat SEH-artsen (in opleiding) bijdragen aan de kwaliteit van de spoedzorg. 'In tegenstelling tot onervaren arts-assistenten hebben wij wél

de kennis en ervaring om spoedpatiënten adequaat te behandelen. Omdat wij breder denken, kunnen wij sneller handelen. Dat komt de kwaliteit van zorg ten goede.' ●

Presentatie nieuwe gewondenkaart



Ermego Train System (ETS)

Ontwikkeling Sarin scenario
Gijs van Aken/ Harry Naber

Senior instructors:

- Gijs van Aken
- Jan Atsma
- Mark Hekkert
- Wim Heupers

Basic instructors:

- Patricia Bosman
- Marjan Boer



Overeen?
+ checklist
+ situatie rapport
+ logboek
+ bevalhoorden
+ vaste agenda

Niet vergeten:
Training beleids-
team mbt interne
calamiteit (Arn-
hem, Zevenaar)



Start VP ZiROP



Yvonne
vragen:
evaluaties
netwerken

Kwaliteitskader OTO:
Jan en Wim

Herziening referentiekader ZiROP:
Mark

Pandemie Casuïstiek OLVG:
Mark en Jan



Wim Heupers:
In dienst per
oktober 2008



ZiROP.nl

ISALA VOORTREKKER OP GEBIED VAN OTO EN ZiROP

Een ramp managen? Even Zwolle bellen!



Mark Hekker

De Isala klinieken spreken van een ramp als één calamiteit tot minimaal tien slachtoffers leidt. 'Denk aan een ernstig verkeersongeval, een griep пандеміе en chemisch of biologisch letsel', licht Mark toe. 'In die bijzondere situatie is het reguliere zorgaanbod te beperkt om alle slachtoffers goed te behandelen. Op zo'n moment moet je dus aanvullende maatregelen treffen.'

Leidraad

Precies deze maatregelen zijn beschreven in het ZiROP. 'Dit opvangplan fungeert als leidraad of eigenlijk als een soort bijbel voor alle betrokkenen. 'Door alle acties te

Stel dat er bij Zwolle een vliegtuig uit de lucht valt of een gifwolk ontsnapt, zijn de Isala klinieken daar dan op voorbereid? 'Ja zeker', verklaart Mark Hekker, beheerder van het Ziekenhuis Rampenopvangplan, kortweg ZiROP. 'Dankzij dit plan en de daaraan gekoppelde oefeningen weet iedereen wat te doen bij een grote calamiteit. Op hoofdlijnen zijn we in Zwolle prima voorbereid.'

beschrijven, weet iedereen exact wat zijn taak is.' Dat klinkt prachtig, maar werkt het ook in de praktijk? 'Absoluut', oordeelt Mark. 'Als zich een ramp voordoet, zal dat voor 98 procent van alle medewerkers geen inhoudelijke consequenties hebben. Anders gezegd: voor hen verandert er niets.' Het zijn met name de sleutelfiguren zoals het crisisteam en leidinggevendenden die acties moeten ondernemen.'

Kenniscentrum

Behalve zijn taak als beheerder van het ZiROP binnen de Isala klinieken, is Mark in 2008 ook verbonden aan het kenniscentrum van Bureau Traumacentrum. De 'denktank' deelt zijn kennis van rampenopvang met andere ziekenhuizen, zowel regionaal als landelijk (zie ook pagina 17). Aan belangstelling geen gebrek: in 2007 en

2008 deden ruim veertig ziekenhuizen in Nederland een beroep op het Zwolse kenniscentrum. 'Ik geef ondersteuning bij het ontwikkelen van een ZiROP, waarbij het 'Zwolse model' als basis dient', aldus Mark. 'Deze basis wordt toegesneden op de individuele situatie van onze klanten. Zij krijgen dus een volledig pakket op maat.' Om te voorkomen dat het ZiROP als een papieren tijger onderin de la verdwijnt, is er een OTO-traject aan gekoppeld. 'Opleiden, trainen, oefenen en precies in die volgorde. Je begint met een stuk basis-kennis en pas daarna volgt het praktische deel', doceert Mark. Toch staat een groot-scheepse oefening zelden op het programma, hoe kan dat? 'Een kleine oefening is eenvoudiger te organiseren, goedkoper en heeft minstens zo veel effect.' ●

Een ramp... en dan?

Als via de Spoedeisende Hulp duidelijk wordt dat er sprake is van een ramp, kan Isala's Ziekenhuis Rampenopvangplan (ZiROP) in werking treden. Dit besluit wordt genomen door de chirurg van dienst en een zorggroepmanager. 'In dat geval worden medewerkers volgens een vaste procedure opgeroepen', verklaart Mark. 'En door een deel van de huidige patiënten naar huis te sturen, creëer je ruimte voor de slachtoffers van de ramp.'

Bij binnenkomst worden de slachtoffers – afhankelijk van de ernst van hun verwondingen – voorzien van een label (triage classificering). Daarna volgt behandeling op basis van urgentie.



Het Ziekenhuisrampenopvangplan (ZiROP) en de bijbehorende OTO-trajecten (Opleiden, Trainen en Oefenen) krijgen in toenemende mate belangstelling van de ziekenhuizen in Nederland, verklaart Jan Atsma, opleidingscoördinator van het Zwolse Traumacentrum. Recente gebeurtenissen bewijzen nut en noodzaak van een goed ZiROP en daarin opgeleide functionarissen.

Zwols OTO-concept populair

In 2008 was het voor de opleidingscoördinator alle hens aan dek. 'We hebben een ongelooflijk druk jaar achter de rug', resumeert Atsma. Met 'we' doelt hij op zijn collega's Petra Krijgsman en Mark Hekkert. 'Gedrieën hebben we in 2008 het gehele land doorkruist om workshops te geven, casuïstiek te bespreken en crisisteam te trainen.' De belangstelling voor de Zwolse opleidingsactiviteiten is groot. 'In 2008 zijn wij met ons opleidingsprogramma – geheel of gedeeltelijk – in 43 ziekenhuizen actief geweest.'

Kennismakelaars

Die brede interesse komt volgens Atsma voort uit de kennis die zijn traumacentrum heeft op het gebied van OTO ZiROP. De kiem van die voortrekkersrol werd gelegd in 2006, toen het Zwolse OTO-concept zich landelijk in de (ZonMw-)kijker

speelde. 'Sindsdien fungeren we als kenniscentrum voor OTO ZiROP.' De opleidingscoördinator benadrukt dat die expertise breed beschikbaar is. 'Wij bundelen onze kennis op basis van *best practice(s)* en andere ziekenhuizen kunnen daar gebruik van maken. Ons motto is: *Van, voor en door het veld*. Wij zijn dus eigenlijk kennismakelaars.'

E-learning

In 2008 werd eveneens hard gewerkt aan een start gemaakt met de ontwikkeling van een andere noviteit: een *e-learning* programma. Dit is een gezamenlijk initiatief van de traumacentra in Enschede, Nijmegen en Zwolle. 'Met behulp van deze digitale scholingstechniek kan iedereen zijn kennis van het ZiROP op elk gewenst moment bijschaven en toetsen. *Anyplace, anywhere, anytime*', vat Atsma samen.



Dit digitale systeem bevat zowel generieke informatie over rampenopvang in het algemeen als specifieke kenmerken van een ziekenhuis. 'Op basis hiervan kan per ziekenhuis een programma op maat worden gemaakt.'

Volgens Atsma moet het Zwolse Traumacentrum – als het zijn reputatie als landelijk kenniscentrum wil behouden – blijven investeren in innovatieve projecten. 'Alleen dan kunnen we onze voorsprong handhaven en versterken.' ●

ROTS

In 2008 is ROTS ontwikkeld, oftewel Rampen Opvang Training Set. Dit onderwijsinstrument – in de vorm van een bordspel – biedt sleutelfiguren in zorginstellingen de mogelijkheid om een rampscenario 'droog' te oefenen. 'Concreet gaat het om een koffer vol poppetjes, variërend van verpleegkundigen tot medisch specialisten', verklaart opleidingscoördinator Jan Atsma. De bedoeling is dat je een ziekenhuisomgeving nabootst en daar een ramp op loslaat. Aan de spelers (lees: artsen, verpleegkundigen en managers) de taak om de gevolgen van zo'n calamiteit in goede banen te leiden. 'De eerste ervaringen zijn zeer positief', benadrukt de opleidingscoördinator.



Dat het veld (lees: de ziekenhuizen in de regio) niet staat te springen om trauma's te registreren, verbaast dr. Adriaan K. Mostert niet. De orthooped-traumatoloog en medisch coördinator weet als geen ander dat artsen en hun assistenten zich liever toeleggen op de medische zorg. Toch betaalt deze administratieve investering zich royaal terug, verzekert Mostert. 'Als je de traumazorg inzichtelijk maakt, kun je er ook op sturen.'

'Traumaregistratie is een kwestie van doen'

De traumadatabank hoest volgens de Zwolse traumatoloog moeiteloos een keur aan informatie op. 'Naast gegevens over de aard en ernst van de letsels krijg je ook inzicht in de leeftijd en het geslacht van de patiënt. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde opnameduur, het sterftepercentage en het tijdstip waarop trauma's zich aandienen. Als je daar een lijn in kunt ontdekken, kun je er vervolgens de formatie op afstemmen.'

Volgende stap

Als het huidige systeem van traumaregistratie eenmaal regiobreed is verankerd, volgt een nieuwe stap, voorspelt Mostert. Hij doelt op de introductie van een zogeheten pre-hospitaalfase. 'Door vanuit de ambulance het BSN-nummer van de patiënt door te sturen naar de Spoedeisende Hulp (SEH), kunnen we eerder met de voorbereidingen beginnen. Denk aan het klaarleggen van bepaalde medicatie of de

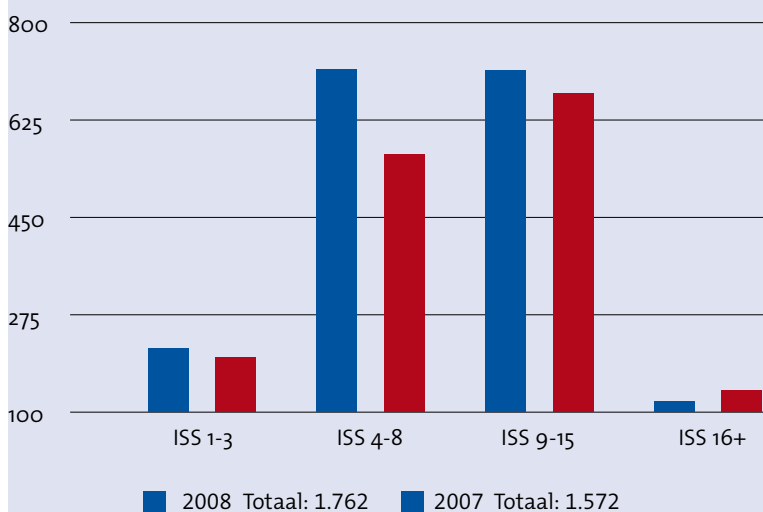
juiste zakjes bloed. Dat leidt tot tijdswinst en die is in geval van trauma's cruciaal.'

Vertraging

Wie de voortgang van de Zwolse traumaregistratie in 2008 beziet, moet echter vaststellen dat het zover nog niet is. Sterker nog, door personele en ICT-problemen heeft de Zwolse registratie van trauma's forse vertraging opgelopen. Wél werd in genoemd jaar een digitale structuur ontwikkeld, zodat de regioziekenhuizen hun data naar Zwolle kunnen doorsturen. De acht aangesloten ziekenhuizen kunnen hun borst natmaken? 'Dat valt reuze mee. Ons systeem van traumaregistratie is gebruiksvriendelijk en technisch niet heel ingewikkeld. Het is gewoon

Injury Severity Score (ISS)

Om patiënten met meerdere letsels te kunnen beschrijven en een totale ernstscore toe te kennen, is de *Injury Severity Score* (ISS) ontwikkeld. Op basis van de ISS worden de opgenomen traumapatiënten ingedeeld in vier categorieën: ISS 1 t/m 3, ISS 4 t/m 8, ISS 9 t/m 15 en ISS 16 of hoger.



'Ons systeem is gebruiksvriendelijk'

een kwestie van doen', doceert Mostert. Een score van honderd procent acht hij overigens uitgesloten. 'Daar streef je wel naar, maar als het op de SEH heel druk en hectisch is, laat men op het gebied van registratie wel 'es een steekje vallen. Om die reden voert Bureau Traumacentrum extra controles uit.' ●



INTENSIVIST EN MEDISCH COÖRDINATOR KOOS VAN DER WETERING:

‘Komst MICU dankzij goede coproductie’

Om de Mobile Intensive Care Unit (MICU) begin 2009 in gebruik te kunnen nemen, is in 2008 ontzettend veel werk verricht. ‘Om de MICU-erkenning tijdig in de wacht te slepen, is door alle betrokkenen keihard gewerkt’, oordeelt Koos van de Wetering, intensivist en medisch coördinator. ‘Die voorbereidingsfase kenmerkte zich door een enorme teamgeest om dit project goed en vlot van de grond te tillen.’

Genoemd team bestaat ruwweg uit drie partijen: Medische Technologie, de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) IJssel Vecht en Bureau Traumacentrum. ‘De afdeling Medische Technologie heeft onze wensen vertaald in een uiterst geavanceerde trolley, waarin alle hoogwaardige IC-apparatuur is geïntegreerd. De RAV beschikte tijdig over een speciale MICU-ambulance en Bureau Traumacentrum richtte zich vooral op de bemensing en inrichting van de MICU. Je kunt dus spreken van een goede coproductie’, stelt Van de Wetering.

Voorbereid

De meerwaarde van deze MICU voor Zwolle en omgeving is groot, oordeelt de intensivist. ‘Deze mobiele IC is volledig uitgerust en bemand. Als we een patiënt binnen onze regio vervoeren, kan het behandeltraject gewoon doorgang vinden. Ook als de toestand van de patiënt verslechtert, zijn we daar goed op voorbereid.’

Met andere woorden, het vervoer van IC-patiënten is een stuk veiliger geworden. Er zijn immers geen barrières meer om de patiënt naar een ander (lees: beter toegerust) ziekenhuis te vervoeren. ‘De juiste

patiënt in het juiste bed’, vat Van de Wetering samen. ‘Daardoor wordt de regionale en landelijke IC-capaciteit veel beter benut.’

Uitdaging

Bijkomend voordeel is dat ziekenhuizen in de regio geen personeel meer hoeven in te zetten bij het transport van IC-patiënten. Die taak ligt nu volledig bij het MICU-centrum’, licht Van de Wetering toe.

Tot slot heeft de MICU-vlag op de Isala klinieken een zekere aantrekkingskracht op nieuwe IC-verpleegkundigen, verwacht de medisch coördinator. ‘Medewerkers ervaren de MICU als een nieuwe uitdaging, het geeft een extra dimensie aan het vak.’ ●

Verzorgingsgebied



Wat is een MICU?

De MICU-ambulance is niet alleen groter, hoger en breder dan een reguliere ambulance, qua faciliteiten bestaan er eveneens grote verschillen. De brancard is aangepast en er is ruimte gecreëerd voor alle noodzakelijke apparatuur. Van een hartmonitor en een beademingstoestel tot infuuspompen en een defibrillator. Met als resultaat het hoogste niveau IC, waardoor de transporten volledig gecontroleerd verlopen. Bovendien wordt de patiënt in de MICU altijd begeleid door een IC-verpleegkundige en een intensivist. Daarmee is kwaliteit van de zorg tijdens het MICU-transport volledig gegarandeerd.

MIEKE WASSINK, CLUSTERMANAGER VAN DE RAV IJSSEL-VECHT:

‘RAV en traumacentrum hebben elkaar gevonden’

In de tweede helft van 2008 was het voor de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) IJssel-Vecht en het traumacentrum van de Isala klinieken alle hens aan dek. Beide organisaties stonden namelijk voor een grote uitdaging: het gezamenlijk exploiteren (lees: aankopen, inrichten en bemensen) van de Mobiele Intensive Care Unit (MICU). ‘We hebben zeer slagvaardig samengewerkt en elkaar goed gevonden’, oordeelt Mieke Wassink, clustermanager van de RAV IJssel-Vecht.

Die goede afstemming had vooral te maken met de gezamenlijke doelstelling: een snelle en gedegen introductie van de MICU. ‘De RAV is verantwoordelijk voor de auto en de mensen voorin, terwijl Isala zorg draagt voor de trolley en de hulpverleners achterin’, licht Wassink toe. Om deze coproductie een goede start te geven, hebben de RAV en het traumacentrum de handen ineengeslagen. ‘We trokken bewust samen op en hielden de lijntjes heel kort. De voorbereiding verliep als een speer.’

Streng

Ondanks die gezamenlijke doelstelling en inspanning moest de aanvankelijke planning toch worden bijgesteld. ‘We wilden eigenlijk al in 2008 met de MICU gaan rijden, maar dat bleek te optimistisch. Isala wilde eerst de definitieve toestemming van het ministerie op papier zien en pas

Nadat de handtekeningen waren gezet, werd gestart met het inrichten en bemensen van de MICU. Daarbij is ervoor gekozen om de ambulanceverpleegkundige van de RAV te laten meedraaien tijdens de MICU-ritten. ‘Officieel heeft deze verpleegkundige geen functie, maar kan de anderen wel tot steun zijn. Een mobiele en kleine werkplek verschilt wezenlijk van een ziekenhuisomgeving. Zeker tijdens een spoedrit is het vaak kunst- en vliegwerk om de patiënt adequaat te verzorgen. Dan komen adviezen van een ervaren ambulanceverpleegkundige goed van pas.’

Samen verder

Mede dankzij de goede samenwerking tijdens het MICU-traject willen de RAV en het traumacentrum de bestaande contacten verder uitbouwen. ‘Nu we elkaar hebben gevonden, willen we graag samen verder’, verklaart Wassink. Zij doelt onder meer op

Ook binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) komen RAV en Isala elkaar regelmatig tegen. Helaas verloopt de besluitvorming binnen het ROAZ, door het grote aantal deelnemers uit de hele regio, nogal stroperig. ‘Door grote thema’s op te delen, wordt het gelukkig een stuk behapbaarder. Dat spreekt mij erg aan.’ Verder complimenteert zij Isala’s traumacentrum – als regisseur van het ROAZ-overleg – met de kwaliteit van de beleidsmatige ondersteuning. ‘Die is zonder meer uitstekend.’ ●

Mieke Wassink: ‘We trokken bewust samen op en hielden de lijntjes heel kort.’



‘De voorbereiding verliep als een speer’

daarna aan de slag met de MICU-trolley. Enerzijds wel begrijpelijk maar deze ambtelijke molen kostte zoals gebruikelijk veel tijd. Ik denk dat de RAV – gezien ons product en onze omvang – iets slagvaardiger opereert.’

ideeën om SEH-, ambulance- en IC-personeel gezamenlijk op te leiden en bij te scholen. ‘Het verloop binnen deze functies is groot, wellicht kunnen we dat probleem samen aanpakken’, oppert de clustermanager van de RAV.

TAZ verbetert afstemming en kwaliteit van acute zorg

Sinds het najaar van 2007 staan in de Isala klinieken regelmatig Thema-avonden Acute Zorg (TAZ) op het programma. Deze bijeenkomsten zijn bedoeld voor SEH-, IC- en ambulanceverpleegkundigen, arts-assistenten, huisartsen en medisch specialisten. 'Zowel uit Zwolle als uit de regio', benadrukt Harry Naber, anesthesioloog en initiator/organisator van deze thema-avonden.

Genoemde bijeenkomsten dienen volgens hem meerdere doelen. 'Kennisoverdracht leidt tot uniformiteit in de spoedeisende zorg', licht Naber toe. Door ook de 'buitenwereld' uit te nodigen voor de TAZ-bijeenkomsten, ontstaat bovendien meer onderlinge afstemming. 'Dat resulteert in betere samenwerking tussen de verschillende hulpverleners en dus een betere kwaliteit van de acute zorg.'

Geheim

De lezingen komen niet alleen uit de koker van medisch specialisten of externe deskundigen, ook artsen in opleiding verzorgen regelmatig presentaties. Omdat zorg en onderwijs verschillende competenties vereisen, kunnen onervaren presentatoren bij de organisator aankloppen voor advies en coaching. Wat is het geheim van een goede lezing? 'Probeer boven de stof te staan, beperk de powerpointteksten en zoek op het juiste moment de interactie met de zaal', doceert Naber. De opkomst bij



Harry Naber

'Dat resulteert in betere samenwerking'

de Thema-avonden Acute Zorg varieert van circa vijftig tot honderd bezoekers. 'Honderd is mooi, vijftig is te weinig', vindt de organisator. Toch is een lage opkomst niet synoniem met een mislukte avond. 'Nee hoor, ook met een kleine groep kan zo'n bijeenkomst heel leerzaam zijn.' ●

Thema-avonden Acute Zorg Onderwerpen 2008

| Wanneer | Welk onderwerp |
|--------------|---------------------------------------|
| 16 januari: | ZiROP |
| 5 maart: | Cardiologische problemen op de SEH |
| 23 april: | Traumatologie, milt- en leverrupturen |
| 11 juni: | Traumatologie bij kinderen |
| 3 september: | Acute gastro-enterologie |
| 15 oktober: | Longen, benauwdheid en kortademigheid |
| 26 november: | Chirurgie, trauma bij extremen |

ERIK DASSELAAR, SEH-VERPLEEGKUNDIGE IN HET
DIACONESSENHUIS:

‘Thema-avond frist je kennis op’

Erik Dasselaar, SEH-verpleegkundige in het Diaconessenhuis in Meppel, mag zich gerust tot de trouwe TAZ-aanhang rekenen. ‘Van de acht bijeenkomsten probeer ik er zeker vijf bij te wonen.’ Wat is de reden van die belangstelling? ‘Het is altijd leuk als je wordt bijgepraat over nieuwe ontwikkelingen in je vakgebied. Het frist je kennis weer een beetje op.’

Een Thema-avond Acute Zorg is wat hem betreft geslaagd als aan twee voorwaarden is voldaan. ‘Het onderwerp moet me boeien en de informatie moet een beetje vlot en aantrekkelijk worden gepresenteerd’, aldus Dasselaar. Lukt dat doorgaans? ‘Zeker, ik ben nog nooit voor niets geweest. Je steekt er altijd wel iets van op.’

Behalve een educatief doel heeft een TAZ-sessie ook een sociale meerwaarde. Dasselaar, die jarenlang op de SEH van locatie Sophia werkte, ontmoet er talloze oude bekenden. ‘Zo’n thema-avond is dus ook gezellig.’ ●



Colofon

Dit is het jaaroverzicht 2008 van het
Traumacentrum Zwolle

E-mail: traumacentrum@isala.nl

Deze uitgave is tot stand
gekomen i.s.m.
Monique de Haan,
Concerncommunicatie Isala klinieken

Teksten:
Tjerk Ykema

Eindredactie:
Petra Krijgsman,
Bureau Traumacentrum

Fotografie:
Frans Paalman

Vormgeving:
Haagsblauw, Den Haag

Drukwerk:
Upmeyer, Zwolle



www.isala.nl/traumacentrum