



2 Nieuwe 'overeenkomst' over
Calamiteitenhospitaal

3 Jaarbeeld
Traumazorg 2018

PLEK in de geboortezorg:
Hoe pakken wij dat aan?

Extreme casuïstiek is de kern
van de traumazorg

6

8

Nieuwe 'overeenkomst' over Calamiteitenhospitaal

Er is een nieuwe overeenkomst over het Calamiteitenhospitaal. Dit bijzondere ziekenhuis is een samenwerking tussen Defensie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport én het UMC Utrecht. De ministers Ank Bijleveld-Schouten van Defensie en Bruno Bruins voor Medische Zorg en Sport bekrachtigden het aangepaste document op maandag 30 september in Utrecht met hun handtekening.



V.l.n.r. Bruno Bruins (minister VWS), Margriet Schneider (voorzitter Raad van Bestuur UMC Utrecht) en Ank Bijleveld-Schouten (minister van Defensie).

Voorzitter raad van bestuur Margriet Schneider over de nieuwe overeenkomst: "Dit is een herbevestiging van de goede samenwerking met het ministerie van Defensie en het CMH in het bijzonder en het ministerie van VWS. Het zijn deze drie partijen die het bestaan van het Calamiteitenhospitaal mogelijk maken en daarmee hun verantwoordelijkheid naar de samenleving nemen. Dit geldt voor zowel militaire als civiele inzet."

De nieuwe overeenkomst is de opvolger van het Convenant Calamiteitenhospitaal uit 2013. Daarin stond dat het convenant na 4 jaar zou worden geëvalueerd. Dit is gebeurd. Het bleek dat er enkele wijzigingen in de organisatie en benamingen in het convenant moesten komen. Omdat het om een civielrechtelijke overeenkomst gaat, heet het document nu 'overeenkomst', in plaats van een 'convenant'.

Het calamiteitenhospitaal is een volledig operationeel ziekenhuis dat bij grote ongelukken of calamiteiten voor slachtoffers wordt opengesteld. Bijleveld: "Door de nieuwe overeenkomst wordt de uitstekende samenwerking tussen UMC Utrecht, VWS en Defensie nog eens versterkt en voortgezet. Het is voor Defensie belangrijk dat gewonde Nederlandse militairen in geval van oorlog of operationele inzet in het buitenland hier altijd kunnen worden geholpen. Door de samenwerking is het Calamiteitenhospitaal een unieke faciliteit, speciaal ingericht voor de opvang van zieken of gewonden, als

zich de meest moeilijke omstandigheden voordoen. Nederland heeft met deze faciliteit iets bijzonders in handen." Het hospitaal is niet alleen bedoeld voor militairen. Er is plaats voor 200 patiënten die door een grootschalig ongeval verwondingen hebben opgelopen en direct zorg nodig hebben.

Het Calamiteitenhospitaal ontstond in 1987, omdat destijds rekening werd gehouden met de terugkeer van grote groepen gewonde militairen uit oorlogsgebied. Het Calamiteitenhospitaal werd versneld operationeel toen in 1991 de Golfoorlog uitbrak. Vanaf 2002 is het gasthuis op verzoek van VWS ook opengesteld voor de opvang van groepen burgerslachtoffers van rampen en ongevallen in binnen- en buitenland. Sinds 2005 wordt het ook gebruikt voor de opvang van slachtoffers van bijzondere infectieziekten.

Het Calamiteitenhospitaal heeft gegarandeerde, kortdurende medische capaciteit voor de opvang van groepen militaire en civiele slachtoffers bij ongevallen en rampen. De openstelling komt in beeld als de reguliere opvangcapaciteit van ziekenhuizen in kwalitatief of kwantitatief opzicht te klein is. De combinatie met een groot academisch ziekenhuis (UMC Utrecht), het Centraal Militair hospitaal (CMH), een traumacentrum en het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) biedt niet alleen de infrastructuur, maar staat ook garant voor de benodigde expertise. (UMC Utrecht)

Jaarbeeld Traumazorg 2018

Het Jaarbeeld Traumazorg 2018 staat inmiddels online op de website van Traumazorgnetwerk Midden-Nederland. Een jaaroverzicht waarin te zien is dat de traumazorg in de regio steeds efficiënter wordt. En dat de concentratie van ernstig gewonde patiënten in het traumacentrum dit jaar verder is toegenomen.

Het complete jaarbeeld:



AANTAL PATIËNTEN



	2018
alle traumapatiënten	4988
ernstig gewonden	438
percentage ernstig gewonden	9%

81%

van de ernstig gewonden werd in het traumacentrum opgenomen.



Ongeval & letsel

een valincident was bij

3232

patiënten de oorzaak van hun letsel.



MEEST VOORKOMEND LETSEL



heupfractuur (niet geïsoleerd)
1.185

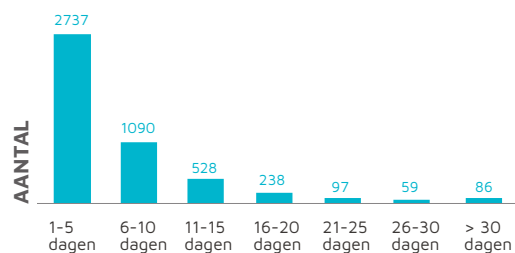
Opvang



3.904

patiënten zijn per ambulance naar de SEH vervoerd.

OPNAMEDUUR



Opname

Extreme casuïstiek is de kern van de traumazorg

Als er één ding is wat de traumatologie kenmerkt, dan is het afwisseling. Elke dag weer kun je worden geconfronteerd met raadsels waar je in recordtempo een antwoord op moet vinden en met letsels die je nooit eerder hebt gezien. De ketenavond van 10 september had als thema extreme casuïstiek en was daarmee net zo uiteenlopend als een dag op de spoedeisende hulp. Toch viel er voor de goede verstaander een rode draad in te ontdekken, want er werd dieper ingegaan op wekedenletsel en op massale bloedtransfusie.

© Shutterstock



“Er was een patiënt onderweg met een fractuur van het linker onderbeen en hierbij mogelijk veel bloedverlies”, vertelt physician assistant traumachirurgie Steven van Heerde aan het begin van de avond. Bij aankomst in het ziekenhuis na een ‘scoop and run’ bleek het wel ietsje anders. De patiënt had zeer uitgebreid letsel aan de weke delen, waarbij het bot naar buiten stak, maar het bloedverlies viel mee. “Omstanders hadden een riem om het bovenbeen gedaan, waarna de ambulancebroeders dit verwisseld hebben voor een tourniquet. Dat gaf de indruk van veel bloedverlies, waarvan uiteindelijk geen sprake was. Het wekedenletsel daarentegen was zeer ernstig.”

Traumachirurg Ivar de Bruin geeft verdere uitleg over letsel van de weke delen. “Een fractuur is eigenlijk een wekedenletsel dat wordt gecompliceerd door een gebroken bot.” Om te genezen heeft een bot bloedtoevoer nodig, en twee derde daarvan komt uit de weke delen – de rest komt uit het merg, dat overigens ook beschadigd kan zijn. Wanneer de weke delen zo ernstig beschadigd zijn dat er geen

bloedtoevoer naar het bot meer mogelijk is, dan kan het soms noodzakelijk zijn om een transplantatie te doen van spier en huid.

Na de presentatie van De Bruin vertelt trauma-fysiotherapeut Hans Klijsma over het herstel van de patiënt. Hij toont een foto van deze man op vakantie, breed lachend, maar nog wel met een erg stijf been. Het zal tijd kosten om te herstellen – toch is de patiënt heel goed op weg. Hans Klijsma vertelt op de achterpagina van deze nieuwsbrief meer over zijn bijzondere vak.

TRAGE TESTS

AIOS Heelkunde Wouter Kluijfhout presenteert een casus van een 81-jarige man die onwel werd in de tuin. “Hij had acute pijn in zijn buik en rug, maar voor zijn leeftijd bleek hij bijzonder gezond. Met de verdenking op een gebarsten aneurysma van de aorta abdominalis werd besloten direct naar de CT-scan te gaan.” De aorta was heel mooi, maar toen werd er veel bloed in de linker thoraxhelft gezien. Hij bleek een week eerder op zijn linkerthorax te zijn gevallen.

Vanwege hemodynamische instabiliteit werd het massaal bloedtransfusieprotocol gestart, waarna de patiënt naar de operatiekamer werd gebracht, een thoracotomie werd verricht en de bloeding tot stoppen gebracht.

Anesthesioloog Eva Molmans vertelt: "Wereldwijd is een van de grootste doodsoorzaken binnen 48 uur na opname verbloeding. Massaal bloedverlies herkennen is echter lastig, want je moet het langdurig monitoren om dit zeker te weten. Alle tests lopen eigenlijk achter."

Met agressieve resuscitatie met vocht- en bloedproducten kan er snel onderscheid gemaakt worden tussen 'responders' en 'non-responders'. Bij de responders is er tijd voor aanvullende diagnostiek, bij non-responders is deze tijd er niet en moet een acute behandeling op de operatiekamer volgen. Bij massale bloeding dient dan het massaal bloedtransfusieprotocol geactiveerd te worden. Binnenkort wordt in het UMC Utrecht het vernieuwde protocol voor massale bloedtransfusie gelanceerd, waarin alles tot in detail is uitgewerkt.

HOOGTEREDDINGSTEAM

De ketenavond krijgt een bijzondere afsluiting door een presentatie van het Hoogtereddingsteam. Dit onderdeel van

de brandweer wordt ingezet bij redding op elk niveau: op hoogte of in diepte, op alle plekken waar je moeilijk bij kunt komen. John van Norden is een van de brandweerlieden die deel uitmaakt van het hoogtereddingsteam, naast zijn reguliere werkzaamheden als brandweerman. "Werken in het hoogtereddingsteam is anders dan normaal. We zijn geen dokter of verpleegkundige, maar moeten vaak wel acute medische zorg leveren aan slachtoffers op plaatsen waar een ambulance niet kan komen. Het is dan ook niet altijd mogelijk dat een verpleegkundige mee kan naar het slachtoffer."

Bij een recente casus waarbij een bouwvakker in een mangat was gevallen, kon gelukkig wel een verpleegkundige naar binnen. "We hielpen de verpleegkundige door dat mangat naar beneden om de patiënt klaar te maken voor transport. Echter, er paste geen brancard door het gat, dus moesten we improviseren. Met touwen en een katrolsysteem hebben we de patiënt langzaam omhoog getrokken. Met mankracht, want machinaal is te gevaarlijk – een machine stopt niet als er bijvoorbeeld sprake is van beknelling. Het is altijd weer een puzzel hoe we het doen."

Maar met kunde en creativiteit lukt het ze vrijwel altijd, getuige de bijzondere verhalen die hier verteld worden. (PK)

© Shutterstock



PLEK in de geboortezorg: Hoe pakken wij dat aan?

Sinds de zomer van 2018 kampen we in onze regio met een zeer groot aanbod van vrouwen die gaan bevallen. Regelmatig is het aanbod zo groot dat ziekenhuizen moeten weigeren. Hierdoor moeten verloskundigen die bij de bevalling aanwezig zijn meerdere ziekenhuizen bellen, voordat zij een verlosbed voor hun cliënte hebben gevonden. Een onwenselijke situatie die vraagt om een regionale aanpak.



In onze regio is sinds vorige zomer het 'escalatieteam geboortezorg' actief. In dit team nemen vertegenwoordigers deel van de drie Utrechtse ziekenhuizen, de kraamzorg en verloskundigen. Elke twee weken kijkt het team terug naar de casuïstiek uit de afgelopen twee weken. Daarnaast werkt het team actief aan oplossingen. De oplossingen voor dit capaciteitsprobleem blijken niet zomaar gevonden, maar het verduidelijken van procedures en het verkrijgen

van inzicht in de werksituatie van de andere partijen helpt in elk geval. De grootste innovatie betreft het in gebruik nemen van een webapplicatie. Deze applicatie heet PLEK en is ontwikkeld door de RAVU. Hierin geven ziekenhuizen een aantal keer per dag aan hoeveel verlosbedden zij op dat moment open hebben. Hierdoor kunnen verloskundigen in één oogopslag zien welk ziekenhuis het meest kansrijk is op dat moment. De applicatie is een mes

dat aan twee kanten snijdt. Verloskundigen hoeven minder ziekenhuizen te bellen voordat ze ergens terecht kunnen en ziekenhuizen ontvangen minder telefoontjes van verloskundigen. Het aantal bevallingen kunnen we niet beïnvloeden, maar het bevorderen van begrip voor elkaars positie én het vergroten van het inzicht in de beschikbare capaciteit dragen bij aan het veilig houden van de zorg. (MV)

Agenda

DECEMBER

3 december

Focusgroep POSH

3 december

Ketenavond 'Wervelletsel'

10 december

OTO themamiddag, LNAZ

JANUARI 2020

6 januari

regionale bijeenkomst
traumatologen

16 januari

focusgroep Crisisbeheersing
& OTO, RAVU

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Natasja Rabouw
Lukas van Spengler

Met medewerking van

Stasja Aspers
Daniëlle van Boxtel
Petra Kruijt
Ministerie van Defensie
Ministerie van VWS
UMC Utrecht
Marlous Verheul

Ontwerp en opmaak

Design & Producties,
Marketing & Communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

Drukkerij De Bondt
www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

“In de traumato- logie heeft bewegen een helend effect”

Fysiotherapeut Hans Klijsma werkt al dertig jaar in het UMC Utrecht, waarvan vijftientig jaar als traumafysiotherapeut. In die tijd is er veel veranderd. Fysiotherapie is een standaardonderdeel geworden van de behandeling. Bewegen is een van de voorwaarden voor botgenezing en bewegen is nodig om tot herstel van functioneren te komen. De fysiotherapeut wordt dus vaak al in een vroeg stadium betrokken. “Er zijn maar weinig gevallen waarin bewegen een contra-indicatie is voor genezing”

Toen Hans vijftientig jaar geleden als traumafysiotherapeut begon, was er weinig sprake van beweging. “Patiënten konden bijvoorbeeld na een wervelfractuur soms wel tot twaalf weken in bed liggen, met alle gevolgen van dien: doorligwonden, ondervoeding, noem maar op. Het leidde zelfs tot sterfgevallen.” Hoe anders is dat nu: patiënten worden zodra dit kan door alle betrokkenen aangespoord om te bewegen, uit bed te komen en zoveel mogelijk te normaliseren. De traumazorg in het UMC Utrecht heeft veel aandacht voor beweging, waardoor Hans en zijn collega-traumafysiotherapeut alle ruimte kregen om zich te ontwikkelen. “We zijn echt onderdeel van het proces. Een diagnose stellen doen we niet, dat is de taak van onze collega’s, maar we brengen wel in kaart wat voor gevolgen een vastgesteld letsel heeft op het bewegingsapparaat en hoe we daarin kunnen helpen.”

Al vanaf de ic kan de fysiotherapeut van waarde zijn. “We zijn betrokken van opname tot ontslag. Daarnaast zien we poliklinische patiënten die om welke reden dan ook bij ons komen.” De traumafysiotherapeuten zijn hooggespecialiseerd en worden onder meer ingeschakeld als een revalidatietraject minder goed loopt dan gehoopt. Ze zijn ook onderdeel van de poliklinische nazorg van specifieke letsels, bijvoorbeeld de verbrijzelingsletsels waarbij zowel uitgebreid botletsel als wekedelenletsel is, en aandoeningen waarbij trainen in het oefenbad noodzakelijk is. De afdeling Revalidatie en Sport beschikt over een ruim oefenbad waar patiënten die de



onderste extremiteiten niet mogen belast effectief kunnen trainen.

Onlangs was er een vrouw die bekkenletsel had overgehouden aan een motorongeval. Ze kon ondanks intensief trainen en een orthese niet goed lopen. “Samen met de gipskamer en de orthopedisch instrumentmaker hebben we ervoor kunnen zorgen dat staan en lopen weer is hersteld en opereren niet meer nodig was.” Soms is het echter onmogelijk om nog iets voor iemand te betekenen. “Vanmorgen moest ik een patiënt vertellen dat, gelet op zijn letsels en mate van fysiek herstel, het werken op de ladder er niet meer in zat. Ondanks de impact van de boodschap – deze patiënt heeft mentale ondersteuning nodig om een nieuwe toekomst te gaan zien – zijn patiënten wel blij met de duidelijkheid die we ze bieden.”

VERSCHIL MAKEN

Vaak is de behandeling een traject van maanden. Hans bouwt iets op met zijn patiënten, die hij, in het geval van directe nazorg, drie keer per week een uur lang ziet voor training. Wat hij mooi vindt om te zien is dat wanneer mensen fysiek opknappen, ze ook mentaal opknappen. Het kan echter ook zijn dat het mentale trauma fysiek herstel in de weg zit, als iemand bijvoorbeeld continu herbelevingen heeft en daardoor slecht slaapt. “Dan heeft de patiënt simpelweg niet de energie om te trainen. Daarom moet je multidisciplinair kijken wat prioriteit heeft.” Daarnaast overlegt Hans uiteraard veel met zijn collega. “We zijn met z’n tweeën in dit specialisme, dus we zien elkaar elke dag.”

Hij wil nooit meer iets anders dan traumazorg. “De traumatologie is soms rauw, het is letterlijk van de straat – er komen naast ongevalsslachtoffers ook veel patiënten met psychische problemen in de voorgeschiedenis bij ons. Onafhankelijk van de oorzaak van het letsel proberen we iedereen zo goed mogelijk te helpen. Wij kunnen, als het gaat om fysiek functioneren binnen de biologische mogelijkheden, voor en met mensen het verschil maken, en dat drijft mij elke dag weer.” (PK)