



3 Wat is het ideale **traumasysteem**.

Mogelijkheden en onmogelijkheden in de **plastische chirurgie**.

5 **Ingelise Nieuwenhuijse** nieuw hoofd Calamiteitenhospitaal.

Congres **Opgeschaalde Zorg 2016** 'Dat was toch geregeld?'

7

9

Jaarbeeld traumaregistratie 2015

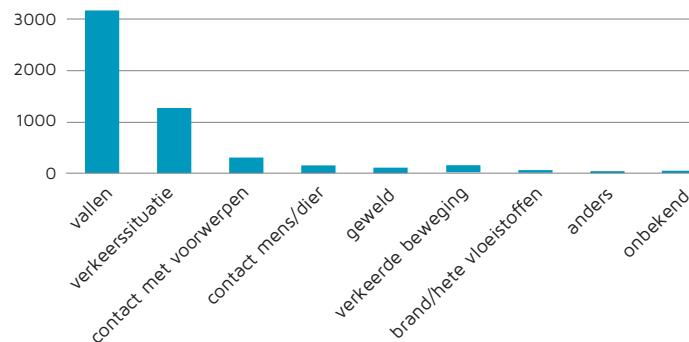
In november verscheen het **Jaarbeeld 2015: Traumazorg regio Midden-Nederland**. Evenals in voorgaande jaren geeft dit jaarverslag een beeld van de verleende traumazorg. Het is een overzicht van de patiëntpopulatie, de ongevalsmechanismen, de opgelopen letsels en de keten van opvang tot en met ontslag. In het item 'Uitgelicht' is er dit jaar extra aandacht voor ernstig gewonden en valpartijen.

Op het symposium 'Improving Trauma Care' van 2 november nam de heer Van den Dungen, directeur-generaal Curatieve Zorg van VWS, het LTR Jaarrapport 2011-2015 in ontvangst. In dit rapport zijn de traumadata opgenomen van alle ziekenhuizen in Nederland met een spoedeisende hulpafdeling.

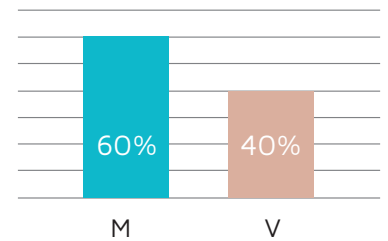
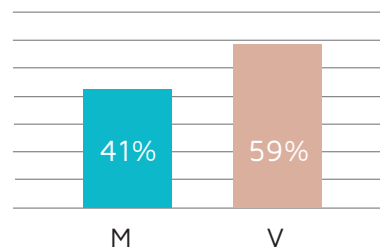
ONGEVALSMECHANISME

De registratie van het ongevalsmechanisme wordt uitgevoerd aan de hand van de ICD-10-codering van de World Health Organisation.

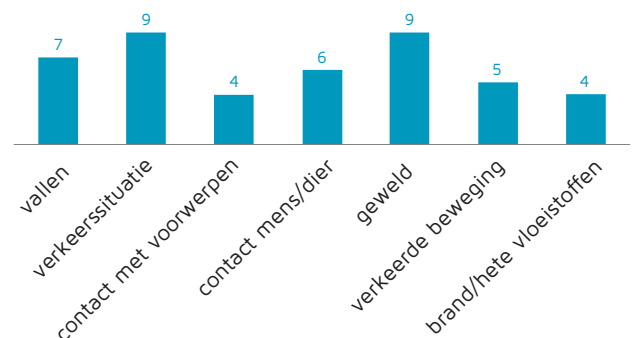
ONGEVALSMECHANISME



De categorie 'anders' bestaat onder meer uit verdrinking, verstikking, elektrische schok en blootstelling aan chemische stoffen.



GEMIDDELDE ISS PER ONGEVALSMECHANISME



Het Jaarbeeld 2015 van Traumazorgnetwerk Midden-Nederland en het LTR Jaarrapport 2011-2015 van LNAZ vindt u op onze website: www.traumazorgnetwerkmn.nl.

Wat is het ideale traumasysteem

Het beoordelen van de kwaliteit van traumazorg is nodig om sterke en zwakke punten in een traumasysteem te identificeren.

Chirurg in opleiding Amy Gunning vergeleek de kwaliteit van zorg in drie level I traumacentra en onderzocht de toepasbaarheid van de bestaande evaluatiemethoden.

Op 1 november jl. promoveerde ze.

© Jozef Wright



Overleving is een indicatie voor de kwaliteit van zorg. "Sinds de invoering van de regionale traumazorg met de levelindeling voor traumacentra is de overleving in Nederland gestegen", aldus Gunning. "Maar hoe doen we het nu in vergelijking met het buitenland?" Om daar achter te komen, vergeleek Gunning met behulp van data uit de traumaregistratie de overleving van traumapatiënten in het UMC Utrecht met die in het John Hunter Hospital in Australië en het Harborview Medical Center in de Verenigde Staten. "Daaruit bleek dat de overleving in Australië en de VS beter is dan in Nederland, op basis van een vergelijkbare patiëntenpopulatie."

TRAUMA AND INJURY SEVERITY SCORE

De wereldwijd gebruikte Trauma and Injury Severity Score (TRISS) is een andere manier

om de kwaliteit van de traumazorg te meten. TRISS voorspelt de overlevingskans van de patiënt bij binnenkomst in het ziekenhuis aan de hand van de leeftijd, ernst van de letsels en de fysiologische parameters: bloeddruk, ademhalingsfrequentie en Glasgow Coma Scale.

Gunning toonde aan dat de TRISS methode in zijn huidige vorm niet meer toepasbaar is voor patiënten in een level I traumacentrum omdat bloeddruk en ademhalingsfrequentie slechte voorspellers zijn. Dat is verklaarbaar, volgens Gunning. "De parameters uit de TRISS zijn jaren geleden gedefinieerd. De traumapopulatie is in de loop der tijd ingrijpend gewijzigd en is de traumazorg sterk verbeterd waardoor patiënten een betere overlevingskans hebben dan vroeger. De huidige evaluatiemethode voldoet dus niet meer. Er moet gekeken

worden naar nieuwe parameters om een nauwkeurige en reële voorspelling te kunnen maken."

KWALITEIT VAN LEVEN

Hoe ervaren patiënten de kwaliteit van leven na ontslag uit een level I traumacentrum? Dat onderzocht Gunning in twee verschillende studies in de drie verschillende landen op basis van gevalideerde kwaliteit van leven-vragenlijsten. Wat blijkt? "Patiënten ervaren wel een verschil in kwaliteit van leven voor en na het ongeval. Maar tussen de landen was geen verschil te zien."

HET IDEALE TRAUMASYSTEEM

In de zoektocht naar het ideale traumasysteem voert een internationale werkgroep op dit moment een grote literatuurstudie uit. "Er wordt onder andere gekeken naar hoe traumacentra en het traumasysteem zijn opgebouwd en wat voor effect dit heeft op de uitkomst van de traumazorg. De studie moet leiden tot het identificeren van de componenten die aanwezig moeten zijn binnen een traumasysteem om die zo succesvol mogelijk te laten functioneren. (MvV)

Symposium: improving trauma care

Aansluitend op Gunnings promotie organiseerden het Landelijk Netwerk Acute Zorg en het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland op woensdag 2 november een symposium waarop gerenommeerde internationale sprekers aantoonde hoe data uit de traumaregistratie hebben bijgedragen aan het verbeteren van hun traumazorgsysteem.

Eerste praktijktest Grootschalig Geneeskundig Bijstandsmodel

© Marlène van Vijfeijken



Getrieerde slachtoffers wachten op vervoer naar het Calamiteitenhospitaal.

Als een incident echt groot wordt, kan de regio Utrecht het dan aan? Dat was eigenlijk de centrale vraag bij de rampoefening van 12 november 2016. Het was een ketenbrede oefening, waarbij niet alleen het primaire proces van een openstelling van het Calamiteitenhospitaal werd beoefend, maar waarbij de aandacht vooral uitging naar de opvang van slachtoffers volgens het nieuwe Grootschalig Geneeskundig Bijstandsmodel (GGB). Het model is ontwikkeld om zo snel mogelijk 250 slachtoffers op te vangen.

Sinds 4 januari 2016 wordt in Nederland bij grote incidenten met meer dan 10 slachtoffers gewerkt volgens het nieuwe GGB. De betrokken partijen doen in opgeschaalde situatie het werk waar zij in de dagelijkse praktijk ook goed in zijn. Dat is de kracht van het GGB-model. Sinds de invoering is het GGB in de provincie Utrecht pas één keer gebruikt. "Grootschalige incidenten komen gelukkig niet zo vaak voor. Dat maakt het lastig om te beoefenen. Maar het geeft meteen de noodzaak aan om het te beoefenen", zegt Michiel Rooijens, als docent verantwoordelijk voor de GGB-trainingen bij de Regionale Ambulancevoorziening Utrecht (RAVU). "Om te leren werken met het GGB-model ontwikkelden we een elektronische leeromgeving waarin alle rollen aan bod komen. Daarnaast volgden alle RAVU-medewerkers een table-topoefening en een oefening met Lotusslachtoffers. De oefening van 12 november was de eerste grote praktijktest."

OEFENDOELEN

"We wilden vooral de effectiviteit van taakkaarten voor de taakverantwoordelijken testen om te kijken of daar manco's in zitten of ze aansluiten bij die van de ketenpartners. Daarnaast wilden we ervaring opdoen met onze nieuwe materialen, de patiëntoverdracht en -administratie. Samen met de meldkamer traiden we de regie aansturing en communicatie via verbindingsschema's (C2000)."

LEERPUNTEN

Michiel Rooijens kijkt terug op een koude, maar geslaagde oefening. "We hebben alles kunnen oefenen wat we vooraf hadden bedacht." Leerpunten waren er natuurlijk ook. Zo gaat het GGB uit van slachtofferregistratie op de meldkamer in plaats van op het plaats incident. "Alleen heeft de meldkamer het daar veel te druk voor. We hebben nu iemand aangewezen die ter plekke alsnog alle slachtoffers registreerde." Ook was er wat onduidelijkheid over de communicatie via C2000. "Het duurde soms even voor men de juiste groep had gevonden. Dat gaan we op de taakkaart duidelijker beschrijven." Tijdens de oefening werd het calamiteitenvoertuig voor het eerst ingezet. "Dat is goed gegaan. Alleen bleken niet alle materialen aanwezig. Zo ontbraken bijvoorbeeld de latex handschoenen. Niet handig. Dat is inmiddels aangepast." Alle taakverantwoordelijken hebben hun feedback gegeven. "Die wordt verwerkt in een document lessons learned en ingebracht binnen de focusgroep crisisbeheersing van de RAVU om zo onze procedures te verbeteren." (MvV)

Ingelise Nieuwenhuijse nieuw hoofd Calamiteitenhospitaal

Op 1 oktober jl. trad kapitein Ingelise Nieuwenhuijse aan als nieuw hoofd van het Calamiteitenhospitaal, dat dit jaar 25 jaar bestaat. Zij volgt majoor Jelte Wind op, die op 1 juli officieel afscheid nam. Met de wittebroodsweken achter de rug is het tijd voor een kennismaking.

HOE BEN JE BIJ HET CALAMITEITENHOSPITAAL TERECHT GEKOMEN?

"Dat was eigenlijk heel toevalig. Op een dag moest ik bij het Centraal Militair Hospitaal zijn waar ik bij de parkeergarage werd aangereden. Omdat ik geen schadeformulier bij me had, klopte ik op het raam van de eerste de beste auto. Daarin zat het hoofd P&O. Een dag later belde hij me op of ik

penoefening was. Zo kreeg ik de mogelijkheid om in een sneltreinvaart veel mensen te leren kennen. En om het hospitaal in werking te zien. Dat was een mooi cadeautje."

HOE KIJK JE TERUG OP DE OEFENING VAN 12 NOVEMBER?

"Het was heel indrukwekkend om bijna 200 patiënten in zo'n korte tijd door het systeem te zien gaan. Het maakte mij heel trots. Dat hebben we toch samen met alle ketenpartners maar even goed gedaan."

WAT ZIJN JE PLANNEN VOOR DE KORTE EN LANGERE TERMIJN?

"Mijn eerste prioriteit is het personeel. Het team moet waardering, erkenning en sturing krijgen. Mijn tweede prioriteit is het bestaansrecht van het Calamiteitenhospitaal. Dat wordt op dit moment door de Nederlandse Zorgautoriteit in twijfel getrokken. Zorg mag geen discussiepunt zijn van geld, status en macht. Het zou mooi zijn als het Calamiteitenhospitaal opgenomen wordt in het nationaal rampenplan." "Het is lastig om Jelte op te volgen met al zijn energie. Maar ik ga op mijn eigen manier en met volle overgave invulling geven aan de functie. Want als ik me niet met hart en ziel hierin stort, ben ik deze functie niet waard." (MvV)

geen interesse had in de functie Hoofd Calamiteitenhospitaal. Ik heb me georiënteerd, een afspraak gemaakt met Jelte Wind en na lang nadenken gesolliciteerd."

OP 3 OKTOBER WAS JE EERSTE WERKDAG. WAT TROF JE AAN?

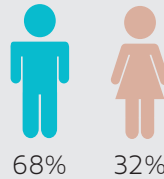
"Een team dat heel hard werkte om het Calamiteitenhospitaal draaiende te houden. Daar werd ik heel enthousiast van. Ik had het geluk dat zes weken na mijn eerste werkdag de grote ram-



Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: Gecompliceerd letsel

2011-2015:

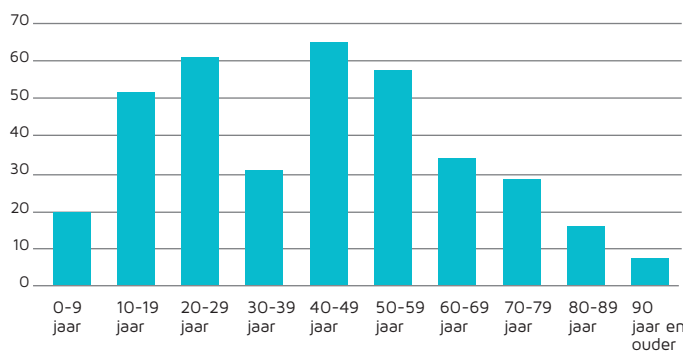
372 patiënten met **gecompliceerd letsel**: open fracturen. Dit zijn patiënten die botbreuken hadden met in het EPD van de ziekenhuizen de omschrijving 'open' letsel of waarbij de term 'prikgat' vermeld staat.



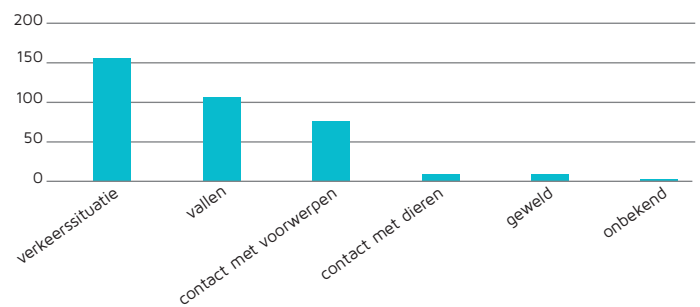
31%
Traumacentrum

69%
Algemene ziekenhuizen

LEEFTIJD

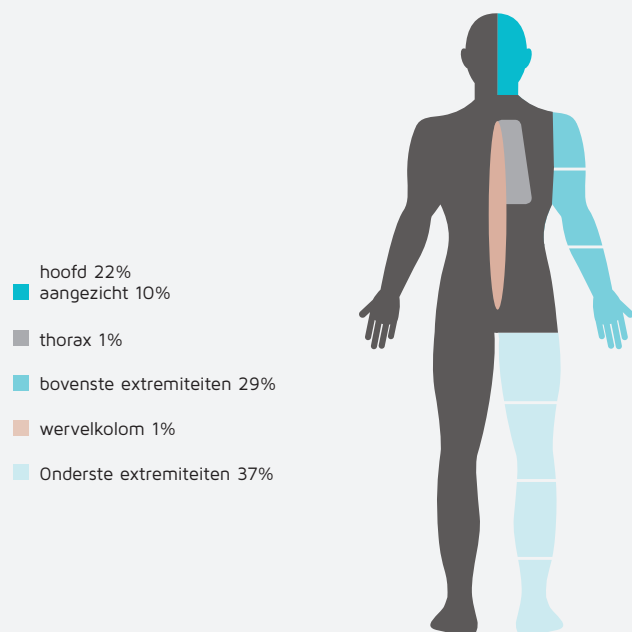


ONGEVALSMECHANISME



34% van de patiënten met gecompliceerde, open fracturen was **ernstig gewond**.

88% van de ernstig gewonden had meervoudig letsel.



BOVENSTE EXTREMITEITEN

bovenarm	14%
spaaakbeen	22%
ellepijp	16%
hand	48%

Bij **18%** was sprake van een antebrachii fractuur.

ONDERSTE EXTREMITEITEN

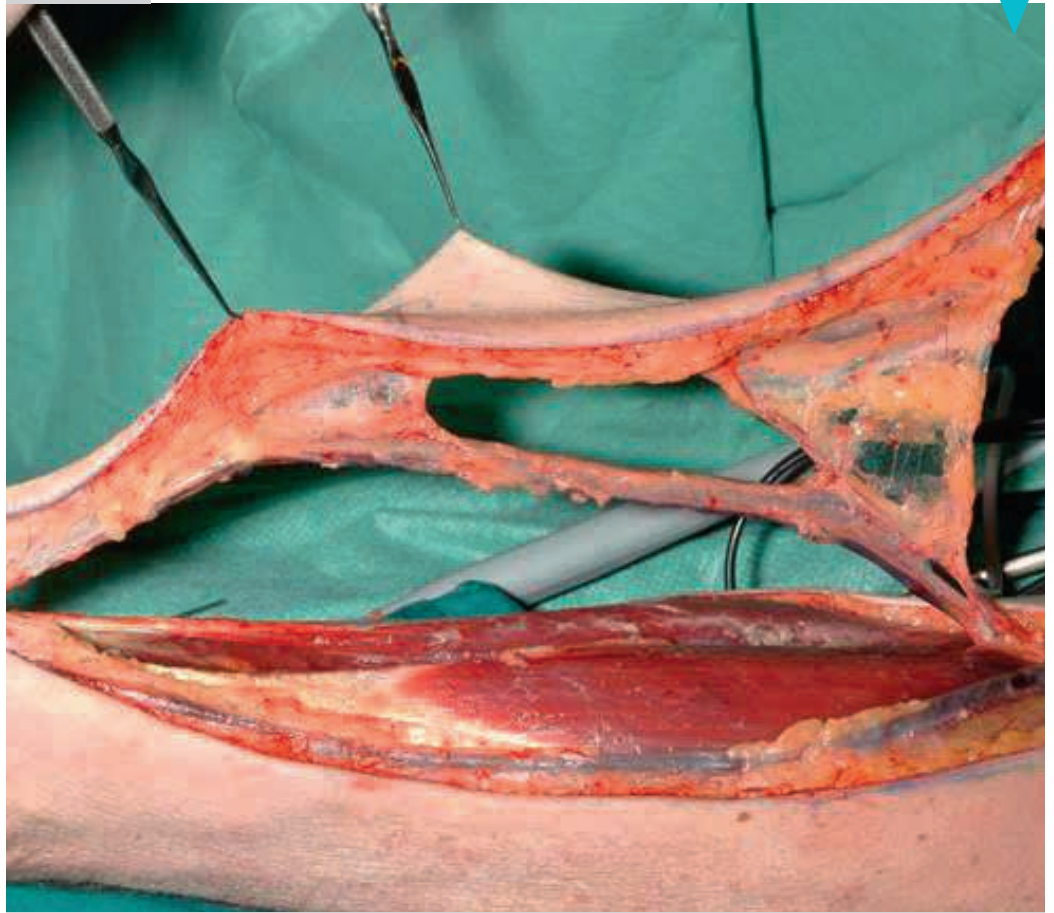
bekken	2%
bovenbeen	19%
scheenbeen	54%
kuitbeen	16%
voet	9%

Bij **38%** was sprake van een crurisfractuur.

Mogelijkheden en onmogelijkheden in de plastische chirurgie

Een verbeterde traumaopvang levert gecompliceerdere defecten op. En daarmee een steeds grotere uitdaging voor de plastisch chirurg. De plastische chirurgie is een relatief jong vakgebied. Het bestaat in Nederland pas sinds 1950. Tijdens de ketenavond over gecompliceerde letsels liet plastisch chirurg Pascal Schellekens aan de hand van drie casus zien hoe zijn vakgebied zich in de loop der jaren heeft ontwikkeld.

© UMC Utrecht



De meest complexe vorm van weefseltransplantatie.

Bij traumaslachtoffers met groot weke delenletsel is de plastisch chirurg vanaf het begin betrokken bij de behandeling. "Multidisciplinaire samenwerking is essentieel bij dit soort trauma's. De eerste operatie is gericht op damage control. Dan is er geen tijd voor uitgebreide reconstructies. Maar keuzes die dan gemaakt worden, zijn bepalend voor de mogelijkheden die de plastisch chirurg daarna heeft."

VRIJE LAP

Dat die mogelijkheden in de loop der jaren zijn toegenomen, illustreerde Schellekens aan de hand van drie casus. In het jaar 2000 moest een 12-jarige jongen overgeplaatst worden naar het Brandwondencentrum in Beverwijk omdat de verschillende huidtrans-

plantaties niet aangroeiden. In 2012 konden plastisch chirurgen een zeer fors defect bij een 17-jarige man succesvol afdekken met een vrije lap, de meest complexe vorm van weefseltransplantatie.

Toch gaat het ook wel eens mis, zo bleek uit de derde casus over de reconstructie van het onderbeen bij een 24-jarige multitraumapatiënt. "Vooraf leek het eenvoudig. Uiteindelijk ging de vrije lap verloren door onverklaarbare stolselproblemen." Vasthouden aan het oorspronkelijke plan leidde uiteindelijk tot een goede weke delenreconstructie. Maar wat nou precies de reden van de problemen was, blijft een raadsel. "Soms worden de oorzaken pas veel later duidelijk."

(MvV)

Kwaliteitskader crisisbeheersing 2.0

Het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO is in 2013 ontwikkeld als basis voor het nadenken en discussiëren over de mate van voorbereidheid van de witte kolom.



Het kwaliteitskader is geëvalueerd. In twee intensieve rondes langs alle traumaregio's is met de ketenpartners gediscussieerd over de juistheid en volledigheid van de normen, over de inrichting van de zelfevaluatie en over nut en noodzaak van de intercollegiale visitatie.

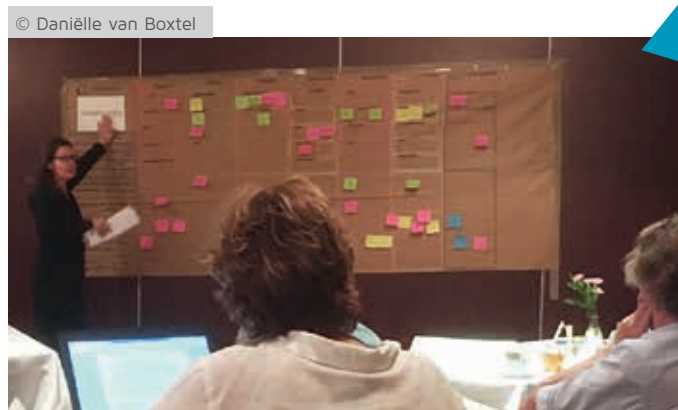
De evaluatie heeft geleid tot het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Hierin is aandacht voor de borging van het kwaliteitskader in de organisatie en de inbedding van het kwaliteitsmodel volgens de PDCA-cyclus. Daarnaast zijn de normen anders geformuleerd en ligt de nadruk niet meer op 'hoe' een organisatie iets moet doen, maar op 'wat' een organisatie moet doen.

Op 25 oktober jl. heeft ons ROAZ zich gecommitteerd aan het kwaliteitskader 2.0. Dit betekent dat alle ketenpartners eind 2017 moeten voldoen aan het normenkader. Intercollegiale visitaties zijn niet meer verplicht. Wel voert iedere instelling in 2017 (opnieuw) een zelfevaluatie uit. De uitkomsten hiervan worden besproken in het ROAZ. (MV)

ACUTE ZORG

Geslaagde bijeenkomst patient journeys

Op maandag 3 oktober kwamen verschillende zorg-professionals uit onze regio bijeen om patient journeys uit te werken. Tijdens deze sessie werden twee ingangsklachten uitgewerkt: motorische problematiek / uitvalsverschijnselen en verwardheid bij kwetsbare ouderen.



Aan de sessie namen zorgverleners uit de hele keten deel: een meldkamerspecialist, ambulanceverpleegkundige, huisarts, SEH-artsen, neurologen, internisten en een geriater. Ook was er een vertegenwoordiger van

patiënten en van een verzekeraar. Enthousiast zetten de deelnemers uiteen wat belangrijk is om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden. Zij bespraken voor beide ingangsklachten wat er in de keten goed gaat, wat beter

kan en welke aanbevelingen er zijn om de acute zorg verbeteren en borgen. Enkele zaken die besproken werden zijn: de informatie-overdracht in de keten (medicatie, voorgeschiedenis, sociale factoren), de regievoering en de zorg na ontslag uit het ziekenhuis.

De uitkomsten van de bijeenkomst dienen als input voor het landelijk op te stellen Kwaliteitskader voor de Spoedzorg. Ook gaan we zelf in onze regio al aan de slag met enkele bevindingen. (DvB)

Congres Opgeschaalde Zorg 2016 'Dat was toch geregeld?'

Op 11 november 2016 stond het Eye in Amsterdam in het teken van het inspirerende congres Opgeschaalde Zorg 2016 'Dat was toch geregeld?'. Zo'n 250 professionals uit de zorgsector namen deel aan dit congres, dat was georganiseerd door de regionale traumaneetwerken in samenwerking met het Rode Kruis.

© Rick Keus



Een terroristische (bom) aanslag, zoals op vliegveld Zaventem. Een schietpartij op een school of in een club, zoals in Orlando. Een uitbraak van een infectieziekte, zoals het zikavirus. Cybercrimes, groot of klein. Grote industriële incidenten en transportongevallen, zoals in Canada. Gebeurtenissen die ook ons land kunnen treffen. Dergelijke gebeurtenissen vereisen een gedegen voorbereiding. We kunnen daarbij veel leren van rampen en crises in het

buitenland. Daarom deelden sprekers uit binnen- en vooral buitenland hun ervaringen.

KENNIS EN ERVARING DELEN

De grote opkomst laat zien dat de sector zich goed wil voorbereiden op haar rol bij rampen en crises. Het delen van internationale ervaringen en inzichten door de zes sprekers biedt daarvoor nieuwe perspectieven. Tijdens de pauzes en na afloop werd de kans gegrepen om

ook onderling contacten te versterken en de Nederlandse ervaringen te delen met de sprekers. Die kunnen over en weer worden verwerkt in beleidsplannen, oefeningen en de dagelijkse praktijk. Zodat we in Nederland met recht kunnen zeggen: opgeschaalde zorg, dat is geregeld! Op de website van het LNAZ is een uitgebreidere terugkoppeling van de dag te vinden met veel foto's en links naar de presentaties van alle sprekers. (MV)

Uitbraakoefening Net-Werk 2017

In 2017 gaat onze regio grootschalig oefenen met de uitbraak van een infectieziekte: de oefening Net-Werk. Aan de oefening doen veel partners mee: de ziekenhuizen, de GGD, de huisartsen, de RAVU, de GHOR, Altrecht en mogelijk nog een of twee verpleeghuizen.

Tussen vandaag en de start van de oefening op 17 november 2017 worden alle betrokken organisaties apart voorbereid op hun deelname. Het voornaamste doel van de oefening is het op elkaar afstemmen van de samenwerking tussen ál die deelnemende instellingen, zodat we bij een echte uitbraak weten wie er gaat over wát. (MV)

Netwerk antibioticaresistentie

In onze regio is gestart met de inrichting van het Zorgnetwerk Antibioticaresistentie (ABR). De ROAZ-regio's kregen dit als opdracht van VWS.

Er waren in onze regio al verschillende initiatieven gaande. VWS heeft Midden-Nederland daarom aangewezen als een van de pilotregio's. Het ROAZ zet voor het netwerk ABR de kaders uit en is verantwoordelijk voor de bestuurlijke besluitvorming. Voor de inrichting van het netwerk is gekozen voor een structuur met een regionaal coördinatieteam (onder leiding van Marc Bonten en Leonie Jansen) en verschillende werkgroepen. In de werkgroepen zullen experts aan de slag gaan met verschillende onderwerpen om de antibioticaresistentie regionaal aan te pakken. (DvB)

Zoönosen in de spreekkamer

Een zoönose is een infectieziekte bij mensen die kan worden opgelopen via (in)direct contact met dieren. Om deze ziekten onder de aandacht te brengen van huisartsen organiseerden Primair Huisartsenposten en het Kennisnetwerk Zoönosen Midden-Nederland op maandag 10 oktober 2016 een refereeravond met als titel 'Zoönosen in de spreekkamer'.

Na presentaties over relevante zoönosen in Nederland en in de regio Midden-Nederland schetsten drie patiënten in het kort hun ziektegeschiedenis. Het was aan de aanwezigen om een diagnose te stellen. Deze vorm van casuïstiekbespreking werd erg gewaardeerd. "Objectief en bondig verteld. De beleving van en gevolgen voor de patiënt werden goed belicht en persoonlijk. Erg indrukwekkend", aldus één van de deelnemende huisartsen.

De avond heeft het bewustzijn vergroot. Zestig procent van de deelnemers denkt nu vaker aan een zoönose als een patiënt zich met bepaalde klachten bij hen meldt. (MvV)

Agenda

JANUARI

31 januari

Kerngroep ROAZ

FEBRUARI

9 februari

Focusgroep Crisis-
beheersing & OTO

14 februari

ROAZ

APRIL

3 april

Focusgroep Verlos-
kunde

4 april

HMIMS, Calamiteiten-
hospitaal

MEI

23 mei

Focusgroep Crisis-
beheersing & OTO

30 mei

Kerngroep ROAZ

Ketenpartners



Colofon

Redactie

Daniëlle van Boxtel

Natasja Rabouw

Marlène van Vijfeijken

Met medewerking van

Stasja Aspers

Gioya Bouwman

Marlous Verheul

Ontwerp en opmaak

Multimedia, marketing & communicatie

UMC Utrecht

Drukwerk

Drukkerij Libertas Pascal

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

TRAUMACHIRURG DETLEF VAN DER VELDE

“We hebben het hier ontzettend goed.”

Detlef van der Velde is traumachirurg in het St. Antonius Ziekenhuis. In januari van dit jaar maakte hij de overstap van ZGT in Almelo naar Nieuwegein. Hij ervoer het als verfrissend om na dertien jaar in een andere omgeving aan de slag te gaan. “Je gaat heel fris met andere gedachten en nieuwe routines je werk weer doen.” Detlef houdt van zijn werk als traumachirurg en van de afwisseling die daarbij hoort. “Het is een mooie mix van technisch handelen en communiceren. Ik vind het even leuk om een operatie aan een heup bij een tachtigjarige uit te voeren, als aan een knie bij een motorcrosser van 28.”

Detlef deed zijn opleiding in onze regio. Traumatologie sprak hem het meest aan, mede om het daarbij horende type patiënt. Detlef: “Mensen die bij je komen met letsel, behandel je voor een bepaalde tijd. Als het daarna goed met ze gaat, hebben ze je niet meer nodig. Dat is anders dan werken met chronisch zieken. De patiëntgroep is daarnaast heel divers: van jonge kinderen tot hoogbejaarde, demente mensen. Voor hen allemaal doe je dankbaar werk.”

ETHIOPIË

Dankbaar is ook het werk dat Detlef doet voor een ziekenhuis in Ethiopië. Twee van zijn vier kinderen zijn geadopteerd en komen uit Ethiopië. “Daardoor heb ik veel binding met dit land en ben ik me voor dat ziekenhuis gaan inzetten.” In 2005 kwam Detlef voor het eerst in het net opgeleverde ziekenhuis. “Er was daar nog niets. We hebben toen gewerkt aan de voorzieningen en infrastructuur. We repareerden sterilisatieapparaten, schaften spullen aan. Vijf jaar later voerden ze er 5.000 operaties uit. Het is fantastisch om te zien hoe zich dat ontwikkelt.” Het werk deed Detlef op persoonlijke titel, ondersteund door een stichting van het ziekenhuis waar hij werkte. “We investeerden in scholing en in goederen. Zo hebben we 180 ziekenhuisbedden, die in Almelo werden vervangen, in zeecontainers verscheept naar Ethiopië. Zulke bedden zijn daar moeilijk te verkrijgen en van slechte kwaliteit. Het geld dat daarvoor bestemd was, kon in andere zaken worden geïnvesteerd. De bedden worden daar nu volop gebruikt. Dat is mooi.” Detlef bezocht Ethiopië al vaak en dat blijft bijzonder. “Wanneer je een land bezoekt waar alles anders is, waar je te maken hebt met armoede, dan kom je telkens weer met een



© Maurice Beekwilder



andere blik terug. Het werkt heel relaterend. We hebben het hier in Nederland ontzettend goed.”

BETERE ZORG IN NEDERLAND

Toch valt er hier ook nog wel wat te verbeteren. Zoals de zorg voor de oudere patiënten. In Almelo was Detlef betrokken bij de totstandkoming van het eerste centrum voor geriatrische traumatologie in Nederland. Hier worden ouderen met letsel behandeld door een multidisciplinair team met daarin naast de traumachirurg onder meer een geriater. Detlef: “Met die aanpak verbeterden we de zorgkant. Daarmee krijg je veel betere zorg en overleving. En minder complicaties. Er is geen operatietechniek waarmee zoveel winst in kwaliteit voor de oudere patiënt wordt behaald. Andere ziekenhuizen namen deze aanpak al over. En het is ook mijn taak in Nieuwegein om dat op te zetten.” Hij pakt dat idealiter regionaal aan en met internisten erbij op een afdeling. “En ik zou het zelf ook graag nog door willen trekken naar andere ketenpartners, zoals de verpleeghuizen.”

VOLDOENING

Hij geniet in zijn dagelijkse werk van de omgang met zijn patiënten, van jong tot oud. “Mensen die bij ons komen, maken indrukwekkende dingen mee.” Onlangs moest hij een voorvoet amputeren van een 21-jarige patiënt. “Dat deed wat met me. Met zo'n patiënt ben ik wel bezig. In zulke gevallen betrek ik collega's erbij, praat ik met de familie. Je moet dat traject begeleiden en dat is indrukwekkend. Als dat goed verloopt en wanneer de mensen uiteindelijk tevreden zijn, dan geeft dat een goed gevoel. Dat geeft mij voldoening.”

(DvB)