

COLOFON

Het jaarverslag 2016 is een uitgave van
Bureau Acute Zorg Euregio
Gelfertweg 45
7512 BA Enschede

Postadres
Postbus 50000
7500 KA Enschede

www.acutezorgeuregio.nl
www.spoedzorgzondergrenzen.nl
www.rettungohnegrenzen.de
@AcuteZorgEur
Acute Zorg Euregio
@acutezorgeurgio

Contactinformatie
Marja Nijkraake
Tel. 053 - 487 20 97
m.nijkraake@acutezorgeuregio.nl

Concept, (eind)redactie en vormgeving
Geen Blad voor de Mond B.V.

**GEEN BLAD
VOOR DE MOND**
UITGEVERS

Lasondersingel 149
7514 BR Enschede
Tel. 053 - 460 90 02
www.geenbladvoordemond.nl
info@geenbladvoordemond.nl

AAN DEZE UITGAVE HEBBEN MEEGEWERKT:

Ketenpartners

- Charlotte Blase, Witte Kruis ambulancezorg
- Heleen den Hertog, MST
- Barbara Kreis, SKB Winterswijk
- Bas Leerink, MST
- Wim Meijerink, GHOR Twente
- Khadya Reitsma, Gelre ziekenhuis
- Janneke Roddenhof, ZGT
- Janke Snel, CHPA
- Jacqueline Noltjes, HDT-Oost
- Karin Waaijer, MST

Medewerkers Bureau Acute Zorg Euregio

- Elisa Boekhorst
- Claudia Boensma
- Nancy ter Bogt
- Manon Bruens
- Rolf Egberink
- Joost Hoffhuis
- Rik Kleijer
- Marja Nijkraake
- Jorien Pierik
- Cees Schenkeveld
- Simone Schmidt
- Ralph de Wit

INHOUD

INLEIDING	4
Ketenpartners moeten samen de knelpunten oplossen	
ACUTE ZORG	6
“Er is nog een enorme winst te behalen”	
TRAUMAZORG	10
Duidelijke afspraken over opvang traumapatiënten	
CRISISBEHEERSING EN OTO	12
Een crisis in één oogopslag overzien	
GRENSOVERSCHRIJDENDE SAMENWERKING	14
“Samenwerking in het grensgebied biedt veel kansen”	
KENNISCENTRUM	16
Elke minuut telt bij een beroerte Regionale Trauma Training 2.0	
FINANCIËN	20
Financieel jaarverslag 2016	
2017	21
Vooruitblik	
INFOGRAPHIC	22
Zorggebied in de Euregio	
MET DANK AAN	23
Ketenpartners	

KETENPARTNERS MOETEN SAMEN DE KNELPUNTEN OPLOSSEN

De kwaliteit van acute zorg in de regio wordt niet langer afgemeten aan de zorg van de individuele zorgverleners, maar wordt gevormd door de kwaliteit van het totale acute zorgnetwerk. “Een goede zaak”, vindt Bas Leerink, voorzitter van het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen). “De patiënt heeft niets aan één goede schakel, maar wél aan een goede keten.”

Knelpunten in de acute zorg moeten méér dan voorheen door de ketenpartners samen opgelost worden. In oktober 2016 ontving het ROAZ een brief van het ministerie van VWS, waaruit bleek dat ‘Den Haag’ een multidisciplinaire aanpak voorstaat als het gaat om kwaliteit in de acute zorg. Eerder werden instellingen in de zorgketen daar individueel op aangesproken, nu wendde Den Haag zich tot het netwerk. “Dat is een goede ontwikkeling, die voor ons niet onverwachts kwam. Het ROAZ dringt daar al langer op aan, want het is moeilijk om monodisciplinair tot een goed kwaliteitskader te komen. Een sterk kwalitatief netwerk wordt steeds belangrijker. Verbondenheid in de zorgketen is daar om van grote waarde”, zegt Leerink.

Rol Noodzakelijk
Netwerk Kwaliteitskader
Bevoegdheid Commitment
Ambities Verbondenheid
Keten ROAZ
Regio Slagvaardig
Knelpunten Overleg

Mandaat

Het ministerie van VWS spreekt het ROAZ sinds 2016 rechtstreeks aan op het verlenen van goede acute zorg. Leerink: “Dat vinden we goed en prettig, maar het roept ook vragen op. Als één zorgpartner in de schakel geen goede zorg verleent, hebben anderen daar last van. Er is dus van alle partijen volledige commitment nodig. Deelname aan het overleg in de acute zorgketen kan bijvoorbeeld niet langer

vrijblijvend zijn. Dat willen we graag uitdragen, maar de vraag is waar precies de bevoegdheid van het ROAZ ligt. Het zou goed zijn voor alle partijen als VWS het ROAZ hiervoor een instrument geeft. We hebben mandaat nodig, om samen de knelpunten in de regio op te lossen.”

Goede acute zorg

Leerink staft de gevolgen van meer bevoegdheid met een praktijkvoorbeeld. “Vanuit het kwaliteitskader kan het in de toekomst noodzakelijk zijn om een behandeling die nu nog in meerdere ziekenhuizen in de regio aangeboden wordt, te concentreren in één ziekenhuis. Dat is bijvoorbeeld gebeurd bij de geboortezorg. Vanaf 2015 kunnen vrouwen niet meer in drie, maar in twee ziekenhuizen in de regio bevallen. De keuze voor concentratie van de klinische verloskunde is destijds gemaakt door twee samenwerkende ziekenhuizen en eerstelijnsverpleegkundigen. Maar als de overheid het ROAZ rechtstreeks aanspreekt op kwalitatieve goede acute zorg in de regio, zou het ROAZ in de toekomst een toetsende rol moeten hebben op de effecten van deze beslissingen en op de kwaliteit van de acute zorg in de keten.” Leerink geeft verder aan dat, op basis van de ontwikkelingen in 2016, afgevaardigden van politie en de ouderenzorg nauw betrokken moeten worden. Eerder al werden verzekeraars toegevoegd aan het ROAZ. “Om in de toekomst slagvaardig alle problemen aan te pakken, is een uitgebreide vertegenwoordiging noodzakelijk en van groot belang.”

Knelpunten

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) telt elf regio's. Acute Zorg Euregio is één van de kleinere regio's. “We



Bas Leerink,
voorzitter van het
ROAZ en voorzitter
van de raad van
bestuur MST.

mogen dan klein zijn, we hebben wel grote ambities. We willen het hier in Twente en de Oost-Achterhoek gewoon heel erg goed doen. Een voordeel daarbij is dat deze regio heel overzichtelijk is.” Het ROAZ heeft echter wel te maken met knelpunten; de meeste zijn landelijke problemen die ook in de regio spelen, zoals de toename van personen met verward gedrag in het straatbeeld, de eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen, de problematiek rond antibiotica resistentie. Allemaal belangrijke zaken, die in 2016 op de agenda's van de ROAZ'en kwamen en ook in 2017 volop de aandacht vragen van het ROAZ.

Grensgebied

Er zijn ook specifieke knelpunten voor deze regio. De ligging tegen de grens met Duitsland bijvoorbeeld. “De mensen aan beide kanten van de grens hebben recht op kwalitatief goede acute zorg. We denken constant na hoe we de grensoverschrijdende samenwerking kunnen verbeteren”, zegt Leerink. Hij noemt enkele voorbeelden. “Mensen uit de gemeente Dinkelland die acute zorg nodig hebben, kunnen eerder in het ziekenhuis in Nordhorn zijn, dan in Enschede. Inwoners uit Winterswijk die gedotterd moeten worden, zijn sneller in Bocholt dan in Enschede. Er is in 2016 veel energie gestoken in het opleiden van Duits ambulancepersoneel om in Nederland te kunnen worden ingezet. Het kan levensreddend zijn als er een Duitse ambulance voorrijdt.” Leerink stipt een ander specifiek probleem voor de Euregio aan. “Mensen in deze regio wachten te lang voordat ze naar de dokter gaan. Er ligt een taak voor de individuele ketenpartners en het ROAZ om in 2017 de focus te leggen op betere voorlichting van levensbedreigende aandoeningen (time is brain) zodat de signalen vroegtijdig herkend worden.” •

HET BUREAU

ROAZ

Zowel het bestuurlijk ROAZ, als de ROAZ-agenda-commissie zijn in 2016 drie keer bijeen geweest. Een kleinere delegatie van het bestuurlijk ROAZ heeft in juli extra vergaderd in het kader van inventarisatie regionale opnamestops. Er is door de bestuurders in 2016 verder vorm gegeven aan het ambitedocument uit 2015 ‘Van eigen verantwoordelijkheid naar gezamenlijke verantwoordelijkheid’.

Bureau Acute Zorg Euregio (BAZE)

Personele mutaties

Met ingang van 1 januari 2016 is Rik Kleijer in dienst getreden bij BAZE als projectmedewerker Crisisbeheersing en OTO (Opleiden, Trainen, Oefenen). Rik neemt een deel van de OTO-portefeuille voor zijn rekening. Per 1 juni 2016 is afscheid genomen van Alexandra Ziemann, beleidsadviseur Grensoverschrijdende Samenwerking. Alexandra heeft een functie aanvaard bij het King's College in Londen. Elisa Boekhorst is haar opgevolgd en het team komen versterken vanaf 18 juli 2016. De werkzaamheden van Elisa zijn gericht op het door Interreg gesubsidieerde project PREpare. Jorien Pierik is als beleidsadviseur Acute Zorg aan het team toegevoegd in een parttime dienstverband per 1 januari 2016. Vanaf 1 oktober 2016 voert zij deze functie fulltime uit. Acute Zorg Euregio heeft per 31 december 2016 elf medewerkers in dienst met in totaal 9,2 fte, waarvan 1,76 fte voor het project PREpare.

Besprekingsvormen

In 2016 vonden wekelijks korte bijeenkomsten plaats waarin de medewerkers van BAZE elkaar op de hoogte houden van de lopende projecten en de werkzaamheden binnen ieders aandachtsgebied. Eens per maand werd in een langer overleg een actueel thema besproken. De beleidsadviseurs van Acute Zorg Euregio hadden een keer per drie weken een bilateraal overleg met de manager van BAZE. Alle medewerkers hadden, afhankelijk van hun functie en portefeuille, individueel overleggen op landelijk of regionaal niveau. Met alle medewerkers heeft een jaargesprek plaatsgevonden met betrekking tot functioneren en de onderlinge samenwerking, waarin ook het persoonlijk ontwikkelplan (POP) werd besproken en eventueel bijgesteld. •

"ER IS NOG EEN ENORME WINST TE BEHALEN"

Heleen den Hertog, neuroloog in MST, heeft een missie. De neuroloog, gespecialiseerd in vasculaire neurologie, doet er samen met haar team alles aan om patiënten met een beroerte (CVA) zo snel mogelijk te behandelen. Elke minuut telt, omdat er bij een herseninfarct per minuut 1,9 miljoen hersencellen afsterven.

De race tegen de klok, om mensen met een CVA zo snel mogelijk te behandelen, is een continu proces, weet Den Hertog. Als neuroloog is ze afhankelijk van de complete zorgketen. Elke schakel kan die zo belangrijke tijdswinst bewerkstelligen. En juist daarom zet ze zich met veel gedrevenheid in om in de keten de urgentie daarvan te onderstrepen. "We moeten er met z'n allen voor zorgen dat de logistiek zo optimaal mogelijk is. Dat levert écht wat op. De 'door to needle time' (de tijd van aankomst op de spoedeisende hulp tot aan het starten van de intraveneuze trombolysen IVT) hebben we inmiddels enorm teruggebracht; van 41 minuten naar 18 minuten. Ook in de andere regionale ziekenhuizen ZGT en SKB is deze tijd flink verkort." De ingebruikname van



het nieuwe MST-ziekenhuis in Enschede, begin januari 2016, droeg volgens haar ook bij tot verbetering. "In het nieuwe ziekenhuis staat de CT-scan op de SEH-afdeling en worden de CVA-patiënten direct daar opgevangen. Dat geeft extra tijdswinst", aldus Den Hertog. Binnen de expertgroep Myocard Infarct en CVA-keten blijft ze samen met de ketenpartners continu zoeken naar knelpunten en nieuwe actiepunten om de gehele acute zorgketen te verbeteren.

IAT

Er zijn voor patiënten met een acuut herseninfarct twee behandelingen; binnen 4,5 uur na het optreden van de eerste verschijnselen is intraveneuze trombolysen (IVT) mogelijk en tot 6 uur kan intra-arteriële behandeling (IAT) worden toegepast. Als de behandeling(en) snel worden ingezet is de kans op restschade kleiner. Patiënten in de regio Twente en Oost-Achterhoek met symptomen verdacht voor een herseninfarct worden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met IVT-faciliteiten vervoerd. De behandeling van eerste keus bij een herseninfarct is namelijk toediening van IVT met het medicijn Alteplase, die binnen 4,5 uur na het ontstaan van klachten gestart moet worden. Als blijkt dat de patiënt in aanmerking komt voor een IAT, dan wordt de patiënt overgeplaatst naar het regionale IAT-centrum in MST. Deze concentratie van hoogcomplexen zorg betekent dat er regionaal met alle ketenpartners zoals huisartsen, ambulancediensten en regionale ziekenhuizen goed samengewerkt dient te worden. Het doel is om elke patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek te behandelen en daarmee de optimale gezondheidssuitkomst voor de patiënt te behalen. Tijdens IAT brengt de interventieradioloog via een prik in de lies een dunne katheter in een bloedvat. Deze katheter wordt opgeschoven tot in de afgesloten slagader in de hersenen. Vervolgens wordt het stolsel via de katheter verwijderd. Deze behandeling is bedoeld voor patiënten met een ernstig herseninfarct, waarbij er sprake is van een aangetoonde afsluiting van een van de grote slagaderen in het hoofd. IAT is sinds 2014 een effectieve en veilige behandeling. Dit is sinds de publicatie van het Nederlandse Mr Cleanonderzoek en is daarna in meerdere internationale onderzoeken bevestigd. Er zijn veel minder contra-indicaties voor IAT dan voor IVT. Zo kunnen patiënten met stollingsstoornissen of gebruik van antistolling



Heleen den Hertog,
neuroloog MST.

IAT ondergaan. Sinds begin 2017 is IAT opgenomen in het reguliere verzekerde zorgpakket. Den Hertog: "De behandeling krijgt meer bekendheid bij de verwijzende ketenpartners. We zien een stijging in het aantal behandelde patiënten. Vorig jaar behandelden we in MST 62 patiënten met IAT. In 2017 denken we op 80 patiënten uit te komen. Daarnaast zullen er nieuwe onderzoeken gaan lopen om na te gaan of het indicatiegebied voor IAT verruimd kan worden, waardoor meer patiënten in aanmerking komen en beter zouden kunnen herstellen als gevolg van een herseninfarct."

Scholing

Den Hertog geeft onderwijs aan betrokken zorgverleners, onder meer SEH-verpleegkundigen, verpleegkundigen en huisartsen, om vroege herkenning van een CVA te bevorderen en bewustwording van 'time is brain' te vergroten. Met de komst van IAT is het tijdsvenster van ontstaan van de klachten tot behandeling verruimd van 4,5 uur naar 6 uur en daar moet iedere verwijzer van op de hoogte zijn. In het najaar van 2017 krijgen doktersassistenten, op verzoek van de expertgroepen binnen Netwerk Acute Zorg Euregio, ABCDE-scholing aangeboden, om vroege herkenning van spoedgevallen te bevorderen. "Hoe sneller actie wordt ondernomen, hoe beter want 'time is brain'!"

Voorlichting

Volgens Den Hertog moet er ook nog veel aan voorlichting worden ingezet. "Het begint bij de patiënt. De symptomen van een CVA moeten worden herkend, zodat snel hulp kan worden ingeroepen. De Hartstichting heeft met de 'mond, spraak, arm, beroertealarm-bel 112'-campagne al voor beeldend meer bekendheid gezorgd. Een punt van zorg blijft

FACTS & FIGURES ACUTE ZORG

In het Netwerk Acute Zorg Euregio (NAZE) dragen de regionale expertgroepen bij aan een actueel inzicht in de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg en het borgen en/of verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de acute zorgketens. In 2016 is de expertgroep rondom spoedindicatie geruptureerd aneurysma opgericht. De overige expertgroepen zijn periodiek bij elkaar geweest.

Acute Psychiatrie

De expertgroep Acute Psychiatrie is in 2016 vier keer bijeen geweest. Er is onder andere getracht een regionale procedure psychiatrische beoordelingen bij kinderen, opgenomen in het ziekenhuis, te ontwikkelen. Landelijk is een generieke module Acute Psychiatrie ontwikkeld, waar de regionale experts kritisch naar hebben gekeken en over de regionale inkleuring hebben nagedacht. Naast Tactus heeft ook vertegenwoordiging van politie, Aveleijn en een GGD forensisch arts zitting genomen in de expertgroep. Door de landelijke aandacht voor de toename van personen met verward gedrag, is de aanpak hoog op de politieke agenda gekomen.

Trauma

In 2016 is de expertgroep Trauma naast vier reguliere bijeenkomsten één keer bijeen gekomen voor een extra overleg. Dit overleg stond in het teken van de levelwijziging van SKB van level 2 naar level 3 en de eventuele consequenties die dat met zich meebrengt. Tijdens de reguliere bijeenkomsten waren de belangrijkste besprekingspunten de concentratie en spreiding van multi-traumapatiënten, de uitkomsten van de regionale SEH-visities, kwaliteitskader spoedzorgketen/ZIN-indicatoren en de data uit traumaregistratie.

Sepsis

De expertgroep Sepsis is in 2016 een keer bijeen geweest. Bij gebrek aan voortgang van openstaande acties en agendapunten is het overleg in het najaar geannuleerd. Wel is er bij andere ROAZ-regio's informatie opgehaald en in de groep verspreid. In 2016 is er een nieuwe sepsis definitie gekomen die beter aansluit bij het beeld van 'de septische patiënt'. De focus van de expertgroep is daarmee veranderd. De eerste stap zal

FACTS & FIGURES ACUTE ZORG - VERVOLG

zijn meer bewustwording creëren voor sepsis in de gehele acute zorgketen. Dit gebeurt door uniforme definities te gebruiken en zorgverleners handvatten te geven voor het sneller herkennen van een septisch beeld. Op basis hiervan kan een betere overdracht naar het ziekenhuis worden gedaan.

Acute Verloskunde

De expertgroep Acute Verloskunde is twee keer bijeen geweest. In februari is een ketenbrede training georganiseerd, waarin het gebruik van de SBARR-methode voor communicatie en overdracht in de acute verloskundige keten werd geëvalueerd. De expertgroep heeft deze positief geëvalueerd en wil kijken naar de mogelijkheid om dergelijke scholing samen met regionale ketenpartners op te zetten, zodat de continuïteit geborgd kan worden. Verder zijn er enkele casuïstiek besprekingen geweest binnen de expertgroep om te achterhalen of en waar knelpunten in de keten zich voordoen.

MICK

De expertgroep Myocard Infarct en CVA-keten (MICK) is drie keer bijeen geweest. Het regionale NVVC-project, waarin op diverse onderwerpen werd getracht de zorg voor patiënten met een ACS in Twente en Oost-Achterhoek te verbeteren, is afgerond en positief geëvalueerd. Daarnaast heeft de voorbereiding van de scholing van de eerste lijn, met betrekking tot vroegherkenning van ACS en CVA, uitgebreid op de agenda gestaan. Verder is er door Ambulance Oost een bijeenkomst georganiseerd om, door middel van dashboarding, beter inzicht te krijgen in ketenbrede tijdregistratie.

rAAA

In het rapport 'Spoed moet goed' zijn indicatoren en normen opgelegd waarmee de kwaliteit van de spoedzorg rondom een geruptureerd acuut abdominaal aneurysma (rAAA) wordt aangetoond. Dit heeft geleid tot de oprichting en voorbereidingsgesprekken over de samenstelling en doelstelling van de expertgroep. De samenstelling is compleet en een eerste bijeenkomst is ingepland.

Acute zorg in een breder jasje

Het ROAZ is 'ontdekt' door de politiek en overheid. De regio's zijn gevraagd om input te leveren voor het landelijke kwaliteitskader Spoedzorg. Ook heeft VWS het ROAZ ge-

vraagd om ontwikkelingen in de regionale (acute) zorg te monitoren en te rapporteren, eventuele problemen te signaleren en in overleg met alle relevante partijen in die regio tot afspraken te komen die de (acute) zorg moeten verbeteren.

Regionale input voor Kwaliteitskader Spoedzorg

Als voorbereiding op het landelijke kwaliteitskader Spoedzorg, zijn regionale bijeenkomsten georganiseerd om 'patient journeys' (zorgpaden) voor acute zorgvragen uit te werken. Onze regio is gevraagd de patient journeys 'Collaps' en 'Pijn op de borst' uit te werken. Voor deze bijeenkomsten zijn, vanuit de kring van de huisartsen(posten), ambulance-diensten, SEH-artsen en medisch specialisten en vanuit de patiëntenorganisatie en verzekeraars, deelnemers uitgenodigd om vanuit hun eigen visie input te leveren. De gezamenlijk opgestelde patient journeys zijn op geaggregeerd niveau gebruikt om een kader op te stellen en primair zicht bieden op wat we met elkaar moeten organiseren om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren.

Drukke in de acute zorgketens

In oktober werd het ROAZ, naar aanleiding van de 'Brandbrief regionale spoedzorg – de rek is eruit', gevraagd in de regio noodzakelijke acties te ondernemen in de aanpak van de drukke in de acute zorgketens. Medio november kwam hier het verzoek bij om de minister te informeren over de eventuele witte vlekken in de opvang van spoedsituaties voor kwetsbare ouderen. Verder werd het ROAZ gevraagd een tussenstand te geven hoever de regio gevorderd was met een noodplan acute zorg voor kwetsbare ouderen, en om zorg te dragen voor dit noodplan. BAZE heeft daarom inventarisatievraagstukken bij de ketenpartners neergelegd en heeft in de (sub)regio overleggen georganiseerd of is aangesloten bij al bestaande overlegstructuren.

Vervoer Personen Verward Gedrag

ROAZ Euregio is gevraagd om regionale afspraken te maken over hoe per 1 januari 2017 het vervoer van personen met verward gedrag wordt geregeld. Op dinsdag 13 december is het convenant met betrekking tot acute psychiatrie tussen de politie, de GGZ-instellingen, RAV en het OM in Oost-Nederland geëvalueerd en is ook het vervoer besproken. Voor 2017 valt niemand (nog) tussen wal en schip, maar er dienen in 2017 op regionaal niveau tussen RAV, GGZ, politie en gemeenten nieuwe afspraken gemaakt te worden voor het vervoer van verwarde personen per 1 januari 2018. •

dat mensen vaak wel de kennis hebben, maar die niet direct omzetten in acties. Mensen in de regio Twente en Oost-Achterhoek wachten te lang met het inschakelen van noodhulp. In deze regio's wacht men gemiddeld 1,5 uur langer dan in de rest van Nederland. Ze denken vaak; ik ga naar bed, het gaat wel weer over, anders ga ik morgen wel even langs m'n eigen huisarts. Maar tijd is cruciaal bij een CVA. Hier is echt nog een enorme winst te behalen."

Studie gezondheidswetenschappen

Drie studenten van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan Universiteit Twente gaan in 2017 onderzoek doen naar de motivatie voor de keuze van een bepaalde zorgverlener. Uit eerder onderzoek in Twente en Oost-Achterhoek blijkt namelijk dat ruim 80% eerst contact zoekt met de huisarts(enpost). Zijn de klachten bepalend voor de keuze? Of het tijdstip van ontstaan? Waren er omstanders bij toen de klachten begonnen? "Door het gedrag van patiënten te onderzoeken krijgen we nieuwe informatie. Die kunnen we hopelijk aanwenden om opnieuw tijdswinst te boeken, want de grootste tijdswinst ligt bij de patiënt zelf", zegt Den Hertog.

Primaire preventie

Het aantal mensen dat een herseninfarct krijgt, neemt toe. "Dat komt onder meer omdat de populatie ouder wordt. Maar óók vanwege een ongezonde leefstijl, zoals roken, weinig bewegen en ongezond eten", zegt Den Hertog. "In Twente valt er op dat gebied nog veel winst te behalen, want de leefstijl van Twentenaren steekt negatief af, als je die vergelijkt met de rest van Nederland. Net als Drenthe en Flevoland overigens. Vast staat dat er nog veel aan primaire preventie op dat gebied moet plaatshebben. En daar hebben ziekenhuizen en huisartsenpraktijken ook een rol in."

Benefitproject

Ze is erg tevreden met de subsidie die de Hartstichting en ZonMw hebben gegeven voor leefstijlverbetering bij patiënten met hart- en vaatziekten, waaronder ook patiënten met CVA. Aan de aanvraag voor de subsidie hebben ook Den Hertog en Universiteit Twente meegewerkt. "Roken, ongezond eten en te weinig bewegen. De gevolgen van een ongezond leefpatroon zijn erg groot. Binnen de gezondheidszorg weten we dat het moeilijk is om gedrag aan te passen en het dan ook vol te houden. Het Benefitproject zet mensen aan tot een gezond leefpatroon en blijft hen daarna ondersteunen én belonen voor de moeite die zij

(blijven) steken in een gezond leefpatroon. Deelnemers kunnen punten verdienen omdat ze regelmatig bij de huisarts hun bloeddruk en cholesterol laten meten of meedoen aan challenges, zoals de avondvierdaagse en bezoeken aan de sportschool. Met de verdiende punten krijgen ze korting op producten of op leuke uitstapjes. Het is echt een project dat iets teweeg kan brengen."

Artemis

De regio's Leiden, Amsterdam en Twente beginnen in september 2017 met een nieuw project: Artemis. Dit project wordt onder meer gefinancierd door de Hersenstichting. Artemis staat voor 'A Reduction in Time with Electronic Monitoring In Stroke trial'. Het is een onderzoek met als doel om bij patiënten met een acuut herseninfarct de tijd vanaf alarmering van de meldkamer tot aan IVT of IAT te bekorten. Voor elke patiënt die door de meldkamer wordt beschouwd als IVT-/IAT-kandidaat wordt direct na de melding 'acute beroerte' een uniek polsbandje met een low-voltage bluetooth signaal geactiveerd. Het signaal wordt vervolgens automatisch door handhelds in de ambulance en tablets op verschillende plaatsen in het ziekenhuis (bijvoorbeeld in- en uitgang van de SEH, CTkamer, stroke-unit en interventie



kamer) geregistreerd. Daarnaast wordt er gekeken of met visuele feedback van de actuele tijdsvertraging de keten verder geoptimaliseerd kan worden. Uiteraard wordt daarbij ook gekeken naar mogelijke complicaties, want de kwaliteit van zorg mag niet in het geding komen. Den Hertog heeft ook van dit project verwachtingen. "Elke verbetering die we doorvoeren levert ons tijdswinst op. En dat is noodzakelijk. Er is nog altijd werk te verrichten. De 'door to needle tijd' is dan wel afgenomen, de 'door to groin tijd' (tijd van aanpakken lies) moeten we zeker nog kunnen verbeteren." •

DUIDELIJKE AFSPRAKEN OVER OPVANG TRAUMAPATIËNTEN

Een traumapatiënt moet zo snel mogelijk naar het juiste ziekenhuis worden gebracht waar zijn letsels adequaat behandeld kunnen worden. De expertgroep Trauma van Acute Zorg Euregio draagt bij aan de regionale coördinatie van de acute ketenzorg rondom traumapatiënten in de regio Twente en Oost-Achterhoek.

In 2016 zijn de mogelijkheden voor de opvang van traumapatiënten bij SBK Winterswijk opnieuw in kaart gebracht. Aanleiding hiervoor was een wijziging in de certificering van een level 2- naar een level 3-ziekenhuis enkele jaren daarvoor, conform de levelcriteria van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT). Deze criteria dienen niet als indicator van de kwaliteit van de zorg, maar geven inzicht in de aanwezigheid van noodzakelijke voorzieningen in een ziekenhuis voor spoedeisende medische hulpverlening. Barbara Kreis, traumachirurg bij SKB en voorzitter van de expertgroep Trauma, vertelt: "Het feit dat SKB een level 3-ziekenhuis is, betekent dat wij bepaalde voorzieningen niet hebben, zoals 24 uur per dag aanwezigheid van vaatchirurgen of interventie radiologen. Bij hoogenergetische traumapatiënten is vaak ernstig letsel te verwachten en is definitieve behandeling bij ons dus soms niet mogelijk. Dit zou dan echter betekenen dat wij helemaal geen hoogenergetische traumapatiënten meer mogen opvangen. Omdat SKB een belangrijke functie vervult voor de spoedzorg in de regio, is dit niet wenselijk. De afstand naar een level 1 of 2 ziekenhuis is in veel gevallen te groot voor een hoogenergetische traumapatiënt." SKB heeft zich daarom ingespannen om een deel van haar voorzieningen voor de opvang van traumapatiënten uit te breiden naar de criteria voor een level 2-ziekenhuis. "Zo kan ons traumateam binnen een kwartier in het ziekenhuis aanwezig zijn. Dat is zelfs sneller dan volgens de criteria die aan een level 2-ziekenhuis gesteld worden. De raad van bestuur, de medische staf en de medewerkers van de SEH van SKB hebben zich daar echt voor ingezet."

Hoog op de agenda

De gewijzigde situatie is niet alleen voor hoogenergetische traumapatiënten van belang, maar ook voor ketenpartners.

Witte Kruis verzorgt het patiëntenvervoer in de regio Noord- en Oost-Gelderland, waar SKB onder valt. Charlotte Blase, medisch manager Witte Kruis Noord- en Oost-Gelderland en agendalid van de expertgroep: "Begin 2016 heeft de expertgroep Trauma het maken van duidelijke afspraken over welk type traumapatiënten er naar SKB gebracht mag worden op de agenda gezet. Als wij een patiënt niet naar SKB kunnen brengen, moeten we uitwijken naar de traumacentra in Enschede of Nijmegen. Onze ambulances rijden op die momenten buiten de regio, waardoor de vervoerscapaciteit in onze eigen regio lager wordt. Het is voor ons als ambulancedienst heel belangrijk dat we sommige hoogenergetische trauma's wel kunnen blijven presenteren in SKB en we zijn heel blij dat SKB zich hiervoor heeft ingespannen."

Inschatten

Aan de nieuwe afspraken is een heel proces vooraf gegaan. Reeds in 2015, tijdens een Traumaoverleg Euregio, spraken professionals over de voor- en nadelen van het vervoeren van specifieke traumapatiënten naar perifere ziekenhuizen. Tijdens de bijeenkomst werd een casus behandeld van een traumapatiënt die per ambulance naar een perifeer ziekenhuis werd gebracht. De traumahelikopter (Mobiël Medisch Team, MMT) die reeds was opgeroepen werd weer afgebeld, maar bleek uiteindelijk toch nodig om de patiënt verder te vervoeren naar traumacentrum voor behandeling door een neurochirurg. Kreis: "Voor alle betrokkenen moet duidelijk zijn wat de gewenste manier van werken en communiceren is. En natuurlijk moeten die afspraken vervolgens ook worden vastgelegd." Voor Witte Kruis betekent dit dat de afspraken over het vervoer van traumapatiënten zijn uitgewerkt in het Landelijk Protocol Ambulance (LPA), de leidraad voor het handelen van ambulancemedewerkers. Dat vergde behoorlijk



Barbara Kreis, traumachirurg
SKB Winterswijk (links)
en Charlotte Blase, medisch manager
Witte Kruis Noord- en Oost-Gelderland (rechts).

wat afstemming. Blase: "Ambulancemedewerkers schatten een situatie in op basis van de toestand van de patiënt die zij aantreffen. Zij moeten op dat moment beslissen waar zij deze patiënt naar toe brengen. Het kan zijn dat tijdens de rit of bij aankomst op de SEH deze toestand dusdanig is veranderd dat de patiënt alsnog naar een level 1-ziekenhuis vervoerd moet worden. De uitdaging is dus om richtlijnen te formuleren die duidelijkheid bieden in zo veel mogelijk situaties."

Regioniveau

In de huidige versie van het LPA (versie 8.1) is een regionale toevoeging opgenomen, waarin de nieuwe afspraken in een paar zinnen zijn geformuleerd. Blase: "Door de mogelijkheid om op regioniveau toevoegingen te doen, hebben we kunnen vastleggen dat SKB officieel geregistreerd staat als een level 3-ziekenhuis, maar beschouwd mag worden als een level 2-ziekenhuis. Ambulancemedewerkers nemen dit nu mee in hun afweging voor de keuze van het ziekenhuis. De andere afspraak is dat het MMT niet afgebeld wordt als deze reeds is opgeroepen. SKB verzorgt de eerste opvang en er volgt een rendez-vous met het MMT in het ziekenhuis." De eerste ervaringen naar aanleiding van de nieuwe afspraken zijn goed. Een bijkomend voordeel is dat multitraumapatiënten ook beter geholpen kunnen worden, zij kunnen voor eventueel noodzakelijke eerste stabilisatie nu beter terecht in SKB. Kreis: "Onlangs ontvingen we nog bericht vanuit het traumacentrum in Nijmegen dat ze blij zijn met de manier waarop de opvang van multitraumapatiënten nu geregeld is. De expertgroep is bezig om feedback van ketenpartners verder te structureren in een terugkerend overleg. Dat kost nog wat tijd, maar gaat zeker een meerwaarde vormen in de doorontwikkeling van onze afspraken." •

FACTS & FIGURES TRAUMAZORG

Op 2 november 2016 is tijdens het symposium van het Landelijk Netwerk Acute Zorg over de Landelijke Traumaregistratie (LTR) de rapportage van de Euregio verschenen. De belangrijkste resultaten over de periode 2011-2015 zijn als volgt:

- In 2015 was het aantal traumapatiënten 4.176. Dit is iets minder dan vorig jaar maar meer dan in de jaren daarvoor, waar het aantal traumapatiënten steeds onder 4.000 bleef. Landelijk staat MST in de top 5 van ziekenhuizen die de meeste traumapatiënten opvangen.
- Vanaf verslag 2015 gelden twee indicatoren van het Zorg Instituut Nederland:
 - Het aantal multitraumapatiënten opgevangen op de afdeling spoedeisende hulp van de ziekenhuislocatie:

	SKB	ZGT Almelo	ZGT Hengelo	MST
Aantal multitraumapatiënten	17	33	3	175

- Het percentage van alle multitraumapatiënten dat direct in het regionale traumacentrum (in de Euregio is dat MST) wordt gepresenteerd. Dit was 77%.
- In ruim de helft van de gevallen (55%) werd voor de traumapatiënten 112 gebeld en zijn de patiënten door de ambulance vervoerd naar het ziekenhuis. Dit aandeel is gestegen in de afgelopen jaren en was in 2012 nog 44%.
 - In overeenstemming met de landelijke data vormen 80-plussers met een aandeel van 27% een relatief grote groep binnen de traumaregistratie. In ZGT Hengelo en SKB was dit aandeel nog groter, respectievelijk 41% en 33%.
 - De primaire uitkomstmaat van de traumazorg vastgelegd in de LTR, is het al dan niet overlijden van de traumapatiënt in het ziekenhuis. Hiervoor is vanaf verslagjaar 2015 een nieuwe manier van berekenen ingevoerd. Deze berekening laat zien dat de zorg in de Euregio van goede kwaliteit is: in alle ziekenhuizen is het daadwerkelijk aantal sterfgevallen niet significant hoger dan het verwachte aantal sterfgevallen. •

EEN CRISIS IN ÉÉN OOGOPSLAG OVERZIEN

Koortsachtig bellen en mailen ten tijde van een crisis is voorbij. Door gebruik te maken van het Landelijk Crisis Management Systeem Geneeskundige Zorg (LCMSgz) kunnen crisisteams in de regio in één oogopslag de status van de crisis overzien. "Ideaal", zeggen Janke Snel (directeur huisartsenpost Almelo) en Jacqueline Noltes (directeur huisartsendienst Twente-Oost en huisartsenpost Hengelo).

LCMSgz is er al langer, maar in 2016 heeft de regio Twente en Oost-Achterhoek er veel actiever gebruik van gemaakt. Werd het systeem eerder alleen ingezet bij een grote crisis, nu wordt LCMSgz ook gebruikt bij bijzondere omstandigheden, zoals een griep pandemie en grote evenementen in de regio. "We hebben de afgelopen tijd veel aan scholing gedaan en informatiecoördinatoren opgeleid om het systeem optimaal te gebruiken", zegt Janke. "Het is absoluut noodzakelijk dat de status van de calamiteit snel en uiterst nauwkeurig in het systeem wordt ingevuld. Zo krijgt elke ketenpartner na het inloggen meteen te zien waar collega's op dat moment mee bezig zijn. Dat geeft ons in de keten allemaal een gedeeld en goed overzicht van de status van de crisis." Jacqueline klikt LCMSgz open en laat een voorbeeld



zien van een actueel festival op recreatiepark Het Rutbeek in Enschede. In het systeem komt meteen relevante informatie naar voren. Hoeveel bezoekers zijn er, hoeveel EHBO'ers zijn er op het terrein, wat zijn de grootste risicofactoren bij dit evenement, hoe lopen calamiteitsroutes, wat is de geneeskundige inzet, welke veiligheidscoördinator is het eerste aanspreekpunt voor hulpdiensten en op welk telefoonnummer is hij of zij bereikbaar. "We zijn heel blij met dit systeem.

Het geeft ons veel meer overzicht." Het LCMSgz wordt ook tijdens de jaarwisseling ingezet om incidenten rond vuurwerkslachtoffers te registreren. Jacqueline: "Eerder werd ik op 1 januari gebeld door de Algemeen Commandant geneeskundige zorg (ACgz) om te horen hoe de jaarwisseling in deze regio was verlopen. Ik was zelfs een keertje op vakantie in het buitenland toen ik zijn telefoontje moest beantwoorden. Dat is verleden tijd. De ACgz kan in LCMSgz kijken wat er in de regio gebeurt en dat koppelen, zodat hij snel een landelijk overzicht heeft." Een ander voorbeeld van het nut van LCMSgz is de vluchtelingenproblematiek. Ook daarvoor werd het systeem in 2016 ingezet, om inzicht te krijgen waar regionaal kritieke situaties konden ontstaan.

Crisismanagement

Het Netwerk Acute Zorg Euregio heeft veel aandacht voor crisismanagement, stelt Jacqueline Noltes. Samen met Janke Snel staat ze in crisissituaties bovenaan in de crisisorganisatie van de huisartsenzorg. Dat betekent dat ze altijd paraat zijn om in actie te komen. "We kennen iedereen in de keten bij naam. Dat is belangrijk, zelfs een randvoorwaarde. Ten tijde van een crisis moet je elkaar makkelijk en snel kunnen benaderen én op elkaar kunnen bouwen." Het is goed dat het crisisteam bestaat, vindt Jacqueline. Als directeur van de huisartsendienst Twente-Oost en huisartsenpost Hengelo is ze meerdere keren met crises geconfronteerd. "De vuurwerk-ramp, de grote stroomstoring in Haaksbergen, dat dagenlang geïsoleerd was door hevige sneeuwval, het dak van De Grolsch Veste dat instortte, een heel zwaar ongeval op de A31, een chemische stof in een Oldenzaals winkelcentrum, het monstertruckdrama in Haaksbergen", somt ze op. De regio Almelo heeft nog steeds geluk gehad, stelt Janke



Janke Snel, directeur
huisartsenpost Almelo (links) en
Jacqueline Noltes, directeur HDT-Oost
en huisartsenpost Hengelo (rechts).

Snel vast. "Grote calamiteiten hebben we niet gehad. Wel stroomstoringen, die ook crisis in onze eigen organisatie opleverden. Overigens wordt het crisisplan binnen de huisartsenpost ook gebruikt voor kleinere incidenten. Denk aan een brand waarbij gevaarlijke stoffen, zoals asbest, vrijkomen. Wij beraden ons dan, in overleg met experts in de keten, welke gezondheidsadviezen we mensen moeten geven." Elk jaar houdt het crisisteam een grote oefening. "Dat doen we om iedereen bij de les te houden", zegt Janke. "Onze laatste oefening stond in het teken van een denkbeeldige ebola-patiënt in Tubbergen." Enschede/Oldenzaal en Hengelo oefenden met gevaarlijke stoffen. "De trainers die zo'n oefening leiden weten de druk wel op te voeren! Het zweet staat ons regelmatig op de rug", aldus Jacqueline. Ze vertelt dat er in 2018 een grote ketenoefening vanuit het ROAZ op stapel staat. "Ter voorbereiding houden we eind 2017 nog een 'droog oefening' met de GHOR en Acute Zorg Euregio."

Kwaliteitskader

De huisartsenpost Almelo is in 2016 gevisiteerd op basis van het landelijke Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Het resultaat was positief. Ze voldeed hiermee aan belangrijke normen die aan een ketenpartner als de huisartsenpost worden gesteld ten tijde van een crisis. Almelo heeft dit jaar, in samenwerking met de SEH, een Table Top oefening uitgevoerd. Er wordt geoefend met het huidige crisisplan. Hierin staat onder andere beschreven welke partij patiënten opvangt en wie de triage uitvoert. De huisartsenpost Enschede/Oldenzaal en Hengelo richt zich op vragen als: hoe ga je om met een situatie waarin ineens heel veel patiënten op je af komen en op basis waarvan schaal je op als de situatie uit de hand dreigt te lopen. •

FACTS & FIGURES OTO

Eind 2016 is het landelijke Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0 gelanceerd. Dit bevat een normenset die de minimale voorbereiding van de ketenpartners van het netwerk acute zorg beschrijft. Op basis hiervan zijn een aantal regionale projecten binnen de Euregio uniform uitgevoerd waaronder CBRN, integraal crisisplan en netcentrisch werken.

Chemische, Biologische, Radiologische en Nucleaire (CBRN) incidenten: er is één kwartiermakersdag georganiseerd voor ziekenhuizen en ambulancediensten. Tijdens deze dag, waar MST gastheer was, werd het gehele CBRN-spectrum behandeld aan de hand van praktijkoefeningen en casuïstiekbesprekingen onder bezielende leiding van regionale deskundigen: geneeskundig adviseur gevaarlijke stoffen (chemisch), stralingsdeskundigen (radiologisch & nucleair) en de arts infectieziekten (biologisch).

Een integraal crisisplan hebben is één van de normen uit het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO 2.0. Om ketenpartners bij het ontwikkelen van een crisisplan te faciliteren, zijn in 2016 diverse sessies georganiseerd ter ondersteuning van de verdere implementatie van het integraal crisisplan. Hierbij kan gedacht worden aan het ontwikkelen van scenariokaarten die crisisteams een handelingsperspectief bieden op beleidsniveau.

Netcentrisch werken is ook in 2016 onderwerp geweest in de regio. De verdere uitrol van de netcentrische werkwijze (middels LCMSgz) binnen de ketenpartners stond centraal. De ziekenhuizen hebben vervolgstappen gemaakt in het toepassen van de netcentrische werkwijze op afdelingsniveau waarbij ook geoefend is met LCMSgz. Daarnaast hebben de huisartsenposten een pilot gedraaid om de toepassing van netcentrisch werken binnen de lokale huisartsgroepen te testen.

Expertgroep Crisisbeheersing en OTO

In 2016 is de expertgroep drie keer bij elkaar geweest. Hier is gesproken over de landelijke vragenlijst aangaande evalueren binnen de keten, de levelindeling van SKB vanuit het perspectief grootschaligheid en witte vlekken binnen de regio. Daarnaast is de laatste grote systeemtest (25 T1, 75 T2 en 150 T3) aangaande GGB uitgevoerd. •

"SAMENWERKING IN HET GRENSGEBIED BIEDT VEEL KANSSEN"

De grootschalige Table Top sessie van acute, grensoverschrijdende geneeskundige zorg tussen Nederland en Duitsland, die op 4 oktober 2016 werd gehouden in de brandweeracademie van Bocholt, heeft tal van leerpunten opgeleverd. Belangrijkste conclusie: noaberhulp kan van levensbelang zijn.

De Table Top sessie die werd georganiseerd door de Veiligheidsregio Twente (GHOR) en de Feuerwehr- und Rettungsdienstakademie Bocholt, vond plaats in het kader van het grensoverschrijdende PREpare-project. Aanvankelijk kwamen de voorbereidingen wat moeizaam op gang, maar de Table Top oefening in Bocholt toonde, volgens de deelnemers, beslist de meerwaarde van grensoverschrijdende samenwerking aan. Oefenleider Wim Meijerink: "Samenwerking in het grensgebied onder dagelijkse omstandigheden, maar ook bij grootschaligheid en crises, biedt veel kansen. Tijdens de oefening werd al snel duidelijk dat met grensoverschrijdende inzet aanzienlijk meer capaciteit ter beschikking komt. En dat is bij rampen van levensbelang. Maar de manier van werken in beide landen verschilt wel. De opschalingsstructuur bij rampen is verschillend en de processen lopen anders. Ieder doet z'n eigen ding, conform zijn eigen planvorming en procedures", vertelt Meijerink.

Verschillen integreren

Deelnemers hebben na afloop geconstateerd dat die verschillen niet tot problemen hoeven te leiden en dat zij elkaar goed kunnen aanvullen met hun eigen procedures. Wel is het belangrijk om meer oefeningen te houden, om van elkaars werkwijze op de hoogte te zijn. "Bevoegdheden liggen soms ook anders", zegt Meijerink. "Neem bijvoorbeeld het ambulancepersoneel. In Duitsland mag ambulancepersoneel niet dezelfde levensreddende handelingen uitvoeren. Daarvoor rijdt dus waar nodig een Notarzt mee. Die verschillen moeten we van elkaar weten en ze integreren in de samenwerking tijdens grootschaligheid en rampen. Afspraak is dat de coördinatie en regie rondom het incident in het land waarin de ramp zich voltrekt, leidend zijn." De oefening was volgens Meijerink ook bedoeld om nader kennis met elkaar

te maken, te kijken hoe de registratie en spreiding van slachtoffers over de ziekenhuizen verloopt, inzicht te krijgen in de verschillende werkmethode van de Nederlandse meldkamers en de Deutsche Leitstellen en de samenwerking tussen de Duitse Einsatzleiter en de Nederlandse Officier van Dienst Geneeskundig (OvD-G) te bevorderen.

ETS

Voor de Table Top sessie werd een scenario gekozen op basis van een incident dat daadwerkelijk plaats heeft gevonden: het massaongeluk bij dichte mist op de A31 in de Kreis Borken in 2011. Een kettingbotsing waarbij 52 voertuigen waren betrokken en 105 mensen. Er vielen drie doden en 33 (zwaar)gewonden. Deze situatie werd tijdens deze eerste grensoverschrijdende Table Top oefening nagebootst met behulp van het Emergo Train System (ETS). ETS is een Zweeds trainings- en oefensysteem dat in Nederland wordt gebruikt voor pre- en hospitale oefeningen. Met behulp van oefenborden wordt het incident geësceneerd. Meijerink: "De oefening begon nadat ik foto's van het incident op het bord zette. Als 'spelleider' heb ik nauwlettend in de gaten gehouden hoe het proces vervolgens verliep. We hebben ongelofelijk veel informatie uit deze oefening gehaald. De capaciteit van alle ziekenhuizen in de regio werd, conform het gewondenspreidingsplan, in kaart gebracht. Ook de real time rijtijden naar de verschillende ziekenhuizen werden geklokt en geregistreerd. Een oefenleider hield de situatie nauwlettend in de gaten, met de bijbehorende spelregels, zoals aanrijtijden. Als verantwoordelijke 'zweefde' ik daarboven en hield ik het totale proces in de gaten. Goed samenwerken was vooraf de doelstelling. En die samenwerking ging echt geweldig." Uit de evaluatie bleek dat een mogelijke taalbarrière niet aan de orde is.



Wim Meijerink,
beleidsmedewerker
GHOR Twente.

Hoe verder

Meijerink geeft aan dat samenwerking in grensgebieden van groot belang is. "Er zijn veel scenario's denkbaar waarbij we elkaar hard nodig hebben. Denk aan een crisis, griep pandemieën, terrorisme of calamiteiten met kerncentrales. Wat is er dan beter dan elkaar als 'noabers' vertrouwen en bijstaan? Maar dan moeten we elkaar wel beter leren kennen. Er zijn meer grensgebieden dan alleen in deze regio. Denk aan Groningen en Noord-Duitsland. En aan het zuiden met België. Daar moet ook meer aandacht voor komen."

Eindevaluatie

In een eindevaluatie zijn de highlights van de Table Top oefening en verdere samenwerking met Duitsland besproken:

- Het versterken van individuele organisaties in samenwerking met elkaar, bij voorkeur in de dagelijkse bedrijfsvoering.
- Ambulancepersoneel wordt al uitgewisseld. Dat zou ook moeten gebeuren met centralisten van meldkamers.
- Planvorming blijven updaten en elkaar op de hoogte houden van (nieuwe) plannen en procedures.
- Politie, brandweer, acute zorg en gemeenten moeten elkaar blijven ontmoeten en multidisciplinaire samenwerking blijven zoeken.

De eindevaluatie van deze ETS-sessie is inmiddels aangeboden aan de PREpare projectpartners waarbij Acute Zorg Euregio leadpartner is. Meijerink: "Er zijn voldoende aanknopingspunten voor beide landen om elkaar te versterken. Er zijn inhoudskundigen nodig én enthousiaste mensen om die inhoud vorm te geven. Dan kunnen we weer een volgende stap zetten. Ik heb er een goed gevoel over en we kijken uit naar verdere samenwerking." •

FACTS & FIGURES GRENSOVERSCHRIJDENDE SAMENWERKING

Sinds 2015 kunnen kinderen uit Gronau en omgeving met een acute zorgvraag terecht in MST. Ruim een jaar na de start van de samenwerking Gronau – Enschede is op 12 april voor de evaluatie een paneldiscussie met de betrokkenen en een persconferentie in MST georganiseerd.

Op 4 oktober 2016 kwamen Duitse en Nederlandse professionals uit de spoedzorgketen bij elkaar om samen bij de Feuerwehr- und Rettungsdienstakademie (FRB) in Bocholt een ETS-oefening door te voeren. Het doel is om bij grootschalige incidenten beter samen te werken en op die manier een betere en snellere zorg in het grensgebied te kunnen bieden.

In de week van 24 t/m 27 oktober 2016 zijn bij de FRB in Bocholt de eerste twaalf Duitse Notfallsanitäter uit Kreis Borken bijgeschoold. De bijscholing is in het kader van het PREpare-project ontwikkeld om de Duitse ambulanceverpleegkundigen op de inzet in Nederland voor te bereiden.

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Seit 2015 können Kinder aus Gronau und Umgebung im Notfall auch ins MST. Ein gutes Jahr nach Beginn wurde die Zusammenarbeit Gronau – Enschede evaluiert. Im Rahmen der Evaluation wurde am 12. April eine Podiumsdiskussion mit den Beteiligten und eine Pressekonferenz im MST organisiert.

Am 4. Oktober 2016 haben deutsche und niederländische Mitarbeiter aus der Notfallversorgung gemeinsam bei der Feuerwehr- und Rettungsdienstakademie in Bocholt eine ETS-Übung durchgeführt. Ziel ist es bei Großschadensereignissen die Hilfe der Nachbarn anzufordern, um so eine schnellere und bessere Versorgung im Grenzgebiet bieten zu können.

In der Woche vom 24.-27. Oktober 2016 haben die ersten zwölf Notfallsanitäter aus dem Kreis Borken die grenzüberschreitende Weiterbildung absolviert, die im Rahmen des PREpare Projekts entwickelt wurde, um die deutschen Notfallsanitäter auf den Einsatz in den Niederlanden vorzubereiten. •

ELKE MINUUT TELT BIJ EEN BEROERTE

Onderzoek en scholing zijn belangrijke pijlers van het Kenniscentrum van BAZE. Karin Waaijer-Wiefferink onderzocht 'het effect van een geoptimaliseerd trombolysen protocol op de door-to-needle-tijd bij patiënten met een acuut herseninfarct.' Ook werden in het najaar van 2016 drie pilot trainingen van de Regionale Trauma Training (RTT) 2.0 georganiseerd.

Elke minuut telt voor patiënten met een acuut herseninfarct. Een intraveneuze trombolysen behandeling moet binnen 4,5 uur na het ontstaan van de eerste symptomen aan CVA-patiënten worden toegediend. Een snelle diagnose én een snelle inzet van de behandeling is van levensbelang voor de patiënt. De zogenoemde 'door-to-needle-tijd' (de tijd van binnenkomst in het ziekenhuis tot inzet van de behandeling) wordt bovendien door de inspectie gebruikt om de kwaliteit van ziekenhuizen te meten. Voor Karin, verpleegkundige op de SEH bij MST in Enschede, voldoende aanleiding om onderzoek te doen naar de effecten van het geoptimaliseerd trombolysen protocol. Ze studeerde vorig jaar af aan de opleiding verpleegwetenschappen van de Universiteit van Utrecht. "Voor mijn master thesis mocht ik zelf een onderwerp aanleveren. Ik wilde graag onderzoek doen in mijn eigen ziekenhuis, omdat ik dan dichtbij de data was", vertelt ze.

Trombolysen protocol

In 2014 werkte MST nog niet met een geprotocolleerde inzet van een trombolyseteam. Dat kreeg in januari 2015 zijn beslag. "Sindsdien zijn we erop gericht continue verbeteringen aan te brengen. Met mijn onderzoek wilde ik de resultaten daarvan in kaart brengen. Mijn conclusie is dat we door nauwkeurig oproepen van het trombolyseteam zeventien minuten tijdswinst hebben bereikt. Dat is een significante verkorting van de 'door-to-needle-tijd'. Ik heb met mijn onderzoek aangetoond dat de cijfers en resultaten door instelling van het protocol sterk verbeterd zijn. Ik deed mijn onderzoek over het jaar 2015. Ik weet zeker dat we, door tal van maatregelen die we in 2016 genomen hebben, nu nóg betere resultaten hebben. We doen er alles aan om de patiënt goede, snelle zorg te verlenen, zodat er zo weinig mogelijk restschade is na het herseninfarct."

Maatregelen

Karin legt uit dat CVA-patiënten voordat het trombolysen protocol was ingesteld, bij binnenkomst in het ziekenhuis eerst onderzocht werden op de SEH, daarna voor een CT naar de afdeling radiologie gingen en vervolgens naar de neurologieafdeling werden gebracht. Op de afdeling werd het bloedverdunnende medicijn Alteplase toegediend. Nu staat, bij vermoeden van een herseninfarct, bij de ingang van het ziekenhuis een compleet trombolyseteam de ambulance op te wachten. Een arts kan meteen beginnen met de behandeling, zodat kostbare minuten bespaard worden. Voorheen werd er vaak eerst bloed geprikt en een ECG gemaakt, dat geeft tijdverlies. In het protocol zijn er goede afspraken over gemaakt. Een patiënt wordt eerst door een arts bekeken, daarna wordt snel een CT gemaakt en indien geïndiceerd wordt direct het bloedverdunnende medicijn toegediend.

Registratie

Er zijn nog andere maatregelen genomen om tijdswinst te boeken. Hele simpele voorbeelden, die wél verspilling van belangrijke minuten kunnen beperken. "De toediening van het aantal milliliter sterke bloedverdunders wordt bepaald door het gewicht van de patiënt. Daar hebben we een lijstje van gemaakt, om met één oogopslag te kunnen bepalen hoeveel een patiënt nodig heeft. Ook het inzetten van een trombolysen bak, waarin alle spullen zitten die de arts en verpleegkundigen nodig kunnen hebben, zorgt voor efficiëntie en tijdswinst. We hebben alles meteen bij de hand. Daarnaast is goede registratie heel erg belangrijk. Voor mij was dat een eye-opener. Dat heb ik ook aangegeven bij mijn collega's, toen ik de conclusies van mijn onderzoek aan hen presenteerde. Door registratie wordt het proces



Karin Waaijer,
SEH-verpleegkundige
MST.

niet versneld, maar we kunnen achteraf wel zien hoe we het gedaan hebben en waar we het nog beter kunnen doen."

Verbeterslag

"Voor trombolysen patiënten hebben we beslist een slag gemaakt", concludeert Karin. "Voor de intra arteriële trombolysen patiënt kan het proces nog optimaler gemaakt worden. Daarvoor moet ook een radioloog opgeroepen worden en over het algemeen geldt: hoe meer schakels, hoe meer tijdsverlies. Daar gaan we nog mee aan de slag. Verder wordt over enkele maanden een polsbandje geïntroduceerd, dat mogelijke CVA-patiënten om krijgen zodra ze de ambulance ingaan. Via de polsband worden alle tijden van behandeling geregistreerd. Die registratie gebruiken wij om onze zorg aan de hand van die gegevens te kunnen verbeteren. Wat was de aanrijtijd van de ambulance, hoe snel werd de diagnose gesteld en hoeveel minuten na aankomst in het ziekenhuis werd de behandeling ingezet? Alles is erop gericht om zo efficiënt mogelijk te werken, in het belang van de patiënt."

Ondertriage

Uit het onderzoek van Karin bleek dat MST een hoog percentage ondertriage heeft (22 %). Ondertriage betekent dat een patiënt wel trombolysen heeft gekregen, maar dat er geen team werd opgeroepen. Belangrijk is de ondertriage te verminderen, omdat voor de patiënt iedere minuut telt. Het relatief hoge overtriage percentage van 65% (wel een team opgeroepen, maar de patiënt heeft geen trombolysen gehad) zou verlaagd moeten worden, zonder de ondertriage te laten verhogen. Karin doet de aanbeveling om met name de redenen van ondertriage verder te analyseren. ➤

FACT & FIGURES KENNISCENTRUM

SCHOLINGEN - TRAININGEN - THEMABIJENKOMSTEN

In 2016 heeft de focus gelegen op het updaten van het bestaande scholingsaanbod en het ontwikkelen van een aantal nieuwe activiteiten op basis van behoeften van ketenpartners.

Acute Zorg Debat

Op 10 maart organiseerde AZE een Lagerhuisdebat over de acute zorg. Onder leiding van Gijs Veenink (DebatAcademie) en Aliëtte Jonkers (medisch journalist) discussieerden in De Grolsch Veste ruim 60 mensen uit de acute zorgketen met elkaar. De stellingen, gemaakt op basis van ontwikkelingen in de (regionale) acute zorg, waren vooraf voorgelegd aan een breed publiek. In totaal hebben ruim 400 burgers, zorgprofessionals, managers en bestuurders hierop gereageerd. De resultaten zijn meegenomen in de verdere uitwerking van een toekomstbestendige ambitie en visie op acute zorg in onze regio.

SBARR-training acute verloskunde

In februari vond een pilot ketenbrede training binnen acute verloskunde plaats. Tijdens vier trainingen in ZGT en MST oefenden in totaal 36 ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs, eerste- en tweedelijns verloskundigen, partus assistenten, obstetrie verpleegkundigen, (arts-assistenten) gynaecologen en (arts-assistenten) kinderartsen in het gebruik van de SBARR-methode.

RTT 2.0

De Regionale Trauma Training bestond in 2016 tien jaar, tijd om de eendaagse herhalingstraining ABCDE traumaopvang voor volwassenen te updaten. In de eerste helft van het jaar hebben 48 deelnemers tijdens vier trainingsdagen in Zwolle en Enschede nog de RTT oude stijl met succes afgesloten. Samen met ExpertCollege hebben we de nieuwe RTT vormgegeven. In het najaar van 2016 hebben drie pilot trainingen RTT 2.0 plaatsgevonden. De ervaringen van de 36 deelnemers en de instructeurs waren positief. Men ervaart een betere aansluiting met de dagelijkse praktijk.

Scholing Traumatologie voor Verpleegkundigen

Op 14, 15 en 16 november werd deze scholing die ➤

FACTS & FIGURES KENNISCENTRUM - VERVOLG

we al 12,5 jaar aanbieden, voor de eerste keer in herziene vorm gegeven. Achttien verpleegkundigen van verschillende organisaties binnen en buiten de regio hebben de scholing positief geëvalueerd. Aan de hand van een casus van een multi-traumapatiënt is de hele keten van traumazorg besproken. De scholing is meer interactief geworden en er is meer aandacht besteed aan de verpleegkundige aspecten.

Traumaoverleg Euregio

In 2016 organiseerden we drie keer een Traumaoverleg. De thema's waren:

- Maart (MST): "There's a fracture and we need to fix it!" Casuïstiek bespreking multi-trauma.
- Juni (ZGT): Innovatie en noviteiten.
- September (SKB): Heupfractuur: nieuwe inzichten in een oud probleem.

Themabijeenkomst: Leren in de traumazorg keten

Op 7 december kregen ruim 120 zorgprofessionals een overzicht van vijftien jaar traumascholingen, recente ontwikkelingen op het gebied van grensoverschrijdende samenwerking, innovatieve leermogelijkheden in de ambulancezorg en klinische zorg aan traumapatiënten, leren van grootschalige incidenten en verhalen van de patiënt en naasten over hun rol als belangrijke schakel in de keten. Vanuit de revalidatie werd ook naar de toekomst gekeken.

Nascholing voor doktersassistenten

Op verzoek van de expertgroep Myocardinfarct en CVA Keten (MICK) werd een drietal scholingsbijeenkomsten voor doktersassistenten in de regio gepland. Op 11 oktober was de eerste. Om het aangeboden cursusmateriaal beter op elkaar af te kunnen stemmen, is besloten de scholingen voor 25 oktober en 2 november te cancelen. De voorbereidingsgroep buigt zich over een aanpassing naar een bredere scholing op het gebied van vroegherkenning van hoogurgente aandoeningen in de huisartsenpraktijk.

ONDERZOEK

Spreading en concentratie multi-trauma

Naar aanleiding van de nieuwe spoedzorgindicatoren is de concentratie en spreading van multi-traumapatiënten geëvalueerd op basis van criteria, gehanteerd in het Landelijk Protocol Ambulance (LPA). Bureau Acute Zorg Euregio werkte hiervoor samen met Netwerk Acute Zorg Zwolle en Netwerk Acute Zorg Brabant. Zij gebruikten gegevens uit de Landelij-

ke Trauma Registratie (LTR) van meer dan 47.000 patiënten over drie jaar. Dit onderzoek laat zien dat er discrepantie is tussen criteria die in LPA vermeld zijn om traumapatiënten naar het juiste ziekenhuis te vervoeren en de bepaling achteraf of de traumapatiënt in het juiste ziekenhuis terecht is gekomen op basis van de ernst van letsel(s), vastgesteld in de ziekenhuizen (multi-trauma ja/nee).

Geoptimaliseerde trombolysenzorg op de SEH

In juli heeft Karin Wiefferink, SEH-verpleegkundige MST, haar masterstudie verplegingswetenschap bij AZE afgerond. Zie het artikel in dit jaarverslag en een openbare samenvatting is te vinden op de website van AZE.

Keuze voor keteningang bij hartklachten

Bachelor studenten Gezondheidswetenschappen Universiteit Twente, Janneke Hendriks en Sanne Bentum, onderzochten welke determinanten van invloed zijn op de keuze die patiënten met hartklachten maken voor een bepaalde ingang van de keten. Uit de 68 afgenomen vragenlijsten blijkt dat patiënten kiezen voor vijf verschillende ingangen van de acute zorgketen, de huisarts was de meest gekozen (43%). Voor het voorkomen van pre-hospitale vertraging is het belangrijk dat de waargenomen ernst en 'beliefs' van de patiënt aansluiten op de zorg die deze nodig heeft.

Indicatoren spoedzorgketen

Lotte Slotboom, bachelor student European Public Health, Universiteit Maastricht onderzocht welke indicatoren er (inter)nationaal genoemd worden om de kwaliteit van de spoedzorgketen te monitoren. Negen ketenbrede spoedzorgindicatoren werden gevonden; hiervan wordt slechts een klein deel daadwerkelijk gebruikt. Voor één van de vier niet Nederlandse indicatoren worden op dit moment al de juiste gegevens vastgelegd.

Commissie WOAZ opgeheven

In de evaluatie van de commissie Wetenschappelijk Onderzoek Acute Zorg (WOAZ) is vastgesteld dat sinds de oprichting in 2013 de commissie WOAZ met beperkte middelen belangrijke stappen heeft gezet in het afstemmen en stroomlijnen van acute zorg onderzoek in de Euregio. Onderzoek heeft ook een prominente plek gekregen als onderdeel van het kenniscentrum van AZE. De commissie WOAZ werd hiermee overbodig en heeft zichzelf in maart 2016 opgeheven. Taken en activiteiten zijn overgedragen aan AZE. •

KENNISCENTRUM

REGIONALE TRAUMA TRAINING 2.0

Jaarlijks worden zo'n 80 SEH-verpleegkundigen uit meer dan twaalf ziekenhuizen getraind in de traumaopvang. Dat gebeurt al ruim tien jaar, maar het lesmateriaal en de methodiek was toe aan een update, om aan te kunnen blijven sluiten bij de nieuwste ontwikkelingen. In het najaar van 2016 werd de eerste RTT (Regionale Trauma Training) 2.0 gegeven. Deelnemers zijn dik tevreden en geven de cursus in de evaluatie een 8,2. Ook de instructeurs vinden de nieuwe methode een sterke verbetering. Janneke Roddenhof-Lenters, als SEH-verpleegkundige verbonden



aan ZGT Almelo en Hengelo, is al tien jaar RTT-instructeur. "Door e-learning in te voeren is de cursus veel interactiever geworden. Voorheen moesten we het cursusboek constant herschrijven om er nieuwe informatie in te verwerken. Deze e-learning wordt elke drie maanden bijgewerkt en is daarvoor altijd up-to-date. Cursisten kunnen op hun eigen tijd en in hun eigen tempo leren. En als de deelnemer een fout antwoord geeft, komt de vraag steeds weer terug, totdat de stof volledig onder de knie is. Dat vind ik een groot voordeel. Ik heb RTT 2.0 nu twee keer gegeven en ben erg enthousiast. De cursus staat als een huis." •



Janneke Roddenhof, SEH-verpleegkundige ZGT (links) en Khadya Reitsma, SEH-verpleegkundige Gelre ziekenhuis (rechts).

Laagdrempelig

De nieuwe cursus, die samen met ExpertCollege werd ontwikkeld, sluit veel beter aan op de praktijk. Dat is ook de ervaring van Khadya Reitsma, SEH-verpleegkundige uit Gelre ziekenhuis Apeldoorn, die drie jaar RTT-instructeur is. "De nieuwe methode is veel laagdrempeliger en meer gestructureerd voor de cursisten. Ze oefenen meer met scenario's dan voorheen. En een groot voordeel is ook dat RTT 2.0 naadloos aansluit op ATLS, de methodiek die artsen gebruiken. We hebben met BAZE aan boord echt een professionele slag kunnen maken. De oude RTT was niet slecht hoor, maar RTT 2.0 is veel dynamischer. Ik heb er zelf veel plezier in deze vernieuwde training te geven." Cursisten vinden het volgens haar erg prettig dat de theoretische toets, die aan het einde van een cursusdag moest worden gemaakt, is komen te vervallen. "Deze toets werd als een drempel ervaren. Men had examenvrees. Deelnemers vinden het een groot voordeel dat het toetsmoment verdwenen is en dat ze tijdens de e-learning zichzelf kunnen toetsen." De activatiecode voor de e-learning blijft één jaar geldig. "Zo kunnen verpleegkundigen het cursusmateriaal er nog eens bij pakken. We verwachten van hen dat ze zelf inspanningen doen om bij te blijven", stelt Khadya Reitsma. Uit evaluatie blijkt dat deelnemers vinden dat RTT 2.0 goed aansluit op de praktijk. De 'nieuwe' ABCDE wordt snel aangeleerd door de drill-methodiek. Verbeterpunt is het medische taalgebruik in de e-learning. Khadya: "De e-learning is gebaseerd op de ATLS voor artsen, waardoor soms specifieke medische aspecten behandeld worden. Hoewel een SEH-verpleegkundige dit niet allemaal zelf toepast, draagt het spreken van dezelfde taal wel bij aan een goede en veilige samenwerking." •

FINANCIEEL JAARVERSLAG 2016

KOSTENPOST	EURO'S
Salaris en personeelskosten	597.053
Materiële kosten	202.523
Kapitaallasten huisvesting totaal	18.000
Overhead	35.558
Totaal	853.134

BALANS 2016	EURO'S
Inkomsten*	641.002-
Uitgaven	655.563
Resultaat	14.561

* Inkomsten zijn excl. GOS

VOORUITBLIK

“De kwaliteit van de acute zorgketen wordt bepaald door de mate waarin zorgaanbieders met elkaar samenwerken, elkaar informeren en van elkaars expertise en handelen op de hoogte zijn. De vrijblijvendheid van het ROAZ Euregio is (met de wettelijke taken die het heeft gekregen) voorbij.”

Deze passage uit de Strategische Agenda van 2013 blijkt aan inhoud niet te hebben ingeboet. Dit blijkt uit de wijze waarop het ROAZ zich sindsdien binnen de Euregio heeft weten te positioneren. De activiteiten, vastgelegd in het Ambitiedocument uit 2016, zullen de komende jaren bijdragen aan een toekomstbestendige acute zorg in de Euregio.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Echter, naast de gestelde ambities heeft het ROAZ zich in 2016 ook moeten richten op diverse gebeurtenissen die het acute zorg netwerk als organisatie hebben beïnvloed.

Gebeurtenissen die tot op zekere hoogte onvoorzien waren, maar daardoor in het afgelopen jaar niet minder impact hebben gehad op onze organisaties en het netwerk met diverse nieuwe gesprekspartners op zowel bestuurlijk, tactisch als operationeel niveau.

Samenwerking verder intensiveren

We kunnen stellen dat we door het ministerie van VWS zijn ontdekt als regionaal overlegorgaan dat regionaal zaken kan coördineren en de samenwerking kan bevorderen. Dit, terwijl tot voor kort veel ambtenaren nauwelijks van het bestaan van deze structuur afwisten. We zullen ons in 2017 opnieuw moeten afvragen op welke wijze wij denken invullingen te geven aan

“De tijd van vrijblijvendheid is voorbij...”

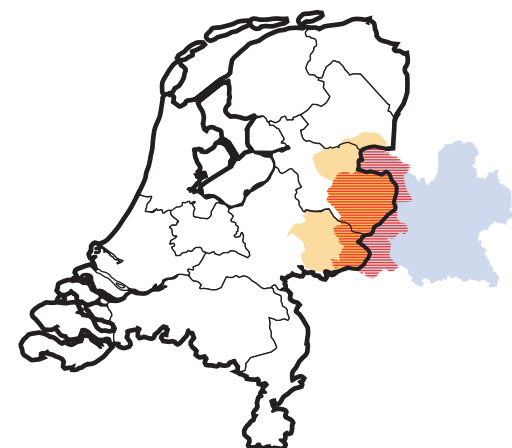
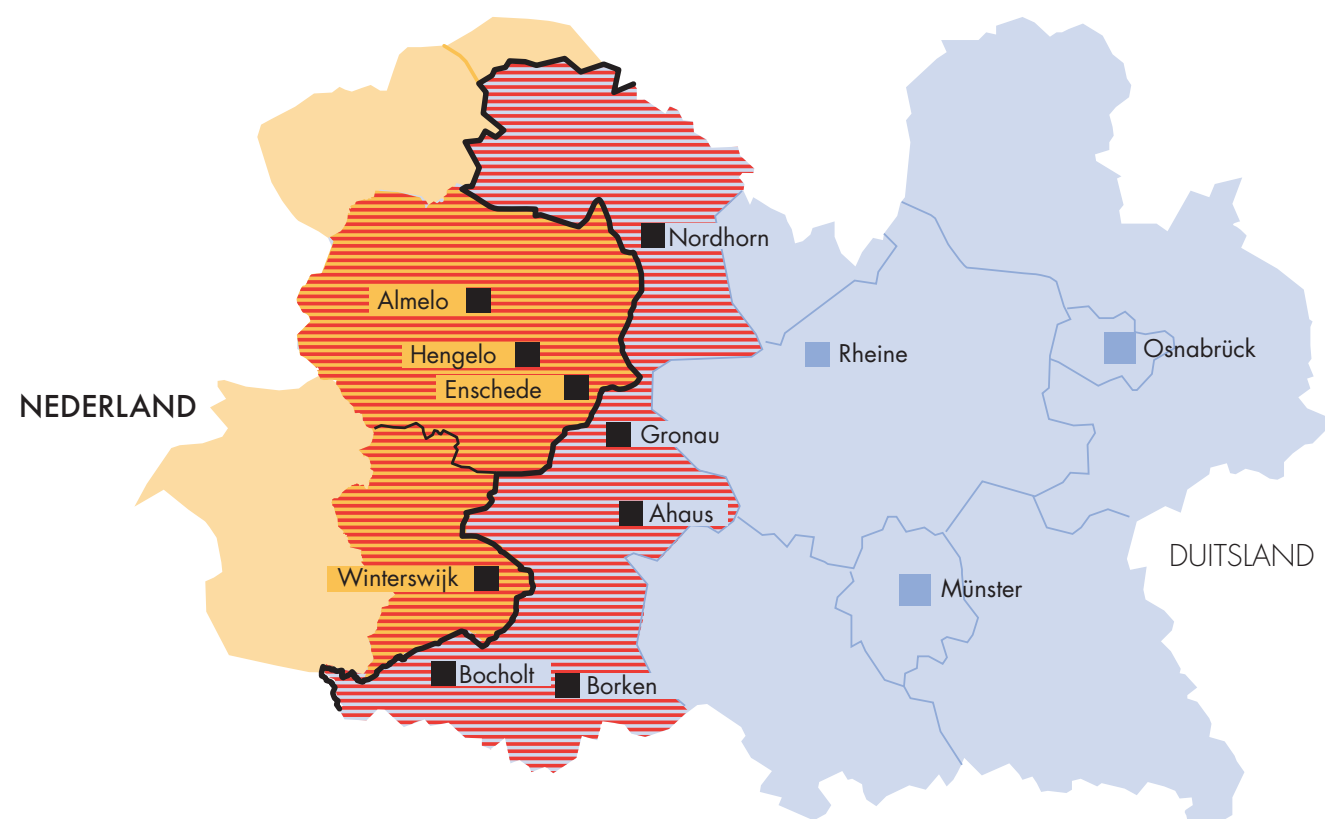
De trend is dat de kwaliteit van de acute zorg niet meer per instelling wordt vastgesteld, maar als optelsom van het regionale netwerk, wetende dat het ROAZ geen doorzettingsmacht krijgt. Het is dus van belang om de onderlinge (Eu)regionale samenwerking nog verder te intensiveren om de acute zorg in de volle omvang in de regio beschikbaar te houden. •



Enkele voorbeelden zijn de discussie rondom de toegankelijkheid van de acute zorg, de (acute) zorg voor ouderen en het vervoer van personen met verward gedrag. Ook bij de totstandkoming van nieuwe netwerken voor antibiotica-resistentie (ABR) en IC-Zorg is het ROAZ nauw betrokken.

ZORGGEBIED IN DE EUREGIO

Acute zorg stopt niet bij de landsgrens. In Twente, de Oost-Achterhoek en een deel van Duitsland is Bureau Acute Zorg Euregio op vele terreinen actief.



infographic Acutezorg Euregio | © Petra meulman

KETENPARTNERS

Bureau Acute Zorg Euregio fungeert als regiepartner in een regionaal netwerk in de acute zorg. We willen onze ketenpartners ook nu weer hartelijk dankzeggen voor een goede en constructieve samenwerking in 2016.





Bureau Acute Zorg Euregio

Geffertweg 45 | 7512 BA Enschede | Tel. 053 - 487 20 97
info@acutezorgeuregio.nl | www.acutezorgeuregio.nl