



3

Trauma Utrecht app brengt alle info op één plek

5

Kennisnetwerk Zoönosen is nog lang niet klaar

7

Griep legt overbelasting zorg bloot

9

Diafragmarupturen: je ziet ze niet altijd, maar ze zijn er wel

Van opzet tot publicatie: Cursus Onderzoek in de Traumatologie

Op dinsdag 10 april werd voor de eerste maal een cursus over wetenschappelijk onderzoek, speciaal gericht op onderzoeken binnen de traumatologie, georganiseerd. Een toenemende interesse in traumatologisch onderzoek bij studenten en vaak slechts summiere kennis bij deze geïnteresseerden lagen hieraan ten grondslag.

© Daniëlle van Boxtel



Cursus voor studenten en onderzoekers met interesse in de traumatologie

ONDERZOEK IN DE TRAUMATOLOGIE
van opzet tot publicatie



Dinsdagavond, de overdrachtsruimte op C4 stroomt langzaam vol met medisch studenten, beginnende onderzoekers en andere geïnteresseerden. Als iedereen is voorzien van een broodje en een drankje, wordt de avond geopend door professor Leenen. De professor benadrukt het belang van onderzoek binnen het vakgebied en het alsmaar groeiende enthousiasme hiervoor bij studenten, waarmee hij aan de aanwezigen refereert. Ver-

volgens worden door diverse arts-onderzoekers van de traumachirurgie presentaties gegeven. Verschillende onderdelen van wetenschappelijk onderzoek komen aan bod zoals het opstellen van een studieprotocol en het belang van door patiënten gerapporteerde uitkomsten. Er worden interessante vragen gesteld, bijvoorbeeld over de gevolgen van de nieuwe privacy verordening, die leiden tot levendige discussies. De tot de verbeelding sprekende

aanvullingen van Marijn Houwert (traumachirurg en medeorganisator) dragen hieraan positief bij. Bij de evaluatie klinken opmerkingen als "had ik dit maar eerder geweten" en "deze informatie ga ik zeker toepassen". De beste beoordelingen werden gegeven aan de presentaties over statistiek en meta-analyses. Een geslaagde eerste, en zeker niet de laatste, cursus onderzoek in de traumatologie! (QvdV)

Trauma Utrecht app brengt alle info op één plek

© AirMedApp

Waar vind je up-to-date protocollen? Waar staan alle relevante telefoonnummers bij elkaar? Op het intranet natuurlijk, maar daar maakt bijna niemand meer gebruik van. De smartphone daarentegen heeft iedereen bij zich. Zo ontstond het idee voor de Trauma Utrecht app, waar hulpverleners alle relevante informatie kunnen vinden. Elke hulpverlener krijgt een inlog voor zijn eigen omgeving in de app. Ook voor patiënten wordt de app beschikbaar gemaakt.



Traumachirurg Geertje Govaert van het UMC Utrecht was nauw betrokken bij de ontwikkeling van de Trauma Utrecht app. "We merkten dat de behoefte er was", zegt zij. "Ook andere ziekenhuizen herkenden de vraag naar een smartphone-app voor het delen van informatie." Met name voor protocollen is dat zinvol, zegt zij. "Mensen zoeken hier nu vaak op eigen houtje naar. Dan is de kans groot dat ze uitkomen bij verouderde of verkeerde

protocollen." De beschikbaarheid van up-to-date protocollen is dus prioriteit nummer één. Zodra een medewerker de app heeft gedownload en is ingelogd in de omgeving van zijn ziekenhuis, staan ze allemaal overzichtelijk bij elkaar. Ook zijn er handige telefoonnummers te vinden en bijvoorbeeld het ZiROP.

De app is te downloaden door te zoeken op 'Trauma Utrecht' in de Appstore of Play Store. Naast de proto-

collen en andere 'vaststaande gegevens', is het mogelijk om in de app informatie te delen met andere hulpverleners uit de regio. Bijvoorbeeld over een conferentie of een trial. Govaert: "Alles wat relevant kan zijn, kun je delen. Ieder ziekenhuis heeft één persoon die verantwoordelijk is voor de content. Die levert weer aan bij ons en wij zetten het dan op de app. Zo is het een dynamisch geheel, niet alleen een naslagwerk." (PK)

Congres Opgeschaalde zorg 2018

Wat kunnen we leren van de terroristische aanslag na het concert van Ariana Grande in Manchester of op de Ramblas in Barcelona? Wat is de impact op zorgverleners zelf als zij iets dergelijks meemaken? Deze en andere onderwerpen stonden centraal tijdens het Congres Opgeschaalde zorg 2018 'Dat was toch geregeld' dat op 13 april jl. plaatsvond.

© Maaïke Schaap



Opening van het congres .

Die dag kwamen ruim 250 professionals uit de zorgsector samen in het Compagnietheater te Amsterdam om naar sprekers van over de hele wereld te luisteren en met elkaar in gesprek te gaan. De organisatie van dit congres, dat voor de tweede keer plaatsvond, was in handen van een aantal netwerken acute zorg. De dag werd geleid door dagvoorzitter Tom van 't Hek.

Marlous Verheul, OTO-coördinator in de regio Midden Nederland, opende de dag met een korte online peiling onder de bezoekers. De meeste congresbezoekers bleken afkomstig te zijn uit ziekenhuizen, GHOR veiligheidsregio of ambulancediensten. Ruim driekwart van de aanwezigen gaf aan zelf al ervaring te hebben in een opgeschaalde situatie. De eigen organisatie gaf men een ruime voldoende

als het gaat om de voorbereidingen op een crisissituatie.

Toch viel er op deze vrijdag de 13e nog een hoop te leren. Want zes ervaringsdeskundigen vertelden wat er gebeurt als de plannen van het papier komen en er sprake is van een echte, acute crisissituatie.

"Wat neemt u mee na deze dag?", vroeg Van 't Hek aan enkele aanwezigen na afloop. Deze reacties uit de zaal kregen veel bijval:

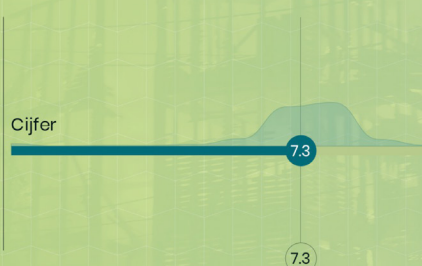
"Dingen die normaal niet werken, werken onder bijzonder omstandigheden ook niet."

"Bij crisissituaties zijn er veel zelfverwijzers, mensen die op eigen gelegenheid op zoek gaan naar zorg."

"Vaak word je gealarmeerd door de eerste patiënt die aan de poort staat, niet door het telefoontje van de alarmdienst."

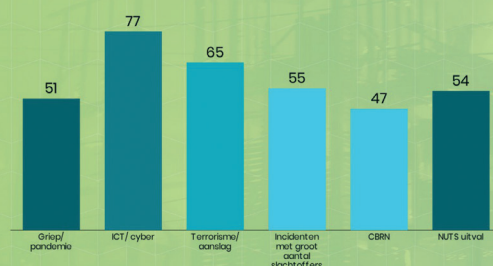
Komt u de volgende keer ook? (MV)

Welk cijfer geef je jouw organisatie m.b.t. de mate van voorbereiding?



Resultaten van de online peiling.

Welke onderwerp zou in jouw organisatie meer aandacht voor kunnen hebben?



Kennisnetwerk Zoönosen is nog lang niet klaar

Twee derde van alle infectieziekten is een zoönose. Negentien procent van de inwoners van de provincie Utrecht woont in de buurt van een geitenhouderij. Het Kennisnetwerk Zoönosen Midden-Nederland bestaat vijf jaar en is nog net zo relevant als bij de oprichting.

Zoönosen spelen een grote rol in de maatschappij. Kernteamleden Ans van Lier van de GGD regio Utrecht en Tineke Kramer, dierenarts, sommen op met welke zoönosen de regio in de afgelopen vijf jaar onder meer is geconfronteerd: de hantepest, de ziekte van Weil, het zikavirus, rabiës, aviaire influenza, een toename van ziektes die via teken worden

om zoönosen eerder te herkennen, te kunnen bestrijden en zelfs preventieve maatregelen te kunnen nemen. Dat doen ze door middel van ontmoetingen, onderwijs en onderzoek.

DIER EN MILIEU

De ontmoetingen hebben vaak het karakter van onderwijs, zoals het jaarlijkse symposium van het KZMN. Ook organiseert het netwerk avonden waarop dierenartsen huisartsen lesgeven over zoönosen. "Zeer leerzaam", zegt Tineke Kramer. "En het is goed dat dierenartsen en humane artsen elkaar leren kennen zodat ze elkaar weten te vinden als het nodig is." De noodzaak van kennis en netwerken is groot, met alles wat er gaande is op het gebied van zoönosen. Iets anders waar het KZMN mee bezig is, is het milieu. Ook dat speelt een belangrijke rol bij ziekte-uitbraken. Ans van Lier: "Denk bijvoorbeeld aan overdracht van zoönosen via water of de bodem en de opkomst van mud runs of singel swims. We hebben het tij mee, want er is veel aandacht voor dit soort onderwerpen. Mensen sluiten niet langer hun ogen voor dierenwelzijn, milieuproblematiek en de gevolgen die dat heeft voor onszelf. Ook gemeenten nemen dit serieus en wenden zich tot ons voor advies. Dat is heel positief." (PK)

© Thinkstock



Een veranderend klimaat brengt niet alleen waterpret, maar ook nieuwe zoönotische risico's met zich mee.

overgedragen, papegaaien-ziekte, nog steeds de gevolgen van de Q-koorts... de lijst is schier eindeloos. Zelfs ebola is van oorsprong een zoönose.

Terwijl zoönosen dus veelvuldig voorkomen, hadden met name huisartsen er relatief weinig kennis van. Het KZMN wil een brug slaan tussen humane- en diergeneeskunde,

Traumaregistratie 2017 afgerond

De traumaregistratie van 2017 van de regio Midden-Nederland is afgerond. De data van de zes SEH's zijn aangeboden aan de Landelijke Trauma Registratie. Later dit jaar verschijnt het Jaarbeeld Traumazorg 2017 met een overzicht van de gegevens uit onze regio. Eerdere uitgaves van Jaarbeeld Traumazorg zijn te vinden op de website van Traumazorgnetwerk Midden-Nederland. (www.traumazorgnetwerkmn.nl)

GEREGISTREERD IN 2017:


5.086
TRAUMAPATIËNTEN



88% door valpartijen en verkeersongelukken

8.341
LETSELS



36% aan onderste extremiteiten



3.862

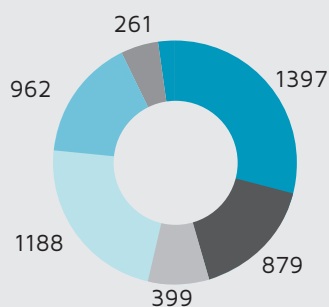
KEER PATIËNTEN MET AMBULANCE GEBRACHT



32.704

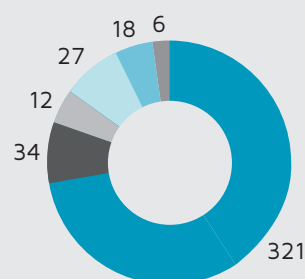
OPNAMEDAGEN

ALLE TRAUMAPATIËNTEN



- UMC Utrecht
- St. Antonius loc. Nieuwegein
- St. Antonius loc. Utrecht
- Meander Medisch Centrum
- Diakonessenhuis
- Zuwe Hofpoort Ziekenhuis

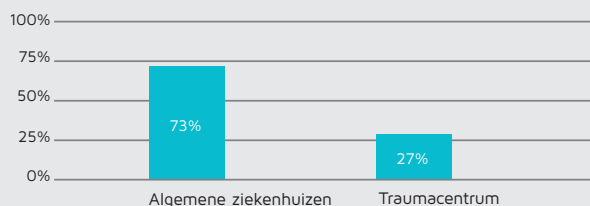
ERNSTIG GEWONDEN



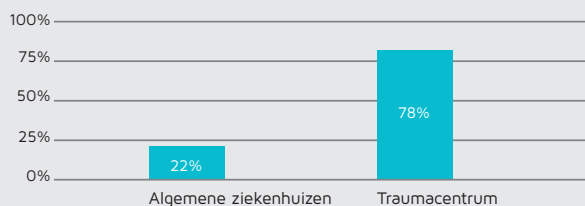
8%

VAN ALLE TRAUMAPATIËNTEN WAS ERNSTIG GEWOND

ALLE TRAUMAPATIËNTEN



ERNSTIG GEWONDEN



Griep legt overbelasting zorg bloot

De afgelopen jaren verschenen met enige regelmaat berichten over de af en toe beperkte toegankelijkheid tot de acute zorg. Tijdens het griepseizoen bleek nog eens hoe kwetsbaar het zorgsysteem kan zijn.

© rtvutrecht.nl

Patiënten moeten steeds vaker lang wachten bij spoedeisende hulp

De wachttijden op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen in onze regio zijn lang.
04-05-2018 06:44:24 - nieuws

Griepgolf duurt twee keer zo lang als normaal

Het leek er even op dat de griep epidemie bijna voorbij was, maar het aantal patiënten met griepachtige verschijnselen is de afgelopen week weer toegenomen.
17-04-2018 14:44:52 - nieuws

Al 16 weken griep epidemie in Nederland

Hoewel steeds minder mensen ziek zijn, is de griep epidemie in Nederland nog steeds niet over.
04-04-2018 06:06:46 - nieuws

Ziekenhuizen en huisartsen duimen dat het snel lente wordt: de griep is overal

Het is er nu eenmaal de tijd van het jaar voor, maar deze keer is het wel heel bar en boos.
21-03-2018 06:00:31 - nieuws

Griepgolf nog steeds niet voorbij, veel ouderen hebben longontsteking

De griep epidemie die al sinds half december gaande is in Nederland is nog steeds niet op zijn retour.
06-03-2018 14:49:12 - nieuws

Operaties in regio uitgesteld vanwege griepgolf

Ziekenhuizen in de regio moeten medische ingrepen uitstellen vanwege de griepgolf.
09-03-2018 15:41:50 - nieuws

"Systeem ziekenhuizen loopt vast door griepgolf"

Hoe kan het dat ziekenhuizen de griepgolf niet aankunnen? Op de eerste hulp van het UMC Utrecht zijn bijna twee keer zoveel patiënten.
09-03-2018 17:43:58 - nieuws

Krantenartikelen RTV Utrecht.

De meeste mensen met griepklachten kruipen onder de wol, tot ze weer opgeknapt zijn. Een deel wordt zo ziek dat ze zich bij de huisarts melden. Indien nodig, worden ze doorverwezen naar de medisch specialist. In de avond en nacht, als de klachten plotseling verergeren, wenden zij zich tot de huisartsenpost en/of de SEH. Daar worden ze onderzocht, krijgen ze adviezen of medicatie voorgeschreven en gaan ze weer naar huis. Als ze écht ziek zijn, volgt behandeling in het ziekenhuis tot ze 'goed genoeg' zijn om in een verzorgingshuis verzorgd te worden, of weer terug naar huis te kunnen gaan.

Tot zover de theorie. De praktijk was deze keer anders. Door de toename van het aantal zieke mensen met griepklachten raakte het zorgsysteem verstopt. De verpleeg- en verzorgingsinstellingen lagen vol waardoor patiënten langer dan normaal in de ziekenhuizen moesten blijven. Daardoor konden patiënten met een opname indicatie de SEH's niet meer verlaten, met als gevolg dat de SEH's geen ruimte hadden voor nieuwe patiënten. De doorstroom stopte maar het 'aanbod' van nieuwe, zieke mensen niet. Gevolg: overbelaste SEH's in de regio. (LVS)

Intensieve samenwerking in de regio

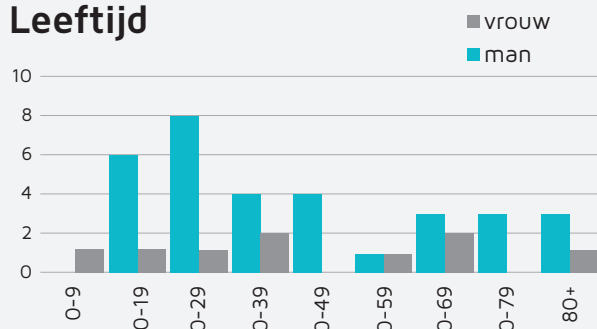
In de vorige editie schreven we over de extra drukte in de zorginstellingen en dat de samenwerking tussen de instellingen was geïntensiveerd. Achteraf werd duidelijk dat de drukte nog niet op het hoogtepunt was. De epidemie duurde langer dan gemiddeld en de echte piek moest nog komen. Het aantal zieken nam toe terwijl in de ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingsinstellingen vrijwel geen bedden meer beschikbaar waren.

Intensief overleg volgde tussen alle betrokken instellingen en op alle niveaus. De SEH's onderhielden voortdurend contact met elkaar en met de meldkamer ambulancezorg, meerdere keren per dag werd de beschikbaarheid van klinische bedden uitgewisseld, het Nederlands Rode Kruis zette vrijwilligers in en met hulp van Zilveren Kruis en de vereniging van Instellingen voor Verpleging en Verzorging Utrecht (IVVU) werd nog actiever gezocht naar beschikbare bedden. De ziekenhuizen zagen zich genoodzaakt geplande zorg uit te stellen om zo extra capaciteit vrij te maken.

Inmiddels is de relatieve rust weergekeerd en is de tijd gekomen om terug te blikken. Hoe is de samenwerking tussen de ketenpartners in het acute zorgnetwerk verlopen? Wat ging goed en wat kan beter? Deze vragen worden de komende weken aan de betrokkenen gesteld. Daarnaast zijn de voorbereidingen gestart om een regionaal plan op te stellen dat het netwerk helpt om verstoringen als deze in de continuïteit van zorg het hoofd te bieden.

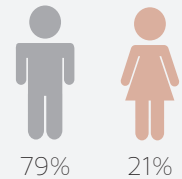
Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: Diafragmarupturen

Leeftijd



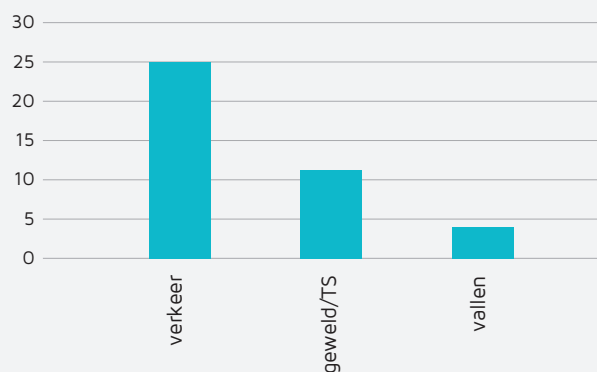
Het aantal traumapatiënten per jaar met een diafragmaruptuur is **minder dan 1%**

Ruim **30%** van deze traumapatiënten heeft letsel als gevolg van **scherp** trauma

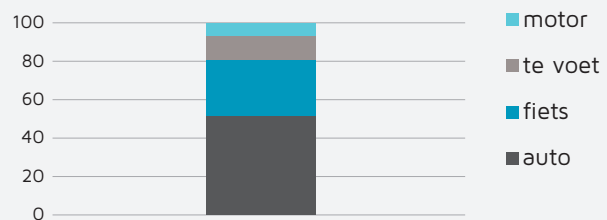


90% van alle traumapatiënten met een diafragmaruptuur is ernstig gewond (ISS > 15)

Oorzaak



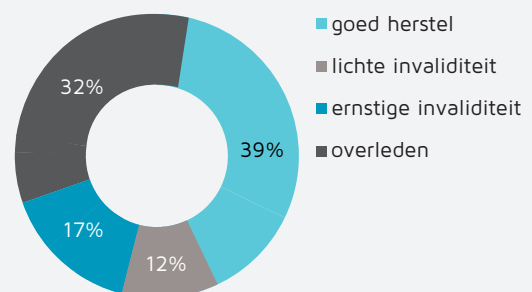
Verkeer uitgesplitst



Overig letsel

	aantal letsels	ernstig letsel (AIS ≥ 3)	percentage ernstig letsel
hoofd	38	30	79%
aangezicht	17	3	18%
hals/nek	6	3	50%
thorax	90	77	86%
abdomen	60	34	57%
wervelkolom	21	7	33%
bovenste extremiteiten	12	4	33%
onderste extremiteiten	38	18	47%
huid en overig	30	0	0%

Ontslagconditie



Naast een diafragmaruptuur hadden de meeste traumapatiënten ernstig thoraxletsel, gevolgd door ernstig abdomenletsel en ernstig letsel aan de onderste extremiteiten.

(SA)

Diafragmarupturen: je ziet ze niet altijd, maar ze zijn er wel

Er vindt een eenzijdig auto-ongeval plaats. De inzittenden zijn jonge jongens. Dat blijkt vaak het geval te zijn bij patiënten met een diafragmaruptuur, zoals de passagier achterin ook heeft. Net als een andere patiënt: een jongen die een scooterongeval heeft gehad. Deze twee casus worden tijdens de ketenavond gepresenteerd omdat in beide gevallen niet te zien was dat er sprake was van een diafragmaruptuur. Ook dat komt namelijk vaak voor.

Deze ketenavond gaat over een onderbelicht letsel. De jongen uit de eerste casus bleef pijn houden rechtsboven in zijn buik. Hij onderging een laparotomie waarbij een forse ruptuur van het rechter diafragma werd vastgesteld. "De diagnose werd pas vijf uur na binnenkomst op de SEH gesteld", zegt ANIOS Heelkunde Steffi Karhof. "Had het eerder gekund?" Dat is een moeilijk te beantwoorden vraag. Traumafellow Willem-Maarten Bosman vertelt meer over de subtiele tekenen van diafragmarupturen bij beeldvormend onderzoek. De rupturen komen met name voor bij stomp buiktrauma. In 90 procent van de gevallen gaat het om jonge mannen die een auto-ongeval hebben

gehad. "Het is in de buik vrijwel nooit het enige letsel", zegt Bosman. "Vaak zijn er ook letsels van milt, ribben of een pneumothorax. Deze letsels leiden af van de diafragmaruptuur. Bovendien wordt bijvoorbeeld een leverruptuur vaak niet meer operatief behandeld. Toen dat nog wel zo was, werd peroperatief vanzelf de diafragmaruptuur opgemerkt. Nu is dat dus lang niet meer altijd zo."

BEHANDELING

AIOS Heelkunde Mark van Baal vertelt over de behandeling. "Bij stomp letsel ontstaat een diafragmaruptuur doordat de druk in de buik te hoog oploopt. Het diafragma scheurt als het ware open. Het beste is om meteen naar de operatiekamer te gaan en het defect te sluiten. Volgens de boekjes moet dat met een dubbele laag hechtingen, maar dat is in de praktijk niet altijd noodzakelijk. In het UMC Utrecht wordt het meestal gedaan met een voortlopende vicrylhechting." Een linkszijdige diafragmaruptuur moet altijd gesloten worden om te voorkomen dat maag of darmen de thoraxholte in gaan. Over de behandeling van een rechtszijdige fractuur is discussie. De lever bedekt dan vaak het letsel, dus er kan mogelijk expectatief beleid gevoerd worden. Er zijn mensen die nooit klachten krijgen bij een bestaande diafragmaruptuur. Het komt ook voor dat de diafragmaruptuur (te) laat herkend wordt. Traumachirurg Geertje Govaert vertelt over een vrouw die in Nederland was, enkele weken na een ongeval in Zuid-Amerika. Direct na het ongeluk waren ribfracturen en een claviculafRACTuur vastgesteld. In Nederland voelde ze zich niet goed, ze had pijn. Wat bleek: naast de fracturen had ze een eerder gemiste diafragmaruptuur. "Ze is naar de operatiekamer gebracht en haar diafragmaruptuur is gehecht." Net als die van de jongens uit de twee casus trouwens. Daarna herstelden ze allemaal snel. Als het met een hechting niet lukt, is sluiten met een kunststof matje een optie. Herkennen is dus lastig, behandelen is over het algemeen goed te doen.

(PK)



Focusgroep Acute Verloskunde

Na vier jaar stopt Martijn Heringa als voorzitter van de focusgroep Acute Verloskunde. Zijn opvolger is Bas van Rijn. Hij werkt nu drie jaar als gynaecoloog in het UMC Utrecht en heeft daarvoor onder andere twee jaar in het Princess Anne Hospital in Southampton (UK) gewerkt.

Bas houdt zich onder andere bezig met vraagstukken op het gebied van complexe perinatale zorg, organisatie van de zorg in de toekomst en initiatieven op het gebied van integrale zorg.

© UMC Utrecht



CRISISBEHEERSING & OTO

Vervolg netcentrisch werken

Tijdens de oefening Troje waren de deelnemers positief over netcentrisch werken. Daarom gaat onze regio verder met de implementatie.

© Thinkstock



Als eerste wordt er aan het ROAZ commitment gevraagd voor een go live oefening aan het eind van dit jaar. Voorafgaand aan de oefening zijn er vanaf augustus trainingen zodat er mensen leren werken volgens het principe van netcentrisch werken. De go live oefening is een test met alle partijen die aangesloten zijn op het systeem LCMS-gz. Alleen de informatie coördinatoren doen hieraan mee, er komt geen crisisteam aan te pas. De precieze uitwerking is in handen van de focusgroep Crisisbeheersing & OTO.

TRAUMAZORG

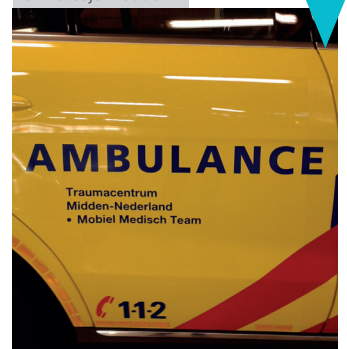
MMT Utrecht weer operationeel

Het beschikbaar MMT Utrecht is met ingang van 1 juni operationeel.

Conform de Leidraad GGB kan dit MMT opgeroepen worden bij grootschalige incidenten waarbij twee of meer heli-MMT's worden ingezet. Dat kan uitsluitend op verzoek van de OVD-G ter plaatse, in overleg met het aanwezige heli-MMT. Het team gaat uit van een uitruk-tijd van maximaal 25 minuten na de oproep.

Het MMT Utrecht bestaat uit een ambulanceverpleegkundige en chauffeur van de RAVU en een anesthesioloog van het UMC Utrecht. Het werkt onder supervisie van de MMT-arts ter plaatse en is gericht op het hertriëren en stabiliseren van de patiënt en het voorbereiden voor transport.

© Natasja Rabouw



Agenda

JUNI

7 juni - 9 juni

MRMI, Calamiteitenhospitaal

12 juni

Ketenavond CWK Ietsel en
hoge dwarslaesie, UMC Utrecht

19 juni

ROAZ

26 juni

Focusgroep POSH, Meander
Medisch Centrum

AUGUSTUS

23 augustus

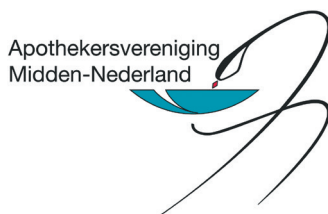
Focusgroep Crisisbeheersing
en OTO, RAVU

SEPTEMBER

25 september

Kerngroep ROAZ

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Natasja Rabouw
Lukas van Spengler

Met medewerking van

Stasja Aspers
Gioya Bouwman
Daniëlle van Boxtel
Petra Kruijt
Maaïke Schaap
Marlous Verheul
Quirine van der Vliet

Ontwerp en opmaak

Design & Producties,
Marketing & Communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

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

“Hoe krijgen we die gebroken vinger in een handschoen?”

Traumachirurg Tim Timmers werkt in het Meander Medisch Centrum in Amersfoort, maar één keer per jaar verplaatst zijn werk zich naar het TT-circuit in Assen. Daar op de medische dienst verzorgt hij coureurs die meestrijden in de MotoGP als ze botbreuken of andere verwondingen oplopen. Het doel is om ze zo snel mogelijk weer op de motor te hebben, want geen enkele coureur kan zich een verloren seizoen veroorloven. “Het normale beleid bij een sleutelbeenbreuk is tegenwoordig af te wachten hoe het heelt, maar in de topsport kan dat niet. Dan gelden er andere richtlijnen.”

Tims liefde voor de motorsport begon toen hij in Utrecht woonde en in Tilburg werkte. Om sneller op zijn werk te komen, haalde hij zijn motorrijbewijs. “Destijds was ik actief als arts op het circuit in Zandvoort, maar Formule 1 is nog niets in vergelijking met de MotoGP. Op het motorcircuit gooien coureurs hun hele lichaam in de strijd om centimeters te veroveren. Ze hebben bovendien veel minder bescherming dan in een auto.” Een collega-arts in Tilburg zat in het traumateam van het TT-circuit. Zo is ook Tim erbij gekomen. “De medische dienst daar is heel goed geregeld. Hij is zelfs eens bekroond als beste van de wereld. Kwamen er ineens allemaal Japanners foto’s maken om het net zo goed te gaan doen.” Weer eens wat anders dan de persfotografen die zich normaal gesproken verdringen om het laatste nieuws. De MotoGP is een groot circus, waar de traumachirurg deel van uitmaakt. “Er komen altijd wel kampioenskandidaten in de tent. Die willen zo snel mogelijk opgelapt worden en terug die motor op. Natuurlijk houden we er rekening mee of dat wel verantwoord is. Samen met het hoofd van de medische dienst en het medische team van de MotoGP zelf, de Dorna, overleg ik of iemand nog kan rijden. Soms levert het een gevaar op voor hemzelf of zelfs voor anderen. Maar er kan heel, heel veel. Als een coureur een gebroken vinger heeft, komt hij niet bij me met de vraag hoe die zo goed mogelijk kan helen. Nee, hij komt bij me met de vraag hoe hij zo goed mogelijk kan blijven racen ondanks die gebroken vinger. Dus ik maak een spalk voor hem, we pakken een extra grote handschoen en hij gaat weer. Dat coureurs soms naderhand jankend van de



motor komen van de pijn, is ondergeschikt. Alles draait om het kampioenschap.”

GROTE INVLOED

Er zijn wel regels voor de medische zorg bij een evenement als de MotoGP. Zo moet er altijd een traumahelikopter aanwezig zijn. Is die er niet of kan hij niet opstijgen vanwege het weer, dan ligt de race stil. Er zijn vijf tot zes ambulances, met chauffeurs en verpleegkundigen die net als Tim in hun vrije tijd dit werk doen. Daarnaast is er nog het medische team van het TT-circuit zelf én de Dorna. Allemaal mensen die begrijpen hoe topsporters behandeld willen worden.

Niet alles kan op het TT-terrein zelf worden gedaan. Soms is er een operatie nodig en dat kan dan in het ziekenhuis in Assen of Groningen, maar zeker ook in Amersfoort. Tim belt dan een collega, legt uit wat er moet gebeuren en vraagt of op zeer korte termijn plek is. “Zelfs als het in het weekend moet. Bij topsport gaat het erom dat je zo goed mogelijk opereert met zo min mogelijk hersteltijd. Dus liever tijdelijk fixeren en later laten helen, bijvoorbeeld.” Wat Tim doet, heeft een grote invloed op het verloop van het wedstrijdseizoen. “Als ik een coureur terug in het zadel help, is de wedstrijd spannender en leuker dan als ik tegen hem zeg dat het voorbij is. Ik hou van deze sport, ik hou van hoe twee rivalen elkaar schouder aan schouder van de baan af proberen te rijden. Of ik nou fan ben van iemand of niet, ik zal hem altijd helpen. Want ik ben bovenal fan van de sport.”

(PK)