



2

ABR-zorgnetwerk strijdt tegen
antibioticaresistentie

4

Meer kennis nodig voor het meten
van uitkomsten na trauma

6

Ketenavond over [schotwonden](#): een
medische en logistieke uitdaging

8

Er is elke dag wel iets te doen in het
Calamiteitenhospitaal

ABR-zorgnetwerk strijdt tegen antibioticaresistentie



Vanwege de toenemende introductie en grotere kans op verspreiding van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) heeft het ministerie van VWS in 2016 tien zorgregio's aangewezen waar een ABR-zorgnetwerk van start ging. Na een pilotfase die in april van dit jaar ten einde liep, zijn de zorgnetwerken nu voor de komende tijd bestendigd. In Utrecht is Heine van Wieren per maart 2019 begonnen als netwerkcoördinator. Hij vertelt over waar het ABR-zorgnetwerk nu staat en waar hij zich mee bezighoudt.

Netwerkcoördinator Heine van Wieren gaf in 2016 advies aan het ministerie van VWS bij het inrichten en bekostiging van de zorgnetwerken antibioticaresistentie (ABR). Nu is hij zelf actief in het netwerk Utrecht. "Een van mijn taken is de ideeën vanuit het netwerk in de praktijk uit te rollen. Dat is niet makkelijk, want werken met veel verschillende partijen betekent ook veel verschillende belangen. Dat maakt het echter ook interessant. Een andere taak is om antibioticaresistentie en infectiepreventie hoger op de agenda te krijgen bij verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en thuiszorg." Dat dat nodig is, blijkt wel uit het feit dat enkele jaren terug een thuiszorgmedewerker vertelde dat zij nog uit eigen zak

handschoenen moest betalen. "Het zijn organisaties met een heel andere structuur en prioriteiten dan het ziekenhuis. Daar moet alles zo klinisch en veilig mogelijk. Nu krijgen we te maken met een tak van zorg waarin de tarieven onder druk staan, waar de werkdruk hoog is en waar ook nog iets van huiselijkheid moet blijven. In het ziekenhuis komen en gaan mensen. In een verpleeghuis wonen ze."

Er zijn geen harde wettelijke eisen op het gebied van infectiepreventie. Wel richtlijnen, maar wat organisaties daar precies mee doen is aan hen. "Ik vind dat wel goed", zegt Van Wieren. "Het is nu aan ons om duidelijk te maken waarom het belangrijk is dat je maatregelen neemt tegen antibioticaresistentie. Wij geloven in scholing van medewerkers als middel. We leren ze dan over de risico's, maar vooral ook wat ze kunnen doen op het gebied van infectiepreventie."

CULTUUROMSLAG

Dat er nog veel meer gedaan kan worden, blijkt al uit de eerste bezoeken die Van Wieren bracht aan verpleeghuizen. "Medewerkers zijn behulpzaam en pragmatisch, en dan is het tegennatuurlijk om een doos vol plastic handschoenen (uit een mogelijke besmette omgeving) weg te gooien. Het is ook geen automatisme om, als je iemand met de rollator over de drempel hebt geholpen, gelijk je handen te wassen. Die dingen zitten niet zo in de cultuur. Het gaat vaak wat 'losser'." Cultuur is het sleutelwoord. De organisatie moet hygiënisch werken veel meer stimuleren. Meer plekken waar je je handen kunt wassen, meer collegiale controle, meer kennis. "Je moet het mensen zo makkelijk mogelijk maken en echt aanmoedigen."

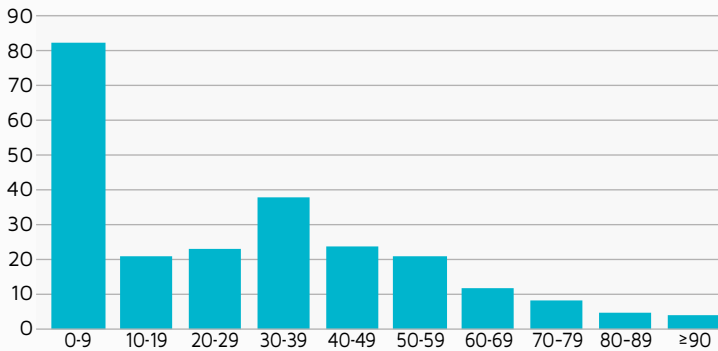
De komende twee jaar werkt het ABR-zorgnetwerk in Utrecht aan het verspreiden van kennis én het zoeken naar manieren om dat na twee jaar ook nog voort te zetten. In welke vorm, dat is nu nog niet duidelijk. Dat geeft ook niet, want er is genoeg te doen. (PK)



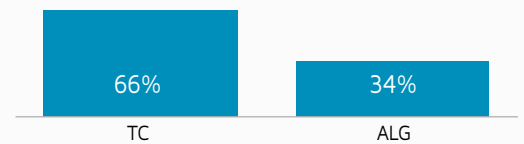
Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: Brandwonden (2015 – 2018)



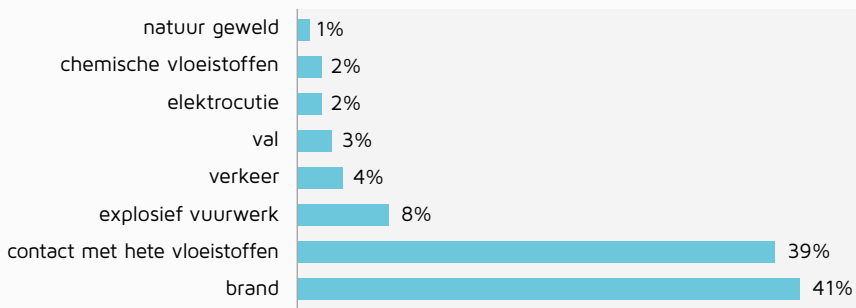
Leeftijd



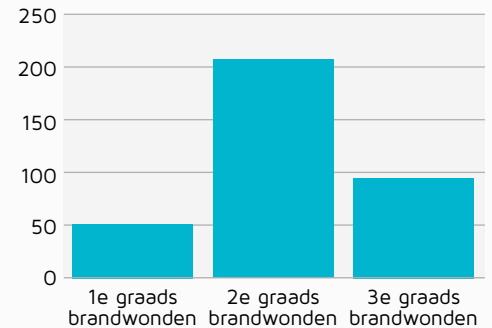
83% van alle kinderen tussen de 0 en 10 jaar is jonger dan 5 jaar.



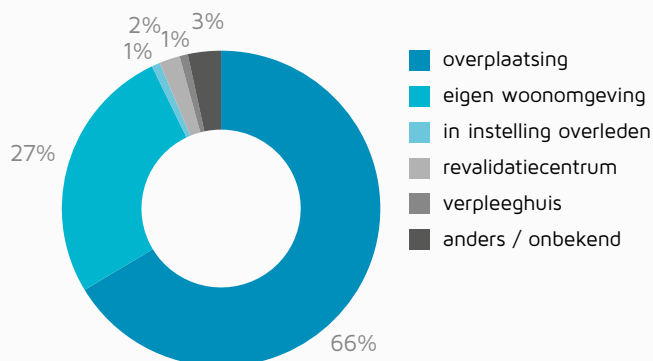
Oorzaken



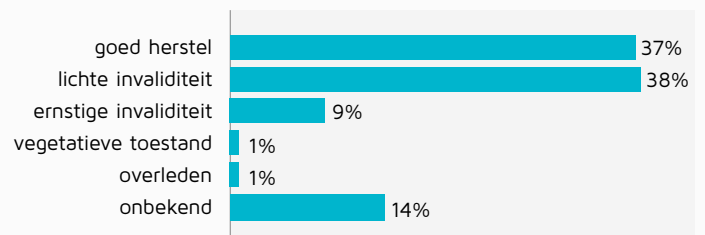
Letsels



Ontslagbestemming



Ontslagconditie



Uitkomstevaluatie bij traumapatiënten vraagt om specifieke aanpak

Evaluatieonderzoek naar uitkomsten bij patiënten is een belangrijk onderdeel voor de verbetering van de kwaliteit van zorg. Hier worden verschillende cijfers en methoden voor gebruikt.

Quirine van der Vliet onderzocht wat specifiek bij traumapatiënten van belang is bij het juist en nauwkeurig evalueren van de uitkomsten. De resultaten ervan staan in haar proefschrift 'Outcome Evaluation in Trauma Patients' waar zij 24 mei op promoveerde.



De kwaliteit van leven van patiënten wordt nu onder meer weergegeven met patiënt-gerapporteerde uitkomsten, die worden verkregen met vragenlijsten. Van der Vliet: "Deze methode houdt echter geen rekening met specifieke kenmerken van trauma." Er is meer kennis nodig voor het meten van de uitkomsten na trauma. "Omdat elk trauma anders is, kun je deze niet zomaar vergelijken. Idealiter ontwikkelen we een strategie specifiek voor de traumapopulatie."

Van der Vliet concludeert dat de uitkomstevaluatie voor traumapatiënten niet adequaat is met de bestaande vragenlijsten. Zo dienen onder meer

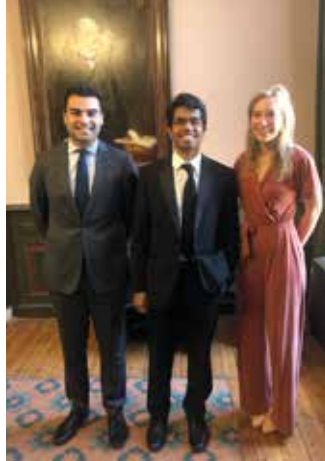
bijkomende letsels in de evaluatie meegenomen te worden. "Juist letsels die vlak na een groot trauma niet zo belangrijk lijken, blijken op de lange termijn een belangrijke invloed te hebben op kwaliteit van leven." Van der Vliet onderzocht dit voor letsels aan de hand, pols, enkel en voet.

Ze evalueerde ook de respons op vragenlijsten. "Traumapatiënten hebben een ongeval gehad, komen ineens in een ziekenhuis terecht en raken na afloop van de behandeling uit het zicht. Zij komen niet nog jaren bij de traumachirurg op controle." Er moet dan meer moeite gedaan worden om de patiënten later nog te bereiken om de uitkomsten

met vragenlijsten te meten. "En als je dan een uitkomst krijgt van een patiënt, moeten we kijken naar de behandeling die een patiënt heeft gehad, maar onder andere ook naar de situatie voor het ongeluk, de bijkomende letsels en het mechanisme van trauma". Genoeg aanbevelingen om de komende tijd mee aan de slag te gaan. (DvB)

Boston: samenwerking trauma-onderzoek

Op 24 mei promoveerde ook **Abhiram Bhashyam**, arts in opleiding tot orthopedisch chirurg in Boston, met zijn proefschrift 'Improving Global Education and Outcome Evaluation in Orthopaedic Trauma Surgery.'



V.l.n.r.: Yassine Ochen, Abhiram Bhashyam en Quirine van der Vliet

Voordat Quirine van der Vliet als arts-onderzoeker bij TZMN kwam werken, deed ze een jaar onderzoek bij het Harvard Orthopaedic Trauma Initiative in Boston. Van der Vliet en Bhashyam leerden elkaar daar kennen. Vanuit hun gedeelde enthousiasme voor wetenschappelijk onderzoek bekeken ze waarin ze konden samenwerken en of het mogelijk was voor Bhashyam om te promoveren in Nederland. In 2018

heeft hij een deel van zijn onderzoek in het UMC Utrecht uitgevoerd. Een mooie voortzetting van de nauwe onderzoeksband tussen Utrecht en Boston op het gebied van traumachirurgie. Inmiddels hebben namelijk meerdere studenten en arts-onderzoekers onderzoek gedaan in Boston en is het voornemen dat na Bhashyam ook meer artsen en studenten vanuit Boston naar Utrecht komen. (DvB)

Kwaliteitskader spoedzorgketen: aangeboden & online tool

Op 19 april jl. heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) het Kwaliteitskader Spoedzorgketen namens de elf betrokken koepelpartijen aangeboden aan het Zorginstituut Nederland. De verschillende ketenpartners en koepels kunnen hier nu binnen de eigen organisatie, regionaal en in landelijk verband mee aan de slag.

Het doel van het kwaliteitskader is om patiënten de best mogelijke kwaliteit in de spoedzorg bieden. Het richt zich op de hele keten voor acute zorg. Het bevat nieuwe normen en bundelt bestaande normen voor de verschillende stappen in de spoedzorgketen: melding, triage, zorgcoördinatie, diagnostiek en behandeling, coördinatie en uitstroom.

Om partijen te ondersteunen bij de implementatie is vanuit het LNAZ een online tool ontwikkeld: www.kwaliteitskaderspoedzorgketen.nl.

Hiermee krijgen ketenpartners direct inzicht in de veldnormen, wettelijke normen, richtlijnen en aanbevelingen die op hen van toepassing zijn. Daarnaast is zichtbaar welke andere partners er ook bij betrokken zijn en wat de deadline voor implementatie is. Via een inlogfunctie kunnen ze de eigen implementatie-voortgang invullen en monitoren.

In de regio Midden-Nederland zijn de ziekenhuizen, RAVU en Primair HAP begonnen met het gebruik van de tool. Het bureau van TZMN heeft de mogelijkheid om een regionaal overzicht te maken van deze input. Hiermee kunnen de ketenpartners plannen maken voor de implementatie van het kwaliteitskader. Om zo de kwaliteit van spoedzorg in onze regio samen verder te verbeteren. (DvB)

Schotwonden, een medische en logistieke uitdaging

© thinkstock



De opkomst voor de ketenavond in april over schotwonden is hoog. Meteen aan het begin van de avond wordt duidelijk gemaakt dat het niet gaat over het schietincident in de tram in Kanaleneiland op 18 maart, maar over twee andere casus, en vooral over de medische achtergrond. Omdat schotwonden medische en logistieke uitdagingen met zich meebrengen, belooft het een interessante avond te worden. Want is het nu wel of niet nodig om een kogel in een vroeg stadium te verwijderen? Hoe zit het met infecties: kan een schotwond een infectie veroorzaken? En wat is belangrijk in het sporenonderzoek van de politie?

De eerste casus is van een man die op straat ligt na een schotwond in de thorax, de tweede van een man die door de politie in zijn been is geschoten. Voor beiden kan het ambulancepersoneel ter plaatse weinig doen en volgt er een scoop and run. Beide patiënten arriveren snel in het UMC Utrecht. Volgens fellow traumachirurgie Maurice Engelen hebben ze een goede uitgangspositie, want: "Het onderscheid tussen patiënten die het gaan overleven en niet, is eigenlijk al prehospitala gemaakt. Het is een goed teken als je het ziekenhuis haalt."

DISCUSSIEPUNTEN

Inderdaad overleefden beide mannen het, ook al was de één geraakt in een gebied waar zich volgens ANIOS Heelkunde Niels van der Naald veel 'spannende organen' bevinden en lag de ander, aldus RAVU-verpleegkundige Ruud Krikhaar, bewusteloos in een plas bloed. Bij de eerste casus ontstaat in de zaal discussie over het nut van aanvullend onderzoek. Moet er een CT-scan verricht worden als er toch al een operatie geïndiceerd is? Er wordt gesteld dat de operatie niet vertraagd mag worden door het aanvullend onderzoek, aangezien peroperatief de belangrijkste levensbedreigende letsels gezien en behandeld kunnen worden. Nadat de meest acute letsels behandeld zijn, is er postoperatief wel een indicatie voor een CT-scan om alle overige letsels in kaart te brengen.

De andere casus gaat over een schotwond in een extremiteit. Het idee dat je een kogel beter kunt laten zitten gaat niet altijd op. Een kogel kan leiden tot gewrichtsschade omdat de kogel deels kan oplossen in de gewrichtsvloeistof. Daarbij komt een kogel in aanraking met huidbacteriën en stoffen nádat deze uit de loop is gekomen, dus een kogel is, anders dan het fabeltje wil, niet steriel. Een kogel direct uit het lichaam verwijderen is niet altijd noodzakelijk, maar laten zitten is niet automatisch de juiste keuze.

Tot slot vertelt forensisch coördinator Martin van Sonsbeek: "Op een plaats delict tref je mogelijk sporen aan zoals bloedsporen, kruitsporen en schoensporen. Wees je bewust van de waarde hiervan, probeer geen nieuwe sporen te maken, vertel de politie wat je hebt gezien en wat je hebt gedaan, knip niet door kogelgaten en beschadigingen door messteken in kleding, en verpak de kleding afzonderlijk. Onthoud vooral: hulpverlening gaat vóór onderzoek!" En zo is het. Want als het slachtoffer levend het ziekenhuis haalt, is de kans dat hij/zij het overleeft veel groter. (PK)

Agenda

JUNI

13 juni

MRMI

18 juni

Ketenavond 'Brandwonden'

25 juni

ROAZ

JULI

4 juli

Focusgroep Crisisbeheersing & OTO, Primair

9 juli

Focusgroep POSH

SEPTEMBER

5 september

Focusgroep Crisisbeheersing & OTO, GGDrU

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Natasja Rabouw
Lukas van Spengler

Met medewerking van

Stasja Aspers
Daniëlle van Boxtel
Petra Kruijt

Ontwerp en opmaak

Design & Producties,
Marketing & Communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

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

ACHTER DE ZORG

ARIE VAN MOURIK EN RUUD VAN GEFFEN

“Er is elke dag wel iets te doen”

Arie van Mourik en Ruud van Geffen zijn de beheerders van het Calamiteitenhospitaal, het grootste slapende ziekenhuis van Nederland, gevestigd in de kelder van het UMC Utrecht. Dag in, dag uit is het hun taak om te zorgen dat het klaar is voor een openstelling. Wanneer die komt weet niemand, soms kunnen er zelfs jaren overheen gaan, maar zij mogen hun aandacht niet laten verslapen.



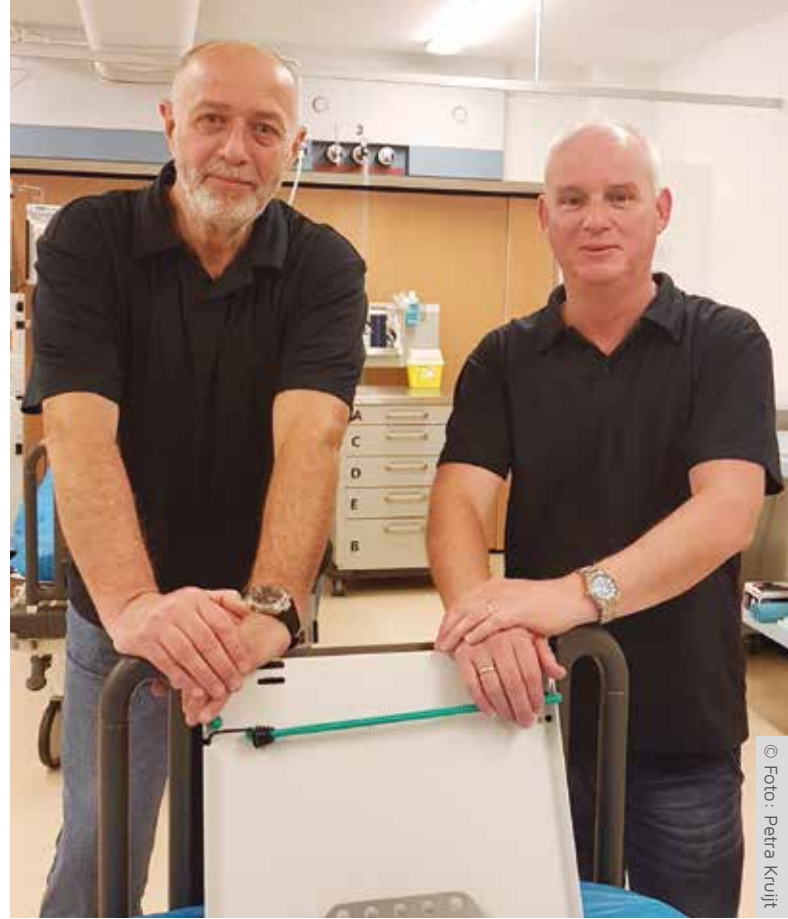
“Al werken we hier in een ziekenhuis zonder patiënten, er zit meer werk in dan je zou denken. Alle

apparatuur moet regelmatig gecontroleerd worden en als er iets kapotgaat, moet het onmiddellijk gerepareerd worden”, vertelt Arie. “We hebben ook een uitgebreid beheersplan. Alle kranen moeten een keer per week gespoeld worden, een keer per maand zetten we alle koelkasten aan en dan een week later weer uit, noem maar op. Je wilt gewoon niet dat er bij een openstelling ineens iets is wat niet blijkt te werken.”

Arie werkt al heel lang in het Calamiteitenhospitaal en kent het dus als zijn broekzak. Toen Ruud drie jaar geleden zijn collega werd, was dat juist wel interessant, want het bleek dat sommige taken voor Arie zó vanzelfsprekend waren, dat ze niet in het beheersplan stonden. “Je kunt twintig keer over een drempel stappen zonder hem te zien,” zegt Arie, “tot iemand ineens opmerkt: hé, daar ligt een drempel.”

Ruud: “Het is de bedoeling dat iemand die hier binnenkomt en niets weet, 90 procent van de taken moet kunnen uitvoeren op basis van het beheersplan. We hebben er de afgelopen paar jaar dus samen aan gewerkt om het nóg completer te maken. Het is een levend document, en het is onze verantwoordelijkheid dat het zo goed mogelijk in elkaar zit.”

De taken uit het beheersplan hebben ze in hun digitale agenda gezet, zodat met pop-ups elke dag gelijk in beeld komt wat ze moeten doen. Natuurlijk kunnen er ook onverwachte dingen gebeuren. Onlangs waren de wielen van de traumastretchers kapot, terwijl de stretchers net voor een jaar goedgekeurd waren. “Ze zijn inmiddels negentien jaar oud, dus dat was niet



© Foto: Petra Kruijt

zo gek. En op die leeftijd kan er nog wel meer mis mee zijn. We gaan nu mee in een algehele vervanging, want op de SEH doen ze dat nu ook”, zegt Arie.

Sowieso werkt het Calamiteitenhospitaal nauw samen met het UMC Utrecht. De apparatuur die er staat is dezelfde en de onderhoudsorganisatie van het UMC doet de keuringen. Het is aan Ruud en Arie om te controleren of dat op de juiste manier gebeurt, of er niets vergeten wordt en of hun inventaris up-to-date is. Als er iets moet gebeuren, een grote investering zoals de nieuwe stretchers, brengen zij advies uit aan de leiding van het Calamiteitenhospitaal, die beslissingsbevoegdheid heeft over de financiën.

DEFENSIE

Het Calamiteitenhospitaal is een samenwerkingsverband tussen Defensie, UMC Utrecht en het ministerie van VWS. Arie heeft een achtergrond als elektromonteur en werkte een periode in de elektronica bij Defensie voordat hij hier kwam werken. Ruud was 37 jaar lang militair – adjudant-onderofficier – en was al met prepensioen toen hij voor zijn zoon vacatures doorspitte, deze functie tegenkwam en dacht: dit is wel wat voor mij. “Ik ging eerst als uitzendkracht hier aan de slag, maar het beviel wederzijds zo goed dat Defensie mij weer een aanstelling wilde geven.” In zijn begintijd heeft hij heel veel aan Arie gehad, nu zijn ze echt een team. Samen met de rest van de medewerkers, want het Calamiteitenhospitaal wordt door een kleine groep draaiende gehouden. Alleen bij een openstelling loopt het er ineens vol, dan is het alle hens aan dek. En dankzij Ruud, Arie en hun collega’s verloopt ook dan alles gesmeerd. (PK)