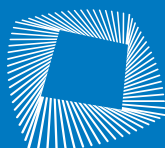




editie 12, april 2013

traumapost



TraumaNet AMC

Agenda

Landelijke OTO bijeenkomst

Datum: 21 mei 2013
Tijd: 09.30 - 12.30 uur
Locatie: Meeting Plaza, Utrecht CS

Overige bijeenkomsten in 2013: 18 juni, 17 september, 15 oktober, 19 november en 17 december.

Regionaal Trauma Overleg

Datum: 23 mei 2013
Tijd: 16.30 - 18.00 uur
Locatie: De Fonteinzaal, AMC

Overige bijeenkomsten in 2013: 5 september, 12 december.

Kennisplatform ROP-OTO

Datum: 3 juni 2013
Tijd: 13.30 - 16.00 uur
Locatie: G4-174, AMC

Overige bijeenkomsten in 2013: 2 september, 18 november.

MMA-overleg

Datum: 4 juni 2013
Tijd: 12.30 - 14.00 uur
Locatie: VUmc

Thema-avond Traumatologie

Datum: 10 juni 2013
Tijd: 16.30 - 20.30 uur
Locatie: Collegezaal 4, AMC

Regionaal Overleg Acute Zorg

Datum: 14 juni 2013
Tijd: 13.00 - 15.00 uur
Locatie: Planetarium, Amsterdam Zuidoost

TraumaFysioNet AMC

Datum: 17 juni 2013
Tijd: 17.00 - 18.00 uur
Locatie: G4-174, AMC

Overige bijeenkomst in 2013: 26 augustus, 28 oktober, 6 december.



Samenwerking GHOR en huisartsen

In februari werd het convenant over de samenwerking tussen huisartsen (organisaties), de GGD en de GHOR in Flevoland ten tijde van rampen en crises ondertekend. Het convenant verwijst naar het recentelijk opgestelde huisartsenrampen-opvangplan, kortweg HAROP. Ter voorbereiding op een ramp of crisis is dit plan door en voor de huisartsenzorg opgesteld. GGD en GHOR Flevoland hielpen hierin mee. Het plan regelt de organisatie van de huisartsenzorg ten tijde van een ramp of crisis, zoals bij een groot ongeval met vele zwaar- en lichtgewonden of bij de uitbraak van een infectieziekte.

Het convenant werd ondertekend door alle betrokken partijen, te weten: GHOR Flevoland, GGD Flevoland, TraumaNet AMC, Medrie, de Zorggroep Almere, LHV Huisartsenkring Amsterdam (Almere) en Huisartsenkring Zwolle/Flevoland.

Bij crises staan GGD-medewerkers paraat

‘Meer grip op GROP’

- Enkele jaren geleden leek het er landelijk op dat de GGD's onvoldoende waren voorbereid op een efficiënte taakvervulling bij een crisis of ramp. Vandaar de totstandkoming van het GROP: het GGD Rampen Opvang Plan. Elke GGD in Nederland werkt met een dergelijk plan. In Amsterdam wordt er gewerkt met een specifiek leertraject, het zogenaamde OTO (Opleiden, Trainen en Oefenen), voor GGD-medewerkers ter voorbereiding op dergelijke situaties.

Het GROP van de GGD Amsterdam en de daarbij behorende OTO-cyclus worden gefinancierd door subsidiegelden van het ministerie van VWS die door TraumaNet AMC en het Netwerk Acute Zorg, regio VUmc worden beheerd. Het GROP en OTO zijn ondergebracht bij de GHOR, de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio, die werkt vanuit de GGD Amsterdam.

Marijke Ekkelboom, sinds 2010 werkzaam bij het GHOR-bureau kan er kort over zijn: bij een crisis moeten GGD-medewerkers direct en daadkrachtig kunnen handelen. ‘Je kunt er geen boeken op gaan naslaan of uitgebreid discussiëren over de beste aanpak. Jouw rol binnen die plotseling ontstane hectiek moet als het ware tussen je oren zitten.’ Om dat binnen de organi-

satie voor elkaar te krijgen, ontwikkelde ze een leertraject voor alle medewerkers die daartoe een aantal fasen doorlopen. Ekkelboom haalt achtereenvolgens aan: bewustwording van je positie als medewerker bij een crisis of ramp, het via e-learning onder de knie krijgen van de benodigde kennis over het GROP en deze vervolgens in praktijk trainen en oefenen. ‘In oktober sluiten we de OTO-cyclus 2011-2013 af. Dan houden we met de voltallige GGD Amsterdam een grote oefening. Gekeken wordt bij de evaluatie of de juiste mensen op de juiste plek zaten en de juiste dingen deden. En of aspecten als elkaar aflossen en de catering goed liepen. Als de exercitie goed verloopt, heeft het GROP zich positief bewezen.’ >>



Grootscheepse oefening in oktober

Het GROP is nu al geen onbekende meer binnen de GGD Amsterdam. Ook niet bij nieuwe medewerkers, waarvoor het leertraject gelijk onderdeel wordt van de inwerkperiode. 'Dwars door de organisatie heen is er zogezegd steeds meer grip op GROP. Iedereen weet dat bij een crisis/ramp gelijk een crisisteam wordt gevormd. Betrokkenen weten wat van hen wordt verwacht en welke procedures doorlopen moeten worden. Heel belangrijk is natuurlijk dat we dezelfde boodschap naar buiten uitdragen. Het zijn essentiële punten, die tijdens OTO aan de orde komen.' aldus Ekkelboom. Zij vermoedt dat de grootscheepse oefening in oktober

goed gaat verlopen. 'Dat kan niet anders. Ik zie alleen maar hele enthousiaste GGD-medewerkers die meedoen aan OTO. Natuurlijk zullen er achteraf bijstellingen komen. Maar dat is juist goed. Dat houdt ons permanent op scherp. Precies zoals de praktijk dat van ons, van de GGD, vraagt.'

Een praktijkgeval

Als voorbeeld van een crisis waarbij de GGD direct werd betrokken, haalt Ekkelboom de Amsterdamse zedenzaak uit 2010 aan. Op een van de kinderdagverblijven bleek een medewerker kinderen seksueel te hebben misbruikt. Het nieuws werd in een weekeinde openbaar gemaakt. 'Het GROP werd aangewend, waardoor gelijk duidelijk werd wie welke procedures moest doorlopen. De crisis, inhoudelijk zeer ernstig van aard, werd daarmee zo aangepakt dat het crisisteam zich in eerste instantie richtte op een optimale opvang van de slachtoffers. De GGD was echter ook onderdeel van die zedenzaak gezien het feit dat de controle op kinderdagverblijven één van haar taken is. De crisis had dus ook gevolgen voor de interne gang van zaken. Ondanks de noodzakelijke focus op twee fronten: op slachtoffers en interne problematiek, voerde de GGD vanaf maandag gewoon haar reguliere taken uit. 'n Perfecte stroomlijning dankzij het GROP.' ■

Traumazorg

Thema-avond Traumatologie Vuurwerk - knallend het jaar uit?!

- Op maandag 17 december organiseerde TraumaNet AMC de thema-avond Traumatologie, met een toepasselijk thema voor de tijd van het jaar: vuurwerk. De drie onderdelen die tijdens deze avond aan bod kwamen waren oogletsel, handletsel en brandwonden. De avond begon met een inleiding over het opsporen van vuurwerk bommenmakers, immers: voorkomen is beter dan genezen. Het onderwerp bleek een schot in de roos.
- Een volle collegezaal met een recordaantal van 260 deelnemers; oliebollen, een winters buffet en plaatjes van vuurwerkletsel die zelfs deze gelouterde groep deelnemers niet geheel onberoerd lieten. Vuurwerk, knallend het jaar uit?!

Task Force Opsporing Vuurwerk Bommenmakers; de Nederlandse CSI

Ilja van Alten van Veiligheid NL, projectleider van de vuurwerkcampagne Taskforce Opsporing Vuurwerk Bommenmakers, ontpopte zich tijdens haar inleiding als een ware CSI-detective. 'Dit jaar hebben we in plaats van de traditionele vuurwerkcampagne in de media gericht op de individuele vuurwerkgebruiker, gekozen voor een online één op één aanpak van de vuurwerkbommenmakers. Hierbij hebben we samengewerkt met de politie en was het doel het vergroten van de perceptie van de pakkans en het afbreken van het online podium. De aanpak van vuurwerkbommenmakers is hard nodig, want vuurwerkbommen zorgen nog steeds voor zwaargewonden en doden. De inspanningen van de Taskforce waren gericht op de plek



waar ze hun (vuurwerk)kunsten vertonen en anderen inspireren: YouTube. Deze aanpak bleek succesvol. In twee maanden tijd werd hun podium afgebroken; 60% heeft zijn films verwijderd, 500 bommenmakers zijn persoonlijk gewaarschuwd. Met naam en toenaam werden ze aangesproken, de bommenmakers die dachten dat ze hun activiteiten volledig anoniem konden uitoefenen werden geïdentificeerd waardoor de schrik er goed

in zat en de lol er snel vanaf was. Hieraan hebben ook 'de Nederlanders' bijgedragen. Zij werden opgeroepen om bommenmakers in hun buurt aan de Opspringstiplijn te melden. Een, overigens bedoeld, bijeffect was de enorme publiciteit die de campagne opleverde. De campagne was zo spraakmakend, dat deze in andere media, TV, radio en print ging rondzingen en daardoor ook de ouders van de bommenmakers bereikt werden. Volgend jaar gaat Veiligheid NL verder met deze aanpak. Het online podium van bommenmakers gaan ze helemaal omver trekken waarbij iedere bommenmaker zich zal realiseren: 'als ik mijn filmpje upload, krijg ik met de Taskfore te maken'. Als dat besef er is, dan laten ze het wel.'

Vuurwerk: oogverblindend mooi

Vitreoretinaal chirurg Marco Mura van het

AMC is gespecialiseerd in minimale invasieve oogchirurgie en netvliesletsel; dit is een specialisme in ontwikkeling en is sterk afhankelijk van technologie en microchirurgische apparatuur die micrometers (een duizendste deel van een millimeter) kunnen waarnemen. Hij realiseert zich dat oogletsel niet levensbedreigend is, maar wel heel bepalend voor de kwaliteit van leven. Met de juiste behandeling kan het oog vaak gered worden en daarmee voor de patiënt een wereld van verschil maken. Mura houdt het praktisch in zijn verhaal en geeft vele tips voor de ambulancedeemedewerkers en SEH-verpleegkundigen in de zaal die als eersten met oogletsel van een patiënt geconfronteerd worden. Wat moeten zij doen? Mura maakt een onderscheid in de behandeling van verschillende soorten trauma's, zoals een scherp trauma, waarbij een voorwerp door de huid heendringt

Soort trauma	Behandeling
Algemeen:	<ul style="list-style-type: none"> - Het oog nooit met kracht openen - Handelen als hieronder en dan bij voorkeur naar academisch of oogziekenhuis - Weet je het niet? Oogkap op het oog
Scherp trauma	Het voorwerp nooit verwijderen (alleen vastplakken tegen de huid, onbeweeglijk), niets doen, oogkap erop. Geen ijs, geen zalf, geen antibiotica. Alleen wanneer je zeker weet dat er geen open wond is → ice-pack om pijn te verlichten.
Stomp trauma	Zwelling van het ooglid /bloeding achter de oogbal → bloed naar buiten laten vloeien om te voorkomen dat de oogzenuw door compressie doodgaat; 'zetten van een 'knip' met schaar of scalpel. Spoedindicatie, geen tijdverlies!
Chemisch trauma / 'zuren'	20 minuten spoelen en pleister/verband met zalf
Chemisch trauma / 'loog'	30 minuten spoelen en pleister/verband met zalf. Fornix van het oog voorzichtig schoonmaken bij 'chalk burns'

(bijvoorbeeld een mes), een stomp trauma waarbij door een stomp schade ontstaat zonder huid oppervlak beschadiging, de behandeling van chemisch letsel en de behandeling van oogletsel als gevolg van vuurwerk. In het kader is een schematisch overzicht van deze behandelingen te zien. Bij iedere vorm van oogletsel is een snelle adequate behandeling noodzakelijk. Voor wat vuurwerkletsel betreft: iedereen een vuurwerkbril op! Voorkomen is beter dan genezen.'

Handletsel: op een hand te tellen

'De jaarwisseling is zeker een spannende periode voor ons in het AMC waar veel handchirurgie gedaan wordt.' Na de pauze met de overheerlijke winterstampotten, neemt Robert de Wijn, assistent van de afdeling plastische, reconstructieve en handchirurgie van het AMC het woord. 'De aard en de ernst van handletsel als gevolg van vuurwerkongelukken wisselt enorm, maar er is wel een patroon te signaleren: ontvelling, verscheuring van weefsels, vingers weggeslagen vanuit de handpalm ('blast injury'), vergelijkbaar met de gevolgen van een explosie.' Wat te doen ter plekke? Hoe te behandelen en wat te doen op de SEH? De Wijn is duidelijk in zijn adviezen. 'Handletsel staat gelijk aan extremitetenletsel; het ambulanceprotocol luidt dan ook: fixatie en stabiliseren'.

Hij benadrukt het belang van de bloedvaten: 'reponeer de vingers zo veel mogelijk in een anatomische stand, waardoor de doorbloeding doorgaat. Probeer daarbij in ieder geval

de duim te redden, want die bepaalt 40% van de handfunctie. Verbind de hand met een vet, steriel gaas en een drukverband (liever geen tourniquet in verband met bloedtoevoer naar het weefsel), houd de hand hoog. Dat kan de redding van een vinger betekenen en 'neem alles mee'; stop geamputeerde delen, botfragmenten in steriel gaas in een plastic zak, knoop deze dicht en leg het op smeltend, 'niet te koud' ijs. Geef in de ambulance snel systemische, intraveneuze pijnstilling. Op de SEH moet eerst de handletselkaart doorlopen worden (zie afbeelding). >>

Handletselkaart

Anamnese
Traumamechanisme, dominantie, beroep/hobby's, leeftijd, VG, medicatie, roken

Inspectie
Zonder verband. Ook in stand van het trauma. Normale cascade: toenemende flexie van wijsvinger naar pink (fig. 1). Afwijkingen wijzen m.n. op flexorpeesletsel

Rotatiebeoordeling: maak een vuist, de vingers wijzen naar het scaphoideum (fig. 2)

Sensibiliteit
Test de tastzin, bij voorkeur 2-punts discriminatie, van de vingers aan de ulnaire en radiale zijde en in innervatiegebieden van de zenuwen
Vergelijk met gezonde zijde (fig. 3, 4)

Vascularisatie
Test pulsatie van a. radialis, a. ulnaris en capillary refill (lage sensitiviteit)
Let op kleur en temperatuur

Motoriek
Actief en passief bewegingsonderzoek

Dig I
flexie, oppositie, extensie
pezen begrenzing tabatière anatomique (fig. 5)
motorische innervatie van de duim (fig. 6-8)

Dig II-V (fig. 9-12)
flexie (FDS/FDP), extensie
2^{de} extensorpees wijsvinger en pink: 'double horn sign' (fig. 13)

Pols (fig. 10)
flexie, extensie, radiaal deviatie, ulnair deviatie, supinatie, pronatie
Let bij passieve flexie en extensie van de pols op stand van de vingers (continuïteit extrinsiek buig- en strekapparaat)

fig. 1 normale cascade van de hand
fig. 2 rotatiebeoordeling
fig. 3 sensibiliteit palmar zijde
fig. 4 sensibiliteit dorsale zijde
fig. 5 begrenzing tabatière anatomique
fig. 6 flexie IP-gewricht n. medianus
fig. 7 adductie duim n. ulnaris
fig. 8 extensie duim n. radialis
fig. 9a extensorpezen
fig. 9b FDS/FDP
fig. 10 dwarsdoorsnede pols plus gewicht opvallend

MediRisk
VVA

(Bron: www.nvsha.nl)

Is de patiënt links- of rechtshandig? Wat is het beroep? Rookt de patiënt? Observeer goed! Wat zie je, hoe is de stand van de vingers? De vascularisatie bepaalt het amputatie-niveau. Prik je met een naaldje in de vinger en komen er druppeltjes bloed terug, dan weet je al meer. Maak tot slot een röntgenfoto en lichtfoto van de hand.'

Door middel van casuïstiek toont De Wijn de ernst van vuurwerkletsel aan, zoals de verwoestende werking van een Cobra met 48½ gram kruid bij een jongen van 11. Een hand? Je kunt het geen hand meer noemen. De zaal is er stil van.

Brandwonden: met vuur(werk) spelen

De laatste spreker van de avond prof. dr. Roelf Breederveld, traumachirurg Rode Kruis Ziekenhuis / Brandwondencentrum in Beverwijk. Hij begint zijn verhaal met de zin: 'vuurwerkletsel is vergelijkbaar met oorlogletsel en moet dan ook als zodanig behandeld worden; pure oorlogschirurgie.' Vanuit zijn functie in het Brandwondencentrum heeft Breederveld in zijn verhaal de focus op brandwonden en vuurwerk; eerste behandeling ter plekke en op de SEH. 'De eerste behandeling bestaat allereerst uit het verwijderen van de warmtebron; blus en/of doof de vlam. Koel vervolgens de wond tien tot twintig minuten met handlauw stromend water. Check in het veld snel de ABC's (A= Ademweg, B=Breathing, C=Circulatie) en dan SCOOP AND RUN. Vervoer bij een aangezicht- of halsverbranding de patiënt rechtop zittend, geef zuurstof, bedek de wonden met een schone doek en

geef morfine voor pijnbestrijding. Aangekomen bij de SEH wederom de ABCD-check, nu uitgebreid met E=External (wondcheck: brandwond-oppervlakte en -diepte) en F=Fluids (aan de hand van 2e en 3e graads brandwonden berekening van de hoeveelheid vocht die het slachtoffer moet krijgen). Vervolgens worden, soms al uit voorzorg, ingrepen verricht: intubatie, tracheotomie, infuus, escharotomie om de circulatie van de extremiteit veilig te stellen. Daarna volgt de wondbehandeling en overplaatsing naar het Brandwonden Centrum voor specialistische hulp, revalidatie en resocialisatie'.

Voorzitter prof. dr. Carel Goslings, traumachirurg in het AMC geeft een heldere samenvatting en sluit vervolgens af. Vuurwerk verbieden? Ondanks de verhalen van deze avond steekt slechts een klein gedeelte van de zaal hun hand op. 'OK, verbieden gaat dus voorlopig niet gebeuren, maar we moeten ons wel goed voorbereiden op de nacht van 31 december en de dagen daaromheen. Ik hoop dat iedereen die moet werken op Oud en Nieuw veel gehad heeft aan de praktische tips van deze avond en voor de mensen die niet werken: vuurwerkbrillen op en voorzichtig zijn. Goede en gezellige feestavonden en alvast de beste wensen!' ■

Alvast voor in uw agenda:

De volgende thema-avond Traumatologie staat gepland op maandagavond 10 juni met als overkoepelend thema 'Geweldsdelicten'. Meer informatie volgt via onze website: www.TraumaNetAMC.nl.

ROAZ nieuws

- **Op 1 februari jl. heeft er weer een ROAZ AMC plaats gevonden.**
- **Op deze zeer goed bezochte bijeenkomst zijn vele uiteenlopende zaken besproken. Hieronder een kort overzicht.**

Instellen Dagelijks Bestuur ROAZ AMC

Het ROAZ AMC kent al langere tijd een agendacommissie. Deze commissie stelt de agenda op en bereidt de ROAZ vergaderingen voor. Gezien de vele ontwikkelingen in de regio en de behoefte om ook tussen de ROAZ vergaderingen door te kunnen overleggen en afstemmen over de voortgang is besloten om deze agendacommissie te laten vervallen en een Dagelijks Bestuur van het ROAZ AMC in te stellen. Dit Dagelijks Bestuur is op 1 februari jl. formeel ingesteld en bestaat uit een afvaardiging vanuit de ziekenhuizen, de GHOR, de Ambulance-diensten, de huisartsenposten en deelnemers vanuit het AMC. Ondersteuning vindt plaats vanuit Bureau TraumaNet AMC. De voorzitter van het ROAZ is ook voorzitter van het Dagelijks Bestuur.

Convenant ketenpartners Acute Zorg

Verder is besloten dat er een convenant wordt opgesteld met alle ketenpartners binnen de acute zorg waarin de doelstellingen en de werkwijze van het ROAZ worden beschreven. Aangevuld met een reglement met een beschrijving van de verschillende

taken, afspraken en werkwijzen. In dit reglement wordt ook het besluitvormingsproces opgenomen dat voorziet in de behoefte om vast te leggen hoe binnen het ROAZ AMC besluitvorming tot stand komt.

Kwaliteitskader spoedeisende zorg, Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg en SEH profielen; Snapt u het nog?

Op vele plaatsen vindt op dit moment de discussie plaats hoe de kwaliteit van de acute zorg kan worden beschreven en op termijn ook kan worden getoetst. Zorgverzekeraars Nederland heeft daar een rapport over geschreven, maar ook het Landelijk Netwerk Acute Zorg ondersteunt door het NIVEL beschrijft de kwaliteit van de acute zorgketen (zie kader). Daarnaast spreekt men op dit moment over basis SEH's en profielen, ook met het doel om te zorgen dat de juiste patiënt op de juiste plaats komt. Er is sprake van grotendeels gemeenschappelijke doelstellingen, namelijk goede kwaliteit van acute zorg, maar er zit verschil in wijze waarop men hier naar kijkt. Naast de noodzaak om landelijk hierover af te stemmen, vindt het ROAZ

AMC dat zij ook zelf het initiatief moet nemen als het gaat om kwaliteit van zorg in onze regio. Voorgesteld wordt daarom om dit onderwerp te bespreken binnen de focusgroepen en de volgende vergadering weer op de agenda te zetten. ■

TraumaNet AMC participeert in project 'Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg'

Een patiënt met een acute zorgvraag wordt vaak behandeld door verschillende zorginstellingen (ketenpartners). De uitkomst van zorg wordt dan ook bepaald door enerzijds het handelen van de individuele ketenpartners alsook door afstemming en overdracht tussen ketenpartners. Bij het meten, verbeteren en borgen van de kwaliteit van acute zorgketens spelen kwaliteitsindicatoren een belangrijke rol. Voor de afzonderlijke ketenpartners zijn dergelijke indicatoren grotendeels beschikbaar. Dat geldt in mindere mate voor de overdracht van patiënten tussen de schakels en voor de keten in zijn geheel. Juist op deze laatste punten richt het project 'Ketenbrede kwaliteitsindicatoren Acute zorg' zich.

Doel van het project, gefinancierd door ZonMw en uitgevoerd door NIVEL, LNAZ en ARGO, is het ontwikkelen, testen en vaststellen van compacte sets van kwaliteitsindicatoren voor vier acute zorgketens: acuut coronair syndroom (STEMI), CVA, acute verloskunde en acute heupfractuur. De uiteindelijk vastgestelde set van indicatoren zal ketenpartners binnen het ROAZ straks de mogelijkheid moeten bieden tot evaluatie en verdere verbetering van de keten.

Elke set bestaat uit een mix van generieke en ketenspecifieke indicatoren. Tijdens een zogenaamde veldtest wordt nu gekeken naar de meetbaarheid en de bruikbaarheid van de vier sets. TraumaNet AMC is betrokken bij twee van deze veldtests, namelijk de acute verloskunde en de acute heupfracturen.

Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO: Aantoonbaar beter voorbereid op rampen en crises

- VWS en IGZ hebben opdracht gegeven om in de nieuwe projectperiode te komen tot een kwaliteitskader (ook wel normenkader genoemd) waarmee kan worden vastgesteld hoe de zorginstellingen zijn voorbereid op rampen en crises middels OTO. De behoefte bestond om met elkaar vast te stellen 'of we wel de goede dingen doen' en 'of we de dingen goed doen'.
- Daarom is een kwaliteitskader opgesteld waarin beschreven wordt wat een instelling minimaal geregeld moet hebben om voorbereid te zijn op een crisis.

Dit kwaliteitskader is opgesteld door werkgroepleden van het landelijk OTO platform, waarna de landelijke OTO stuurgroep, met vertegenwoordigers van de koepelorganisaties, het kwaliteitskader hebben vastgesteld. Vervolgens is dit kwaliteitskader door de voorzitter van de stuurgroep OTO, prof. dr. Miša Džoljić, gepresenteerd en overhandigd aan prof. dr. Marianne Donker, directeur Publieke Gezondheid van VWS.

“Als je stoeit met normen komt de kwaliteit vanzelf naar boven.”

Het kwaliteitskader is op basis van bestaande leidraden en formats ontwikkeld door de werkgroep kwaliteit en effect, waarin ook beide OTO adviseurs van TraumaNet AMC zitting hadden. Tevens hebben twee

zorginstellingen uit onze regio, te weten het AMC en GGD Flevoland, meegewerkt aan een proefvisitatie om de normen te toetsen aan de praktijk. Input van het landelijke OTO platform en de stuurgroep OTO zorgde voor overeenstemming over het te ontwikkelen document.

De twee instrumenten die zijn ontwikkeld zorgen ervoor dat zorginstellingen zelf kunnen toetsen in welke mate zij adequaat zijn voorbereid. Dit is enerzijds een digitale checklist om zelf een audit uit te kunnen voeren binnen de zorginstelling en de stand van zaken in de voorbereiding te beoordelen. Anderzijds is er voor uitgebreidere beoordeling een visitatiemodel ontwikkeld ten behoeve van intercollegiale toetsing.

>>

“Benoem iemand van buiten je afdeling tot pottenkijker.”

(Jeroen Busscher, cultuurveranderaar)

De regio TraumaNet AMC is nu zelf aanzet om een implementatieplan voor het kwaliteitskader te schrijven. De ROP (Rampen opvang plan) coördinatoren zijn enthousiast over de tools. In het ROAZ van juni wordt een implementatieplan ter vaststelling aangeboden. Er is veel werk te verzetten maar de collega's zijn gemotiveerd om met de beide tools te werken.

OTO kaarten

Naast het kwaliteitskader zijn er het afgelopen jaar OTO kaarten ontwikkeld. Een OTO-kaart geeft een overzicht van aanbevolen OTO-activiteiten om de betreffende sleutelfunctionaris zo goed mogelijk voor te bereiden op zijn rol tijdens een incident, ramp of crisis. De OTO-kaart geeft richting aan het te volgen OTO traject en is daarom een hulpmiddel voor zowel de ROP-OTO coördinator als de sleutelfunctionaris zelf. Hiermee kan een portfolio worden bijgehouden van gevolgde activiteiten en nog te plannen activiteiten.

De term 'OTO' is inmiddels volledig ingeburgerd en een herkenbaar begrip geworden. De term geeft kennelijk een chronologische voorwaardelijkheid aan. Er wordt verondersteld dat men eerst opgeleid moet zijn voordat men bijvoorbeeld een uitgebreide oefening gaat doen. Het opleiden lijkt te impliceren dat dit een geheel pakket is aan ken-

nis vergaren, waarbij vervolgens tijdens het trainen de vaardigheden aan bod komen en tijdens het oefenen dit getoetst kan worden. In de praktijk lopen deze activiteiten echter door elkaar heen. Tijdens de opleidingsfase kan er ook al geoefend en getraind worden. Een oefening kan dus deel uitmaken van de opleiding. Het trainen kan bijvoorbeeld ook als activiteit gebruikt worden om voor een deelnemer een bepaald thema te verdiepen, bijvoorbeeld een mediatraining voor een crisisteam.

Wegwijzer Effectief Oefenen

De Wegwijzer Effectief Oefenen Zorgsector is bedoeld om effectief oefenen op het gebied van crisisbeheersing binnen de zorgsector te bevorderen. De Wegwijzer Effectief Oefenen Zorgsector is primair bedoeld voor de ROP coördinatoren die een rol hebben bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van oefeningen of oefenprogramma's. Voor hen zijn concrete tips en trucs beschreven om vorm en inhoud te geven aan effectief oefenen binnen de eigen organisatie.

Ben je nieuwsgierig naar de verschillende instrumenten? Ga naar het OTO Portaal en vraag een inlog aan voor de OTO Toolkit; www.otoportaal.nl, of bel de stafadviseur OTO van TraumaNet AMC. ■

Per 1-12-2012 is H el ene Bergs gestart als landelijk projectleider OTO. Zij zal samen met de regionale coördinatoren zorgdragen voor de verdere ontwikkeling van het OTO-beleid.

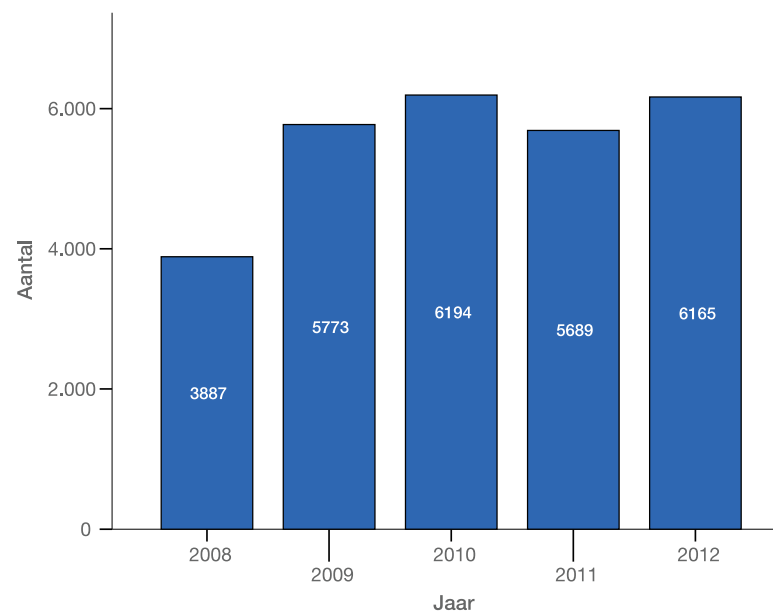
Traumazorg

Traumaregistratie: de stand van zaken

- Eén van de taken van de traumacentra is het coördineren van de traumaregistratie bij de ziekenhuizen in het traumazorgnetwerk.
- De negen ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de inclusie van de traumapatiënten, waarna datamanagers van Bureau TraumaNet AMC de ziekenhuizen bezoeken om de data te completeren en in te voeren in de database.

Vijf jaar traumaregistratie

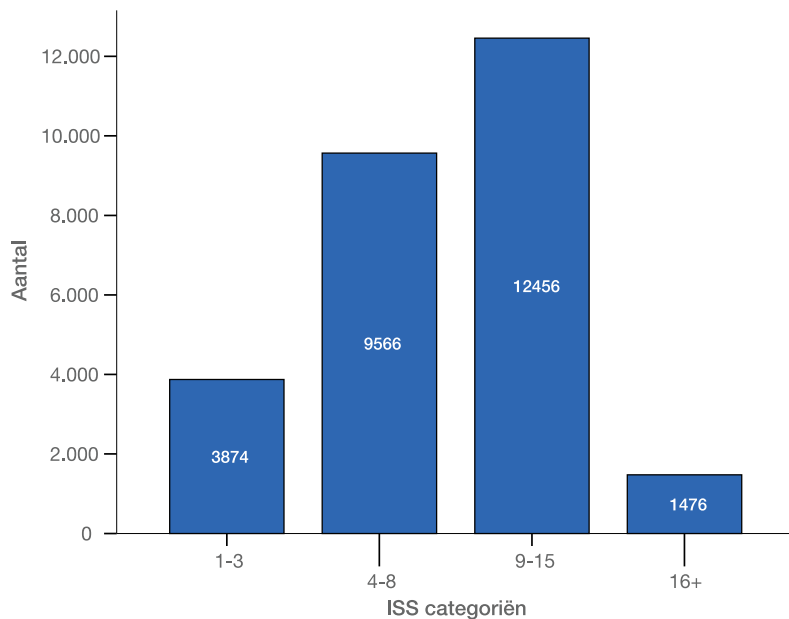
In de traumaregistratie worden alle patiënten geregistreerd die via de SEH zijn opgenomen in het ziekenhuis, worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis of zijn overleden op de SEH. In de afgelopen vijf jaar hebben de negen ziekenhuizen (tien locaties) bijna 28.000 traumapatiënten geregistreerd. In Figuur 1 is het aantal traumapatiënten per jaar terug te zien.



Figuur 1: Aantal geregistreerde traumapatiënten per jaar (totaal: 27.708)

ISS verdeling

Van iedere traumapatiënt worden alle letsels als gevolg van het trauma gecodeerd aan de hand van de Abbreviated Injury Scale (AIS). Op basis van deze AIS coderingen wordt de overall letselernst van een patiënt berekend, de Injury Severity Score (ISS). De ISS heeft een scorerange van 1 - 75 waarbij geldt: hoe hoger de score des te ernstiger de patiënt gewond is. De ISS is vervolgens mede bepalend voor het berekenen van de overlevingskans. In Figuur 2 is ISS-verdeling weergegeven. Te zien is dat bijna 1500 patiënten in de hoogste ISS categorie (16+) vallen en daarmee dus als multitraumapatiënt geclassificeerd worden.



Figuur 2: Verdeling per ISS categorie

Onderste extremiteiten

In elke TraumaPost worden letsels in een bepaalde lichaamsregio nader toegelicht. Deze keer gaan we in op de onderste extremiteiten. In de afgelopen vijf jaar zijn er in de traumaregistratie bijna 50.000 letsels gecodeerd. Daarvan bevond 32% (n = 15.843) zich in de onderste extremiteiten. In totaal zijn er 12.988 traumapatiënten geregistreerd met één of meer letsels aan de onderste extremiteiten. In Tabel 1 is de top 5 van meest voorkomende letsels te zien. De meerderheid van de patiënten met letsel aan de onderste extremiteiten is vrouw (n = 7342, 58%) en ruim eenderde is ouder dan 80 jaar (n = 4892, 38%). Dit hangt samen met het feit dat het hier vooral heupfracturen betreft. Daarom zijn in onderstaande tabel de drie AIS codes voor heupfracturen gecombineerd weergegeven.

AIS90Code	Omschrijving	Aantal	%
851808.3 / 851810.3 / 851812.3	Femur - fracture - head / intertrochanteric / neck	5833	36,8
851606.2	Fibula - fracture - head, neck, shaft	671	4,2
810402.1	Skin/subcutaneous/muscle - contusion	606	3,8
851814.3	Femur - fracture - subtrochanteric	558	3,5
851614.3	Fibula - fracture - bi- or trimalleolar - open/displaced/comminuted	515	3,6

Tabel 1: Top 5 van de meest voorkomende letsels aan de onderste extremiteiten

• Heupfracturen

Er is landelijk veel aandacht voor patiënten met een heupfractuur, zo ook in de regio van TraumaNet AMC. In de vorige editie van de TraumaPost heeft u kunnen lezen over het zorgpad dat in regio wordt geïmplementeerd. Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg is een aantal jaren geleden de prestatie-indicator Heupfractuur opgesteld. Er wordt onder andere gekeken welk percentage van de traumapatiënten met een heupfractuur binnen één kalenderdag wordt geopereerd en wat het percentage re-operatie is. Het gaat hierbij alleen om patiënten ouder dan 65 jaar waarbij een van de volgende AIS codes is toegekend: 851808.3, 851810.3 of 851812.3. Verder worden multitraumapatiënten niet meegenomen met deze indicator, omdat dit een duidelijk andere patiëntencategorie betreft die vaak ook andere (complexe) letsels hebben.

In alle ziekenhuizen uit de regio zijn het afgelopen jaar 1104 traumapatiënten geregistreerd die aan bovenstaande omschrijving voldoen. De ziekenhuizen moeten vervolgens in de eigen administratie nagaan wanneer deze patiënten zijn geopereerd. Dat wordt namelijk niet in de traumaregistratie geregistreerd. Op deze manier biedt de traumaregistratie voor de ziekenhuizen dus ook een belangrijke bron voor het aanleveren van kwaliteits-indicatoren. Daarnaast kunnen de cijfers een bron vormen voor het maken van regionale afspraken rondom de zorg voor deze patiëntencategorie. ■

Traumaregistratie: Wetenschappelijk onderzoek

Betrouwbaarheid van de geregistreerde data

Vorig jaar hebben wij een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de betrouwbaarheid van de data in de traumaregistratie door een steekproef te nemen uit de traumaregistratie en de geselecteerde patiënten (in totaal 343) opnieuw te laten coderen door een andere datamanager. Dit onderzoek liet zien dat de overeenkomst tussen de datamanagers voor letselcodering 'substantieel' was en voor het bepalen van de Injury Severity Score (ook wel de totale letselscore) en mortaliteit 'bijna perfect'. Deze resultaten zijn geruststellend want de data uit de traumaregistratie wordt gebruikt om de kwaliteit van de traumazorg te beschrijven, te evalueren en te vergelijken met (inter)nationale normen. De resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd op de Chirurgendagen (31 mei 2013) en zijn aangeboden ter publicatie aan BMJ – Quality & Safety.

Een ander aspect van de consistentie van traumaregistratie is het naleven van de in- en exclusiecriteria die gelden voor de registratie. Patiënten die niet voldoen aan de inclusiecriteria maar toch geregistreerd zijn, worden handmatig verwijderd uit de registratie. Onbekend is echter hoeveel

patiënten onterecht niet geregistreerd zijn, anders gezegd: hoeveel patiënten er missen. Daarom voeren wij dit jaar een onderzoek uit waarin we steekproefsgewijs nagaan hoeveel traumapatiënten er ten onrechte niet geregistreerd zijn en vergelijken we de karakteristieken van deze patiënten met de patiënten die wel (terecht) geïncludeerd worden. Wellicht kunnen we in de volgende editie de eerste resultaten van deze studie laten zien en een aantal aanbevelingen voor de praktijk doen.

Traumapatiënten die prehospitalaal overlijden

In een eerdere editie van de TraumaPost zijn wij al eens ingegaan op onderzoek naar de processen (zowel de logistieke factoren als de medische behandeling) bij traumapatiënten die bij (of kort na) aankomst van de ambulance of tijdens transport naar het ziekenhuis overlijden. Kennis over het pre-hospitale traject ontbreekt grotendeels omdat deze patiënten niet geregistreerd worden in de traumaregistratie. Daarnaast heeft eerder onderzoek vanuit het AMC, in samenwerking met de GGD en het NFI, uitgewezen dat slechts bij een klein deel van deze patiënten een obductie wordt verricht. Daardoor ontbreekt belangrijke informatie

om de traumazorg te evalueren en waar mogelijk te verbeteren. Inmiddels hebben wij een kleine 500 patiënten kunnen identificeren met hulp van de GGD. Het NFI is ook

bereid om te participeren in dit project. Op korte termijn zullen wij starten met de dataverzameling. ■

TraumaNet AMC biedt stageplaats Medische Informatiekunde

Stagiair helpt proces traumaregistratie verder te optimaliseren

- Sinds begin dit jaar is bureau TraumaNet AMC tijdelijk uitgebreid met de komst van Kishan Chamman. Kishan is derdejaars student Medische Informatiekunde (MI) aan de UvA en is bezig met zijn bachelorstage. Zijn onderzoeksoopdracht is om het proces rondom de traumaregistratie verder te optimaliseren.

Op dit moment wordt een groot deel van de data die nodig zijn nog handmatig uit de verschillende informatiesystemen overgenomen en ingevoerd in de traumaregistratie. Samen met de coördinator van de regionale traumaregistratie, Mariska Klooster, onderzoekt Kishan welke informatie digitaal aan te leveren is door de ziekenhuizen. Van een aantal ziekenhuizen uit de regio hebben we inmiddels al zo'n bestand. Kishan giet deze bestanden via een door hem ontwikkelde tool in het format van de Landelijke Traumaregistratie waarna deze bestanden aangeboden worden aan de landelijke database. Een ander deel van zijn stage bestaat uit het koppelen van deze ziekenhuisdata met de pre-hospitale data zoals we die van (een aantal van) de ambulancediensten uit

onze regio ontvangen. Dit zijn bijvoorbeeld de vitale parameters gemeten bij aankomst van de ambulance en de rittijden.

Het uiteindelijke doel van de stage en de wens vanuit bureau TraumaNet AMC is de handmatige invoer zoveel mogelijk te beperken. Stelling van Kishan is dan ook dat alles wat eenmaal digitaal geregistreerd is niet nogmaals handmatig moet worden ingevoerd. Met negen ziekenhuizen, vier ambulancediensten en evenzoveel informatiesystemen is dat een hele uitdaging, maar we zijn goed op weg. TraumaNet AMC hoopt dat deze samenwerking met de opleiding MI voor alle partners in het netwerk een verbetering oplevert. ■

Eerste ervaringen Acuut Zorgportaal positief!

- Sinds september vorig jaar worden stops in het verzorgingsgebied van de Meldkamer Ambulance Amsterdam gemeld via het Acuut Zorgportaal. Deze webapplicatie is ontwikkeld naar aanleiding van de gezamenlijke notitie van de ROAZ regio's van het VUmc en het AMC over het melden en communiceren van de verschillende stops. Na een positieve evaluatie door de eindgebruikers in november zijn er nieuwe verbeteringen doorgevoerd en staan we aan de vooravond om de applicatie ook bij de andere meldkamers en ziekenhuizen uit de provincies Noord-Holland en Flevoland te implementeren.

Verbeterpunten

• Automatisch aflopen

In de ontwikkelfase van het Acuut Zorgportaal is ervoor gekozen dat een ziekenhuis een stop zelf moet opheffen in het systeem. Meerdere signalen hebben laten zien dat stops tijdens de praktijktest onnodig lang in het systeem bleven staan. Om die reden is de software inmiddels aangepast. Nu is het zo dat wanneer de ingevoerde einddatum en -tijd bereikt is de stop automatisch uit het Acuut Zorgportaal wordt gehaald. Een kwartier voor het verstrijken van die eindtijd wordt het ziekenhuis gewaarschuwd zodat de stop eventueel nog verlengd kan worden.

• Mailfunctie

Vanuit verschillende ziekenhuizen was de wens om automatisch een mail te versturen

wanneer een niet geplande stop is gemeld. Reden hiervoor is bijvoorbeeld dat de Raad van Bestuur zo snel mogelijk wil weten dat er een stop gemeld is om daarmee direct na te kunnen gaan of de interne procedure rondom het afkondigen van zo'n stop correct is doorlopen. Eind vorige maand is deze aanpassing in de software doorgevoerd.

Verdere uitrol

Na de succesvolle praktijktest bij de meldkamer Amsterdam staan ook de andere meldkamers uit Noord-Holland en Flevoland enthousiast tegenover implementatie van deze applicatie. De verdere uitrol wordt gecoördineerd vanuit bureau TraumaNet AMC en Netwerk Acute Zorg, regio VUmc. Binnenkort wordt er een gezamenlijke informatiebijeenkomst georganiseerd voor

zowel ziekenhuizen als meldkamers uit beide regio's. Naast de verdere uitrol in onze eigen regio wordt er vanuit NICTIZ ingezet op verdere implementatie bij andere regio's. Hiervoor zijn al diverse bijeenkomsten georganiseerd. Hierdoor komt er niet alleen regionaal, maar ook landelijk

inzicht in de beschikbare capaciteit in de ziekenhuizen. Dit alles met maar één doel, namelijk ervoor zorgen dat de patiënt die acute zorg nodig heeft gedurende 7 x 24 uur zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt. ■

postkortpostkortpostkortpostkortpostkortpostkortpostkortpostkortpostkort

Personele veranderingen in de regio

BovenIJ ziekenhuis

Sinds 1 april 2013 is B.A. (Bas) Twigt als traumachirurg werkzaam in het BovenIJ ziekenhuis als onderdeel van de Chirurgenmaatschap Amsterdam. Bas heeft zijn opleiding als chirurg voltooid in Groningen waarna hij zijn tweejarige trauma fellowship heeft gelopen bij het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, UMC Utrecht en Kantonspitaal Chur in Zwitserland. Verder is Bas ATLS-instructeur en bestuurslid van de Nederlandse Ongevalstichting.

Bureau TraumaNet AMC

Jocelyn Berdowski is per 1 april aangesteld als stafadviseur bij TraumaNet AMC. Zij is gepromoveerd op de kwaliteit van hulpverlening bij plotse hartstilstand buiten het ziekenhuis. Bij TraumaNet AMC wordt haar aandachtsgebied het ROAZ. In de volgende TraumaPost stelt zij zichzelf uitgebreid voor.

Flevoziekenhuis

Na 6 jaar als bedrijfsleider SEH van het Flevoziekenhuis te hebben gewerkt, is Esther Rector een nieuwe uitdaging aangegaan als vestigingsmanager bij het Oogziekenhuis Zonnestraal, locatie Zaandam. Zij wordt opgevolgd door Louis Vos, die hiervoor bedrijfsleider IC is geweest in het Flevoziekenhuis. Louis was al langer samen met Esther betrokken bij onder andere het ZiROP.

Waterlandziekenhuis

Op 11 maart is Yolande de Bont gestart als hoofd SEH van het Waterlandziekenhuis. Zij heeft hiervoor gewerkt op de IC Neonatologie van het Emma Kinderziekenhuis/AMC. Nu heeft zij opnieuw gekozen voor een dynamische werkomgeving waarbij samenwerking met de diverse in- en externe partijen een belangrijke rol speelt. Yolande volgt Ien van den Bergh op die de afgelopen periode de functie ad interim heeft vervuld.



TraumaNet AMC



Colofon: TraumaNet AMC is een regionaal samenwerkingsverband van betrokkenen bij de acute zorg. Het AMC is, als Level 1 traumacentrum, de coördinator van dit netwerk. Zie ook: www.TraumaNetAMC.nl

Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd en/of openbaar worden gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TraumaNet AMC.