

*Mijn wachtlijst
ligt
op straat*

A.B. van Vugt

MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



019600 0025 1375

Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

Kod. Euk 1999:004

**Mijn wachtlijst
ligt
op straat**

A.B. van Vugt

Erasmus Universiteit Rotterdam

Mijnheer de Rector, zeer gewaardeerde toehoorders,

Intermezzo

<i>Melding:</i>	<i>Verkeersongeval:</i>	<i>auto versus paal</i>
	<i>Traumacore</i>	<i>10</i>
	<i>Niet aanspreekbaar</i>	
	<i>Aanrijtijd</i>	<i>10-15 minuten</i>

Mijnheer de Rector, Dames en Heren:

Dit is een typische melding, zoals die door de centralist van de Centrale Post Ambulancediensten (CPA) aan de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van ons ziekenhuis wordt aangeboden. Het moge duidelijk zijn: een traumatoloog of ongevalchirurg staat altijd paraat voor een dergelijk slachtoffer. Het betreft hier een ernstig gewonde patiënt in zorgwekkende toestand: “Mijn wachtlijst ligt op straat”

Dames en Heren, U kunt nu Uw mobiele bereikbaarheid uitzetten of op voice-mail schakelen, zodat geen tweede onnodige interruptie van deze rede zal plaatsvinden.

Inleiding

Als we het hebben over ongevalsletsels wil ik U eerst duidelijk maken hoe groot dit probleem in onze westerse welvaartsmaatschappij is. Het volgende punt van aandacht dat ik met U wil bespreken is wat de geneeskundige zorg voor slachtoffers van een ongeval inhoudt. Hierna wil ik komen tot het centrale thema van mijn lezing: waaraan moeten de verschillende schakels van deze keten van zorg voldoen.

Om U de behoeften van deze vorm van geneeskunde op een begrijpelijke manier duidelijk te maken wil ik U tijdens dit thema uitnodigen om plaats te nemen op de (auto)stoel van het eerder geschetste slachtoffer.

Wat zou U in Uw plaats van het systeem van zorg mogen verwachten, of misschien zelfs wel mogen eisen, als U met Uw zo vertrouwde auto in de toestand geraakt zoals getoond en U in een levensbedreigende situatie verkeert?

Hierna wil ik de organisatie en de toekomst van de Traumazorg in Nederland belichten. Tot slot mogen het onderwijs en onderzoek binnen mijn vakgebied niet ontbreken in mijn betoog. Zij vormen naast de patiëntenzorg de twee andere peilers van een academische afdeling.

Hoe groot is het probleem?

“Mij overkomt dat niet”

“Ik rij altijd heel voorzichtig”

“Ik drink nooit als ik moet rijden (alleen een glaasje wijn bij het eten)”

“Mijn auto heeft ABS en airbag, en de gordel draag ik altijd!”

Dat is een greep uit de gemiddelde gedachte van ruim 15 miljoen Nederlanders anno 1999. Velen hier aanwezig gaan na deze plechtigheid en de daarbij behorende receptie met deze gedachte naar huis, om zich met hun voertuig in de avondspits op de A16 te storten.

Trauma is in de leeftijdsgroep tot 35 jaar doodsoorzaak no. 1 en vormt op jonge leeftijd een grotere bedreiging voor het bestaan dan hart- vaatziekten en kwaadaardige afwij-

kingen tezamen ¹. Er wordt, waarschijnlijk ook door U, bewuster nagedacht over zaken als overgewicht, cholesterolgehalte van Uw bloed en roken, dan over het feit dat U vandaag nog een goede klant van onze afdeling kunt worden.

Er is door preventie veel winst geboekt in de jaren 1970 tot 1985. Bij een stijgend gebruik van vervoersmiddelen is het aantal slachtoffers desondanks gedaald ² van ruim 1700 (1756) in 1983 tot minder dan 1200 (1163) in 1997.

Wat te denken van alcoholgebruik en verkeer! In feite kunnen we in dit geval spreken van een sociaal geaccepteerde misdaad binnen onze samenleving. Hoewel duidelijk verbeterd t.o.v. begin 80er jaren werd bij de ruim 11000 ernstige verkeersongevallen in 1995 nog altijd in meer dan 1000 gevallen aangetoond dat er sprake was van alcoholmisbruik.

Natuurlijk 30 km/uur te hard rijden binnen een woonwijk is levensgevaarlijk, maar is 130 km/uur op de autosnelweg dat ook? Voor 104 km/uur op de rondweg Rotterdam krijgt men een bonus van fl. 60,- van het CJIB toegezonden, immers een overtreding is een overtreding nietwaar? Overigens is in de rechtspraak recentelijk de veroordeling van een verkeersdeelnemer voor het eerst aangemerkt als "doodslag". Te hard gereden, alcoholgebruik en doorgereden na een dodelijk ongeval. Is recht dan toch nog recht in Nederland?

Scooter rijden zonder helm en boven de maximale toegestane 20 km/uur is geloof ik een nationale sport of misschien zelfs wel gewoonte geworden onder de jeugd, maar ach "mij overkomt dat niet". Realiseren we ons wel dat in 1995 ruim 100 (118) dodelijk verongelukten in de groep brom- en snorfietsers vielen en dit ook nog eens resulteerde in ruim 3000 (3140) ziekenhuisopnames? En fietsend Nederland: hoe is het gesteld met Uw verlichting? In Leiden, fiets - studentenstad bij uitstek, bleek bij een persoonlijke steekproef, dat slechts 1 op 25 fietsers zich in het avondverkeer op correcte wijze met

verlichting voortbewoog. Maar liefst verantwoordelijk voor ruim 250 (267) doden en meer dan 7000 (7290) opnames.

We moeten ons wel realiseren dat er aan preventieve maatregelen per jaar miljarden is besteed. Dit staat in schril contrast met de beschikbaar gestelde middelen om adequate zorg te kunnen bieden als er éénmaal letsel is opgetreden. Verwonderlijk als we in ogen-schouw nemen dat Draaisma³ in de tachtiger jaren (1987) reeds aantoonde dat bij een betere organisatie van de traumazorg 25% reductie van sterfte zou kunnen worden be-werkstelligd.

Overigens een minstens zo groot probleem is het sterk toenemend aantal geweldsdelic-ten. Een stijging van ruim 50000 in 1990 tot 74000 in 1997. In 1996 telden we 211 do-den met als oorzaak misdrijf. Werden we recent niet opgeschrikt door dit zinloos geweld in Gorinchem, de rustige stad aan de Merwede, waar ik mijn middelbare schooltijd heb doorgebracht. Bijna 30.000 mensen gaven in een imposante stille tocht blijk van mede-leven en afkeer.

Naast het geschetste aantal dodelijke slachtoffers door trauma is er een bijna even zo groot aantal van 4.500 ernstig gewonden per jaar. Van Beeck berekende over het jaar 1988 de directe kosten van de gezondheidszorg t.g.v. ongevalsletsels op bijna \$ 1 mil-jard.

Met minder zekerheid kunnen we spreken over het aantal slachtoffers met blijvende in-validiteit en/of arbeidsongeschiktheid. Een schatting van 9.000 per jaar lijkt reëel. Van Beeck berekende de indirecte kosten volgens de zogenaamde Human Capital Approach op ruim \$ 3 miljard. Bedenkt U eens hoeveel secundaire winst behaald kan worden bij een optimale behandeling!

In de beeldvorming over kostenbeheersing wordt echter teveel in termen van aparte de-partementen gedacht. Dit "kokerzien" is sterk in het nadeel van het toch al als armlastig te bestempelen ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sociale Zaken (VWS). Im-

mers investeren in directe medische kosten levert door winst op de eerder genoemde indirecte kosten vooral besparing op voor andere departementen. Moeten we niet meer macro-economisch denken en verlangen dat andere ministeries bijdragen in te maken kosten? Van studies in Amerika en Duitsland weten we al lang dat één Euro geïnvesteerd in traumazorg tenminste zes Euro oplevert. Maar als VWS deze geboekte (koers)winst op voorhand af moet dragen aan andere departementen, valt er weinig eer te behalen.

Is er dan geen politieke interesse voor dit probleem? We zien in de kranten regelmatig verschijnen hoe de wachtlijst eruit ziet voor dotter behandeling en open hartoperaties in alle centra van Nederland. Luchtbruggen naar het buitenland in het verleden waren “normaal”. Daar maken we ons zorgen om. De druk op de politieke door het patiëntenplatform is groot.

Voor de traumapatiënt geen verhalen over wachtlijsten, nauwelijks politieke druk, want waar maken we ons zorgen over: “Mij overkomt dat niet”. En voor de acute zaken is er altijd tijd en ruimte: alles zonder afspraak; “de wachtlijst ligt op straat”.

Na U getoond te hebben hoe immens groot het probleem wel is, kunnen we het “droge” getalsmatige gedeelte van dit betoog afsluiten. Nu wordt het tijd voor actie.

Traumazorg

Algemeen:

Traumazorg is in feite een keten van zorg, waarvan de diverse schakels in het verloop van het zorgproces niet alleen in de ziekenhuissfeer zijn terug te vinden. Het spoedeisende karakter maakt een zeer goede afstemming van de verschillende schakels noodza-

kelijk. Een ketting is immers zo sterk als zijn zwakste schakel! We zullen afzonderlijk iedere onderdeel onder de loep nemen.

Meldkamer:

Wat mag ik nu als slachtoffer verlangen van deze schakel van de keten?

Degene die de melding aanneemt, de centralist, vervult een zeer belangrijke rol. Hij/zij moet op professionele wijze de hulpvraag nauwkeurig inschatten. Aan de hand van de aard van het ongeval en beschrijving van de conditie van het slachtoffer moet op betrouwbare wijze de inzet van ambulancehulpverlening, Mobiel Medisch Team (MMT), brandweer en politie bepaald worden.

De achtergrond van deze belangrijke spin in het web is in de praktijk zeer wisselend en varieert van verpleegkundige met ambulance-ervaring tot brandweerman of -vrouw. De beroepsgroep zelf heeft haar eisen gelukkig hoog gesteld en sinds enkele jaren bestaat er een specifieke scholing op dit gebied, geïnitieerd door de Stichting Opleidingen en Scholingen Ambulancepersoneel (SOSA). Er wordt gestreefd naar uniforme methoden om te weten te komen wat er niet pluis is.

Hoewel in de toekomst wellicht overal dezelfde voorziening van een geïntegreerde meldkamer beschikbaar komen, is dit nu lang niet in elke regio het geval. Er moet zeker aandacht besteed worden aan het verbeteren van communicatie middelen. In de ambulance wereld zijn er plannen voor een geavanceerde systeem (C 2000), wat overigens zeker niet voor 2003 zal worden ingevoerd, en dat heeft niets te maken met millennium problematiek.

De centralist moet weten in welk ziekenhuis opname- en behandelcapaciteit voorhanden is. In een tijd van groeiende informatie technologie moet het mogelijk zijn om geautomatiseerd inzicht in de capaciteit van de eigen regio te hebben. De centralist moet op eenvoudige en betrouwbare wijze kunnen communiceren met de hulpverleners ter plaatse.

De centralist geeft het startschot tot het wegwerken van de wachtlijst, die letterlijk nog steeds op straat ligt.

Ambulancehulpverlening

Wat mag ik nu als slachtoffer verlangen van deze schakel van de keten?

Zij moeten mij op professionele wijze de eerste medische hulp kunnen geven om mijn kans op overleven te vergroten. Een snelle inschatting van de ernst van de situatie is belangrijk en ze moeten me brengen naar een ziekenhuis, waar men in staat is me verder op te lappen.

De opleidingseisen voor een ambulancehulpverlener waren tot juli 1997 wettelijk bepaald op het diploma EHBO (overigens niets mis mee) en rijbewijs BE. Inmiddels is deze standaard voor spoedeisend vervoer opgetrokken naar het diploma verpleegkundige A. Dit is natuurlijk niet voldoende om het hoofd te kunnen bieden aan de moeilijke werkomstandigheden en kritieke condities op de ongevalplaats. De opleidingseisen van het veld zelf zijn ook hier ver vooruitlopend op de wetgever. Vrijwel alle verpleegkundigen op de wagen hebben IC ervaring en ook hier weer wordt dankbaar gebruik gemaakt van de landelijke inbreng van SOSA. Recent hebben de ontwikkelingen van een

internationaal geaccepteerde standaard geleid richting PreHospital Trauma Life Support (PHTLS®) ⁴.

Binnen de Rotterdamse regio is samenwerking opgestart tussen de werkers op straat en het AZR wat betreft traumazorg. In navolging van het project van de Vrije Universiteit te Amsterdam is het urgentieteam Rotterdam per helikopter van de ANWB inzetbaar. Voor het slachtoffer is het belangrijk dat, waar nodig, boven op het bestaande ambulancesysteem de medisch specialistische expertise van een Mobiel Medisch Team (MMT) kan worden ingezet. De beperkte visie van elkaars concurrent te zijn verliest gelukkig steeds meer terrein. Er was sprake van een wankel financiële basis, waarbij het initiatief in Rotterdam in het laatste jaar letterlijk en figuurlijk enkele malen aan de grond is geraakt. Gelukkig is er inmiddels betreffende een landelijk dekkend netwerk een politiek besluit gevallen.

Aan de hand van eenvoudige parameters wordt een keuze gemaakt naar welk ziekenhuis het slachtoffer gebracht moet worden. Met name bij schedel-hersen letsel wordt heden ten dage reeds goed rekening gehouden met de benodigde faciliteiten in het ziekenhuis dat de behandeling op zich gaat nemen. In de toekomst dient ook bij de overige ernstige patiënten selectie nagestreefd te worden.

Genoemd werden al de beperkte communicatiemogelijkheden. In Nederland is de standaard uitrusting van de ambulance een mobilofoon in de auto. Slechts een deel van de ambulances beschikt over een draagbare portofoon. Het contact met de centralist is met handicaps mogelijk en direct contact met het ontvangend ziekenhuis vrijwel onmogelijk. Een mobiele telefoon, die daarvoor wel geschikt zou zijn is een zeldzaamheid, want de kosten kunnen door de vervoerder niet doorberekend worden in de ritprijs. Eigen initiatief van vervoerders is gelukkig in de wereld van het ambulancevervoer niet vreemd en uit een proef in de Leidse en de Nijmeegse regio is gebleken dat veel betrouwbaarder en meer nuttige informatie in het ziekenhuis terecht komt dan zonder dit éénvoudige hulp-

middel. Overigens moet wel als kritische noot gesteld worden dat GSM niet af luisterdicht is en dat het systeem overbezet kan geraken. In het ziekenhuis van ontvangst zijn niet altijd goede afspraken gemaakt over wie in het ziekenhuis een dergelijk gesprek aanneemt. Een directe communicatie kan ook gebruikt te worden om aanvullende adviezen vanuit het ziekenhuis te geven. Dit kan alleen door een ervaren medicus.

De terugkoppeling naar de centralist is een belangrijke schakel. Aard van het ongeval en een korte beschrijving van de conditie van het slachtoffer geven de centralist de mogelijkheid een vooraanmelding naar het ontvangende ziekenhuis adequaat uit te voeren. Hierdoor kan aldaar het voorbereidend werk opgestart worden.

De ambulancehulpverlening, eventueel samen met het MMT, zorgen ervoor dat de wachtlijst definitief van de straat wordt gehaald.

SEH in het ziekenhuis

Wat mag ik nu als slachtoffer verlangen van deze schakel van de keten?

Daar zal professionele zorg direct beschikbaar moeten zijn om de behandeling van de ambulancemensen op dezelfde wijze voort te zetten. Op de vooraanmelding moet het ziekenhuissysteem op adequate wijze direct geactiveerd worden, zodat alles klaar staat als ik arriveer. De ernst van mijn verwondingen noodzaakt tot beschikbaarheid van geavanceerde apparatuur en hoogopgeleid personeel, dat veel ervaring heeft met de opvang van dergelijke slachtoffers.

De verpleegkundige inbreng op de SEH is in de meeste ziekenhuizen op het niveau van IC-verpleegkundige. Ook hier loopt het werkveld voor op de wetgeving met verdergaande professionalisering. Gerichtte vervolgopleidingen, zoals de internationaal erkende standaard van de Trauma Nursing Core Course (TNCC[®])⁵ hebben hun intrede gedaan. Hooggespecialiseerde verpleegkundigen, tezamen met meerdere medische specialisten dienen direct beschikbaar te zijn voor de eerste opvang. De behandeling is teamwork met een multidisciplinair karakter. Bij de eerste opvang van een ernstig gewonde patiënt zijn in het AZR al gauw 10 tot 12 mensen betrokken. Dit is alleen werkbaar als er tevoren goede afspraken gemaakt zijn. De protocollering van de behandeling met de coördinatie in handen van een ervaren chirurg-traumatoloog behoeft niet opnieuw uitgevonden te worden.

Men moet zich wel realiseren dat er behoudens “knullen” ook “spullen” noodzakelijk zijn voor een adequate opvang (“dames zijn ook welkom uiteraard!). Wellicht de allerbelangrijkste voorziening is een shockroom met directe mogelijkheid tot het maken van röntgenfoto's en echo-onderzoek.

Ieder ziekenhuis dient een nauwkeurige inventarisatie te maken van de middelen en mogelijkheden in eigen huis. Het meer dan 1000 bedden tellende academisch ziekenhuis met een grote SEH afdeling zoals het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR), is nu éénmaal een andere voorziening in de zorgketen dan een 200 beds ziekenhuis zonder 24 uren open eerste hulp

Ons slachtoffer nemen we eens onder de loep, waarbij de systematische wijze van zorg voorop staat. Voor de artsen is er een wederom internationaal erkende methode, de Advanced Trauma Life Support (ATLS[®])⁶ die in januari 1995 in Nederland zijn intrede gedaan heeft. De werkwijze is geheel compatibel met de eerder genoemde PHTLS[®] en TNCC[®]. Er moet gestreefd worden naar één taal binnen het behandelteam en één uniform beleid.

Ik zal proberen ook voor de niet medisch denkenden onder U dit begrijpelijk te presenteren. Hierin zijn twee basisprincipes te herkennen: “Treat first, what kills first” (eerst behandelen wat het meest levensbedreigend is) en “Do no further harm” (geen verdere schade veroorzaken).

A “Airway” is de eerste te nemen hindernis

Bij ons slachtoffer is de ademweg weliswaar niet direct bedreigd, maar het bewustzijn van de patiënt is dusdanig verstoord, dat er gemakkelijk problemen op kunnen treden. Er bestaat op korte termijn een noodzaak tot het inbrengen van een buisje in de luchtpijp om problemen te voorkomen.

B “Breathing” is de tweede te nemen hindernis

De ademhaling is niet optimaal en met gedegen lichamelijk onderzoek en een röntgenfoto van de borstkas wordt duidelijk dat er sprake is van een klaplong links. Met gezamenlijke inspanning van de anesthesist, verpleegkundige en de chirurg wordt het slachtoffer aan de beademingsmachine aangesloten. Er wordt een buisje in de linker borstkas helft ingebracht i.v.m. de klaplong. De beademing lukt hierna zonder problemen.

C “Circulation” is de derde te nemen hindernis

De pols en bloeddruk wijzen op problemen. Er is een hoge verdenking op bloedverlies t.g.v. inwendig letsel. Hier komt de belangrijke rol van de radioloog om de hoek kijken. Een röntgenfoto van de borstkas en een echo-onderzoek van de buik geven binnen enkele minuten een bevestiging van ons vermoeden. Er wordt een behoorlijke hoeveelheid

bloed in de buikholte gezien. Een bloedtransfusie geeft verbetering, maar we kunnen er niet zeker van zijn dat de zorgen voorgoed voorbij zijn.

D "Disability" of wel het gestoorde bewustzijn is de vierde te nemen hindernis

Er is sprake van een coma. Nog voordat als eerste hindernis de luchtweg werd behandeld heeft de neurochirurg de patiënt onderzocht: beide pupillen zijn gelijk en reageren goed op licht. Er is met spoed een CT-onderzoek van de schedel noodzakelijk.

E "Exposure" omvat zaken die niet direct levensbedreigend zijn

Meteen valt al een gebroken bovenbeen links op, dat reeds met een spalk verzorgd is. Inmiddels heeft de röntgenlaborant zonder oponthoud foto's gemaakt. Er is een breuk van het bekken te zien alsmede een gebroken bovenbeen.

20 Minuten na aankomst in het ziekenhuis zijn we op de CT aangekomen. De scan van het hoofd geeft de neurochirurg de mogelijkheid zijn plan te trekken. De CT-scan van de buik bevestigt het vermoeden: een scheur in de milt. De botbreuken van het bekken zijn met de CT-scan tegelijkertijd nader in beeld gebracht.

Aan het einde van het onderzoek constateert de anesthesist op de bewakingsapparatuur dat de pols toch weer sneller wordt en de bloeddruk iets daalt. Met grote waarschijnlijkheid is de inwendige bloeding in de buik de belangrijkste veroorzaker van de ellende. Direct naar de operatiekamer dus, waar iedereen al in kennis is gesteld van onze komst. Spoedoperatie, geen wachtlijst dus, zo van de straat.

Operatie Kamer (OK)

Wat mag ik nu als slachtoffer verlangen van deze schakel van de keten?

Nu komt het er echt op aan. Wat nodig is, is een ieder duidelijk: er moet direct operatieruimte en een deskundig team beschikbaar zijn om de noodzakelijke ingrepen uit te voeren. Immers een ernstige inwendige bloeding duldt geen uitstel en ook die gemene breuken van bekken en bovenbeen moeten op korte termijn verzorgd worden. De eerste klap is een daalder waard.

De beschikbaarheid van acute operatiecapaciteit is een probleem. Zelfs als er een operatieruimte beschikbaar is, wordt de inzet van een compleet operatieteam sterk bemoeilijkt door een chronisch tekort aan operatieassistenten.

Andere acute taakstellingen en topklinische zorgverplichtingen moeten ook ingevuld worden. Toch wordt door de beleidsmakers terecht geëist dat er voor de functie van traumacentrum acute operatiecapaciteit beschikbaar is. Dit is alleen mogelijk bij uitbreiding van bestaande middelen en mankracht. Niet alleen de pure financiën, maar ook een betere manpower-planning door een grotere instroom in de opleiding tot operatie-assistent is hiervoor nodig. Werving voor herintreding biedt wellicht perspectieven. Overigens handig: een kinderopvang bij het bedrijf die om 08.15 uur opengaat, terwijl moeder om 07.30 uur al operationeel moet zijn.

Maar ik heb geluk, er is direct operatieruimte beschikbaar, geen wachtlijst, want ik kom zo van de straat.

Met grote voortvarendheid wordt eerst de inwendig bloeding onder controle gebracht. Er is inderdaad sprake van een gescheurde milt, die zo ernstig is beschadigd, dat het orgaan verwijderd moet worden. Door de neurochirurg wordt tegelijkertijd aan het hoofdeinde

bewakingsapparatuur in mijn schedel aangebracht. Aansluitend wordt in dezelfde operatie het bekken en het linker bovenbeen gerepareerd en is de optimale conditie geschapen voor het verdere herstel. Na de operatie moet ik naar het volgende station, de intensive care.

Intensive Care (IC)

Wat mag ik nu als slachtoffer verlangen van deze schakel van de keten?

Na de uitgebreide operatie zullen belangrijke zaken strikt in de gaten gehouden moeten worden. Er zal gespecialiseerde behandeling toegepast moeten worden om de zogenaamde vitale functies als ademhaling, bloedsomloop en bewustzijn te bewaken en waar nodig in te grijpen.

De beschikbaarheid van acute intensive care capaciteit is eveneens een groot probleem. Ook hier is sprake van een chronisch tekort aan middelen en mankracht. Het tekort aan hooggespecialiseerde verpleegkundigen is schrijnend.

Andere topklinische zorgverplichtingen moeten ook in deze schakel van de keten ingevuld worden. Grote ingrepen voor de volgende dag gaan samen met een reservering van het intensive care bed. Mogen we een dergelijke reservering laten staan, als we de avond of nacht tevoren geconfronteerd worden met een acuut probleem, zoals een ernstig gewonde patiënt? Door de beleidsmakers wordt voor de functie van traumacentrum terecht geëist dat er altijd acute IC-capaciteit beschikbaar is. Dit is alleen mogelijk bij uitbreiding van bestaande middelen en mankracht, zoals reeds genoemd is bij de operatiekamer.

Er wordt een geplande familie transplantatie uitgesteld. De broer die zijn nier beschikbaar stelt voor zijn zieke zusje is erg ontdaan als de dienstdoende chirurgisch assistent hem deze tijding komt brengen, en ook de ontvanger van de nier is verdrietig. Morgen misschien? Zij stonden al 6 maanden op de wachtlijst, maar ik heb een bed op de IC nodig, want ik kom acuut, zo van de straat.

Na het transport van de OK naar de IC wordt ik aangesloten op de apparatuur. In de eerste 24 uur blijft de situatie stabiel en uiteindelijk kan binnen 72 uur overgeplaatst worden naar de "gewone" verpleegafdeling.

Verpleegafdeling

Wat mag ik nu als slachtoffer verlangen van deze schakel van de keten?

Op de verpleegafdeling moet men gespecialiseerd zijn in de zorg en begeleiding van patiënten met ernstige letsels. De bewaking en verzorging zullen in eerste instantie voorop moeten staan, maar al in een vroeg stadium moet er gewerkt worden aan het weer op de been komen. Een team van artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en alles wat daarbij hoort moet mij door deze moeilijke periode heen loodsen.

Ook op de verpleegafdeling dreigt een chronisch tekort aan bedcapaciteit. Dit wordt voor een groot deel bepaald door de vergrijzing van de bevolking en de toename van botbreuken bij bejaarden die operatieve behandeling noodzakelijk maken. Jaarlijks worden alleen al ruim 20.000 oudere mensen geopereerd aan een gebroken heup. Dat aantal is alleen maar groeiende en zal leiden tot wat we kunnen noemen de epidemie van de

21st eeuw. De gemiddelde opnameduur van dergelijke patiënten is onnodig lang (gemiddeld 29 dagen in 1995), omdat plaatsing in verpleeg- en revalidatie instituten niet mogelijk is. Bedenk eens wat een kostenbesparing éénvoudig bereikt kan worden door te investeren in goede voorzieningen voor ouderen, voor hen die onze welvaartsmaatschappij voor ons hebben opgebouwd!

Ik krijg nauwelijks rust. De verpleging en de fysiotherapeut zetten me aan tot prestaties, die vergelijkbaar zijn met een trainingskamp van Feyenoord aan het begin van het seizoen. Na een paar dagen neemt de fysiotherapeut me al mee naar de oefenzaal, waar ik dagelijks een heel parcours af moet werken. De naam Beenhakker zou deze trainer niet misstaan! (Overigens beschouw ik het feit dat Feyenoord bovenaan staat sinds ik in Rotterdam werk maar als toeval).

De maatschappelijk werker komt bij me langs en samen komen we tot de conclusie, dat er gezocht moet worden naar een tussenoplossing. De revalidatiearts wordt ingeschakeld: overplaatsing naar een revalidatie-instelling luid het advies.

Ik vorder langzaam, maar gestaag en aan het einde van de tweede week komt de volgende etappe in zicht: er is plaats voor me in de revalidatiekliniek.

Revalidatie

Wat mag ik nu als slachtoffer verlangen van deze schakel van de keten?

Onder hoog gespecialiseerde begeleiding moet intensief gewerkt worden aan een verder herstel. De terugkeer naar huis en het functioneren in de maatschappij is een complex proces. Ondersteuning niet alleen op het lichamelijke, maar ook op het psychische en sociale vlak noodzakelijk.

Ik heb al snel begrepen dat ik van geluk mag spreken dat er binnen twee weken een plaatsje beschikbaar was in de revalidatiekliniek. Ook hier een continue tekort aan mogelijkheden. Er wordt dagelijks hard gewerkt aan mijn herstel. Alles is gericht op zelfstandig functioneren en een terugkeer in de maatschappij. Na 3 weken mag ik voor het eerst op weekend verlof, hetgeen prima verloopt. De week daarna gaat het zo goed dat ik verder poliklinisch gerevalideerd kan worden. Eindelijk weer thuis!

De controles bij de chirurg na 3 maanden geven een goed vorderende genezing van de breuken te zien. 4 Maanden na het ongeval lukt het weer om halve dagen te gaan werken, en na een half jaar ben ik weer de oude. Eén jaar na dato word ik op de opnamelijst geplaatst om de pen uit het bovenbeen te verwijderen.

Druk, druk, druk zegt de chirurg; minstens een wachtlijst van één jaar, deze wachtlijst ligt niet op straat!

Organisatie van traumazorg in Nederland

Heden ten dage wordt op de ongevalplaats, zoals U uit het voorgaande hebt begrepen, niet alleen gezorgd voor vervoer van het slachtoffer, maar begint de medische hulpverlening. Op basis van de toestand van de patiënt wordt een keuze gemaakt naar welk ziekenhuis binnen de regio vervoerd zal worden.

Betreffende de acute zorgverlening wordt door de ziekenhuizen gestreefd naar een verstandige inzet van middelen. In de regio Rijnmond zijn er een aantal ziekenhuizen met continue spoedeisende hulp voorzieningen. Andere ziekenhuizen kiezen voor een terughoudender beleid, waarbij de spoedeisende hulp beperkt open gesteld wordt. Immers

voor 2 tot 5 patiënten de hele nacht openblijven met een volledige bezetting verpleegkundigen en artsen is weinig efficiënt.

In de concentratie van traumazorg staat de opvang van ernstig gewonde slachtoffers centraal. Al jaren wordt door de beroepsgroep aangegeven dat er traumacentra moeten komen. In het beleidsplan van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie getiteld "Traumazorg, onze zorg"⁷ zijn de kwaliteitseisen waaraan voldaan moet worden duidelijk vastgelegd. In het plan heeft ieder ziekenhuis zijn taakstelling binnen de regio rondom een traumacentrum. De lijn is gevolgd door het ministerie van VWS, die in haar beleidsnota⁸ het belang van regionalisatie ondersteund. Recent heeft de minister in de staatscourant haar plannen uiteengezet, die in hoge mate overeenkomen met de ideeën van de professionals op de werkvloer⁹. Maar liefst 10 miljoen voor 10 centra en nogmaals 10 miljoen voor 4 helicentra ten behoeve van een landelijk dekkend netwerk van MMT's. 20 Miljoen bij elkaar dus, da's heel mooi!

Door de beroepsgroep in de tachtiger jaren werd reeds aangegeven dat een investering van 100 miljoen per jaar tot een adequaat traumasysteem zou kunnen leiden. Een calculatie van de kosten van een helikopter voorziening geven een kostenplaatje van ruim 3 miljoen per centrum te zien, bij een dekking van 07.00 tot 19.00 uur. Inzet gedurende 24 uur per dag (en dat is toch spoedeisende geneeskunde) komt aanzienlijk duurder uit. Kortom een leuk gebaar, die 20 miljoen, maar niet meer dan een "startsubsidie".

Waar moet het geld dan vandaar komen, vraag een ieder zich natuurlijk af.

Zijn we in Nederland bereid meer geld uit te geven aan één van onze primaire behoeften: een goede zorg voor onze gezondheid? We klagen bij voortduring dat de ziektekostenverzekering weer omhoog gaat, terwijl voor fl. 7,- per persoon per jaar de directe investering in de traumazorg gerealiseerd kan worden.

Is de gezondheidszorg in Nederland wel zo duur? Welnu een Nederlands gezin met 3 kinderen betaald voor een particuliere ziektekostenverzekering klas 2 inclusief aanvul-

lende tandartsverzekering per maand fl. 654,- oftewel € 297,-. In ons buurland Duitsland kost een dergelijke voorziening maar liefst DM 1698,07 oftewel € 871,-; dat is bijna 3x zo veel! Kijk eens naar een behandeling voor een éénvoudige verdraaiing van de knie. In Nederland wordt voor een eerste consult op de SEH fl.361,- oftewel € 164,- gerekend, terwijl we op wintersport in ons geliefde Oostenrijk op kosten van onze reisverzekering OS 4550,- oftewel € 330,- betalen, zonder na te denken meer dan 2 maal zo veel.

Mogen we onvrede hebben met de toch onzekere financiële basis die ons geboden is voor de opzet van een traumasysteem? Moeten we ons hetzelfde opstellen als de brandweer. Ook hier werd door de staatssecretaris (in dit geval van Binnenlandse Zaken en Koninkrijk relaties) een bijdrage van ruim 20 miljoen toegekend, terwijl er 140 miljoen noodzakelijk geacht werd. Staken en maar niet meer oefenen ligt niet in onze lijn. Immers wij hebben niet de kans om te spreken van we oefenen niet, de behandeling in het spoedeisende traject is direct noodzakelijk.

Gelukkig is er sinds kort enige afstemming tussen het wat rijkere BiZa en het armlastige VWS. Aangaande de miljoenen verslindende opzet van rampenbestrijding is een gezonde stelling ingenomen. Het kokerzien lijkt doorbroken te zijn: Geneeskundige Hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen wordt door beide partijen gezien als een opschaling van Spoedeisende Medische Hulp. Dat betekent éénvoudig gezegd dat er alleen gedacht kan worden aan rampeneeskunde als de normale spoedeisende geneeskunde goed is geregeld. Misschien dat van de 140 miljoen “rampenoefengeld” eerst iets nuttigs gedaan moet worden binnen de acute geneeskundige zorgverlening? Of reikt de liefde tussen de departementen slechts tot aan de spreekwoordelijke kontzak, waarin de portemonnee zich bevindt.

Een koppeling naar het ministerie van Defensie lijkt een kwestie van tijd. Immers na de afschaffing van de dienstplicht is er een groot tekort aan medisch en verpleegkundig

Onderzoek

U zult zich afvragen of er nog tijd overblijft voor onderzoek, de derde peiler van de academische taakstelling. Kennis op het gebied van het steun- en bewegingsapparaat is reeds binnen de faculteit gebundeld. De ongevalchirurgie is verheugd deel uit te mogen maken van deze onderzoeksschool en zal actief bijdragen aan de wetenschappelijke prestaties van deze groep. De moeilijke materie van patiënten met bekkeninstabiliteit is wellicht het eerste grote gezamenlijke project dat uitgewerkt kan gaan worden.

Onderzoek naar de kwaliteit van zorg bij de eerste opvang is een tweede aandachtspunt van de afdeling. Op het vakgebied van epidemiologie, statistiek en medisch besliskunde zijn de eerste contacten veelbelovend.

De ontwikkeling van nieuwe implantaten, het biomechanisch uittesten en klinisch toepassen met name bij botbreuken van de heup en het bovenbeen is in ontwikkeling. De eerste stappen op dit pad zijn gezet.

Een nauwe samenwerking met de regioziekenhuizen en de andere Academische Centra moet leiden tot de opzet van hoogstaand patiëntgebonden onderzoek. Samenwerking met het heelkundig laboratorium moet in een latere fase tot meer elementair onderzoek leiden.

De noodzaak tot het instellen van een leerstoel traumatologie wordt helaas niet door iedere faculteit ingezien. Hoe is het mogelijk dat dit niet reeds lang is verwezenlijkt voor een groot vakgebied als ongevalchirurgie (herinnert U zich nog: doodsoorzaak no. 1 beneden 35 jaar!)? Leiden, mijn voorland, AMC Amsterdam en Nijmegen wordt wakker en sluit U aan bij het Rotterdamse initiatief.

Onderzoek is niet mogelijk zonder financiële ondersteuning. Locale geldstromen binnen de faculteit, aanvulling vanuit de overheid, collectebusfondsen en last but not least de industrie maken het mogelijk projecten op te zetten. Ik verwacht vanuit de faculteit en vanuit het AZR dat aan goed opgezette, veelal klinische studies aandacht wordt geschonken gevolgd door daadwerkelijke financiële ondersteuning.

Samenvatting

Alvorens tot een dankwoord over te gaan, wil ik de besproken punten samenvatten.

Ik heb U laten zien, dat het probleem van ongevalletsel een groot probleem in onze maatschappij is.

Traumazorg is een keten van zorg, waarvan iedere schakel belangrijk is voor het functioneren van het systeem.

Ik heb U iets laten zien over de huidige stand van zaken, recente ontwikkelingen en mogelijkheden om tot een verbetering van kwaliteit van zorg te komen en de organisatie van Traumazorg in Nederland beschreven.

De noodzaak tot structureel onderwijs en wetenschappelijk onderbouwd onderzoek is aangeduid.

Dankwoord

Mijn rede wil ik afsluiten met een woord van dank, waarin het onmogelijk is compleet te zijn:

Tot slot een woord van dank aan het thuisfront.

Er is een oneigenlijke wissel getrokken op het gezin, zonder wie ik deze functie onmogelijk zou kunnen vervullen. Lieve Silvia, samen met onze meiden Suzanne, Mariëlla en Natasja hoop ik oud te worden. Maar dan wel met wat meer tijd voor jullie in de toekomst, het waren 7 magere jaren. Er is méér dan alleen maar traumazorg, dat is mijn zorg!

Mijn moeder wil ik bedanken voor de steun die ik als jonge student mocht krijgen. De stap van het dorp aan de rivier naar Amsterdam is dank zij jouw inspanning en die van Vader mogelijk geweest. Aan hem draag ik dan ook deze rede op.

Ik heb gezegd.

¹ Centraal Bureau voor de Statistiek: CBS. Voorburg, Heerlen 1998. internet homepage:
<http://statline.cbs.nl/>

² van Beeck E. Injuries a continuous challenge for public health. Thesis, Rotterdam 1998

³ Draaisma J.M.T. Evaluation of trauma care - with emphasis on hospital trauma care .
Thesis, Nijmegen 1987

⁴ Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS®): zie ATLS®

⁵ Trauma Nursing Core Course (TNCC®):
Stichting Trauma Nursing Nederland, Emmastraat 5, 5111 AX Baarle Nassau.
tel.: 013-5076026
fax.: 013-5076027

⁶ Advanced Trauma Life Support (ATLS®):
Sichting ATLS® Nederland, Landgoed Charlotte, Swaardvenstraat 75, 5048 AV Tilburg.
tel.: 013-4600181
fax: 013-4600287
e-mail: atls@knmg.nl

⁷ "Traumazorg, onze zorg"
Beleidsplan Ned. Ver. voor Traumatologie, 1997

⁸ Met zorg verbonden. Nota VWS, juni 1998.

⁹ Circulaire traumacentra. VWS nr. CSZ/ZT/9816534: Staatcourant 195, oktober 1998