



2

Ziekenhuizen nu wél klaar voor de griepgolf

4

Uit de traumaregistratie: Aangezichtsletsel

6

Project Achillespeesrupturen

8

LTR-symposium: regionaal werken binnen landelijke kaders

“Ziekenhuizen nu wél klaar voor de griepgolf”

Dit was eind november de kop boven een kort nieuwsberichtje van RTL Nieuws. Deze kop is geruststellend maar op z'n minst ook interessant. Want het is nog maar de vraag wannéér ziekenhuizen er écht klaar voor zijn.

Hoe zat het ook al weer? De griep epidemie van afgelopen winter duurde veel langer dan gemiddeld en maakte meer mensen ziek. Daardoor deden meer mensen een beroep op zorg. Het gevolg was dat de druk op alle schakels in de zorgketen toenam. Niet uitsluitend bij ziekenhuizen maar ook bij huisartsenposten,

ken elders in de keten. De zorgsector had moeite de toegenomen zorgvraag te absorberen.

RTL Nieuws kwam tot zijn conclusie na een rondvraag bij een aantal ziekenhuizen in Nederland. Iedereen heeft maatregelen getroffen om nieuwe problemen het hoofd te bieden.

gebruikt om de samenwerking binnen het zorgnetwerk nog verder te verbeteren. Hierbij staat de vraag centraal hoe we elkaar kunnen informeren over de ontwikkeling van de drukte in de zorg en over de beschikbare capaciteit. Ook zijn afspraken gemaakt over hoe we de regionale coördinatie organiseren als de doorstroom in de zorg vast loopt, of vast dreigt te lopen. Natuurlijk bereiden de zorginstellingen ook interne maatregelen voor. Ieder is zelf verantwoordelijk voor de eigen voorbereiding maar wel vanuit de gezamenlijke missie van het ROAZ, namelijk dat alle partners in de acute zorgketen er samen actief voor zorgen dat een patiënt of groep patiënten met een acute zorgvraag onder alle omstandigheden zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg krijgt.

Het nieuwsberichtje van RTL Nieuws is geruststellend maar de vraag of de ziekenhuizen er wékelijk klaar voor zijn, kan pas achteraf beantwoord worden. (LVS)



© Thinkstockphotos

ambulancediensten, instellingen voor verpleging en verzorging en thuiszorgorganisaties. Het meest zichtbaar werd dat op de spoedeisende hulp afdelingen. Daar botsten de toenemende zorgvraag en het tekort aan zorgplek-

Wat is er bij ons in de regio na afgelopen jaar gebeurd?

In juni is een evaluatie uitgevoerd naar de samenwerking tussen de ketenpartners tijdens de griep epidemie. De conclusies werden

Op weg naar een bemenst ELV-coördinatiepunt

Een zorgcoördinatiecentrum waar alle zorgbeschikbaarheid in de provincie zichtbaar is: dit beeld schetste directeur-bestuurder Jack Versluis van de RAVU onlangs in een presentatie voor het ROAZ. Marja de Graaf (manager VVT-organisatie ZorgSpectrum) en Wilma Bijsterbosch (programmamanager ziekenhuis verplaatste zorg bij het UMC Utrecht) van de stuurgroep ELV-coördinatiepunt bevestigen: dit is precies hun wens.

De stad Utrecht kent al het ELV-coördinatiepunt, bedoeld om de beschikbare bedden voor eerstelijnsverblijf beter zichtbaar te maken en te gebruiken. Een van de dingen die zijn verbeterd, is de registratie van bedden capaciteit in het programma Zorgspoor. Ook zijn er afspraken gemaakt voor het gebruik van het afwegingsinstrument door huisartsen, ter ondersteuning bij de triage. Dit is een mooie basis, maar geen complete oplossing. Een bemenst ELV-coördinatiepunt zou dat wél kunnen zijn.

De stuurgroep ELV-coördinatiepunt sloeg de handen ineen met de RAVU en de HAP. In november kwamen vertegenwoordigers van alle deelnemers aan het ELV-coördinatiepunt bijeen om de kansen te bespreken. De mentaliteit was positief. "Natuurlijk is er veel afstemming nodig met alle partijen, maar we zien vooral met elkaar de meerwaarde van een bemenst ELV-coördinatiepunt", zegt Marja de Graaf. "Huisartsen en transferverpleegkundigen kunnen dan iemand bellen voor overleg en om te horen waar er plek is. Het doel is dat de patiënt de juiste zorg krijgt op de juiste plek met minder overplaatsingen, want elke overplaatsing is schadelijk voor een toch al kwetsbare patiënt."

KANS VAN SAMENWERKEN

Voor Utrecht is de samenwerking die nu is ingezet 'baanbrekend', zegt Wilma Bijsterbosch. "Samenwerking begint in de basis altijd met vertrouwen. Daar moet je hard aan werken met elkaar. Wij denken dat we die basis nu hebben voor het laten slagen van dit project."

Het ELV-coördinatiepunt werd in het leven geroepen omdat er een capaciteitsprobleem leek te zijn. Het blijkt dus complexer te liggen – en tegelijkertijd hoopvoller te zijn. Alleen in het griepseizoen is er te weinig plek. "Dat heeft vooral te maken met uitval van personeel dat ook geveld wordt door de griep", zegt Marja de Graaf. "Maar het efficiënte gebruik van Zorgspoor betekent in elk geval dat als er een plek beschikbaar is, je daar ook meteen van op de hoogte bent." (PK)

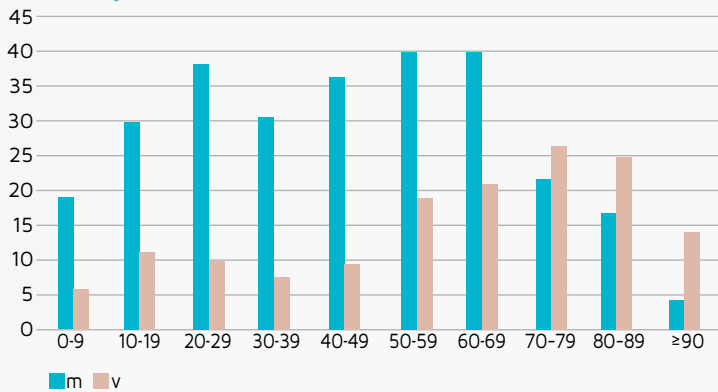


Bijeenkomst 14 november, voortgang ELV-coördinatiepunt.

Aangezichtsletsel 2017

Patiënt

Leeftijd

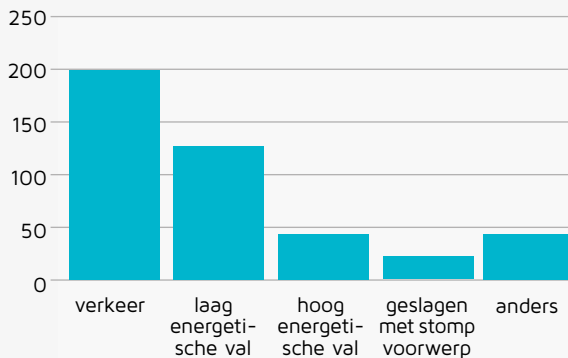


8% van alle traumapatiënten had aangezichtsletsel. (n= 428)

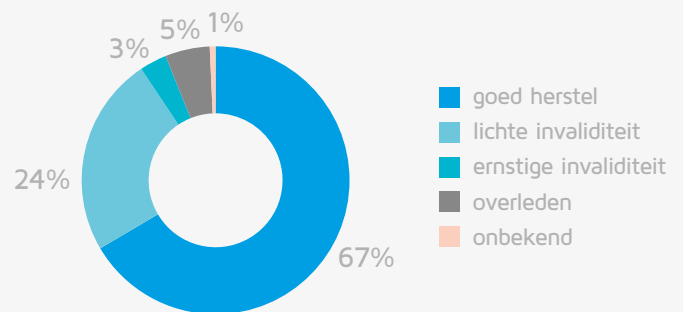
27% van alle traumapatiënten met aangezichtsletsel was ernstig gewond.

62% van alle traumapatiënten met aangezichtsletsel werd opgevangen in het traumacentrum.

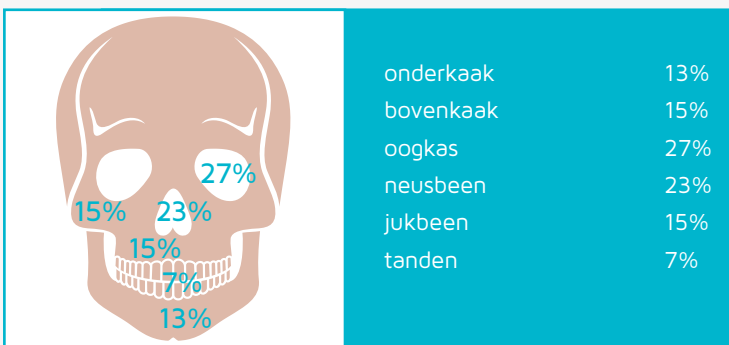
Oorzaak



Ontslagconditie

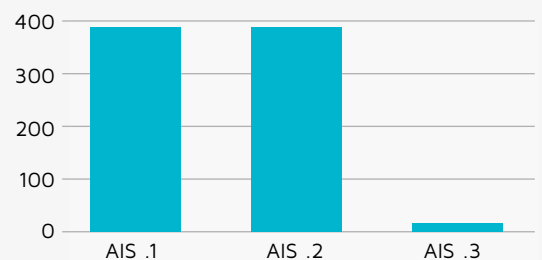


Lettsel



59% van alle patiënten had naast aangezichtsletsel ook hoofdletsel.

Letselernst



1% van alle aangezichtsletsels is ernstig letsel.

Traumatische (sub)totale amputatie



© Thinkstockphotos

Het aantal amputaties dat in het UMC Utrecht wordt uitgevoerd, valt erg mee ten opzichte van het aantal polytraumapatiënten met open fracturen. Dat zijn er 141, terwijl er maar zes primaire amputaties zijn uitgevoerd in 2016-2017. Er worden tijdens deze ketenavond twee casussen gepresenteerd waarbij het in een geval tot een directe gedeeltelijke amputatie leidde en bij de andere patiënt het ledemaat grotendeels kon worden gereconstrueerd. De discussie gaat vervolgens vooral over de vraag: wie is er beter af? Daar is geen eenduidig antwoord op, maar toch zijn er wel opmerkelijke inzichten.

Een vrachtwagenchauffeur slaat om op de snelweg en zijn rechtersvoet raakt bekneld. Een bouwplaatsmedewerker komt met zijn linkerarm tussen een hydraulische laadkraan. In beide gevallen is er sprake van ernstig crushletsel. De vrachtwagenchauffeur krijgt een Pirogoff-amputatie, waarbij de lengte van zijn been wordt behouden en een mooie stomp ontstaat. De bouwplaatsmedewerker verliest zeven centimeter van zijn arm en zijn elleboog wordt gefixeerd, maar hij behoudt wel zijn eigen arm. In beide gevallen had er gekozen kunnen worden voor een acute primaire amputatie hogerop, maar is met behulp van reconstructieve 'trucs' het ledemaat grotendeels bewaard gebleven.

Traumachirurg Ivar de Bruin gaat na de casuspresentaties in op de afweging: amputeren of redden? Mensen zijn gehecht aan hun ledematen. Toch is het niet altijd de beste optie om ze te behouden. Een mooie, belastbare stomp zoals de vrachtwagenchauffeur kreeg en waarop een goede prothese kan worden gemaakt, is misschien wel beter dan een arm die weinig kan. Revalidatiearts Loes de Kruijff van De Hoogstraat bevestigt dit: "Reconstructie heeft vanuit psychologisch oogpunt de voorkeur, maar de uitkomst is bij amputatie veelal hetzelfde of beter. Ook blijkt dat mensen na een amputatie sneller revalideren. Tot slot komen patiënten bij wie al vroeg wordt besloten tot amputatie, er beter af dan patiënten die na een lang traject alsnog een amputatie ondergaan." De Kruijffs collega Michael Brouwers adviseert om de revalidatiearts te betrekken bij de amputatie, zeker als die niet acuut is. Revalidatieartsen weten als geen ander waar je op moet letten. Het is zinvol om de stomp zo lang mogelijk te houden, en als gewrichten kunnen worden behouden, heeft dat de voorkeur.

TOURNIQUETETIQUETTE

Tot slot is er deze ketenavond discussie over het gebruik van tourniquets. Dat die sinds kort beschikbaar zijn en goed gebruikt kunnen worden – ook de beide patiënten uit de casussen kregen ze – wil niet zeggen dat je zomaar met tourniquets kunt gaan zwaaien. Ivar de Bruin geeft een korte les 'tourniquet etiquette'. Hij benadrukt dat je het tourniquet altijd om het bovenbeen of de bovenarm moet aanbrengen en superstrak moet aandraaien. Als het goed wordt gedaan, voorkomt het lastig werk voor vaatchirurg Eline van Hattum, die in haar presentatie inging op de vaatchirurgische behandeling bij amputaties. (PK)

Project Achillespeesrupturen



Yassine Ochen en dr. Marilyn Heng, MD, MPH, FRCSC, Orthopaedic Trauma Surgeon, Massachusetts General Hospital, Clinical Instructor, Harvard Medical School

Een acute ruptuur van de achillespees is een veel voorkomend letsel, met name bij mensen van jongere en middelbare leeftijd. Uit recente studies blijkt dat de incidentie van acute achillespeesrupturen verder toeneemt door een steeds oudere actieve populatie. De behandelingsmogelijkheden voor acute achillespeesrupturen zijn onder te verdelen in operatieve behandeling (open reconstructie of minimaal invasieve techniek) of conservatieve behandeling (gipsimmobilisatie of functionele brace). Over de optimale behandeling is nog steeds veel discussie. Yassine Ochen doet een duit in het zakje door de resultaten uit randomised controlled trials (RCT's) en observationeel onderzoek te vergelijken.

Voorgaande meta-analyses bestaande uit RCTs, hebben aangetoond dat vergeleken met niet-operatieve behandeling het risico op een recidief ruptuur aanzienlijk kleiner is na operatieve behandeling. Er is een gerapporteerd verschil in incidentie variërend van 5%-7%. Vergeleken met niet-operatieve behandeling, leidt operatieve behandeling echter vaker tot andere complicaties, zoals infectie, letsel van de nervus suralis en diepe veneuze trombose. Het gerapporteerde verschil in incidentie van overige complicaties varieert van 16%-21%. Het doel van de huidige meta-analyse was om de kans op recidief rupturen, overige complicaties en functionele uitkomst te vergelijken na operatieve versus niet-operatieve behandeling. Daarnaast werd het behandelingseffect voortkomend uit de resultaten van observationele studies en RCT's vergeleken.

De resultaten van 29 studies werden geëvalueerd. De 10 RCT's omvatten 944 patiënten (6%) en de 19 observationele studies 14.918 patiënten (94%). De voornaamste bevindingen lieten zien dat operatieve behandeling leidt tot een significante verlaging van het risico op een recidief ruptuur: 2.3%, vergeleken met niet-operatieve behandeling: 3.9%. Maar operatieve behandeling leidt tot een significante verhoging van het risico op overige complicaties, namelijk 4.9%, vergeleken met niet-operatieve behandeling: 1.6%. Dit komt met name door het aantal infecties in de operatieve groep (2.8%). Er werd geen verschil gevonden in functionele uitkomst. Verder werd geen significant verschil gevonden tussen het behandelingseffect volgend uit de resultaten van observationele studies vergeleken met RCT's.

De voornaamste conclusie is dat operatieve behandeling het risico op een recidief ruptuur verlaagt, maar het verschil in recidief ruptuur incidentie (1.6%) lijkt aanzienlijk lager te zijn dan eerder gerapporteerde incidentie verschillen uit voorgaande meta-analyses bestaande uit RCT's (5%-7%). Operatieve behandeling verhoogt het risico op andere complicaties, maar het verschil in incidentie van overige complicaties (3.3%) lijkt veel lager te zijn dan eerder gerapporteerde incidentie verschillen uit voorgaande meta-analyses bestaande uit RCT's (16%-21%). Verder benadrukt de huidige meta-analyse de potentiële voordelen van het toevoegen van observationele studies in meta-analyses om RCTs te complementeren bij de evaluatie van objectieve uitkomstmaten na chirurgische interventies. De resultaten worden binnenkort gepubliceerd in The British Medical Journal. (YO)

Meerwaarde observationele studies

Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT's), wordt beschouwd als de gouden standaard voor het evalueren van medische interventies. Observationeel onderzoek krijgt daarentegen doorgaans minder waardering. Bij het uitvoeren van observationeel onderzoek vindt geen randomisatie plaats en is blinding niet mogelijk. Hierdoor is deze onderzoeksopzet gevoeliger voor verschillende vormen van bias. Toch zijn de resultaten van observationeel onderzoek vaak beter te generaliseren door de minder strikte inclusiecriteria en zijn er meer mogelijkheden tot subgroep analyses. Daarnaast is observationeel onderzoek makkelijker, sneller en voor minder geld uit te voeren dan RCT's. In plaats van een strikte scheiding, zouden we beide onderzoeksopzetten complementair aan elkaar kunnen zien bij de evaluatie van chirurgische interventies.

Zie ook: **Meerwaarde van observationeel onderzoek in chirurgie**. Beks RB, Houwert RM, Groenwold RHH, NVTG 2017; 161 1-5.

TRAUMAZORG

Samenwerking met Boston

Yassine Ochen is in januari 2018 gestart met promotieonderzoek bij de afdeling traumachirurgie UMC Utrecht, onder begeleiding van dr. R.M. Houwert en dr. D. van der Velde (St. Antonius ziekenhuis).

In het kader van zijn promotieonderzoek is Yassine in maart 2018 begonnen met een eenjarige research fellowship bij het "Harvard Medical School Orthopedic Trauma Initiative" in Boston waar hij wordt begeleid door dr. M. Heng. Dit initiatief, ontstaan in 2014, is een samenwerkingsverband tussen de afdelingen trauma orthopedie van de vier grootste ziekenhuizen in Boston. Hierdoor is uitwisseling mogelijk van zowel data als expertise bij de deelnemende ziekenhuizen.

De samenwerking tussen de afdeling traumachirurgie van het UMC Utrecht en de afdeling Orthopaedic Trauma in Boston is nauw. Samen met de uitwisseling van studenten, arts-onderzoekers en projecten draagt dit bij aan de ontwikkeling en versterking van wetenschappelijke expertise in beide landen.

In het kader van de regionale samenwerking in het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland, is het research fellowship mede mogelijk gemaakt dankzij de steun van het St. Antonius ziekenhuis en het Diaconessenhuis.



**ORTHOPEDIC TRAUMA
INITIATIVE**
HARVARD MEDICAL SCHOOL

LTR-symposium: regionaal werken binnen landelijke kaders

Op woensdag 3 oktober 2018 kwamen ruim 140 geïnteresseerden in de Jaarbeurs Utrecht bijeen voor het symposium landelijke traumaregistratie. Dit symposium wordt jaarlijks georganiseerd door het LNAZ, de vereniging van elf regionale traumacentra.

Er is stilgestaan bij landelijke ontwikkelingen zoals het belang van een goede triage bij traumapatiënten. Ernstig gewonden moeten in het ziekenhuis terecht komen dat de juiste faciliteiten en expertise in huis heeft. Uit de cijfers blijkt dat dit beter kan. Verbeteringen aan het instrument om ernstig gewonden op straat te classificeren, aanvullende educatie en helikoptertransport werden benoemd als factoren die kunnen bijdragen

Daarna lieten de regio's zien hoe zij invulling geven aan de organisatie van traumazorg. Het werd duidelijk dat er verschillen zijn op het gebied van geografie, zorgvraag en aanbod. Dit vraagt om maatwerk in de zorgverlening aan traumapatiënten. Het doel is in elke regio goede en toegankelijke zorg te bieden voor de ongevalspatiënt. De landelijke traumaregistratie (LTR) laat zien dat de uitkomst van de traumazorg, gemeten op basis van de ziekenhuismortaliteit, over het algemeen goed is. Het verbreden van de uitkomstmeting naar het meten van restinvaliditeit is een wenselijke volgende stap in de doorontwikkeling van de LTR.

Tijdens het symposium reikte dagvoorzitter Ernst Kuipers het LTR-jaarrapport uit aan Marije Beens, directeur/pDG Curatieve Zorg van VWS. Mevrouw Beens complimenteerde de aanwezigen voor het werk dat verricht wordt in de traumaregistratie en de inzichten die het biedt. Ze benoemde het belang van de evaluatie of de patiënt op de juiste plaats wordt behandeld. Dit sluit aan bij de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord voor de medisch specialistische zorg. Ze riep iedereen op om, ondanks alle drukte, vooral met elkaar in gesprek te blijven en kennis te delen, zowel regionaal als op landelijk niveau. (LNAZ)

aan het bieden van de juiste zorg op de juiste plek. Daarnaast blijft goede afstemming, communicatie en samenwerking tussen ketenpartners, zowel professionals als bestuurders, een vereiste.



Marije Beens van VWS en dagvoorzitter Ernst Kuipers.

Agenda

DECEMBER

3 december

start Knowingo ZiROP

11 december

Ketenavond, UMC Utrecht

20 december

LCMS-gz go live oefening

FEBRUARI

21 februari

focusgroep Crisisbeheersing &
OTO, PMC

MAART

5 maart

HMIMS

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Natasja Rabouw
Lukas van Spengler

Met medewerking van

Stasja Aspers
Gioya Bouwman
Marijn Houwert
Petra Kruijt
Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
Yassine Ochen

Ontwerp en opmaak

Design & producties,
Marketing & communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

Drukkerij De Bondt

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

WANJA FLANTUA

“De aard van huisartsenzorg verandert niet in een rampsituatie. Alleen de vorm”

Wanja Flantua heeft naar eigen zeggen een boel baantjes. Dat was ooit niet zo. Hij werkte vier dagen per week als huisarts in een praktijk in Nieuwegein, maar wilde andere dingen doen. Zijn interesse in onderwijs en acute zorg leidde ertoe dat hij nu op LinkedIn maar liefst vier huidige functies heeft. Daarnaast is hij betrokken bij verschillende kenniskringen. Echter niet iedere huisarts heeft zoveel interesse in zorg bij rampen. “Je moet je afvragen of dat erg is. Huisartsen hebben weinig te zoeken in de warme fase van een ramp.”

De acute zorg heeft Wanja altijd geboeid. Ooit werkte hij anderhalf jaar als arts op de SEH, daarna was hij lange tijd volledig huisarts. Zijn interesse in acute zorg verdween echter niet. “Het is sneller, meer to the point, en medisch-technisch qua handelingen. Je moet ook veel meer samenwerken, zowel met je miniteam als in ketenverband. Huisarts zijn is in vergelijking daarmee best solistisch.” Hij besloot gedeeltelijk afscheid te nemen van de huisartsenpraktijk. Nu heeft hij nog één vaste dag en is hij waarnemend huisarts. Verder houdt hij zich vooral bezig met onderwijs en acute zorg. Wanja is als huisarts-docent verbonden aan het AMC en geeft via de Schola Medica in Papendorp trainingen en opleidingen aan AIOS en ANIOS Huisartsgeneeskunde en SEH. Voor Event Medical Service werkt hij als hulpverlener op festivals. Ook is hij lid van het expertteam van de Huisartsenkring Midden-Nederland, gefaciliteerd door Primair Huisartsenposten. Het verbaast hem niet dat huisartsen vaak als moeilijk bereikbaar worden ervaren. “Huisartsen zijn een grote en diverse groep en bovendien zijn ze erg verspreid. Als je als GGD denkt: nu wil ik snel alle huisartsen bereiken, kom je bedrogen uit.”

In de warme fase van een ramp hebben huisartsen sowieso nauwelijks een rol, zegt Wanja. “Het heeft geen meerwaarde als zij tussen de brandende wrakstukken lopen. Wat veel belangrijker en waardevoller is, is de continuïteit van huisartsenzorg in geval van rampen en epidemieën.



© Wanja Flantua

Dat is in dergelijke situaties een hele opgave. Vooral als er bijvoorbeeld een virus uitbreekt waardoor de patiëntentoe-stroom de capaciteit van de huisartsenpost overstijgt. De aard van de huisartsenzorg verandert dus niet in een rampsituatie. Alleen de vorm.”

KERNWAARDENDISCUSSIE

De hoge werkdruk en het grote zorgpakket voor huisartsen hebben ertoe geleid dat er momenteel een landelijke discussie gaande is over de kernwaarden van de huisarts. “Het toch al volle werkveld maakt dat niet iedere huisarts het veel zeldzamere vak van crisismanagement en opgeschaalde zorg hoeft te beheersen,” zegt Wanja, “laat staan dat ze er warm voor moeten lopen.” Hij vindt dat er belangrijkere vraagstukken zijn. “Stel dat een hele wijk geen eerstelijnszorg heeft of dat een huisartsenpost uitvalt door een stroomstoring, wateroverlast, ICT-problemen of ziekte: hoe vang je dat dan op?” Het expertteam waar Wanja lid van is, heeft als taak om te borgen dat er continuïteit van zorg is in de eerste lijn. Er is een werkplanboek gemaakt met scenariokaarten op basis van het H&ROP. “Ikzelf en de andere vier leden van het expertteam hebben kennis over de zorgketen (GGD, GHOR etc.) en zijn alle vijf oproepbaar voor steun in crisismanagement. Tot nu toe hebben we dat niet meegemaakt, maar tests wijzen uit dat iedereen vrij snel reageert en er snel kan zijn. Er zijn dus zeer zeker wel huisartsen die bereid zijn een rol te vervullen in de acute zorg. Onder wie ikzelf.” (PK)