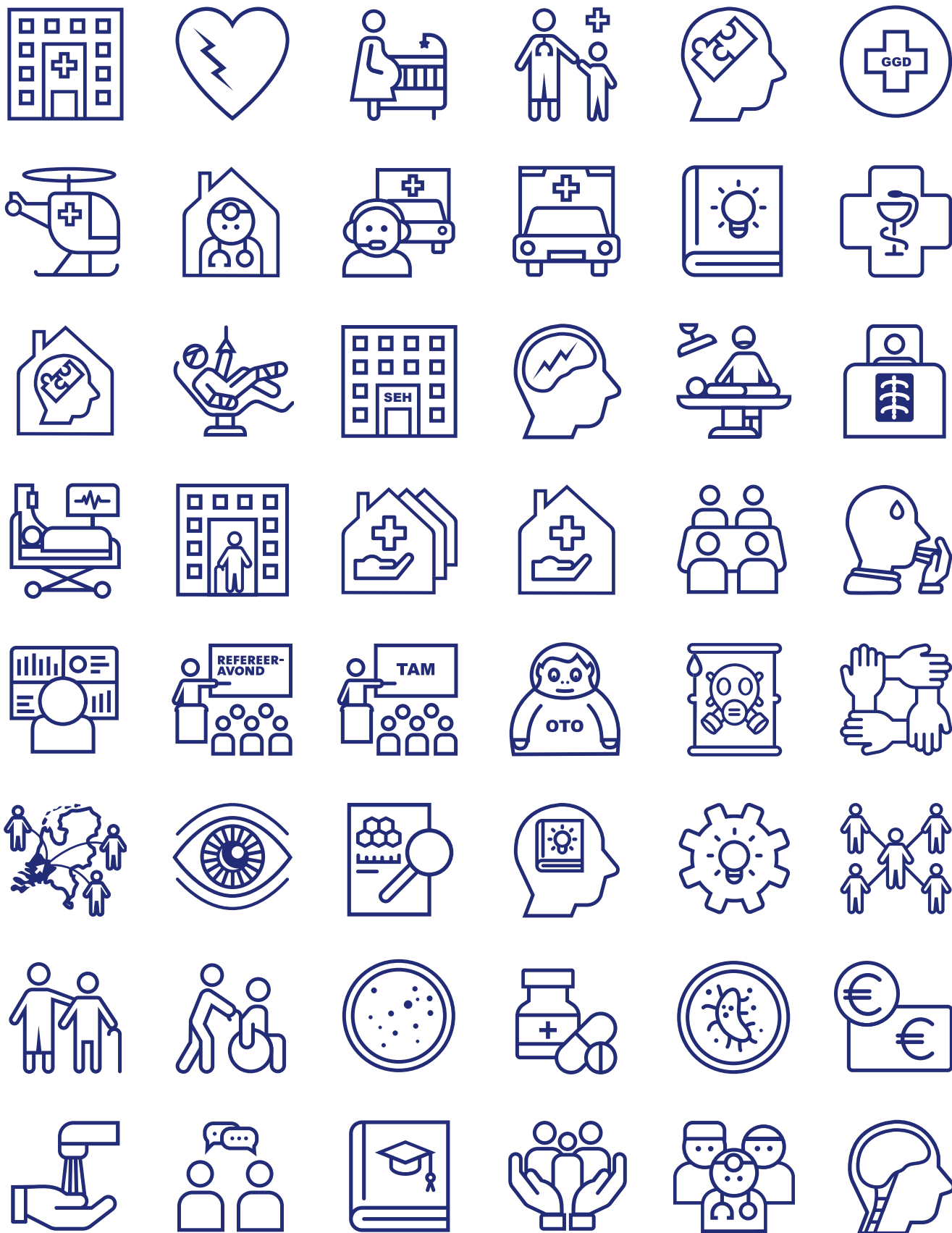






Inhoudsopgave

1.	Voorwoord	6
	<i>Interview Ernst Kuipers</i>	7
	<i>Traumacentrum Zuidwest-Nederland in cijfers</i>	9
2.	Over ons netwerk	11
	<i>Traumazorg</i>	14
	<i>Acute zorg</i>	15
	<i>Interview Bianca Visschers en Pieter de Muijnck</i>	17
	<i>Opgeschaalde zorg</i>	19
	<i>Interview Jan van Leeuwen</i>	21
	<i>Interview Colinda Hofman</i>	23
	<i>Vanuit ABR Zorgnetwerk Zuidwest-Nederland</i>	24
3.	Uit het land	25
	<i>Landelijke Beraadsgroep Traumacentra</i>	27
	<i>Kerngroep zorgnetwerken antibioticaresistentie</i>	27
	<i>Platform ROAZ van de LNAZ</i>	28
	<i>Interview Loek Leenen & Michiel Verhofstad</i>	29
4.	Over ons kenniscentrum	31
	<i>Onderzoek</i>	33
	<i>Traumaregistratie</i>	34
	<i>Interview Wim Breeman</i>	37
5.	Mobiel Medisch Team	39
	<i>Mobiel Medisch Team</i>	41
	<i>Interview Robert Jan Houmes</i>	45
6.	Organisatie	47
7.	Vooruitblik	47

Even voorstellen...



Voorste rij v.l.n.r.:

Nadine Haddo, datamanager

Amin Bin Mohamed Yusof, medewerker dataregistratie

Iris Keessen, adviseur acute zorg

Nienke Huijbregts, manager traumacentrum

Marion van Kooten, secretaresse

Ellen Jordaen, secretaresse

Janet Vos, kwartiermaker ABR Zorgnetwerk

Achterste rij v.l.n.r.:

Erna de Waart, secretaresse

Wouter van der Spek, adviseur opgeschaalde zorg

Roel Geene, adviseur opgeschaalde zorg

Jan van Ditshuizen, datamanager

Els van der Wallen, manager MMT

Suzanne Klomp, secretariael/administratief medewerker

Kirsten Kirschner, adviseur acute zorg

Niet aanwezig tijdens de fotosessie:

Carien Eijkman, adviseur acute zorg

Dennis den Hartog, hoofd traumacentrum & MMT

Nathan Waller, coördinator OTO

Sonja Hoekstein, datamanager

Tea van Voorden, datamanager

Voorwoord

Het jaarverslag heeft dit jaar een andere uitstraling. Met korte teksten, infographics en interviews nemen we u mee in de resultaten van 2018.

2018 was een bewogen jaar in de wereld van de acute zorg. De griepgolf van de winter 2017/2018 hakte er flink in. De griepgolf duurde maar liefst 18 weken en zette de gehele acute zorgketen verder onder druk. Alle ketenpartners zochten naar creatieve oplossingen om acute zorg te blijven bieden. Dit was niet gemakkelijk en heeft alle ketenpartners weer bewust gemaakt van de krapte die er is en van het belang van goede regionale afstemming.

Na de heftige griepperiode hebben we met ketenpartners nagedacht over welke maatregelen we in de zomerperiode kunnen treffen om goed voorbereid te zijn op het griepseizoen. Dit resulteerde in een zomerprogramma met enkele projecten om meer grip te krijgen op instroom, doorstroom en uitstroom in de acute zorgketen. Het beheersplan, vastgesteld in november door het ROAZ, helpt de regio om de toegang tot de acute zorg voor de patiënt in Zuidwest Nederland te borgen door samenwerking, afstemming en indien nodig tijdig gecoördineerde actie van zorginstellingen. Continu overleg op alle lagen in de keten is daarvoor noodzakelijk.

De traumaregistratie gaf dit jaar een mooi meerjarenperspectief en daarmee inzicht in trends en ontwikkelingen op gebied van de traumazorg. De uitkomsten van deze registratie en onderzoek naar trends helpen de regio om de keten van traumazorg verder te verbeteren. Een belangrijke taak van het Traumacentrum. De traumavisitaties binnen de regio stonden dit jaar op een laag pitje in afwachting van de nieuwe levelcriteria.

Verder hebben we dit jaar als vanouds weer vele succesvolle bijeenkomsten voor onze partners georganiseerd in het kader van kennisuitwisseling. Zoals de refereeravonden, scholingen en themabijeenkomsten. En ook in 2019 staan er weer een paar mooie activiteiten op het programma! Deze kunt u vinden in de vooruitblik en op onze website.

Samenwerking is een sleutelwoord in de acute zorg en je komt het dan ook in vele rapporten over de acute zorg tegen. Het ministerie van VWS onderstreept het belang van samenwerking in de regio en bereidt een algemene maatregel van bestuur voor het ROAZ voor, die het belang van het ROAZ versterkt. Het ROAZ is volgens VWS dé plek waar partijen in de acute zorg elkaar vinden om in gezamenlijkheid de acute zorg te verbeteren. Er wordt dan ook in toenemende mate een beroep gedaan op het ROAZ. Dat vraagt extra ondersteuning. Daarom zijn er middelen vrijgemaakt waardoor we als Traumacentrum uit kunnen breiden om de regio nog beter te ondersteunen. Het team van het Traumacentrum Zuidwest-Nederland kijkt er naar uit om komende jaren met alle ketenpartners door te bouwen aan een sterk en actief netwerk!

Wij wensen u veel lees- en kijkplezier en danken u voor uw interesse in onze werkzaamheden.

Nienke Huijbregts, manager Traumacentrum Zuidwest-Nederland
Dennis den Hartog, hoofd Traumacentrum Zuidwest-Nederland



“Voor alle ROAZ’en in Nederland geldt dat alle partners ondertussen het belang en de kracht van het ROAZ zien en dus zeer bereid zijn om daar een bijdrage aan te leveren,” aldus Ernst Kuipers, voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), voorzitter van het ROAZ Zuidwest-Nederland en voorzitter van de raad van bestuur van het Erasmus MC. Hij blikt terug op 2018 en kijkt vooruit naar uitdagingen en ontwikkelingen voor het ROAZ.

“Het ROAZ is bij uitstek de tafel waar alle spelers die een bijdrage leveren aan 24/7 acute zorg, in welke vorm dan ook, bij elkaar komen. Dat is een uniek platform. Je hebt al die spelers en dat overleg nodig om de acute zorg zo optimaal mogelijk vorm te geven. Van zo snel mogelijk bij een patiënt zijn tot triage tot capaciteit in zorginstellingen.”

Griepgolf en AMvB

Er zijn talloze onderwerpen aan bod gekomen bij het ROAZ in 2018. “Dat begon al met een erg zware griepperiode. Het aantal patiënten steeg tegelijk met het aantal zieke werknemers. Dus met de grootste vraag heb je ook de grootste uitval. Het ROAZ is instrumenteel geweest voor de hele regio, door op dagelijkse basis de situatie en knelpunten op te vragen en af te stemmen.” Ook bestuurlijk was 2018 belangrijk. “De nieuwe algemene maatregel van bestuur erkent de geleidelijk veranderende rol van het ROAZ in de afgelopen jaren. Het ROAZ wordt steeds meer gezien als hét platform waar afspraken gemaakt kunnen worden.” In deze nieuwe positie kan het ROAZ dus veel betekenen voor de keten. “Het ROAZ is goed voor de continuïteit en voor opleiden, trainen en oefenen. Maar ook voor optreden bij tal van onvoorziene situaties. Dat kan een griepperiode zijn, maar ook een issue rondom personeelstekorten, dat landelijk speelt.”

Personeelstekort

De personeelstekorten vormen een grote uitdaging voor de komende jaren. Het Capaciteitsorgaan bracht onlangs een rapport uit, waarin stond dat de FZO-beroepen met 60% uitgebreid moeten worden, om aan de zorgvraag te voldoen. “60% meer opleiden is een enorme uitdaging. Ten eerste moet je de juiste mensen vinden. Ten tweede zijn het praktijkopleidingen, die voor een belangrijk deel één-op-één moeten worden gegeven. Een stijging in opleidingen betekent dus ook een grote stijging in het aantal opleiders. En dat in een tijd waarin de werkdruk hoog is. Dat is veruit de grootste uitdaging in de komende jaren en dat lukt alleen maar als je daar met alle partners in de regio heldere afspraken over maakt. Lees: als je dat doet in het ROAZ.”

De juiste patiënt op de juiste plaats

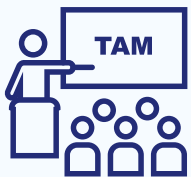
Ook in de traumazorg moeten nog betere afspraken gemaakt worden. “Wat ik zou willen zien is dat we nog verdere beweging maken in de juiste patiënt op de juiste plaats. Een kleine maar belangrijke categorie patiënten is de multi-traumapatiënten. We zagen in de afgelopen jaren dat een op de drie van die patiënten niet in een traumacentrum terecht komt. In de literatuur is overtuigend bewezen dat de kans op blijvend ernstige schade of op overlijden in die gevallen significant groter is. Dat moeten we in 2019 meteen oplossen. Als er mensen 24/7 klaar staan voor dit soort patiënten, moet je patiënten ook de kans bieden om daar het voordeel van te hebben.”



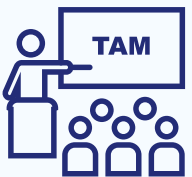
“Het ROAZ is goed voor de continuïteit en voor opleiden, trainen en oefenen. Maar ook voor optreden bij tal van onvoorziene situaties.”

Traumacentrum Zuidwest-Nederland in cijfers

3 Refereeravonden 7 Nieuwe medewerkers



Rotterdam (4)



Terneuzen (2)



Goes (1)

Trainingen OTO (32)



5 oefeningen geannuleerd door griepperiode '17-'18



5 ETS oefeningen bij een HAP



1 ETS oefening om HiX te testen



1 ETS oefening met het Rode Kruis RR buiten de regio



2 ETS oefeningen met een ambulancedienst



2 ETS Minor 3e-jaars medische studenten



1 operationele oefening in een ziekenhuis



20 reguliere ETS oefeningen

Overleggen



 **ROAZ**
Zuidwest-Nederland
ROAZ (2)

 **ROAZ**
Zuidwest-Nederland
ROAZ DB (4)



Expertisegroep ambulancezorg (5)



Expertisegroep CBRN (2)



Expertisegroep GGD (3)



Expertisegroep zorgcontinuïteit GGZ (2)



Expertisegroep huisartsen (4)



Expertisegroep kindergeneeskunde (5)



Expertisegroep neurologie (5)



Expertisegroep acute verloskunde Zeeland (3)



Expertisegroep psychiatrie (4)



Expertisegroep traumatologie (4)



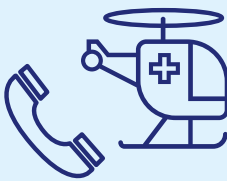
Expertisegroep ziekenhuizen (4)



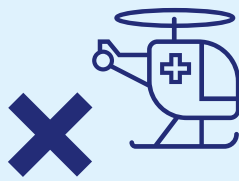
Regionaal coördinatieteam ABR Zorgnetwerk (7)

Mobiel Medisch Team

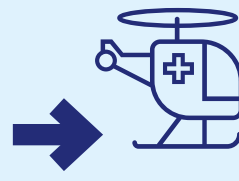
>40 Ketenpartners



4089 Oproepen MMT



1940 Cancels MMT



69 Patiëntentransporten heli



2

Over ons netwerk





“Het ROAZ ontwikkelt door”

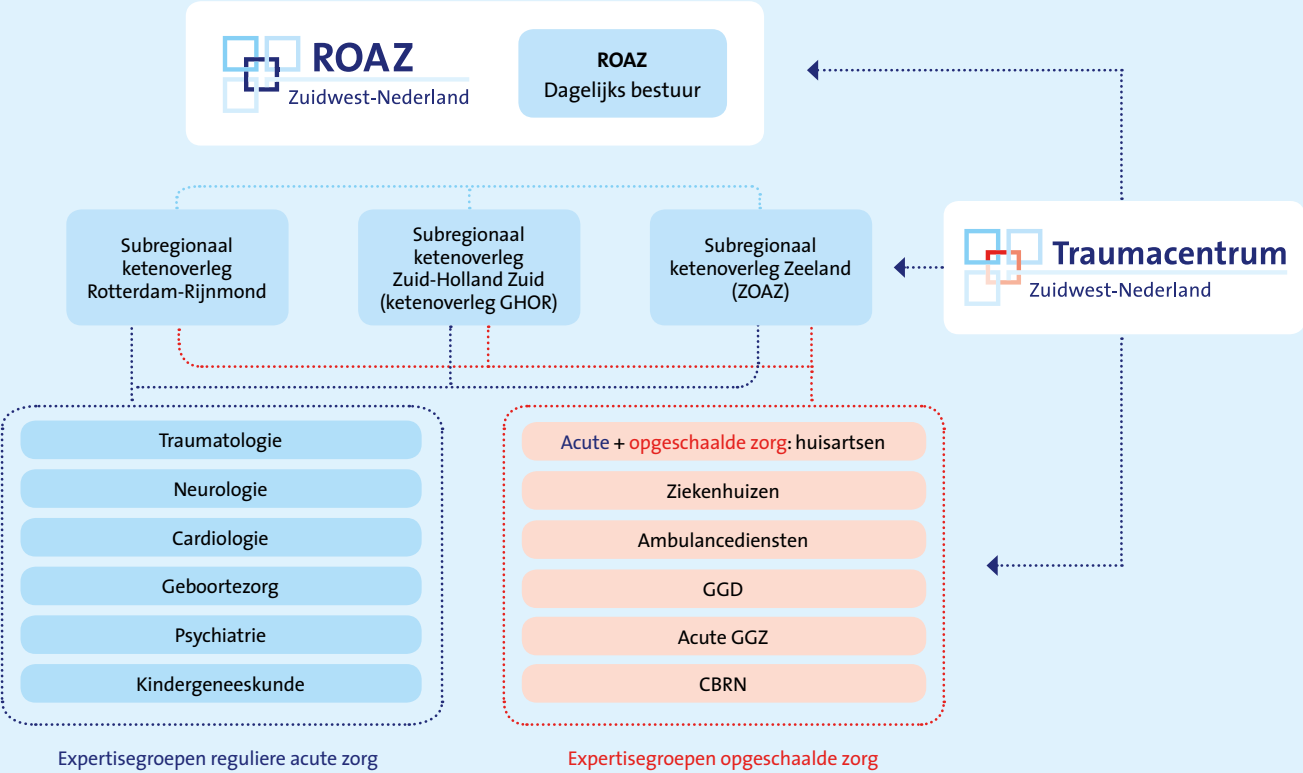
In 2018 werd voor het eerst de beheersorganisatie van het ROAZ operationeel tijdens de intense en langdurige griepperiode. Het strategisch team (lees: dagelijks bestuur ROAZ) werd bijeen geroepen om na te denken hoe de griep het hoofd te bieden en de acute zorg in de regio te borgen. Al snel bleek dat de doorstroom richting de VVT stokte. Er werd besloten om een acuut verblijf afdeling in de Rotterdamse regio te openen om de doorstroom te bevorderen. Goede samenwerking heeft dit mogelijk gemaakt. De beheersorganisatie staat nog in de kinderschoenen, maar wederom is duidelijk geworden hoe goed ketenpartners in de regio elkaar via het ROAZ weten te vinden.

In 2018 zijn vanuit het Traumacentrum in samenwerking met het Landelijk Netwerk Acute Zorg de verdere voorbereidingen getroffen voor een nulmeting van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen die in 2019 uitgevoerd gaat worden. Hiermee krijgt het netwerk inzicht in de stand van zaken van de organisaties en samenwerking in de acute zorgketen. Voor meer informatie: [klik hier](#).

Daarnaast gaan we in 2019 met een aantal ziekenhuizen en de meldkamer een pilot starten om inzicht te krijgen in de actueel beschikbare capaciteit in de regio. Voor meer informatie: [klik hier](#).



Netwerk acute zorg regio Zuidwest-Nederland



In het traumachirurgenoverleg is aandacht besteed aan de ontwikkelingen in andere regio's rond de traumatriage app en de introductie in onze regio van de app in combinatie met onderzoek.

De data vanuit de LTR zijn gepresenteerd en de mogelijkheden om de DHFA in de LTR te integreren zijn besproken. De update van de levelcriteria en de implicaties voor onze regio zijn besproken. Komend jaar staat het verder concentreren van polytraumazorg wederom op de agenda en wordt besproken hoe we dat in onze regio verder vorm kunnen geven.

Een andere belangrijke ontwikkeling is de oprichting van trauma-units. In het regionaal overleg gaan we veel aandacht besteden aan dit onderwerp. In het kader van de verregaande samenwerking tussen traumachirurgen en NVOT orthopedisch traumatologen worden voor het regionale traumachirurgenoverleg ook de trauma geïnteresseerde orthopedisch chirurgen uitgenodigd. Vanuit het perspectief van de traumachirurgie gaan we komende jaren de normen en aanbevelingen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen inventariseren en implementeren in het traumane트워크 van Zuidwest Nederland.

De samenwerking tussen de traumachirurgen onderling is uitstekend in onze regio, zoals ook blijkt uit de overplaatsingen van traumapatiënten over en weer tussen de verschillende ziekenhuizen.

Visitaties

In 2018 zijn binnen de regio geen visitaties uitgevoerd in afwachting van de nieuwe levelcriteria. Wel is het Universitair ziekenhuis in Gent gevisiteerd.



Expertisegroep acute geboortezorg regio Zeeland

In regio Zeeland heeft een ketenbrede, multidisciplinaire expertisegroep acute geboortezorg het protocol regionale Acute Geboortezorg Zeeland afgerond. Daarnaast zijn protocolwaaiers voor Verloskundigen Zeeland ADZ, Zeeuws-Vlaanderen ZorgSaam en de Kraamverzorgenden Zeeland gemaakt. Protocolwaaiers kraamverzorgende en verloskundige voor de gebieden boven en onder de Westerschelde zijn samengevoegd. Tevens zijn een aantal knelpunten opgelost, zoals het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid van het tertiair centrum i.v.m. verwijzingen. Ook is het veilig vervoer van pasgeborenen door de RAV Zeeland verbeterd, door de aanschaf van Baby Pods.

Expertisegroep acute geboortezorg regio Rotterdam Rijnmond

Ter voorbereiding op de herstart van de expertisegroep acute geboortezorg regio Rotterdam Rijnmond zijn in 2018 interviews uitgevoerd door het Traumacentrum Zuidwest-Nederland. Tevens is een van de refereeravonden aan dit thema besteed en is er afstemming geweest met het District Verloskundig Platform (DVP). Voor de herstart van de expertisegroep acute geboortezorg regio Rotterdam Rijnmond is in overleg met het DVP besloten om samen de expertisegroep in 2019 te starten. Er is een agenda vastgesteld voor de aftrap van de expertisegroep met de nieuwe samenstelling.

Expertisegroep acute beroertezorg

In 2018 is het protocol regionale inrichting beroertezorg regio Zuidwest Nederland herzien. De expertisegroep heeft de uitkomsten van alle strokecentra en voor alle IAT-centra geldende criteria besproken. De uitkomsten leidden tot verbeteringen. Voor de implementatie van de regionale afspraken in de keten heeft de expertisegroep een basisformat ontwikkeld voor kennisoverdracht richting de huisartsen en doktersassistenten. In 2019 sluiten neurologen aan bij bestaande scholingsmomenten voor deze doelgroepen.

Vaste agendapunten tijdens de bijeenkomsten zijn medische ontwikkelingen t.b.v. herseninfarcten en hersenbloedingen en een terugkoppeling van de stand van zaken van de (promotie-) onderzoeken Presto, MR ASAP en MR Clean. Maar ook praktische verbeterpunten zijn opgepakt zoals de beelduitwisseling in de regio en inbreng voor de cursus beoordeling van CTA's.

Expertisegroep acute kindergeneeskunde

Voor in de wintermaanden is de beddendruk hoog voor acute opnames vanaf de SEH. Kinderartsen worden vaak geconfronteerd met een vol beddenhuis en moeten de regio afbellen op zoek naar een bed. Om dit zo vlot mogelijk te laten verlopen is er in 2017 een pilot gestart van de Regionale Beddencoördinatie Acute Kindergeneeskunde (Medium Care). Vanaf november 2017 hebben de deelnemende ziekenhuizen dagelijks hun beschikbare bedden via een app doorgegeven aan de Regionale Beddencoördinator. Als een kinderarts vanaf de SEH een kind wilde verplaatsen naar een ander ziekenhuis, werd de Regionale Beddencoördinator gebeld. De mogelijkheden waar het kind naartoe zou kunnen, werden vervolgens aan de kinderartsen doorgegeven. De pilot is in de zomerperiode tijdelijk onderbroken. In deze zomerperiode is de ervaren beddendruk beduidend minder en is extra inspanning van alle ziekenhuizen in de regio daarom niet nodig. In deze periode heeft de evaluatie plaats gevonden en zijn er aanpassingen gedaan ter voorbereiding op het vervolg per 1 oktober 2018. De specialisten, leidinggevende van kinderafdelingen en SEH's zijn over de afspraken en de herstart geïnformeerd en de regio is goed van start gegaan. Overige onderwerpen die in 2018 de aandacht hebben gekregen zijn afspraken, afstemming en samenwerking anesthesisten rondom thema intubatie, gestandaardiseerd overdrachtsformulier IC en medisch inhoudelijke protocollen ter bevordering van de regionale uniformering. Er zijn regionale afspraken (indicaties) gemaakt voor telefonische (door)verwijzingen naar algemene ziekenhuizen voor opname patiënten, in plaats van naar het Sophia.



Expertisegroep acute psychiatrie

In 2018 is een aanzet gedaan voor een regionaal protocol GHB-intoxicaties / onthouding. Het protocol wordt in 2019 verder afgestemd met regionale partners. In de expertisegroep zijn tevens vanuit de gemeente de ontwikkelingen van het project 'Vervoer van personen met verward gedrag' inclusief het meldpunt (voor de regio Rotterdam Rijnmond en Zuid-Holland Zuid) gedeeld. De generieke module acute psychiatrie staat nog steeds op de agenda van de expertisegroep, maar door landelijke ontwikkelingen m.b.t. de financiering vertraagt dit traject. Tot slot is frequent gesproken over de crisiskaart en over patiënten met gecombineerde somatische en psychiatrische problematiek en de opvang en beoordeling van deze patiënten in de regio. Dit traject wordt naar verwachting in 2019 afgerond.

Expertisegroep acute cardiologie

In de regio ligt het initiatief voor de cardiologie-overleggen bij Nederlandse Vereniging voor Cardiologie Connect (NVVC), het kwaliteitsproject van de NVVC. Dit project gaat uit van een regionale aanpak en wordt uitgevoerd door cardiologen, huisartsen, ambulance-diensten, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Ook is de regionale patiëntenvereniging betrokken om gezamenlijk de zorg voor de patiënt goed te organiseren. Het uitgangspunt is een sterke en goed samenwerkende keten. In de regio Rijnmond is daarnaast de Cardiologen Club Rijnmond (CCR) actief. Dit is een samenwerkingsverband van cardiologen binnen de ziekenhuizen in de regio Rijnmond. De vereniging heeft als doel de kwaliteit van de cardiologische zorg binnen deze regio te optimaliseren en werkt voor sommige projecten samen met de NVVC Connect.

Wilt u meer weten over de expertisegroepen?
Neem dan contact op met één van onze **adviseurs**.

Bianca Visschers en Pieter de Muijnck

Expertisegroep acute geboortezorg regio Zeeland

Interview



“Iedere zwangere en pasgeborene moet dezelfde hoge kwaliteit zorg krijgen, ongeacht de hulpverlener.” Daarmee omschrijft Pieter de Muijnck het doel van de expertisegroep acute geboortezorg, waar hij en Bianca Visschers deel van uitmaken. Deze expertisegroep is opgezet vanuit het ROAZ Zuidwest-Nederland en vertegenwoordigt partijen uit de keten acute geboortezorg. Pieter werkt als ambulanceverpleegkundige bij het Witte Kruis ambulancezorg in Zeeland. Bianca Visschers is gynaecoloog bij ZorgSaam in Terneuzen. Zij vertellen over wat deze expertisegroep heeft gebracht voor de regio Zeeland.



Zeeland is uitgestrekt en dunbevolkt, waardoor goede coördinatie van acute zorg belangrijk is. De noodzaak van afspraken voor de regio is daarom duidelijk, volgens Bianca. “Ik denk dat we nu allemaal op één lijn zitten. Voor alle zorgverleners is hun rol in de keten duidelijk en ze weten hoe ze aansluiten op andere rollen.” Pieter vult aan: “Door met elkaar te kijken hoe processen het best op elkaar aansluiten, beperk je complicaties en risico’s tot een minimum.”

Regioplan

De expertisegroep heeft de afgelopen jaren aan een regioplan en protocollen voor kraamzorg gewerkt. Bianca: “Het regioplan is ingekaderd in de acute geboortezorg in heel Nederland. In ons regioplan komen de karakteristieken van onze acute geboortezorg in Zeeland naar voren. Er staat in hoe de keten opgebouwd is en welke hulpverleners daarbij horen. Ook zijn er afspraken over bijscholing en training en het up-to-date houden van de protocollen.” De groep begon met de wens om de parallelle acties te verbeteren, vertelt Pieter. “Door acties gelijktijdig in gang te zetten, boek je belangrijke tijdswinst. We hebben dus in afspraken concreet gemaakt wie in welke situatie gebeld moet worden, om tot parallelle actie te komen.”

Trots op pods

“Ik ben trots op de protocollen die we samen ontwikkeld hebben voor de parallelle acties,” zegt Bianca. “Die komen ook in een app te staan, zodat het toegankelijk is voor de hele regio. Die app zal in de nabije toekomst in gebruik genomen worden.” Daarnaast zijn de protocollen waaiers voor de kraamzorg uniform gemaakt voor de hele regio. Als ambulanceverpleegkundige is Pieter erg trots op een nieuw transporthulpmiddel voor pasgeborenen, de baby pod. In dit alternatief voor een couveuse kan een baby veilig en warm vervoerd worden. “Doordat we deze op meerdere strategische locaties hebben, kunnen we binnen afzienbare tijd dit hulpmiddel ter plaatse hebben. Dat is een grote verbetering ten opzichte van de eerdere situatie.”

Geoliede machine

De expertisegroep blijft doorgaan met evalueren en ontwikkelingen volgen. “Het uiteindelijke doel is om de mobiliteit te verbeteren, om te zorgen dat patiënten zo snel mogelijk de goede zorg krijgen. Er moet geen discussie meer zijn over waar de patiënt heen moet en wie we moeten bellen. Zowel bij de opvang thuis, als het vervoer in de ambulance, als de opvang in het ziekenhuis,” aldus Bianca. Pieter beaamt dit. “Hopelijk gaan de patiënten merken dat zij op een vlotte en kundige manier geholpen worden. En dat het ziekenhuis al voorbereid is op hun komst, dus dat de hulpverlening als een geoliede machine werkt.”

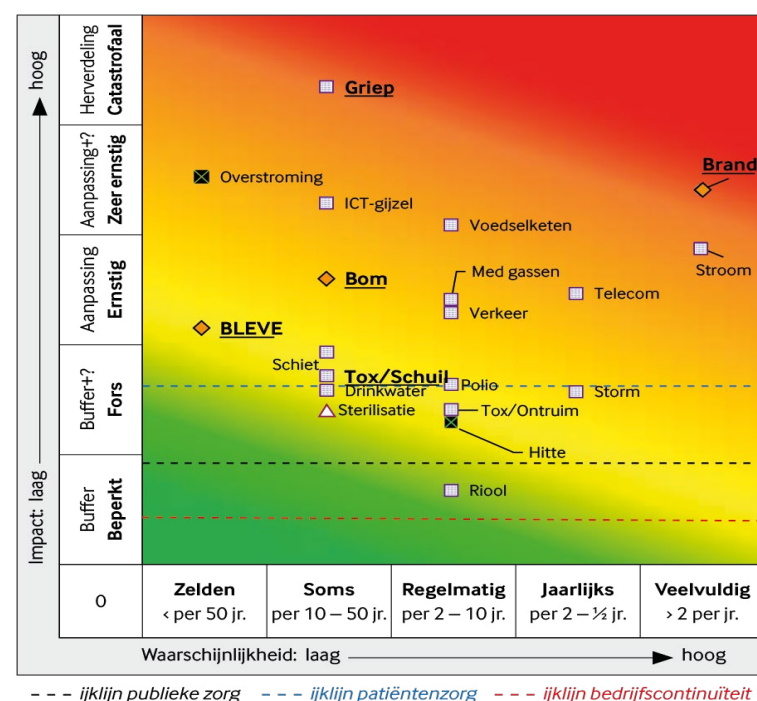
“

Door met elkaar te kijken hoe processen het best op elkaar aansluiten, beperk je complicaties en risico’s tot een minimum.

”



Opgeschaalde zorg



Figuur 1: Risicodiagram met een doorsnede (20 scenario's) van het zorgrisicolandschap ROAZ-ZWN voor de acute en publieke zorg tezamen

Gedurende het griepseizoen 2017/2018 is drie maanden lang uitvoering gegeven aan het in 2017 uitgewerkte Beheersplan Regionale Zorgcontinuïteit van ROAZ Zuidwest-Nederland. Het was de eerste keer in Nederland dat vanuit een ROAZ bij drukte in de regio volgens afgesproken procedures en een regionaal beheersplan is gewerkt. Inmiddels hebben alle regio's de opdracht van VWS gekregen om een regionaal beheersplan op te stellen.

Met het zware winterseizoen werd ook het eerste succes behaald van het project Risicogerichte Benadering van het ROAZ ZWN. Door het project had de regio vroegtijdig en eenduidig inzicht in de risico's en gevolgen van de griep. Zo heeft de regio zich tijdig kunnen voorbereiden.

In de Risicogerichte Benadering heeft het ROAZ Zuidwest-Nederland in 2017 een regionale risicoanalyse uitgevoerd. Op basis van de uitkomsten zijn een drietal onderwerpen bepaald waarvan de regio heeft bepaald dat de deze risico's grote gevolgen heeft voor de (regionale) zorgcontinuïteit en dat de zorginstellingen in de regio zich hier gezamenlijk op willen voorbereiden.

De griep is door alle zorgschakels op de eerste plaats gezet (behalve door de HAP's). De uitwerking van een Beheersplan Regionale Zorgcontinuïteit voor het ROAZ sloot hier naadloos op aan. Griep is daarmee als eerste opgepakt. De evaluatie van het griepseizoen 2017/2018 fungeerde daarbij als vliegwieltje om een verbeterprogramma in gang te zetten. Nadien wordt aandacht besteed aan griep пандеміе.



De vitale infrastructuur voor stroom, telecommunicatie en informatietechnologie staan op de tweede plaats en worden later uitgewerkt. Tot slot wordt gefocust op het onderwerp gevaarlijke stoffen (derde plaats). De prioritering in de Risicogerichte Benadering geeft daarmee voor de aankomende jaren richting aan de voorbereiding op rampen en crises.

In 2018 hebben de zorginstellingen veel opleidingen, trainingen en oefeningen ingehaald. Deze waren eerder uitgesteld door de drukte in aanloop naar en tijdens het winterseizoen. De personele tekorten blijven de zorginstellingen daarbij wel voor uitdagingen stellen. Ondanks dat zijn de meeste opleidingen, trainingen en oefeningen in 2018 uiteindelijk doorgegaan.

Wilt u meer weten over de expertisegroepen opgeschaalde zorg?
Neem dan contact op met één van onze adviseurs.

“Er zijn talloze risico’s waar je als ziekenhuis rekening mee moet houden. Denk aan een ongeval met gevaarlijke stoffen, uitval van vitale infrastructuur of een vliegtuig dat neerstort. Het is belangrijk dat zorginstellingen zich voorbereiden op zaken die consequenties hebben voor de bedrijfsvoering en de zorgcontinuïteit.” Dat is waarom Jan van Leeuwen, hoofd van de GHOR Rotterdam-Rijnmond, het belang van de risicogerichte benadering in de zorg benadrukt. Hij blikt vooruit op de meerwaarde van deze methode voor de zorg in Zuidwest-Nederland.

De risicogerichte benadering is een methode om te bepalen wat de mogelijkheden in de regio zijn als de zorgcontinuïteit onder druk staat. Het Traumacentrum ZWN heeft het voortouw in het project Risicogerichte benadering. Jan ziet zijn rol vooral in het vertalen van het regionale risicoprofiel, dat iedere veiligheidsregio wettelijk moet hebben. “Dat profiel moet vertaald worden naar de consequenties voor de zorgsector en die risico’s moeten geprioriteerd worden op basis van bedreiging.”

Nieuwe risico’s, betere focus

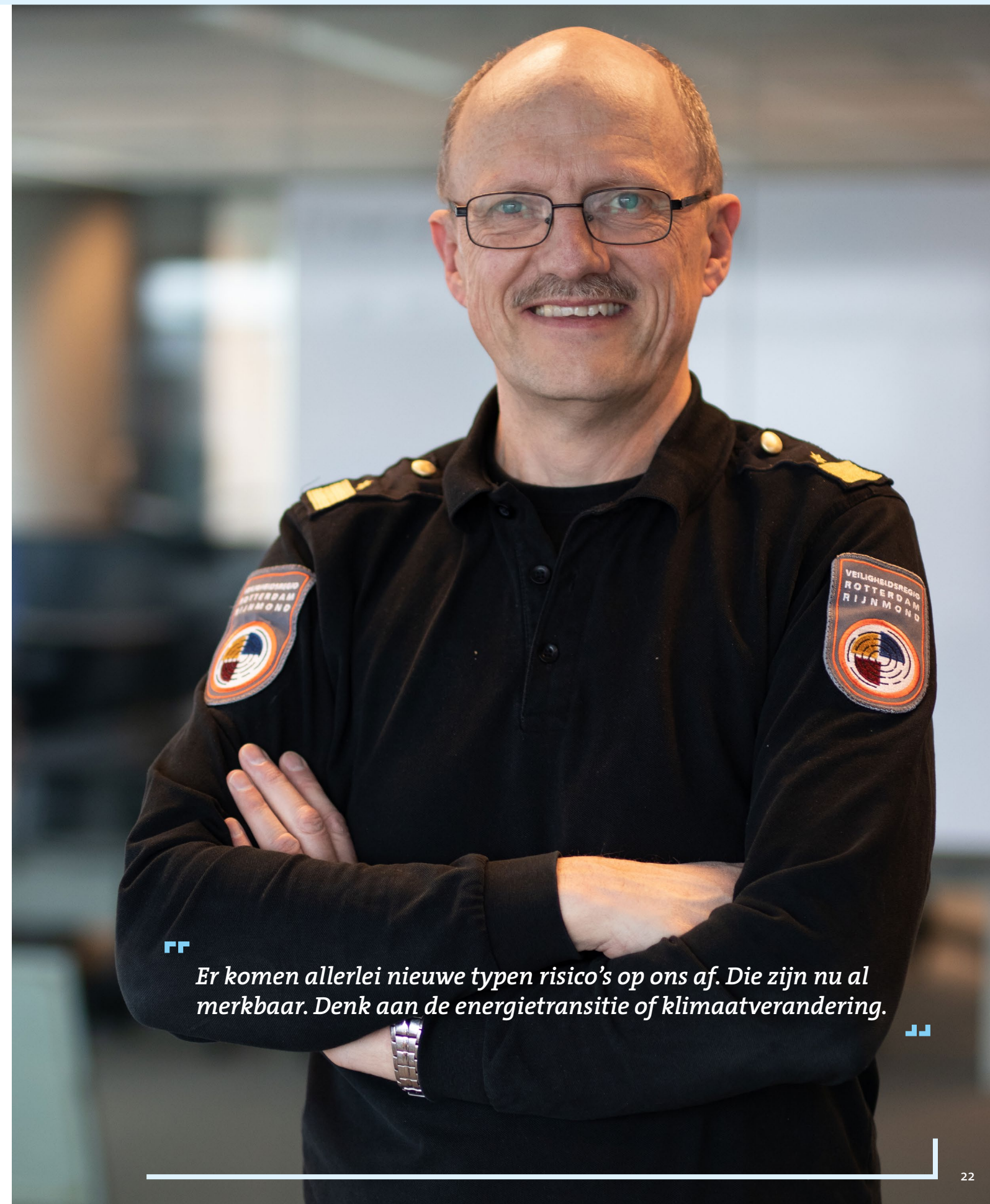
Volgens Jan is die risicogerichte benadering hard nodig. “Er komen allerlei nieuwe typen risico’s op ons af. Die zijn nu al merkbaar. Denk aan de energietransitie of klimaatverandering. Dat zijn hele majeure thema’s die risico’s met zich meebrengen. Als maatschappij staan we daar nog niet voldoende bij stil en als zorginstellingen zeker niet. We kunnen in deze samenwerking tussen zorginstellingen de discussie aangaan over wat hen het meeste bedreigt en waar de verbinding met de Veiligheidsregio ligt. In het project is, op een gestandaardiseerde manier, gekeken naar een breed palet aan type incidenten. Dat gaf houvast aan zorginstellingen om in ROAZ-verband te bepalen wat dit voor hen betekent en welke prioriteiten zij hierin stellen.”

Prioriteiten

Jan kan zich vinden in de prioriteitenstelling van het ROAZ ZWN, waarin bijvoorbeeld een griep pandemie en risico’s omtrent stroom en ICT staan. “Dat zijn zaken die direct de bedrijfsvoering van een zorginstelling beïnvloeden, zeker die van een ziekenhuis. De afhankelijkheid van nutsvoorzieningen is enorm groot. Als er ergens een datacentrum omvalt, om welke reden dan ook, heeft dat direct gevolgen voor het ziekenhuis. Ook als er 30 tot 50 procent van je medewerkers is uitgevallen door griep, moet je als zorgorganisatie je eigen zorgvermogen kunnen bepalen. Dat zijn wel dossiers waar zorgorganisaties goed op moeten kauwen. Hebben ze voldoende veerkracht in hun organisatie? Hebben ze systemen redundant uitgevoerd? Hebben ze goede werkwijzen en protocollen?”

Gezamenlijk

“Alle partijen in de zorg moeten zich realiseren dat ze gezamenlijk een maatschappelijk belang delen. Dus ze moeten zich ook gezamenlijk voorbereiden op een crisis. Niet alleen de klassieke ‘flitsramp’, zoals een ontspoorde trein, maar ook crises als gevolg van bijvoorbeeld klimaatverandering. Dat begint met bewustwording en dat kost tijd. Die bewustwording moet vanuit de regio naar boven komen. Daarom is het goed dat de zorginstellingen in ROAZ-verband zelf het initiatief hebben genomen om de risico’s in de regio uit te werken en op te pakken. Ik hoop dat we in 2019 met concrete voorbeelden naar buiten kunnen treden. Juist om zichtbaar te maken wat de consequenties van risico’s op de gezondheidszorg zijn. Ik hoop dat dit bijdraagt aan een verdere bewustwording.”



Er komen allerlei nieuwe typen risico’s op ons af. Die zijn nu al merkbaar. Denk aan de energietransitie of klimaatverandering.

Colinda Hofman-van Vliet

ETS-oefening bij de Centrale Huisartsenposten Rijnmond



Terwijl de vragen, handelingen en ideeën over de tafel vlogen, werden onze acties meteen zichtbaar gemaakt op het grote planbord.

Dit voorjaar heb ik deelgenomen aan een ETS-oefening voor de Centrale Huisartsen Posten Rijnmond (CHPR). Het Emergo Train System (ETS) is een simulatiemiddel dat wordt ingezet bij scholingen ter voorbereiding op rampen en crises. Met het ETS werd een groot verkeersongeval op de A20 in beeld gebracht. Al snel waren de deelnemers enthousiast en actief betrokken. Terwijl de vragen, handelingen en ideeën over de tafel vlogen, werden onze acties meteen zichtbaar gemaakt op het grote planbord. Hierop was onze huisartsenpost grenzend aan de spoedeisende hulp getekend. We zagen wat er allemaal kan gebeuren, waar je mee te maken krijgt, wat onze keuzes kunnen zijn en wat deze keuzes voor consequenties hebben.

Het werd heel duidelijk dat samenwerkingsafspraken goed doordacht en vastgelegd moeten worden. Zo is het wenselijk dat ons Huisartsen Rampenopvangplan (HaROP) aansluit op het Ziekenhuis Rampenopvangplan (ZiROP) en is het handig dat er al afspraken liggen over het verplaatsen van niet-rampgerelateerde spoedeisende huisartsenzorg naar een aanpalende huisartsenpost. Maar ook eenvoudigere zaken zoals zichtbaarheid van de hulpverleners en teksten voor verschillende media zijn goed vooraf te regelen. Bovenal werd duidelijk dat oefenen enorm belangrijk is.

Na de ETS-oefening heeft de CHPR het HaROP onder de loep genomen en zijn we bezig met diverse aanpassingen. En natuurlijk staat de eerste oefening binnenkort op het programma.

Colinda Hofman-van Vliet, huisarts en kaderhuisarts spoedzorg i.o.

In 2018 is volop gewerkt aan de opbouw van het ABR Zorgnetwerk Zuidwest Nederland. Hier volgen een paar van de highlights:


kennis en netwerkdag
8 februari 2018
115 bezoekers


abrzorgnetwerkzwn.nl
gelanceerd


9 nieuwsbrieven


twitter.com/abrznw
gelanceerd


linkedin.com/company/
abr-zorgnetwerk-zuid-
west-nederland
gelanceerd



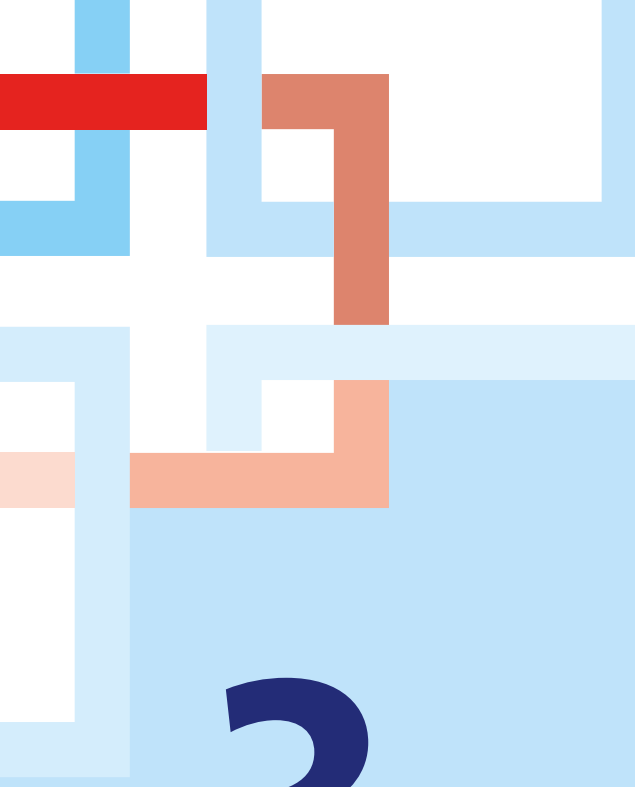
Janet Vos, Kwartiermaker Antibiotica-resistentie Zorgnetwerk

Het Regionaal Coördinatieteam (RCT) is vanaf mei 2018 op volle sterkte en bestaat uit:

Janet Vos, kwartiermaker ABR zorgnetwerk ZWN
Greet Vos, arts-microbioloog, Erasmus MC
Ine Frenay, arts-microbioloog, RLM Dordrecht-Gorinchem
Annelies Verbon, internist-infectioloog, Erasmus MC
Mariana Medonca Melo, internist-infectioloog, Erasmus MC
Anna Roukens, internist-infectioloog, Maastricht Ziekenhuis
Ellen Verspui, arts Maatschappij en Gezondheid, GGD ZHZ
Jan Christiaan, huisarts Vlaardingen
Rianne Vriend, epidemioloog, GGD Rotterdam
William Wezenbeek, deskundige infectiepreventie, GGD Zeeland
Renée van Hevele, specialist ouderengeneeskunde, SVRZ
Erika Kuilder, programmamanager, GGD Zuid-Holland Zuid
Marion van Kooten, secretaresse, Traumacentrum ZWN

Het ABR Zorgnetwerk heeft in 2018 een puntprevalentietelling in verpleeghuizen in Zuidwest Nederland uitgevoerd. Dit is een landelijk onderzoek waarbij de ABR-zorgnetwerken verantwoordelijk waren voor het includeren van locaties in de eigen regio. Bij 24 verpleeghuislocaties in Zuidwest Nederland onderzocht het Zorgnetwerk welk percentage van de bewoners de ESBL- of VRE-bacterie heeft.

Daarnaast heeft het ABR Zorgnetwerk in 2018 de opzet gemaakt voor een regionaal risicoprofiel antibioticaresistentie, een regionale zorgkaart afgerond en bruikbare databestanden gevonden om de risico's in beeld te brengen. Ook hebben de regionale ketenpartners actief meegedacht en via vragenlijsten informatie geleverd om de stand van zaken vast te stellen. In december stelde de stuurgroep versie 1.0 van dit risicoprofiel vast.



3

Uit het land



Landelijke Beraadsgroep Traumacentra (LBTC)

In 2018 zijn de volgende onderwerpen aan de orde geweest in de LBTC:

- Visitaties van de aangewezen level 1 traumacentra (Erasmus MC, UMCG, UMCU)

Landelijke traumaregistratie:

- Onderzoek agenda landelijke traumaregistratie 2018-2022
- Besluit patiënt gerapporteerde uitkomstmetingen in traumacentra bij klinische ongeval patiënten te gaan meten en hiervoor gebruik te gaan maken van dezelfde ondersteunende tool voor routinematige dataverzameling PROMs
- Toevoegen LTR item: aantal OK zittingen
- Dr. D. den Hartog, voorzitter van de LBTC, heeft tijdens de Traumadagen (jaarlijks 2-daags congres van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie) een presentatie gegeven over de landelijke data van de enkel- en voetletsels die in de LTR geregistreerd zijn
- Symposium Regionale traumazorg binnen landelijke kaders

Werkgroepen traumazorg (managers en LBTC leden):

- WG visitatie: werkt aan eenduidig visitatiemodel (om ook toe te kunnen passen voor level 2 en 3);
- WG traumaregistratie: inventarisatie (variatie in) regionale dataverzameling en advies over verbeteren data kwaliteit middels scholing;
- WG multitraumazorg: aangrijpingspunten benoemd voor verbetering directe opvang ISS>15 in traumacentra en in gesprek met AZN hierover.



Kerngroep zorgnetwerken antibioticaresistentie (ABR)

In 2018 is een kerngroep zorgnetwerken opgericht onder voorzitterschap van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waar alle regionale ABR Zorgnetwerken in vertegenwoordigd zijn.

In deze kerngroep wordt de voortgang van de verschillende pilots besproken. De procesregie van de pilots ABR Zorgnetwerken is belegd bij GGD GHOR Nederland en het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Zij voeren ook het secretariaat van de kerngroep en organiseren afstemmingsoverleggen tussen de tien ABR Zorgnetwerken.

Platform Regionaal Overleg Acute Zorgketen van de LNAZ

In dit platform komen alle actuele ontwikkelingen aan de orde en stemmen wij onze activiteiten af met de andere regio's.

Thema's die in 2018 besproken zijn betreffen onder andere de drukte op de SEH en de griepgolf, acute psychiatrie, zorgcoördinatie, implementatie IAT en voortgang Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

Verder maken we deel uit van werkgroepen griep (beheersorganisatie) en het kwaliteitskader Spoedzorgketen (werkgroep digitalisering t.b.v. de implementatie).



Loek Leenen is hoofd traumatologie in het UMC Utrecht en voorzitter van de wetenschappelijke adviesraad voor de landelijke traumaregistratie. Michiel Verhofstad is hoofd van de afdeling traumachirurgie in het Erasmus MC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Allebei hebben ze een heldere visie op de traumazorg en traumaregistratie. Michiel: “Registratie om het registreren is bezigheidstherapie. Turven is leuk, maar de optelsom moet leiden tot informatie.”

Toen Loek dertig jaar geleden als chirurg begon, zag de chirurgische praktijk er nog heel anders uit. “Je deed alles, van traumachirurgie tot vaatchirurgie. In mijn eerste dienst die ik draaide in het Elisabeth Ziekenhuis heb ik 32 operaties in één weekend uitgevoerd.” Michiel begon in 2003: “De wereld was nog analoog. Traumazorg is ketenzorg, dus hoe verbind je dan schakels in de keten met elkaar, om de optimale zorg te verlenen?”

Huidige traumazorg

Ze zijn het eens dat er veel verbeterd is in de afgelopen jaren. “We hebben de traumazorg verbeterd door de verdere regionalisatie ervan. Daarbij hebben we gezorgd dat niet alleen de ernstig gewonde patiënt op zijn plaats komt, maar ook de minder ernstig gewonden,” aldus Loek. Michiel vult aan: “We werken toe naar een stip aan de horizon. Nou hebben alle betrokken professionals een ander doel, dus die stip is meer een streep. Wel zegt nagenoeg iedereen dat een concentratie van de zorg gewenst is, omdat dit leidt tot routinematiger werken en daardoor stabielere kwaliteit.”

Concentratie van zorg

Concentratie betekent volgens de beide chirurgen dat er minder traumacentra komen. “Hebben we elf traumacentra nodig?” vraagt Michiel. “Het antwoord daarop is nee. Het VUMC en AMC fuseren nu, maar zij konden elkaar zien liggen. In de regio Rotterdam-Den Haag-Leiden is ook de vraag op je op zo’n korte afstand vier traumacentra nodig hebt.” Loek is het daarmee eens. “Nu zijn we in tien traumacentra bezig om 24/7 teams overeind te houden, waardoor we eigenlijk te weinig doen. Verdere concentratie betekent niet alleen dat er meer zorg naar traumacentra gaat, maar ook dat er minder traumacentra komen. Daardoor komt er meer ervaring met dit soort letsels in de individuele ziekenhuizen. Ik hoop dat we in 2030 zo verstandig zijn dat we in Nederland één of twee echte traumacentra hebben, voor de zeer ernstig gewonde patiënten.”

Traumaregistratie

De Nederlandse traumazorg wordt sinds 2007 in kaart gebracht met de Landelijke Traumaregistratie (LTR). In de 11 traumaregio’s worden door alle ziekenhuizen de data verzameld van de opgenomen traumapatiënten. In de traumacentra registreren de datamanagers deze traumapatiënten in de LTR met onder andere de gegevens over het ongeval, de opgelopen letsels en de behandeling. De datamanagers valideren de gegevens en zorgen voor de rapportage in de regio. Al deze data worden uiteindelijk in een landelijke rapport gepresenteerd. Loek: “Het voornaamste dat de LTR moet doen is het probleem van trauma duidelijk maken. Zo’n 80.000 patiënten per jaar worden met spoed opgenomen. Dat is een gigantisch aantal en moet veel meer aandacht krijgen.” Volgens Michiel zijn er nog wel verbeteringen in de registratie mogelijk. “Traumaregistratie is nu nog monnikenwerk. De vraag is hoe je systemen aan elkaar kunt koppelen, zodat je een boel overschrijfwerk niet meer hoeft te doen. Een gegeven is pas betrouwbaar vastgelegd als het geregistreerd, gecontroleerd, gecorrigeerd en geautoriseerd is. Bij de bron zou iemand op het hoogste detailniveau de diagnose moeten registreren. Daarna zou dit gegeven automatisch beschikbaar moeten worden voor databasedoeleinden. Dan kunnen medewerkers zich richten op controle en correctie. Fouten maken is tenslotte menselijk.”



We hebben de traumazorg verbeterd door de verdere regionalisatie ervan.

4

Over ons kenniscentrum



Over ons kenniscentrum

Onderzoek

Waar in eerdere jaren de ambitie uitgesproken is om onderzoek te doen binnen de kaders van het Traumacentrum, kan 2018 met recht als startschot gezien worden voor structureel uitvoeren van onderzoek vanuit onze organisatie.



Kwaliteit van leven en werk na een ernstig ongeval

Het leven van mensen na een ernstig ongeval is één jaar na dato nog niet teruggekeerd naar normaal. Een ernstig ongeval heeft grote impact op de ervaren kwaliteit van leven en terugkeer naar werk.

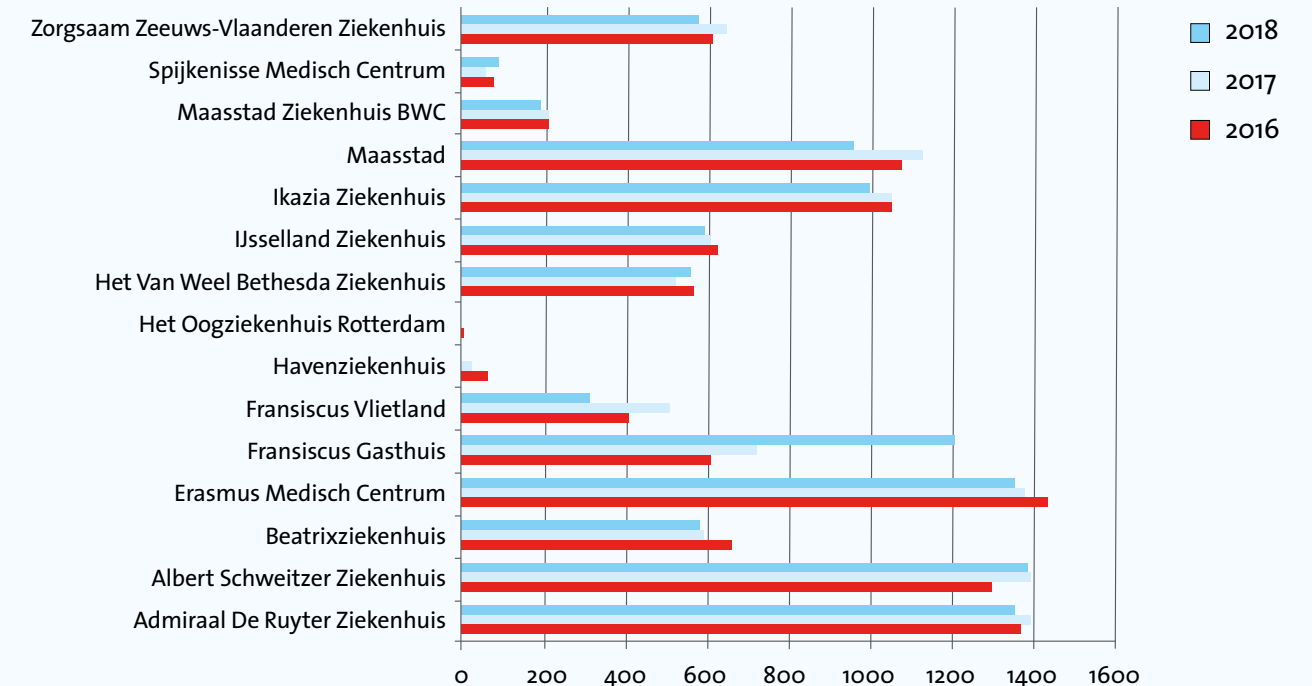
Mensen die letsel oplopen door een ernstig ongeval hebben één jaar na het ongeval een lagere kwaliteit van leven dan de referentiepopulatie in Nederland. Iets minder dan 90 procent ervaart op z'n minst in één gezondheidsdomein klachten: 49 procent heeft problemen met mobiliteit, voor 19 procent is zelfverzorging problematisch, 53 procent is beperkt tijdens dagelijkse activiteiten, 62 procent ervaart pijn en ander ongemak, 41 procent heeft angsten en depressies en 62 procent heeft moeite met cognitieve taken. Het grootste gedeelte geeft aan dat de ervaren problemen klein tot gemiddeld zijn.

Slechts iets meer dan een derde van de mensen die voor het ongeval werk hadden is één jaar na het ongeval 100% teruggekeerd naar hun werkplek. Iets minder dan een derde is deels teruggekeerd en een derde is niet teruggekeerd naar werk.

Landelijk worden elk jaar ruim 4000 ernstige ongevallen geregistreerd in de Landelijke Traumaregistratie. Naast het persoonlijke leed in families is de impact ook groot op de ziektelast van onze samenleving.

Traumaregistratie

Traumaregistraties per ziekenhuis 2016 - 2018



Herkomst 2018 (totaal 10.160)



Plaats ongeval
7236



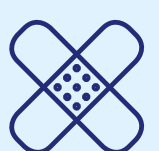
HAP/Huisarts
1624



Ziekenhuis
443



Radiologie
290



Overig en onbekend
567

Verwijzer 2018 (totaal 10.160)



112
5213



Huisarts
3727



Eigen initiatief
536



Ander ziekenhuis
490



Overig en onbekend
194

Vervoer 2018 (totaal 10.160)



Ambulance
7013



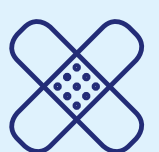
Eigen vervoer
2321



Traumahelikopter
38



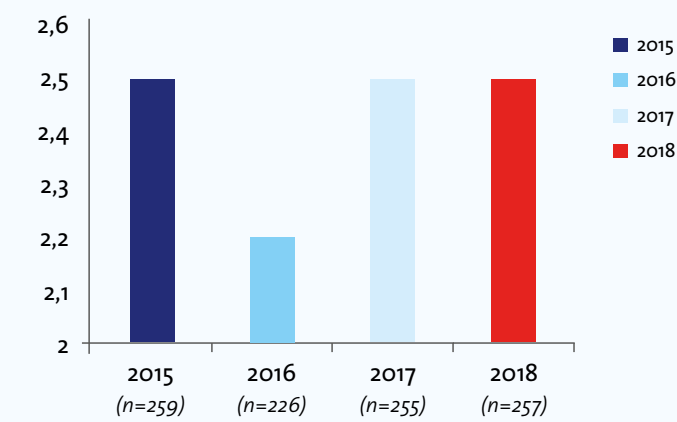
Ambulance met
MMT-inzet
465



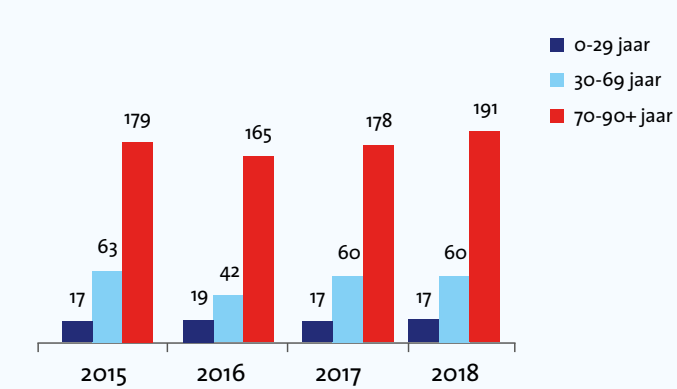
Overig en onbekend
323

Traumaregistratie vervolg

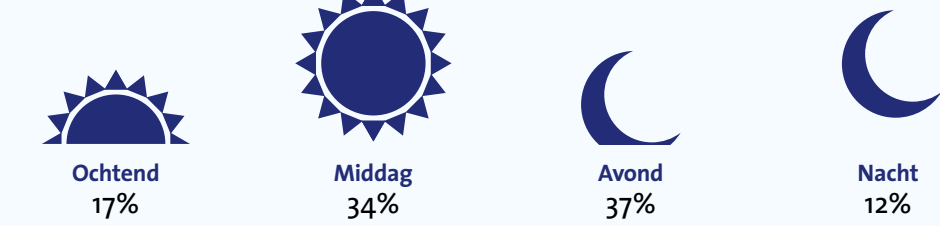
Overlijdenspercentage 2015 -2018



Overleden patiënten per leeftijdscategorie 2015 -2018



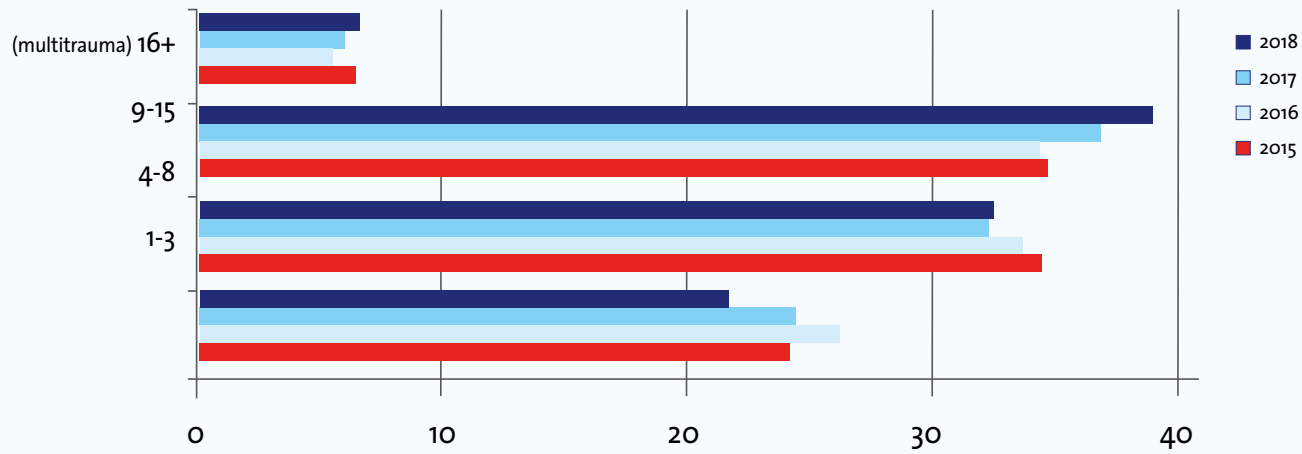
Aankomst op SEH per dagdeel 2018



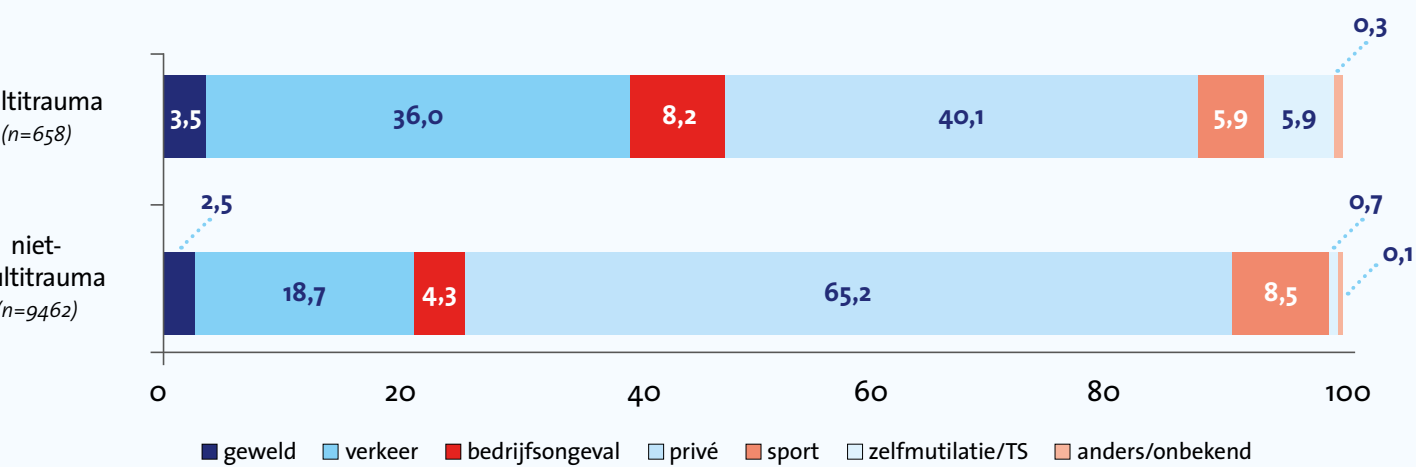
Opnameduur per categorie 2018

	Ziekenhuis	Intensive Care
1 dag	1245	100
2 dagen	3116	261
3-7 dagen	3391	261
8-14 dagen	1699	53
>15 dagen	709	62
Totaal	10.160	737

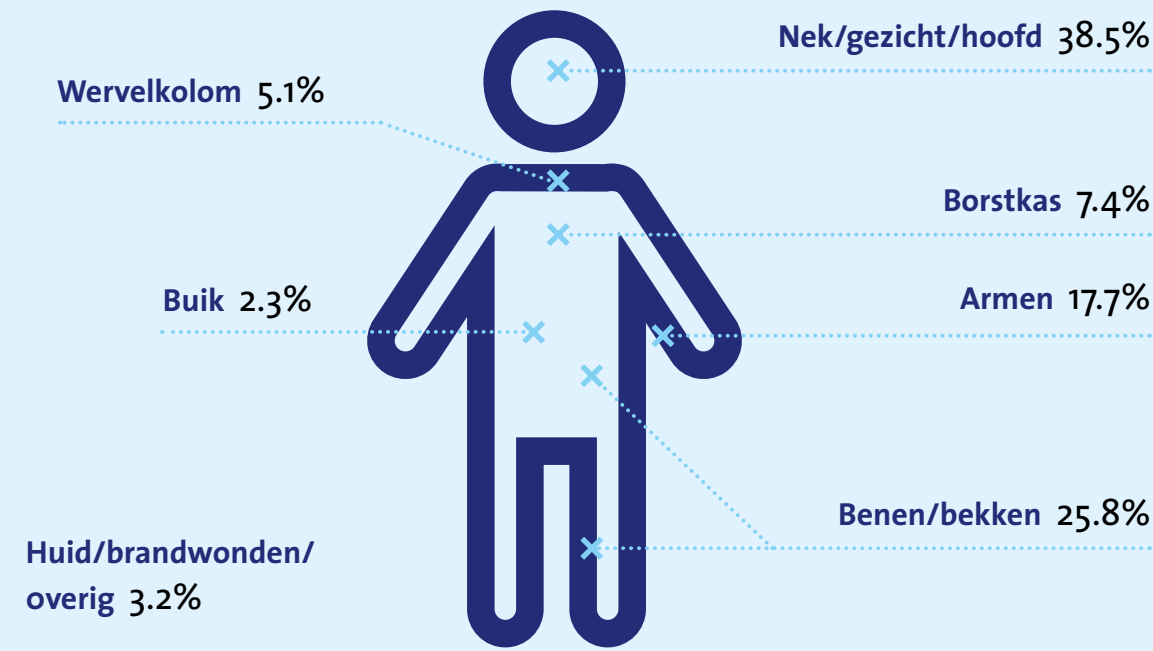
ISS-categorie 2015 - 2018



Oorzaak ongeval 2018



Verdeling letsels naar lichaamsregio 2018



Wilt u meer weten over de traumaregistratie?
Neem dan contact op met één van onze [datamanagers](#).

Ongeveer 20 jaar geleden begon het Traumacentrum ZWN met de refereeravond, toen nog heel kleinschalig en uitsluitend over MMT-gerelateerde onderwerpen. Wim Breeman, verpleegkundig specialist acute zorg bij de Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond (AZRR) en officier van dienst geneeskundig bij de GHOR Rotterdam-Rijnmond, begeleidt deze avonden. “We zijn begonnen in een achterzaaltje in het Erasmus waar we met hooguit tien belangstellenden zaten en langzamerhand werd het steeds drukker. We hebben nu plaats voor maximaal 220 mensen en de laatste vijf keer hadden we zelfs wachtlijsten.”

Met de komst van het ROAZ zijn de onderwerpen breder geworden dan alleen traumatologie en grote ongevallen. “De refereeravond wordt altijd georganiseerd met het idee dat de ketenpartners er wat aan moeten hebben. Iedereen die iets met acute zorg te doen heeft is welkom.”

Relevante onderwerpen

Het Traumacentrum Zuidwest-Nederland organiseert de avonden en betreft daar verschillende professionals uit het veld bij. De ervaring van Wim in de acute zorg helpt daarbij. “Ik heb 20 jaar op de helikopter en de auto van het MMT gewerkt en was gelijktijdig ambulanceverpleegkundige, nu werk ik bij de Hogeschool Rotterdam als opleider voor de verpleegkundige specialisten. Daardoor heb ik een aardige feeling van wat er in het veld gevraagd wordt en wat actueel is. We proberen op deze manier de onderwerpen actueel te houden en relevant voor de hele doelgroep.” Zo werd in de aanloop naar oud en nieuw een avond over brandwonden georganiseerd. “De mate en ernst van vuurwerkletsel was voor mij toch wel een eyeopener.”

Interactief op nieuwe wijze

Het huidige concept van de refereeravond bevalt. We hebben een afwisselend programma met ruimte voor praktijk, onderzoek en best practices en maken het interactief door bijvoorbeeld een quiz of door ruimte te geven voor discussie. “We sturen achteraf altijd een evaluatieformulier naar de aanwezigen en de avonden worden goed beoordeeld”. De refereeravond is bedoeld om ketenpartners van elkaar te laten leren, zodat we meer begrip voor elkaar hebben. Zodat we weten tegen welke problemen we allemaal aan lopen.”

Kennisuitwisseling centraal

Met name die kennis van elkaars sectoren maakt deze avonden relevant voor alle ketenpartners. “Kortweg kan je zeggen dat mensen wat meer diepgang in het onderwerp van de avond krijgen. Maar ook dat ze meer inzicht in de mogelijkheden van een bepaalde ketenpartner krijgen. Een ambulancedienst leert bijvoorbeeld welke instrumenten een MMT heeft, waardoor zij beter het MMT kunnen inschakelen. En na een avond over acute verloskunde weet een verloskundige weer wat ze van een ambulancedienst kunnen verwachten als ze die laten komen.” Tevens is de avond altijd een mooi moment om elkaar te ontmoeten en kennis en ervaring uit te wisselen.

Voor Wim is het daarom belangrijk dat de mix van doelgroepen op de avonden behouden blijft. “We hebben nu heel veel kennisuitwisseling onderling en dat is belangrijk. Ik hoop dat mensen interessante en relevante onderwerpen blijven aandragen.”



Refereeravond brandwonden 2018



v.l.n.r.: Prof. dr M.H.J. Verhofstad, drs. D. van Yperen, dr. C.H. van der Vlies, W. Breeman MSc, P.C. Gerritsen, M. Bakker, dr. J. Dokter

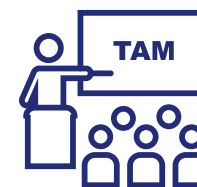
“

We zijn begonnen in een achterzaaltje in het Erasmus waar we met hooguit tien belangstellenden zaten. We hebben nu plaats voor 220 mensen en de laatste vijf keer hadden we zelfs wachtlijsten.

”

Trauma audit meetings (TAM's)

In 2018 werden er 7 TAM's georganiseerd binnen de volgende thema's, waaronder:



Traumatische reanimatie
t.g.v. massaal bloedverlies bij
steekwonden

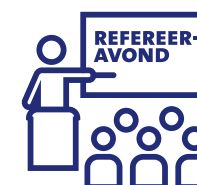


Patiënten opvang (van melding
calamiteit tot terugplaatsing)
na stoom- en stroomstoring



Gewonde automobilist
na frontale botsing

Refereeravonden



'Acute verloskunde'
6 juni 2018
175 bezoekers
Beoordeeld met een 8,5



'Brandwonden groot en klein'
19 december 2018
> 200 bezoekers
Beoordeeld met een 8,0

Verdiepende scholing voor trainers en werkbegeleiders ambulancediensten

Aanwezig: trainers en werkbegeleiders ambulancediensten van het Witte Kruis (RAV Zeeland) en AZRR



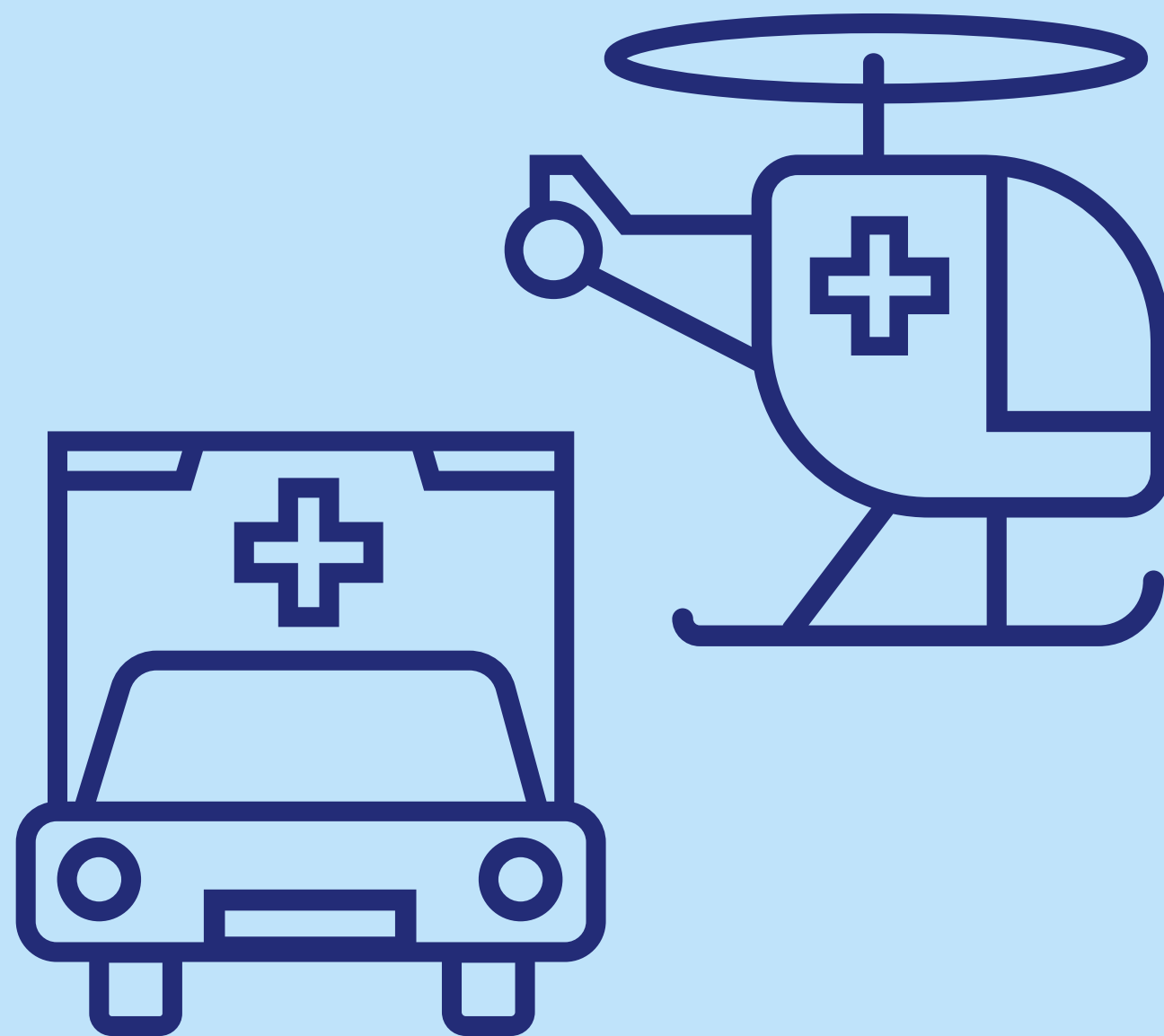
Traumatische reanimatie, evidence based
inzichten, ervaringen en casuïstiek, Mass Civilian
Shooting & Bombing Incidents en kenmerkende letstels
24 mei 2018



'Traumaopvang volwassenen &
kinderen en intoxicaties'
6 november 2018

5

Mobiel Medisch Team



Mobiel Medisch Team

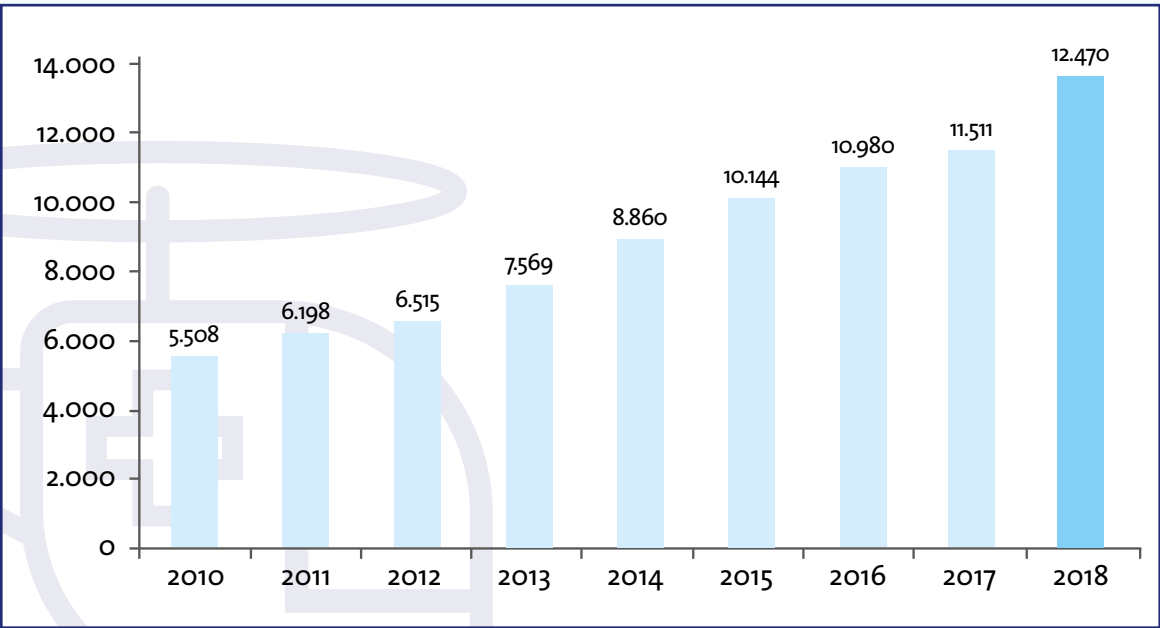
Het Mobiel Medisch Team (MMT) verzorgt prehospital medisch specialistische zorg. Dit is altijd in aanvulling op de zorg die de ambulancedienst op straat levert. Het MMT verplaatst zich met een helikopter door de regio. Wanneer dit niet kan, bijvoorbeeld vanwege de weersomstandigheden, is er een voertuig beschikbaar. Op straat is er een zeer goede samenwerking met de andere dienstverleners zoals de ambulancedienst, brandweer en politie.



Met de drie andere MMT's uit Amsterdam (Lifeline 1), Nijmegen (Lifeline 3) en Groningen (Lifeline 4) vormt het MMT van het Traumacentrum ZWN uit Rotterdam (Lifeline 2) een dekkend netwerk in Nederland.

Landelijke Oproepgegevens (2010 – 2018)

Het totaal aantal oproepen in Nederland stijgt al jaren. Ook de oproepen van het MMT van het Erasmus MC dragen hier aan bij.



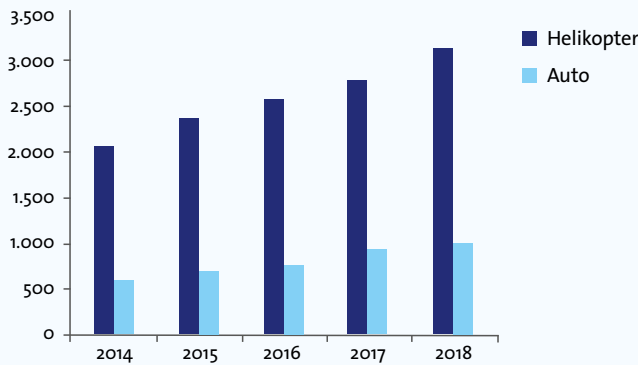
Figuur 1 Landelijke oproepgegevens 2010 - 2018

Oproepen Lifeline 2

In tabel 1 en figuur 2 is te zien hoe vaak het MMT in 2018 is opgeroepen en hoe dit aantal zich verhoudt tot de voorgaande jaren.

	2014	2015	2016	2017	2018
Helikopter	1982	2348	2552	2752	3091
Auto	610	717	764	932	998

Tabel 1 Oproepen helikopter en auto, 2014 tot en met 2018



Figuur 2 Oproepen helikopter en auto, 2014 tot en met 2018

In tabel 2 zijn het aantal oproepen voor 2018 per meldkamer weergegeven, uitgesplitst naar het gebruikte vervoersmiddel.

Regio	Helikopter	Auto
Rotterdam-Rijnmond	868	549
Zuid-Holland Zuid	296	54
Brabant Midden-West-Noord	500	72
Haaglanden	431	215
Hollands Midden	265	49
Zeeland	266	22
Overig	465	37
Totaal	3091	998

Tabel 2 Oproepgegevens per meldkamer

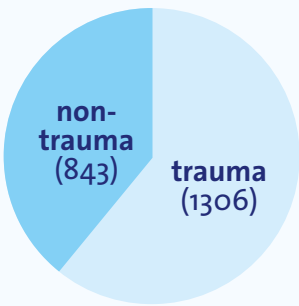
Inzetgegevens

Als het team ter plaatse daadwerkelijk hulp verleent, spreken we van een inzet. Het aantal inzetten van het team wordt berekend door de cancels af te trekken van het aantal oproepen. Er zijn verschillende oorzaken om voortijdig een oproep te annuleren, bijvoorbeeld als het slachtoffer is overleden voordat het MMT is gearriveerd. In onderstaande tabel 3 staan het aantal oproepen, inzetten en cancels voor 2018, uitgesplitst naar het gebruikte vervoersmiddel.

	oproep	inzet	cancel	cancel%
Helikopter	3091	1618	1473	48 %
Auto	998	531	467	47 %
Totaal	4089	2149	1940	47 %

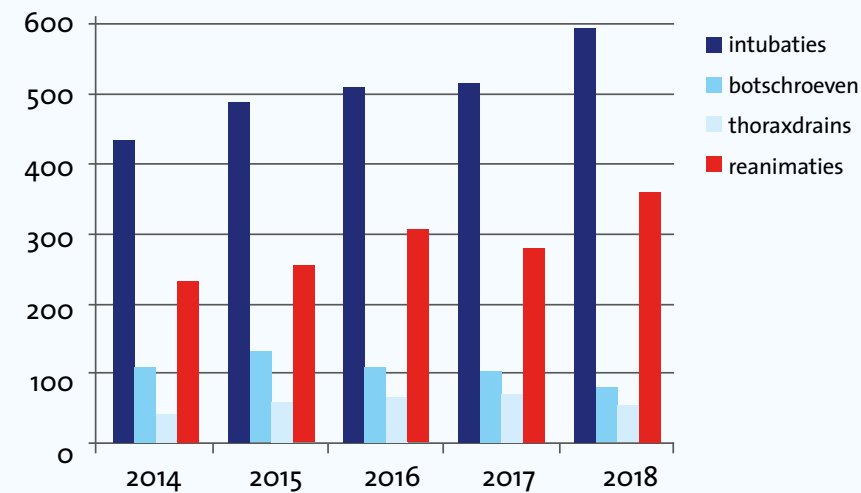
Tabel 3 inzetten en cancels met de helikopter en auto in 2018

In 2018 was er bij 1306 van de 2149 inzetten (60,8%) sprake van een ernstig trauma. Het team werd 843 keer (39,2%) ingezet voor een levensbedreigende situatie waar geen trauma aan ten grondslag lag.



Figuur 3 Inzetten in 2018 trauma gerelateerd vs. inzetten non-trauma gerelateerd

In **figuur 4** zijn het aantal en de soorten medische handelingen tijdens inzetten weergegeven.



Figuur 4 Medische handelingen 2014 tot en met 2018

Evenementen

Het MMT is bij twee evenementen aanwezig geweest. Dat gebeurde altijd op no-show basis.

Kennisdeling

MMT-leden publiceerden in 2018 in nationale en internationale tijdschriften waaronder bijvoorbeeld Air Medical Journal en European journal trauma and emergency surgery. Verder gaven zij met grote regelmaat voordrachten op congressen en symposia zoals het Sportcongres van de NVT of het Symposium Traumaopvang bij kinderen. Daarnaast leverden zij bijdragen aan onderwijs en bijscholingen in de regio. Tot slot participeerden meerdere teamleden in de protocollencommissie van het Landelijke Protocol Ambulancezorg (LPA).

Stage

Voor de collega's van de ketenpartners in de regio Zuidwest-Nederland biedt het Traumacentrum ZWN de mogelijkheid om een dag mee te lopen met het MMT. In 2018 zijn 52 stagedagen geweest. Gemiddeld liepen ruim vijf stagiaires in tien maanden per maand mee (april en mei waren er geen stagiaires in verband met trainingen van de medewerkers).

Vliegen met bloedproducten

In 2017 startte het MMT met het meenemen van bloedproducten. Hiervoor is in nauwe samenwerking met de bloedbank en het transfusielaaboratorium van het Erasmus MC een zorgvuldige werkprocedure ontwikkeld. Op deze manier is bloed sneller beschikbaar en is het MMT ook niet meer afhankelijk van politie en regionale ziekenhuizen. In 2018 zijn 46 keer bloedproducten gebruikt.

Locatieonderzoek

De Gemeente Rotterdam heeft in 2018 onderzoek gedaan naar een nieuwe standplaats in de regio voor het MMT. De reden hiervoor was de problematiek rondom de geluidsruimte van Rotterdam The Hague Airport (RTHA). Uit het onderzoek is geen goede alternatieve locatie gekomen. RTHA blijft voorlopig de standplaats van het MMT. De discussie over de geluidsruimten is daarmee nog niet opgelost. Samen met de politie pleit het MMT er voor om de mogelijkheid die de wet biedt tot aparte geluidsruimte voor het maatschappelijk verkeer, ook daadwerkelijk toe te passen. Dit proces loopt in 2019 door.



Nieuwe contract met de ANWB MAA

In september 2018 hebben de vier MMT's in Nederland een nieuw contract afgesloten met de ANWB MAA. De ANWB MAA levert de komende jaren wederom piloten en helikopters aan de teams. Aan dit nieuwe contract is een intensief aanbestedingstraject voorafgegaan.

Nieuwe helikopter

In 2018 is de helikoptervloot van de ANWB MAA uitgebreid met een zesde helikopter van het type H135 (de PH-TTR). Deze nieuwe helikopter is stiller en efficiënter ten opzichte van de huidige EC 135. In 2018 zijn de piloten en de HCM-ers van Rotterdam opgeleid om deze nieuwe helikopter te kunnen vliegen.

In een nachtclub in Rotterdam raakte in december een 22-jarige man zwaar-gewond bij een steekpartij. Zes minuten nadat de melding binnenkwam, was het MMT ter plaatse. MMT-arts Robert Jan Houmes voerde op de vloer van de club een resuscitieve thoracotomie uit, waarmee hij het leven van de patiënt redde. “Het gaat naar omstandigheden goed met het slachtoffer. Hij heeft zijn leven weer kunnen hervatten. Ik begreep dat hij al een avondje is gaan poolen met vrienden.”

In een spoedsituatie is contact met de keten, van meldkamer tot ziekenhuis, zeer belangrijk, vertelt Robert Jan. “In mijn eentje kan ik het niet. Ik doe dit samen met mijn MMT-verpleegkundige, Jorrit Mol. Maar ook de samenwerking met de ambulancedienst en de politie is belangrijk. Als dat allemaal niet functioneert, heeft de patiënt ook geen kans.”

Van stabiliseren tot steriliseren

Bij aankomst zag het MMT dat snel handelen noodzakelijk was. “We hebben een ingreep gedaan buiten het ziekenhuis. Dat betekent dat je een operatie doet om de situatie ten minste te stabiliseren. Aangezien dit heel dichtbij het ziekenhuis gebeurde, was de voorwaarschuwingstijd voor het ziekenhuis zeer beperkt. Het ziekenhuis heeft ook een bepaalde opschalingstijd nodig. Dat hebben we gelukkig goed geregeld.” In het ziekenhuis is de operatie afgemaakt en is de wond gesteriliseerd. “Het is natuurlijk geen operatiekamer, de vloer van een club. Normaal gesproken kan het wel vijf tot tien minuten duren voordat het hele operatiegebied steriel is afgedekt. Die tijd heb je in een spoedsituatie niet.”

Resuscitieve thoracotomie

In 2011 begon het MMT met het uitvoeren van de thoracotomie. Daarvoor werd dit alleen in het ziekenhuis of op de spoedeisende hulp gedaan. Het MMT voert vijf tot zeven keer per jaar een resuscitieve thoracotomie uit en oefent regelmatig om de vaardigheid te behouden. “Een deel van de patiënten met een scherpe verwonding in de borstkas krijgt een circulatiestilstand, doordat bloed in het hartzakje komt. Dan werkt hartmassage niet en kan je niet al reanimerend naar het ziekenhuis gaan. We zijn de thoracotomie gaan trainen en dat is in de rest van Nederland overgenomen. Dat vergroot de overlevingskans van de patiënten.”

Impact op omstanders

Een spoedoperatie op straat heeft niet alleen invloed op de patiënt. Het MMT heeft ook te maken met de aanwezigheid van omstanders, zowel hulpdiensten als andere toeschouwers. “Voor hen is het ingrijpend om te zien dat iemand voor hun ogen opengesneden wordt. We waarschuwen van tevoren wel dat het beter is om niet te kijken. Maar als je zegt dat je beter niet kan kijken, gaan mensen vaak juist kijken. Daar kunnen ze wel erg last van hebben en achteraf moeten we daar vaak nazorg voor leveren. Net als slachtofferhulp doen we deze nazorg op verzoek. Dat kan dan van de ambulancedienst, politie of brandweer komen, maar de burgers zijn voor ons niet bereikbaar. Het is dus heel moeilijk om iedereen die het gezien heeft erbij te betrekken. Mijn boodschap aan iedereen is daarom: bescherm jezelf door je niet bloot te stellen aan dit soort heftige situaties en geef ons de ruimte om ons werk te doen.”



Ook de samenwerking met de ambulancedienst en de politie is belangrijk. Als dat allemaal niet functioneert, heeft de patiënt ook geen kans.



Wilt u het hele interview met Robert Jan online bekijken?
Ga dan naar: <http://www.youtube.com/watch?v=EZ1VTQX7e48>

6. Organisatie

Financiën *

Het Traumacentrum ZWN ontvangt diverse beschikbaarheidsbijdragen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het uitvoeren van haar taken. Deze beschikbaarheidsbijdragen zijn gebaseerd op beleidsregels. Via een accountantsverklaring wordt aan het eind van het jaar verantwoording afgelegd aan de NZa.

	Traumazorg en ROAZ	OTO	MMT
Verleningsbeschikking NZa	851	1.136	5.989
Verantwoording NZa	959	1.100	5.910

Alle genoemde bedragen x 1.000

* Onder voorbehoud van goedkeuring door de accountant

Personeel

In 2018 zijn veel nieuwe medewerkers bij het Traumacentrum Zuidwest-Nederland komen werken. Een nieuwe secretaresse en nieuwe manager zijn gestart. Aan het datamanagement is een medewerker dataregistratie toegevoegd zodat een deel van de datamanagers zich meer op onderzoek kan richten. Op de acute zorg zijn we enige tijd onderbezet geweest waardoor noodgedwongen keuzes gemaakt moesten worden in de werkzaamheden en ondersteuning van de regio.

Eind 2018 waren alle plaatsen ingevuld door de start van nieuwe adviseurs voor de acute en opgeschaalde zorg. Begin 2019 is nog een adviseur acute zorg aangetrokken. De uitbreiding is nodig om alle aanvullende taken (vanuit de nieuwe AmvB) goed uit te voeren en de regio optimaal te ondersteunen.

7. Vooruitblik

Een blik op de toekomst van het ROAZ

Het acutezorglandschap staat niet stil. De landelijke verwachting is dat er zeker nog verschuivingen gaan plaatsvinden in de acute zorg. VWS ziet de meerwaarde van het ROAZ in een situatie waarbij de acute zorg onder druk staat.

De concept Algemene Maatregel van Bestuur voor de ROAZ'en zet het ROAZ meer in positie, vraagt om bredere aansluiting van ketenpartners en beschrijft concreter de taken die moeten worden vervuld. Denk aan het bieden van 24/7 inzicht in de beschikbare capaciteit van acute zorg, inzicht in doorlooptijden en het maken van bindende afspraken over welke patiënt waar naar toe moet.

Een andere belangrijke ontwikkeling is zorgcoördinatie. In onze regio is in 2018 een stuurgroep zorgcoördinatie gestart. Zij gaan in 2019 initiatieven stimuleren en verbinden, die een bijdragen gaan leveren aan juiste zorg op de juiste plek. Een spannende en uitdagende ontwikkeling! Houd voor meer informatie de [website](#) in de gaten.

In 2019 staan een aantal projecten op de [agenda](#). Zoals de nulmeting van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, het uitrollen van een Capaciteits-inzichtmodel en de verdere uitrol van de risicogerichte benadering. Voor actuele informatie over deze projecten en de contactpersoon kunt u onze [website](#) raadplegen.



Reacties kunt u richten aan:

Traumacentrum Zuidwest-Nederland

Erasmus MC, gebouw Ba-0
Dr. Molewaterplein 40
3015 GD Rotterdam

Telefoon: 010 - 703 50 34
E-mail: stafbureau.tczwn@erasmusmc.nl