



3 Traumachirurg Loek Leenen
ontvangt **gouden legpenning**

5 **Brandwonden:**
de second survey telt

Subsidie voor onderzoek
met **Zwitserse precisie**

Het gaat om het **welzijn van patiënten**,
daar móéten zij een stem in hebben

6

8

Overzicht januari tot en met juni 2019

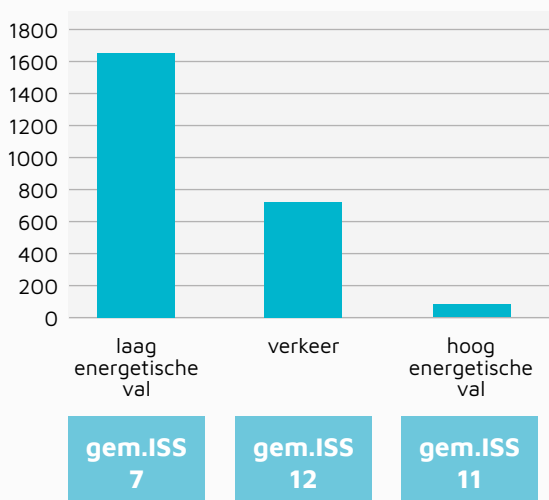
Aantal patiënten

	alle patiënten	ernstig gewonden
UMC Utrecht	609	180
Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein)	128	12
Antonius Ziekenhuis (Utrecht)	597	18
Diakonessenhuis	541	15
Meander Medisch Centrum	610	15

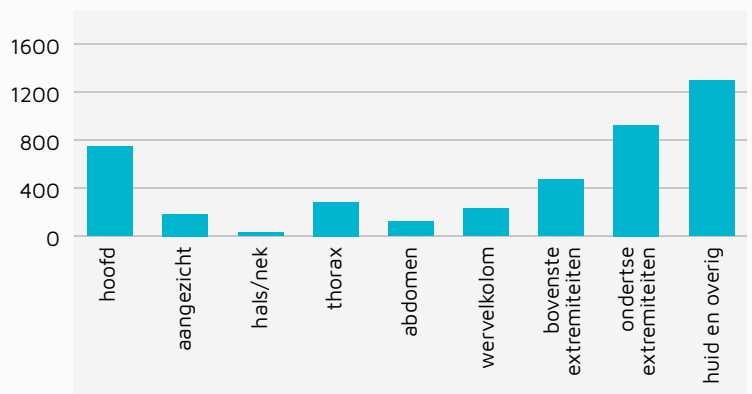


10% van alle patiënten was ernstig gewond.

Ongevalsmechanisme (meest voorkomend)



Letsels



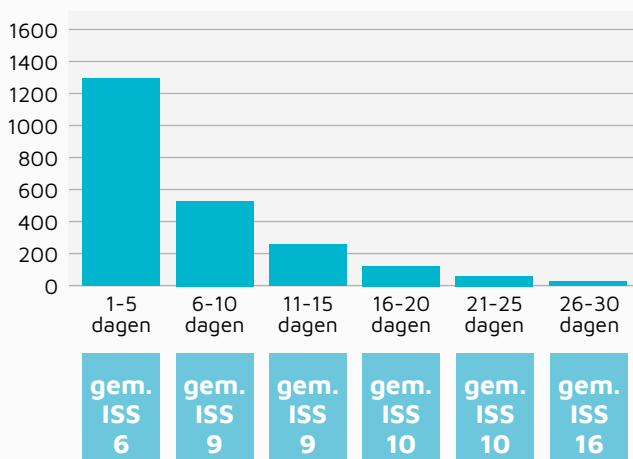
21% van alle ongevalspatiënten had letsel als gevolg van een verkeersongeval.

65% van alle ongevalspatiënten had letsel als gevolg van een laag energetische val.

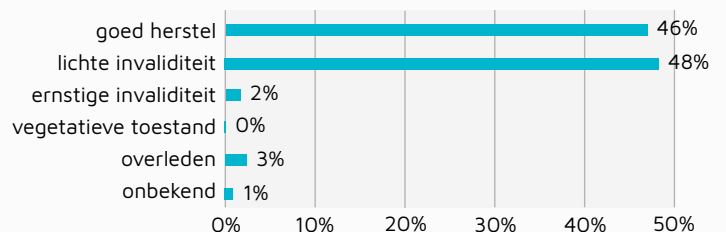


Opnames en uitkomst

Opname en gemiddelde ISS



Glasgow outcome scale



17% van alle ongevalspatiënten werden opgenomen op de IC.

Traumachirurg Loek Leenen ontvangt gouden legpenning

In mei ontving prof. dr. Loek Leenen, medisch afdelingshoofd traumatologie, tijdens de chirurgendagen de gouden legpenning van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Een enorme waardering door zijn collega's in het land voor zijn inzet voor de patiënt en wetenschappelijke bijdrage. De gouden legpenning wordt zelden uitgereikt; sinds 1975 kregen slechts 23 chirurgen deze onderscheiding.

© Nederlandse Vereniging voor Heelkunde



Prof. dr. Loek Leenen met dr. J.C.A. de Mol van Otterloo (voorzitter NVvH)

Loek heeft zijn penning ontvangen voor het continu verbeteren van de zorg voor traumapatiënten en de ontdekkingen op het gebied van immunologische processen na een ernstig ongeval. Door deze bevindingen zijn vernieuwende inzichten verkregen in de werking van het immuunsysteem, waarmee nieuwe

behandelstrategieën zijn ontwikkeld. Daarnaast benadrukte de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde zijn grote verdienste voor het (wereldwijd) invoeren van de ATLS-systematiek bij de trauma-opvang.

"Hij is een toonaangevend chirurg, zowel nationaal als internationaal, en een

geroemd onderzoeker", vertelt Johan de Graaf, medisch-wetenschappelijk divisie manager en voorzitter dHS. "Iemand die zich altijd 200% inzet voor de patiënt, of het nu gaat om klinische werkzaamheden, logistiek & management of om onderzoek naar de kwaliteit van zorg."

ATLS

De penning kreeg hij samen met zijn collega van het eerste uur dr. Meeuwis (zilveren legpenning). Zij staan samen aan de basis van onder andere de ATLS® Nederland. ATLS® Nederland is een onderwijsinstelling in de gezondheidszorg die voorziet in specifieke training van artsen die betrokken zijn bij de opvang van ongevalslachtoffers. Hierdoor zijn nu alle artsen in Nederland die in aanraking kunnen komen met ongevalspatiënten op de SEH, goed geschoold. Dit heeft tot een zeer grote kwaliteitsverbetering voor de traumazorg in Nederland geleid. (UMC Utrecht)

Peter: "Het gaat alweer beter dan tijdens de ketenavond"

Peter Dogterom Verburg verwachtte na het ongeval waarbij hij zijn handen en gezicht verbrandde dat hem een lange ziekenhuisopname te wachten stond en dat het daarna snel beter zou gaan. Het omgekeerde is waar. "Eigenlijk begon het pas toen ik thuis was." Wel beseft hij dat de goede zorg direct na zijn ongeval van groot belang is geweest. "Ze deden echt alles tegelijk."

Zijn collega, die tijdens het ongeval schuin achter hem stond, was compleet in paniek toen hij zag hoe Peter eraan toe was. "Hij heeft heel veel keren geroepen: 'Ik zie er toch niet uit zoals Peter?' Toen ik dat hoorde, ben ik gelijk naar de spiegel gelopen. Mensen om me heen wilden dat voorkomen, maar ik kon zelf mijn handen zien en die waren er ernstig aan toe. Bij mijn rechterhand was het vel eraf geblazen, het hing er los aan en mijn knokkels zagen zwart. Ik dacht: als mijn hoofd er net zo aan toe is, wil ik het weten." Het bleek minder erg te zijn, maar wel zodanig verbrand dat Peter geen hoop had op goed herstel. Toch is er nu, een klein halfjaar later, weinig meer van te zien. "Ze zeiden in het Maasstadziekenhuis al tegen me dat het met mijn gezicht goed zou komen. Ik geloofde er niks van en mijn vriendin net zomin. Maar ze hadden gelijk."

Voordat hij naar het Maasstadziekenhuis ging, werd Peter door de ambulancedienst naar het UMC Utrecht gebracht. De ambulances – drie in totaal, omdat ze niet precies wisten hoeveel slachtoffers er waren – waren binnen acht minuten ter plaatse. "Ze hebben gelgaasjes aangebracht om verder te koelen. Op mijn hoofd maakten ze die vast met huishoudfolie waar ze een paar gaten in knipten. Ik kreeg ook gelijk twee infusen, eentje met vocht en een met morfine. Mijn rechterhand deed geen pijn, dat was helemaal doodgeslagen, maar mijn andere hand en gezicht wel. Vooral toen ze er op de SEH aan gingen trekken en duwen. Daarvoor voelde ik door de adrenaline niet zoveel."

Zijn ervaring op de SEH in het UMC Utrecht zal hem sowieso bijblijven. "Het is raar hoe dat gaat. Je wordt uit de ambulance gereden en in één keer overgetrokken van brancard naar bed, met deken en al. Binnen de kortste keren stonden er 10 tot 15 man om me heen. KNO-artsen, een trauma-arts, oogartsen, allemaal tegelijk. Mijn kleren werden kapot geknipt, er werd een hartfilmpje gemaakt, een camera in mijn longen gestoken... Het is heel goed dat ze dit doen, want als ik

© Foto: Peter Dogterom Verburg



bijvoorbeeld rook had geïnhaleerd, dan moest ik geïntubeerd worden. Dus ik snap het goed. Maar het was een nogal overweldigende ervaring."

HOOG VERZORGINGSNIVEAU

Peter bleek behalve de brandwonden geen letsels te hebben. Vanuit het UMC Utrecht werd er geappt met het brandwondencentrum in het Maasstadziekenhuis. "Ze stuurden foto's en kregen te horen dat ik erheen mocht. Ik werd ingepakt met vette gazen en werd vervoerd met de morfiepomp aan. Eenmaal in het Maasstadziekenhuis ben ik anderhalve week behandeld in een speciale kamer voor brandwondenpatiënten. Ik was onder de indruk van het verzorgingsniveau. Het was vreselijk om zo hulpeloos te zijn als ik was, vooral omdat ik die ochtend nog gezond in de auto was gestapt. Maar verder was ik blij. Men had veel tijd voor me, alles werd rustig aan me uitgelegd en alle specialismes waren aanwezig."

In de eerste tijd na zijn ontslag viel het herstel Peter tegen. Zijn wonden gingen steeds weer open. Dat is nu niet meer zo, maar nog steeds is hij niet de oude. "De vraag is of ik dat ooit word. Ik heb te weinig huid bij mijn rechterduim. Maar dat is echt een klein detail en het belemmert me niet om mijn leven te leiden. Ik ben volledig terug aan het werk en heb niet meer bij elk wisselwasje hulp nodig. Dat ik mijn hand niet helemaal plat op tafel kan leggen: ach, dat is maar een detail." (PK)

Brandwonden: de second survey telt



© Foto: Peter Dogterom Verburg

Bij de eerste casus is de patiënt aanwezig, de 26-jarige Peter die hiernaast ook zijn verhaal vertelt. Hij krijgt veel vragen, bijvoorbeeld over de eerste opvang. "Ik werd goed geholpen en de overplaatsing naar het Maasstadziekenhuis was positief." AIOS Heelkunde Dominique Buck vertelt wat de richtlijnen zijn voor overplaatsing. "Bij volwassenen is dat o.a. verbranding van meer dan 10 procent van het lichaamsoppervlak, bij kinderen vanaf 5 procent. Bij brandwonden in functionele gebieden, zoals in Peters geval, is ook het advies om te overleggen met een brandwondencentrum."

Brandwonden worden tevens beoordeeld op diepte, bijkomend letsel zoals inhalatietrauma, leeftijd van de patiënt, voorgeschiedenis en co-morbiditeit. AIOS Heelkunde Amy Gunning vertelt dat je moet blijven monitoren. "Een brandwond is dynamisch, er zijn verschillende huidlagen. Een brandwond in de stasis kan genezen als je adequaat behandelt, maar er kan ook progressieve beschadiging optreden. Het is belangrijk om in de gaten te houden hoe de wonden zich ontwikkelen."

Tijdens de ketenavond over brandwonden in juni komt in meerdere presentaties naar voren dat schijn bedriegt. Een brandwond is dynamisch en kan zelfs na ontslag nog opvallend verslechteren. De grote brandwondencentra hebben de indeling in graden bovendien losgelaten: een brandwond wordt op meer criteria beoordeeld dan voorheen en daar wordt de behandeling op afgestemd. Kortom, een onderwerp waarover veel nieuwe inzichten te delen zijn. Er ontstaat ook nog discussie over een cruciaal punt: laat je de patiënt meebeslissen als het gaat om behandelkeuzes?

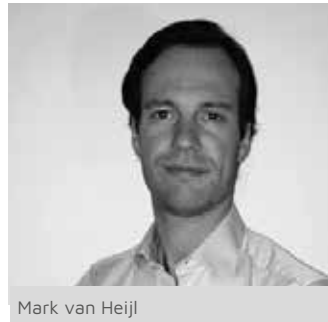
INSPRAAK

Een oudere man heeft bij een woningbrand roet ingeademd, en zijn kleindochter die hem uit de woning haalt, loopt ook een inhalatietrauma op. In eerste instantie is zij geen patiënt. Pas later, in het UMC Utrecht, valt op dat ze hees is en roet op haar stembanden heeft. Haar opa is al geïntubeerd en zij zal dezelfde behandeling krijgen. Maar er ontstaat discussie onder medici over de noodzaak hiervan. De vrouw zelf mengt zich erin: ze wil niet geïntubeerd worden. Uiteindelijk wordt besloten om de patiënt niet te intuberen en ter observatie op te nemen.

Het loopt goed af, maar in de zaal wordt heftig gereageerd. "We waren niet in control. Een voorbeeld van hoe het níét moet!" En: "Je kunt beter een keer te vaak intuberen dan een keer te weinig." Dat er discussie is over de vraag al dan niet intuberen, is goed. Maar niet met inmenging van de patiënt – die heeft onvoldoende kennis en inzicht. Intensivist Emily Thieme Groen van het Rode Kruis Ziekenhuis bevestigt dit: "Keiharde regels als het gaat om de handelwijze bij inhalatieletsel zijn er niet, het is vooral expert opinion en ervaring." Zij zegt dat er goede redenen zijn voor intubatie, al kan het negatieve effecten met zich meebrengen. De afweging kan alleen door professionals worden gemaakt. (PK)

€ 100.000 subsidie voor onderzoek met Zwitserse precisie

Traumachirurgen Marijn Houwert en Mark van Heijl hebben een subsidie van € 100.000 gekregen voor een studie naar de behandeling van schouderfracturen. Deze studie zal patiënten uit Nederland die niet geopereerd worden vergelijken met Zwitserse patiënten die wél een chirurgische ingreep krijgen, bij vergelijkbare letsels. De Zwitsers gaan al gauw over tot snijden, Nederland is juist erg terughoudend geworden. Dat maakt dit onderzoek interessant én relevant.



Mark van Heijl



Marijn Houwert

Begin 2020 gaat in de regio Utrecht een grote observationele studie van start naar de behandeling van deze schouderfracturen. Om te onderzoeken of het beter is om te opereren of niet, hebben Houwert en Van Heijl de handen ineengeslagen met collega's van ziekenhuizen in Zwitserland. Daar gaat men snel over tot opereren en worden er goede resultaten mee behaald, zegt Van Heijl. "Ze doen het op de Zwitserse manier, heel nauwkeurig, dus voor de patiënt is het niet slecht. Maar is het beter dan een behandeling zonder snijden? Dat willen we weten."

Om daarachter te komen, worden patiënten in Zwitserland en Nederland gevolgd. Alle patiënten die in Zwitserland chirurgie krijgen, worden voorgelegd aan Nederlandse collega's met de vraag: zouden jullie opereren of niet? Andersom worden patiënten die men in Nederland níet opereert, voorgelegd aan de Zwitsers met de vraag: zouden jullie het wel doen, of ook niet? Wanneer het antwoord verschilt, wordt de patiënt meegenomen in het onderzoek. Dit is een observationele studie, wat inhoudt dat patiënten de behandeling krijgen

die ze anders ook hadden gekregen. Het voordeel daarvan is dat patiënten veel minder reden hebben om het onderzoek te weigeren dan bij een gerandomiseerde trial. Ergo: bijna iedereen doet mee.

De vergelijking tussen Zwitserland en Nederland is gekozen omdat het best practices zijn: de Zwitsers doen de meeste en beste schouderoperaties – "ze hebben het opereren uitgevonden", aldus Houwert – en Nederland is koploper als het gaat om non-invasief behandelen. "We vragen ons af of we daar niet té snel in zijn gegaan, waardoor er bijna geen operaties meer plaatsvinden", zegt Van Heijl. "We zijn misschien wel zo behoudend geworden zonder echt te weten wat het beste is."

Dit is een wereldwijd belangwekkend onderzoek waarin het UMC Utrecht, Diakonessenhuis en St. Antonius volledig samen optrekken. "Het is echt een joint venture", zegt Houwert. "De traumaregio functioneert geweldig, dat blijkt weer eens. Een meerwaarde voor de zorg én de wetenschap." (PK)

Proefschrift Reinier Beks en observationeel onderzoek

Het proefschrift *Defining the value of observational studies in trauma* van Reinier Beks vormt de basis van hoe er naar klinisch onderzoek wordt gekeken. Er loopt momenteel een observationeel onderzoek naar de behandeling van ribfracturen en dat gaat goed. Houwert: "We hebben aangetoond dat als de vraagstelling zich ervoor leent, je goed gebruik kunt maken van observationeel onderzoek." Ook deze schouderstudie is daar een voorbeeld van. Toch is het bijzonder, want Van Heijl benadrukt dat subsidieverstrekkingen nog lang niet doordrongen zijn van de waarde. "Veel subsidieverstrekkingen gaan niet akkoord als je geen klassieke studie-opzet kiest." Dat feit maakt de aankomende studie naar schouderfracturen nóg interessanter.

Agenda

OKTOBER

1 oktober

Focusgroep POSH

22 oktober

ROAZ

NOVEMBER

2 november

Najaarsoefening
Calamiteitenhospitaal

12 november

HMIMS, Calamiteitenhospitaal

14 november

Focusgroep Crisisbeheersing &
OTO, UMC Utrecht

DECEMBER

3 december

Focusgroep POSH

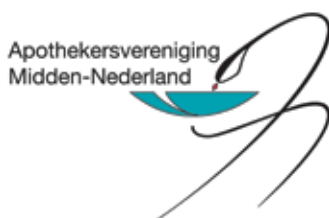
3 december

Ketenavond 'Wervelletsel'

10 december

OTO themamiddag, LNAZ

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Natasja Rabouw
Lukas van Spengler

Met medewerking van

Petra Kruijt
UMC Utrecht
Stasja Aspers

Ontwerp en opmaak

Design & Producties,
Marketing & Communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

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

“Het gaat om het welzijn van patiënten, daar móéten zij een stem in hebben”

Midden in het Utrechtse Museumkwartier bevindt zich de crisisdienst van ggz-organisatie Altrecht. Hier werkt Mariska van Sandwijk sinds vier jaar als sociaal psychiatisch verpleegkundige. Haar werk is heel divers en uitdagend. Ook qua tijden: ze heeft regelmatig avond- en nachtdiensten en na vier jaar heeft ze wel geleerd dat het onmogelijk is om er een strakke planning op na te houden. “Er is met regelmaat iets waardoor je agenda overhoop wordt gegooid.”

Mariska had al ervaring op gesloten psychiatrische afdelingen en ambulante zorg toen ze begon met de opleiding tot sociaal psychiatisch verpleegkundige. Ze werkt nu vier jaar op de crisisdienst, die 24 uur per dag bereikbaar is voor consultatie, overleg en verzoek tot crisisbeoordeling. Er wordt onder meer gebeld door huisartsen, politie en ziekenhuizen. “We triageren volgens de GGz triagewijzer welke zorg nodig is, waar en wanneer.” Het gaat om crises waarvan het vermoeden bestaat dat er sprake is van een acute psychische stoornis. “Je kunt je voorstellen dat je bij de crisisdienst geen vat hebt op je agenda. Als de politie met een verward persoon op straat staat, moet je daar ruimte voor vrijmaken.” Mariska werkt fulltime, ze heeft dag-, avond en oproepdiensten waarbij ze de hele nacht in touw is. “Het is hard werken, maar het is het waard.”

VANGNET

Bij een patiënt in crisis gaat Mariska op zoek naar de kern van het probleem. Ze betreft daar ook het netwerk van de patiënt bij. “Dat helpt om een completer beeld te krijgen.” Onlangs was er een patiënt die manisch was geworden na haar bevalling. Ze sliep slecht en zorgde slecht voor zichzelf. “Het was voor haar man heel zwaar. Ik heb hem net zoveel gesproken als haar.” En het netwerk was in nóg een opzicht



© Foto: Petra Kruijt

heel belangrijk en behulpzaam, want dit jonge gezin kon tijdelijk bij familie verblijven. “Dat vond iedereen een betere oplossing dan moeder en kind van elkaar scheiden, wat weer andere gevolgen zou hebben.”

Natuurlijk is er niet altijd een oplossing binnen het eigen netwerk. Dan wordt gezocht naar een alternatief. Het is de bedoeling dat de crisisdienst een patiënt maximaal 28 dagen in behandeling heeft, dus er staat wel druk op de vervolgstap. “Helaas is er voor de meeste vervolgbehandelingen een wachtlijst en worden een hoop patiënten van het kastje naar de muur gestuurd. Frustrerend en verdrietig”, zegt Mariska. “Iedereen heeft perspectief nodig en soms moet daar lang op worden gewacht.” Patiënten worden bijvoorbeeld door de huisarts, praktijkondersteuner of het buurtteam gezien tot de vervolgbehandeling start. De crisisdienst fungeert dan als vangnet: de deur staat altijd open ten tijde van crisis. Niet zelden hebben patiënten negatieve ervaringen met de ggz. Dat maakt Mariska’s werk soms lastig. “Ze hebben al zoveel behandelaars en organisaties meegemaakt, dat ze er geen vertrouwen meer in hebben. Ook zijn er soms nare ervaringen geweest waarin er bijvoorbeeld dwang werd toegepast. Het kost dan tijd om het vertrouwen terug te winnen. Wij werken heel transparant. Je houdt je bezig met het welzijn van patiënten, daar móéten zij zelf ook een stem in hebben. Helaas moet je soms in het belang van goede zorg en veiligheid beslissingen maken die tegen iemands wil zijn. Door de focus te leggen op het maken van contact, zoeken naar aansluiting, iemand een stem geven en zoeken naar perspectief, doen we toch ons best om iemand een goed gevoel te geven bij de behandeling en de ggz.” Gelukkig zijn veel patiënten blij dat ze kunnen praten met iemand als Mariska. Die luistert, begrip toont en vragen stelt. “Ik kom vrijwel altijd tot de kern. En dan kunnen we gaan werken aan herstel.” (PK)