

De multidisciplinaire traumaunit

*Handleiding voor de implementatie
van document Taskforce Traumatologie 2.0*



De multidisciplinaire traumaunit
Handleiding voor de implementatie van document
Taskforce Traumatologie 2.0
Mei 2019

Auteurs: Dr. Sven Meylaerts, traumachirurg
Dr. Peer van der Zwaal, orthopeed-traumatoloog
Esther van der Drift, zorgadministratie
Nora Hagendoorn, DBC consulent
Elly Kelleter, informatieanaliste
Sabrina van Maarseveen-Batens, polimedewerker

Inhoud

1. Inleiding: Een greep uit de afspraken uit Taskforce 2.0.....	7
2. Wie neemt er zitting in de traumaunit als lid van de binnenste ring?.....	11
3. Welke financiële verdeling spreken we af en hoe lossen we problemen op?.....	13
4. De projectgroep “traumaunit”, wie moet erin?.....	15
5. Wat is trauma? Welke aandoeningen behandelen we in de traumaunit?.....	17
6. Financiële inrichting ZIS. Wat is er nodig om de financiële registratie in het ZIS en een juiste, tijdige en volledige facturatie te realiseren?.....	19
7. Het trauma EPD	21
8. Het zorgproces onder de loop; hoe doorloopt de traumapatiënt het ziekenhuis?.....	23
9. Creëren van de trauma-afdeling en polikliniek.....	25
10. Livegang	27
11. Nawoord: is het ook beter en leuker?.....	29

Nadat in 2014 het convenant tussen de Nederlandse vereniging voor traumachirurgie en de Nederlandse vereniging voor orthopedie niet werd verlengd, is door beide verenigingen gewerkt aan een nieuwe samenwerkingsvorm: de multidisciplinaire traumaunit. Deze samenwerkingsvorm is in 2016 door beide verenigingen goedgekeurd. In dat jaar heeft men besloten dat in ieder ziekenhuis waar traumapatiënten worden behandeld, deze manier van werken geïntroduceerd dient te zijn op 01-01-2020. In de tussenliggende jaren is middels de ALV's van beide verenigingen, alsook tijdens 2 minisymposia, getracht iedereen zoveel mogelijk op de hoogte te stellen van de ins en outs bij de inrichting van deze traumaunit.

Naast deze inspanningen hebben beide verenigingen besloten een handleiding te schrijven voor diegene die hulp nodig hebben al deze stappen te doorlopen in hun ziekenhuis. Hiervoor bleek veel vraag vanuit het land. De handleiding kan hulp bieden bij het samenstellen van de leden van de binnenste ring, het vaststellen van de financiële afspraken tussen de traumachirurgie en de orthopedie, het samenstellen van het juiste pakket DOTs/DBC's en de financiële afhandeling in het ziekenhuis, het kloppend krijgen van de gehele zorgadministratie en het creëren van een trauma-afdeling en polikliniek waar beide partijen naar verhouding deelnemen.

Wij hopen dat deze handleiding het proces van integratie gemakkelijker maakt en dat u samen met uw ondersteuners snel tot een goedwerkende traumaunit komt. Wij hopen dat u, net zoals degenen die u zijn voorgegaan, hierna ook kunt genieten van een goede samenwerking met verbeterde zorg voor uw patiënten.

Sven Meylaerts en Peer van der Zwaal

1. Inleiding: Een greep uit de afspraken uit Taskforce 2.0

Na het vervallen van het convenant dat betrekking heeft op de niet-verwezen patiënten met acute letsels van het steun- en bewegingsstelsel op 1 januari 2014, tussen de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH), werd dat jaar de taskforce traumatologie opgericht. Uit taskforce 1.0 en later 2.0 kwam een rapport waar werd gekozen voor samenwerking in een multidisciplinaire traumaunit. Bij dit model bestaat in een ziekenhuis slechts één bestuurlijke afdeling waar zorg voor alle patiënten met traumatische letsels geleverd wordt; de multidisciplinaire trauma unit, nader MTU te benoemen.

De zorg voor deze traumapatiënten vindt in dit model bij voorkeur plaats op één fysieke locatie. De kosten en baten worden op basis van participatie van deelnemende Fte's gedeeld. Alle participerende medisch specialisten voldoen aan dezelfde uniforme traumacertificering van de beroepsverenigingen. Alle participerende specialisten conformeren zich aan één lokaal trauma protocol. De eindverantwoordelijkheid voor de uitkomsten voor kwaliteit van zorg wordt bepaald voor de gehele trauma unit. De opleidingen tot medisch specialist blijven in oorsprong gescheiden. Daar waar de expertise van de MTU-leden (binnenste ring) ophoudt kan op indicatie de expertise van een medisch specialisme (buitenste ring) gevraagd worden.

De taskforce traumatologie 2.0 definieert trauma als letsel veroorzaakt door mechanische, thermische, chemische of radioactieve impact. Dit is conform de definitie van de "Improving Trauma Care Act of 2014", H.R. 3548 United States Congress, dd. 24 juni 2014.

Traumazorg betreft de vroege en late diagnostiek en behandeling hiervan; de eerste opvang van de patiënt, de acute behandeling, de complicaties en de eventuele late gevolgen van het oorspronkelijke trauma. Dit laatste leidt nogal eens tot discussie.

Vanuit de taskforce traumatologie 1.0 is reeds een organisatie van traumazorg in een binnenste en buitenste ring vastgesteld. Hierbij zullen de leden van de binnenste ring zich primair bezig houden met de traumazorg. Het betreft hier de acute opvang van traumapatiënten en de behandeling van een meerderheid van de traumatische letsels van het bewegingsapparaat.

De leden in de tweede ring zullen geconsulteerd worden bij letsels waarbij speciale expertise nodig blijkt. De optimale zorg voor de trauma patiënt staat centraal in dit model.

De taskforce traumatologie 2.0 is van mening dat de samenwerking tussen de binnenste en buitenste ring van groot belang is. Het is niet haalbaar om in één centraal document alle lokale afspraken te definiëren. Derhalve is de taskforce traumatologie 2.0 van mening dat in ieder ziekenhuis waar traumazorg geleverd wordt, er voor de meest voorkomende letsels zogenaamde zorgpaden aanwezig dienen te zijn. Deze zorgpaden

dienen samengesteld te worden door de leden van de binnenste en buitenste ring. In de binnenste ring worden de letsels behandeld waarbij acute diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn voor het behalen van de beste uitkomsten. Tevens hebben de leden van de binnenste ring tot doel, de zorg voor de individuele patiënt binnen de verschillende ketens zo efficiënt en goed mogelijk te coördineren.

De leden van de binnenste ring dienen derhalve zelfstandig de diagnostiek en behandeling te kunnen starten van levensbedreigende traumatische letsels volgens het “damage control principe”. Tevens dienen zij de letsels van bovenste en onderste extremiteiten, waarbij volgens de landelijke richtlijnen een per-directe, acute of subacute behandeling noodzakelijk is, zelfstandig adequaat te kunnen behandelen. Zij dienen daarbij de lokale/regionale zorgpaden te kennen en te volgen voor het consulteren van de leden van de buitenste ring (inclusief die van traumatisch letsel van brein, aangezicht, wervelkolom, thorax, abdomen en huid). Aansluitend dienen de leden van de binnenste ring kennis te hebben van de coördinatie van traumazorg op de IC afdeling, verpleegafdeling, revalidatiecentrum, en thuissituatie. Zij dienen te beschikken over goede communicatieve eigenschappen, mogelijkheden tot samenwerking en zelfreflectie.

Tot slot dienen de leden van de binnenste ring zich toe te kunnen leggen op de organisatie en kwaliteitscontrole van de gehele traumaketen. Om de continuïteit van zorg te garanderen dienen de competenties van de leden binnen de binnenste ring uniform gecertificeerd te zijn. De taskforce traumachirurgie 2.0 stelt voor leden van de binnenste ring de volgende toetsbare certificeringseisen vast:

- Algemeen:
- Registratie als traumachirurg of orthopedisch chirurg-traumatoloog
- Aantoonbare besteding van minimaal 4 dagdelen per week aan traumazorg
- Uitvoering van minimaal 75 traumachirurgische operaties per jaar
- Behalen van 20 accreditatiepunten per jaar op trauma gerelateerde onderwerpen.
- Cursus:
 - Advanced Trauma Life Support (inclusief refresher) ALSG
 - Basiscursus trauma operatieve trauma technieken AO/OTC
 - Vervolgcurcus operatieve trauma technieken AO/OTC
 - Definitive Surgical Trauma Care ALSG
 - Emergency Management of Severe Burns EMSB
 - Hospital Major Incident Management and Support ALSG

Vanuit de binnenste ring lopen zorgpaden naar de buitenste ring om het mogelijk te maken alle in eigen ziekenhuizen of eigen regio aanwezige en benodigde expertise beschikbaar te maken voor optimale traumazorg. Dit betekent dat de buitenste ring wordt bemand door specialisten met een specifieke expertise. Hierbij dient men te denken aan onder andere de neurochirurg, neuroloog, MKA-chirurg, cardiothoracaal-chirurg, gastro-intestinaal chirurg, HPB-chirurg, vaatchirurg, uroloog, plastisch chirurg,

anesthesioloog, revalidatiearts, maar ook de orthopedisch chirurg en traumachirurg. Specifieke expertise op een bepaald gebied vanuit diverse specialismen wordt gebundeld in een zorgpad. Deze groepering kan geschieden op basis van een specifieke diagnose of anatomische regio (hoofd, wervelkolom, thorax, abdomen, bekken, schouder/bovenarm, elleboog/onderarm, pols/hand, heup/bovenbeen, knie/onderbeen, voet/enkel) maar ook op basis van expertise op andere deelgebieden, waaronder prothesiologie, artroscopie en infectiologie. De exacte definiëring van deze buitenste ring is per ziekenhuis/regio verschillend en dient op basis van aanbod en behoefte te worden ingevuld.

De leden van de buitenste ring dienen aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn op het betreffende gebied en zich regulier te verdiepen en bij te scholen, daarbij is het wenselijk dat deze leden participeren in landelijke/regionale kwaliteitsregistraties. Vanuit de taskforce traumatologie is een exacte definiëring gezien de omvang en complexiteit van het werkveld, niet nader te omschrijven. Het is de visie van de taskforce dat in de toekomst de leden van de zorgpaden zich regelmatig op congressen en cursussen bijscholen en indien mogelijk lid zijn van betreffende landelijke werkgroepen. Tot slot dienen de leden van de buitenste ring zich actief in te zetten bij het vormen van de zorgpaden en zich hier ook aan te conformeren.

Leden van de binnenste ring kunnen, indien zij aan bovenstaande eisen voldoen, deel uitmaken van een deel van de buitenste ring/deels participeren in de buitenste ring. Primair dienen de ringen gevuld te worden met medisch specialisten uit het eigen ziekenhuis. Indien er onvoldoende competentie aanwezig is om de binnenste of buitenste ring met personen uit het eigen ziekenhuis te vullen, is het noodzakelijk om een samenwerkingsverband te organiseren in de regio/met een nabij gelegen ziekenhuis waar deze expertise wel aanwezig is.

Ten tijde van het schrijven van deze handleiding is nog niet besloten hoe er gevisiteerd gaat worden om in ieder ziekenhuis deze structuurverandering te controleren. Wellicht zijn de inmiddels routine traumavisitaties vanuit het regionale traumacentrum de meest aangewezen manier om dit te borgen. Beide verenigingen hechten er aan om in 2020 een structuur te hebben neergezet voor deze visitaties.

2. Wie neemt er zitting in de traumaunit als lid van de binnenste ring?

De eerste gesprekken tussen de traumachirurgen en orthopeden van uw ziekenhuis zullen waarschijnlijk gaan over dit onderwerp. Het is raadzaam om deze gesprekken te beginnen met een traumachirurg en een orthopedisch chirurg die beide affiniteit hebben met taskforce 2.0. Als de eerste gesprekken goed zijn verlopen kan de rest van de leden van de vakgroepen worden betrokken.

In deze gesprekken gaat u bepalen wie er plaats nemen in de binnenste ring van de traumaunit en wie zich dus gaat certificeren volgens de nieuwe regels. Dit hangt geheel af van de historische verdeling van de traumazorg in uw ziekenhuis. Toch zijn er wel mogelijkheden af te wijken van deze verdeling omdat niet in elk ziekenhuis deze historische verdeling werkbaar blijft onder de nieuwe regels.

Indien in het verleden de gehele traumazorg bij een van de twee vakgroepen lag, is er geen noodzaak tot verandering. Deze situatie komt niet veel voor. Meest voorkomend in Nederland is de situatie waar 70-75% van de traumazorg door de chirurgen wordt verzorgd, en de resterende 25-30% door de orthopeden. Dit blijkt uit een landelijke NVT-enquête met respons van 65 ziekenhuizen onder traumachirurgen en orthopeden. Vaak zal de verhouding in de traumaunit dus ook 4 traumachirurgen vs 1 orthopeed-traumatoloog gaan worden. In veel level 1 en 2 ziekenhuizen zijn de aantallen specialisten van die grootte dat vaak meer dan 1 orthopeed deel kan nemen in een traumaunit bij deze verdeling. Wanneer dit niet het geval is wordt dit als onwenselijk ervaren door de orthopedie vakgroep, en dat is begrijpelijk.

Een verdeling zoals boven beschreven met maar 1 orthopeed in de traumaunit heeft enkele nadelen. De dienstfrequentie van deze orthopeed is vele malen hoger dan die van zijn vakgenoten die niet deelnemen in de traumaunit. Verder is het in deze verhouding in de traumaunit mogelijk lastig om standpunten te verdedigen etc. Voor deze problemen moeten passende oplossingen gevonden worden in de afspraken.

Om tot een prettiger verdeling te komen waar de historische verdeling dat niet toelaat zijn er enkele oplossingen voorhanden. Ten eerste kunnen binnen een loondienststructuur of MSB-structuur specialisten makkelijker ingezet worden bij een andere vakgroep (de heilkunde) zonder dat dat directe financiële gevolgen heeft. De verandering/verplaatsing in omzet of disutility voor de chirurgen kan worden opgevangen in goede afspraken binnen het ziekenhuis.

Ten tweede kunnen extra toetredende orthopeden (wanneer dit zich voordoet) een deel van hun orthopedische zorg onderbrengen bij de traumaunit en zo een stukje extra omzet meenemen dat compenseert voor hun “onterechte” toetreding. Zo kan een extra

orthopeed-traumatoloog bv. de cuffletsels die hij/zij altijd behandelt in de orthopedische kliniek onderbrengen in de traumaunit om zo te betalen voor de afname in omzet bij de traumachirurgen. Hiermee wordt voorkomen dat er goodwill moet worden betaald door een van de partijen. In level 3 ziekenhuizen waar de verhouding 3:1 of 4:1 nog wel eens voor kan komen is dit een oplossing om een extra orthopeed in de unit te krijgen. Tenslotte kunnen vakgroepen zorgen voor schaalvergroting door regionale samenwerking aan te gaan en zo een evenwichtigere verdeling in de traumaunit te krijgen. Uit een recent uitgevoerde enquête onder traumachirurgen bleek dat in vrijwel alle ziekenhuizen gesprekken gaande zijn over samenwerking met een andere maatschap/vakgroep en soms zelfs fusieplannen worden uitgewerkt. Wanneer naburige level (2 en) 3 ziekenhuizen de traumazorg zouden gaan bundelen op één locatie kan dat leiden tot een gunstigere verdeling, en een prettigere samenwerking in de traumaunit door een gunstigere verhouding. In level 3 ziekenhuizen zal de dienstfrequentie waarschijnlijk toenemen na intrede van deze nieuwe regels, en kan dit worden opgevangen door samenwerking en lateralisatie. Deze lateralisatie zal eveneens zorgen voor meer blootstelling per chirurg en derhalve gemakkelijker behoud van de certificering.

3. Welke financiële verdeling spreken we af en hoe lossen we problemen op?

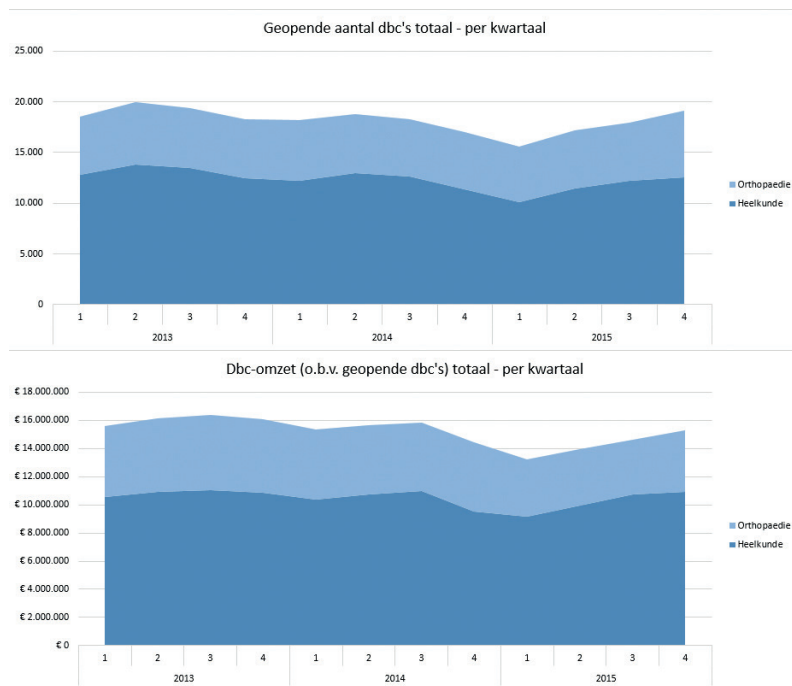
Om te komen tot een juiste financiële verdeling moeten we kijken naar de verdeling van het werk in het verleden. Een simpele manier is om te kijken naar de dienstverdeling per week. Op deze manier wordt de verdeling van alle, zich acuut presenterende patiënten via de SEH en polikliniek aangehouden. Een voorbeeld waarbij de orthopedie 1 dienst per week verzorgde en 1 weekeinde per maand geeft dus een verhouding van ongeveer $4/30\text{ste} + 2/30\text{ste} = 6/30\text{ste} = 20\%$ aandeel.

Sommigen vinden deze verdeling een onderschatting van het werk binnen een traumaunit omdat alle andere werkzaamheden op zo een dienstdag niet hierin vertegenwoordigd zijn, zoals visite lopen, consulten, controle van statussen en foto's etc.

Een andere manier om het patiëntenaanbod goed te beoordelen is te kijken naar het totaal aantal trauma gerelateerde operaties per jaar per vakgroep. Daarnaast kunnen er culturele verschillen bestaan tussen de twee vakgroepen die derhalve de verdeling zouden kunnen beïnvloeden.

Tenslotte kan de omzet die wordt gemaakt bij traumapatiënten als leidraad worden gebruikt. Deze omzet geeft een goede weerspiegeling van de SEH-inspanningen, de conservatieve als ook operatieve behandeling van alle patiënten.

Ter illustratie, in Haaglanden Medisch Centrum (HMC) zijn alle drie de bovenstaande methoden gebruikt en gemiddeld. Deze drie methoden bleken elkaar maar heel weinig te ontlopen.



Figuur 1. Voorbeeld van de historische verdeling geopende trauma DBC's en trauma omzet over een periode van 3 jaar.

De uiteindelijke financiële verdeling is belangrijk om op voorhand vast te leggen. Zolang er geen grote veranderingen plaatsvinden in de manier van werken tussen beide vakgroepen wordt deze verdeling ook aangehouden in de toekomst. In het volgende hoofdstuk wordt meer duidelijk waarom deze verdeling belangrijk is en blijft.

4. De projectgroep “traumaunit”, wie moet erin?

Om alle veranderingen die nodig zijn om de traumaunit te implementeren snel en eenmalig te moeten doorlopen is het heel raadzaam een projectgroep aan te stellen. Deze projectgroep bestaat in ieder ziekenhuis uit andere mensen van verschillende disciplines, maar graag geven we een voorzet wie een belangrijke plaats kan innemen in deze projectgroep.

In HMC was de projectgroep samengesteld uit de volgende functies en afdelingen:

- Projectleider
- Traumachirurg en orthopeed-traumatoloog
- Functioneel applicatiebeheerders
 - Financieel, Dossier, Agenda, Orders, SEH, OK, Opname, ect.
- Zorgadministratie
 - DBC adviseur/stafmedewerker/DBC consultant
- Zorgverkoop
- Planning & Control
- Zorgmanagers van de betrokken poliklinieken (Chirurgie en Orthopedie)
- Senior polimedewerker van de betrokken poliklinieken (Chirurgie en Orthopedie)
- Zorgmanager SEH
- Secretaresse SEH

De meeste mensen van deze projectgroep hebben alleen sporadisch een bijdrage geleverd.

Voor enkele was er een wekelijkse bijeenkomst om even snel de vooruitgang te bespreken en problemen samen op te lossen. In de hierna volgende hoofdstukken zal duidelijk worden wie in welk stadium essentieel bleek.

5. Wat is trauma?

Welke aandoeningen behandelen we in de traumaunit?

In het document Taskforce 2.0 staat de definitie van trauma duidelijk omschreven.

Hoe u in uw ziekenhuis besluit welke aandoeningen onder trauma vallen is van lokale afspraken afhankelijk. De historische afspraken in uw ziekenhuis zijn wel leidend voor deze afspraken.

Een bekend voorbeeld zijn de band/kapselletels in bv knie of schouder. Deze worden veelal door de orthopedische vakgroep behandeld en niet door de heerkunde. Derhalve zullen ze, ondanks dat het trauma is, in principe door de orthopedische vakgroep behandeld blijven, ook na inrichting van een traumaunit. Wondbehandeling op de SEH daarentegen wordt in veel klinieken alleen door de heerkunde verzorgd en zal dan ook bij de heerkunde blijven, tenzij anders afgesproken. Natuurlijk heeft u de vrijheid om oude afspraken samen aan te passen tot nieuwe.

De afspraken die u maakt moeten wel werkbaar zijn op een SEH, en dat houdt in dat u een DBC systematiek moet kiezen die uiterst simpel is en zgn. "idiot" proof.

Ontwerpfase

Alle eisen, wensen en onwenselijkheden worden vastgesteld. In hoofdlijn is het belangrijk dat over de volgende onderdelen nagedacht wordt tijdens het project.

- Bepaal welke zorgvragen binnen de instelling onder Traumachirurgie gaan vallen.

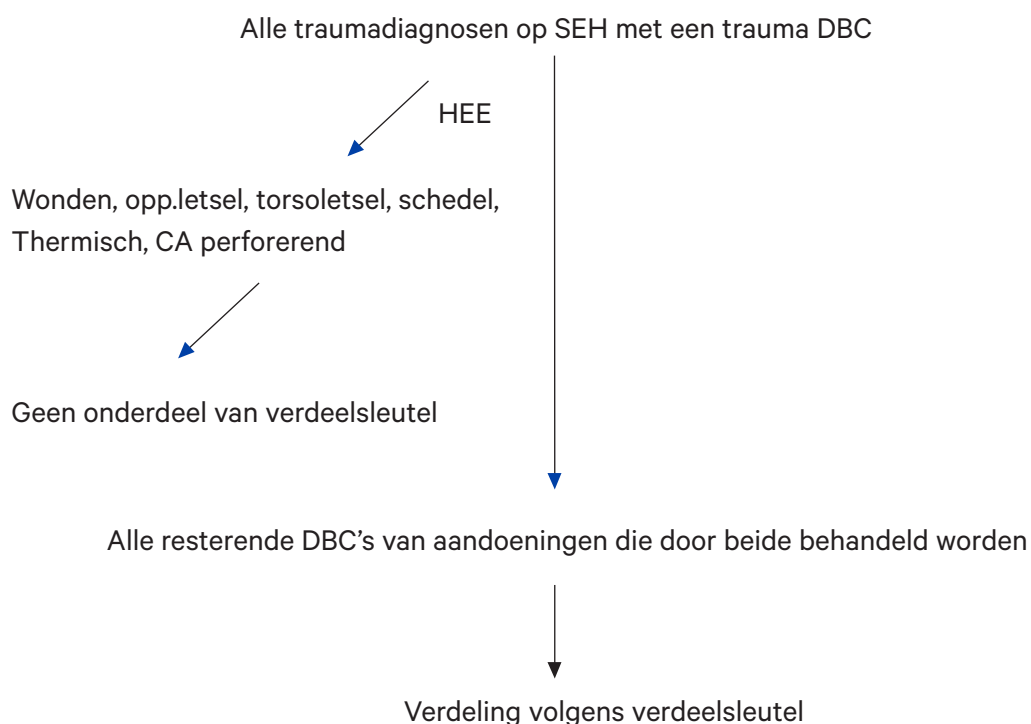
Het advies is dit vast te stellen op DBC diagnose niveau (volgens de NZa typeringslijst).

Om dit te bepalen kun je kiezen uit de DBC lijst van de heerkunde of orthopedie, en daar een definitieve lijst van maken. Gezien de uitgebreide lijst van de heerkunde, waar ook bv. hersenletsel, weke delen letsel en torsoletsel in staan, is in HMC voor deze lijst gekozen. Hieronder ziet u de lijst van groepen aandoeningen die in de DBC-lijst van de traumaunit zijn opgenomen.

- | | |
|--|---|
| • Fracturen | • Thermisch letsel |
| • Distorsies, (uitgezonderd knie "252") | • Oppervlakkig letsel (Schaafwond, blaar, insectenbeet) |
| • Luxaties | • Stand- en lengte-afwijking |
| • Kapsel-band/pees- spier ruptuur, (uitgezonderd knie "263") | • Corpus alienum, perforerend |
| • Contusies | • Verwijderen osteosynthese materiaal |
| • Intracranieel letsel/zonder schedelfracturen | • Posttraumatische afwijkingen |
| • Inwendig letsel borst, buik en bekken | • ATLS-opvang |
| • Wonden | • Overige trauma / SEH diagnosen |
| | • Klachten bewegingsapparaat n.n.o. |

- Benoem daarnaast eventuele uitzonderingen op de regel, zoals bv. In geval de wervelfracturen altijd onder het specialisme orthopedie vielen.

Wanneer u uw dbc diagnose-lijst compleet heeft, en de verdeling in uw traumaunit is duidelijk, dan kunt u de verdeelsleutel die recht doet aan uw afspraken definitief maken. In HMC is gekozen om zo veel mogelijk letsels, maar uitgezonderd de kniebanden/ meniscus en wervelkolom, op te nemen in de trauma-dbc diagnose lijst. Dit voor het gemak op de SEH en poli. Met betrekking tot de uiteindelijke financiële verdeling worden bepaalde DBC diagnoses niet meegenomen in de verrekening. Dit geldt bv. voor wonden die zijn gebleven bij de Heelkunde (HEE). De reden is dat deze aandoening historisch al exclusief door de heelkunde werd behandeld. De resterende DBC's worden verdeeld volgens de afgesproken verdeelsleutel van bv. 75% vs 25%.



6. Financiële inrichting ZIS

Wat is er nodig om de financiële registratie in het ZIS en een juiste, tijdige en volledige facturatie te realiseren?

Er moet worden bepaald aan welke eisen er voldaan moet worden. Vanuit het oogpunt van de financiële vastlegging in het ZIS kan er gedacht worden aan:

- De gekozen inrichting Traumachirurgie moet voldoen aan NZa wet- en regelgeving.
- De gekozen inrichting Traumachirurgie moet zo min mogelijk foutgevoelig zijn.
- Traumachirurgie moet juist, tijdig en volledig gefactureerd kunnen worden.
- Met de gekozen inrichting moet een financiële afhandeling tussen de vakgroepen mogelijk zijn.
- Met de gekozen inrichting moeten zorgverzekeraars akkoord zijn.

- Bepaal hoe Traumachirurgie gefactureerd gaat worden. Traumachirurgie is (nog) geen erkend specialisme en zal onder een ander specialisme (bijv. Chirurgie 0303) gedeclareerd moeten worden.

In HMC is gekozen de registratie te factureren onder Chirurgie 0303. De bijbehorende typeringslijst van Chirurgie 0303 is het meest uitgebreid qua trauma diagnoses en wordt nu voor de registratie gebruikt.

- Bepaal hoe Traumachirurgie daadwerkelijk ingericht moet gaan worden in het ziekenhuisinformatie systeem (ZIS). Dat zal op detail niveau uitgewerkt moeten gaan worden.

In HMC is er voor gekozen een apart specialisme in Chipsoft HiX in te richten; Traumachirurgie. Traumachirurgie wordt zoals hierboven beschreven gedeclareerd als Chirurgie 0303. Voor de betrokken artsen, arts-assistenten, SEH-artsen etc, zijn nieuwe artsencodes aangemaakt om onder het nieuwe specialisme te kunnen registreren. Dit houdt in dat een Traumachirurg in het HMC twee artsencodes heeft; 1 voor Chirurgie en 1 voor Traumachirurgie. Een orthopeed-traumatoloog heeft ook twee artsencodes; 1 voor Orthopedie en 1 voor Traumachirurgie.

Tijdens de registratie in Hix is het op veel momenten belangrijk dat de juiste artsencode gekozen wordt zodat onder het juiste specialisme geregistreerd wordt.

In de praktijk is dit wel een struikelblok gebleken. Omdat bij elke patiënt moet worden gewerkt met de juiste artsencode, moet deze ook elke keer op de juiste code staan in het EPD. Bij het maken van een status, een order, een klinische wachtlijst etc. Dit is foutgevoelig en leidt vaak tot uitval. Na enkele maanden neemt deze foutgevoeligheid weer af.

- Indien van toepassing; bespreek de gekozen inrichting met zorgverzekeraars zodat zij op de hoogte zijn van eventuele veranderingen in productie aantallen.

De afdeling zorgverkoop heeft in het HMC zorgverzekeraars op de hoogte gebracht van de veranderingen en verplaatsing van de productie van Orthopedie naar Chirurgie.

- Breng de risico's van de gekozen inrichting in kaart en vindt indien mogelijk passende oplossingen hiervoor.

Het belangrijkste risico van de gekozen inrichting in het HMC, betreft het feit dat één arts nu twee artsencodes heeft. Bij bijv. het aanvragen van onderzoeken, moet de betreffende arts de juiste artsencode gebruiken. Dit betreft een handeling/keuze moment die niet in het ZIS volledig afgedwongen kan worden.

- Bepaal welke controle maatregelen wenselijk zijn om een juiste/tijdige/volledige registratie te waarborgen.

Onder andere vanwege bovengenoemd rest risico, zijn er in het HMC Value Care controles ontwikkeld om deze risico's in kaart te brengen en eventuele fouten te kunnen corrigeren.

Bijv. een controle die in kaart brengt als het specialisme van het dossier met datum x niet overeenkomt met het specialisme van de afspraak met datum x.

7. Het trauma EPD

In veel gevallen zal uw huidige EPD een algemeen heekunde- of orthopedie-EPD zijn met specifieke eisen voor uw statusvoering. Waarschijnlijk heeft u een module laten maken die aangeklikt wordt indien er een patiënt zich presenteert met een trauma. Nu u samen, traumachirurgie en orthopedie, een EPD gaat gebruiken voor uw gezamenlijke patiënten moet u kiezen welk van de oude EPD's u daarvoor gaat gebruiken. Dit omdat u vanaf de start van de traumaunit in hetzelfde EPD gaat schrijven. U kunt er ook voor kiezen een nieuw EPD te bouwen met het beste van twee werelden.

In dit nieuwe EPD kunt u al uw wensen neerzetten en het zo inrichten dat het EPD is afgestemd op de nieuwe werkwijze en de patiënt optimaal volgt door het ziekenhuis.

Het voordeel van een nieuw EPD is dat u samen iets nieuws bouwt dat u dagelijks gaat gebruiken. U kunt de keuze lijsten van bv. verrichtingen of DBC's beperken tot alleen traumazorg. Hierdoor worden fouten minder gemaakt.

Dit nieuwe EPD wordt ook gebruikt op de SEH en zal daarmee het nieuwe "specialisme" traumachirurgie meteen op de kaart zetten. Dit draagt bij aan het herkenbaar maken van de gezamenlijke trauma-afdeling.

Natuurlijk kan het EPD bouwen niet gaan zonder incorporeren van kwaliteitsregistraties zoals de DHFA.

Hieronder ziet u een voorbeeld van een eerste contact in het HIX EPD van HMC

The screenshot displays the HIX EPD interface for a trauma case. The left sidebar contains a navigation menu with options like 'Dossier', 'DBC's', 'Patient', 'Radiologie', 'Eerste contact', 'Vervolgconsult', 'SEH', 'Kliniek', 'OK', 'Voorblad', 'Chronologie', 'Totaal eerste consult', 'Overige vensters', 'To Do', 'Overzichten', and 'Planoverzicht'. The main area shows a patient record for 'Auteur Meylaerts, Sven (02-04-2019 14:08)'. The 'Vragenlijst ingevuld door co-assistent (klik hier)' section includes 'Verwijzingsgegevens' (Huisarts, Specialist intern, Zelfverwijzer, Fysiotherapeut, SEH, Specialist extern, Ambulance, Anders, ni), 'Voorgeschiedenis' (Relevante voorgeschiedenis, Datum letsel, Duur van het letsel), 'Medicatie en intoxicatie (klik hier)', 'Categorie' (Monotrauma, Polytrauma), 'Fractuur' (Weke delen letsel, Schedelherseniletel), 'Localisatie' (Wervelkolom, Elleboog, Prox. femur, Pilon, Thorax, Onderarm, Femurschacht, Enkel, Clavicula, Pols, Dist. femur, Talus, Scapula, Carpus, Knie, Calcaneus, Prox. humerus, Metacarpus, Patella, Tarsus, Humerusschacht, Phalanx, Prox. tibia, Metatarsus, Dist. Humerus, Bekken/Acetabulum, Tibiaschacht, Tenen), 'Zijde van het letsel' (Links, Rechts), 'Typing letsel', 'Website AO Foundation', and 'Open'. The bottom status bar shows 'Document' and 'Rapport' buttons.

Traumachirurgie
29-01-2019 - Traumachirurgie

Filter: Standaard 1 van de 1 10 per pagina

Auteur: Meylaerts, Sven (02-04-2019 14:08)

Weke delen letsel

Soort weke delen letsel

- ☐ Skin lesions/wound
- ☐ Extremity
- ☐ Cervical Vascular Injury
- ☒ Chest Wall Injury
- ☐ Heart Injury
- ☐ Lung Injury
- ☐ Thoracic Vascular Injury
- ☐ Diaphragm Injury
- ☐ Spleen Injury
- ☐ Liver Injury
- ☐ Extrahepatic Biliary Tree Injury
- ☐ Pancreas Injury
- ☐ Esophagus Injury
- ☐ Stomach Injury
- ☐ Duodenum Injury
- ☐ Small Bowel Injury
- ☐ Colon Injury
- ☐ Rectum Injury
- ☐ Abdominal Vascular Injury
- ☐ Adrenal Organ Injury
- ☐ Kidney Injury
- ☐ Ureter Injury
- ☐ Bladder Injury
- ☐ Urethra Injury
- ☐ Uterus (non-pregnant) Injury
- ☐ Uterus (pregnant) Injury
- ☐ Fallopian Tube Injury
- ☐ Ovary Injury
- ☐ Vagina Injury
- ☐ Vulva Injury
- ☐ Testis Injury
- ☐ Scrotum Injury
- ☐ Penis Injury
- ☐ Peripheral Vascular Organ Injury

Chest wall Injury

Grade Chest wall injury scale

Toelichting Chest wall injury scale

Injury	Type Description of Injury
I	Any size
Contusion	1
Laceration	Skin & subcutaneous
Fracture	1
	< 3 ribs, closed, nondisplaced clavicle closed
	1-2
	2
II	Laceration
	Skin, subcutaneous and muscle
	1
Fracture	> 3 adjacent ribs, closed
	2-3
	Open or displaced clavicle
	2
	Nondisplaced sternum, closed
	2
	Scapular fracture, ribcage not closed

Document Rapport

OK Annuleren

Traumachirurgie
29-01-2019 - Traumachirurgie

Filter: Standaard 1 van de 1 10 per pagina

Auteur: Meylaerts, Sven (02-04-2019 14:08)

Anamnese

Anamnese

Lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek (naar HA)

- ☐ Röntgen
- ☐ MRI
- ☐ CT
- ☐ Echografie
- ☐ Nucleaire Geneeskunde
- ☐ KCI
- ☐ MMB
- ☐ PA
- ☐ MDO
- ☐ Advies traumabepreking
- ☐ ICC
- ☐ Overige

Conclusie en beleid

Conclusie (naar HA)

Behandeling en beleid (naar HA)

Overweging arts

Overlegd met supervisor

Beleid

- ☐ Ende behandeling
- ☐ Operatie
- ☐ Poliklinische controle
- ☐ POK
- ☐ Opname (conservatief)
- ☐ Anders
- ☐ Verwijzing

Complicatieregistratie (klik hier)

Complicatie Traumachirurgie

Filter: Standaard

Datum	Inddatum	Registratie	Arts	Opmerking	Gerelateerd aan
-------	----------	-------------	------	-----------	-----------------

Flattering (klik hier)

Document Rapport

OK Annuleren

8. Het zorgproces onder de loep; *hoe doorloopt de traumapatiënt het ziekenhuis?*

De traumapatiënt kan via verschillende wegen op de polikliniek Traumachirurgie gepresenteerd worden. Dit vindt in de meeste gevallen plaats via de Spoedeisende hulp of via een verwijzing van de huisarts.

Bij binnenkomst is het van essentieel belang dat de patiënt op de juiste manier getrieerd wordt. Hierbij wordt gekeken of hij onder het specialisme Traumachirurgie, Chirurgie, of Orthopedie valt, waarna de juiste DBC aangemaakt wordt. Dit is van groot belang, omdat de DBC als leidraad wordt gebruikt voor het verdere vervolg van de patiënt op de polikliniek.

In HMC is ervoor gekozen de Traumachirurgie spreekuren te clusteren op de polikliniek Chirurgie. Indien een patiënt verwezen wordt via de Spoedeisende hulp naar de polikliniek Chirurgie zal de medewerker bekijken voor welk specialisme het zorgtraject gestart is op de SEH. Als de patiënt via de huisarts verwezen wordt trieert de polimedewerker bij welk specialisme hij thuishoort.

Indien het om Traumachirurgie gaat wordt er een afspraak gepland onder de juiste afspraakcode bij de chirurg, bv de nieuw aangemaakte code TRN (trauma nieuw). Voor patiënten waarbij gips aanwezig is kan er een combinatie afspraak gepland worden op de gipskamer. Hier is tijdens het spreekuur altijd een arts-assistent van Chirurgie of Orthopedie en een gipsverbandmeester aanwezig.

Omdat het EPD Traumachirurgie is toegevoegd in het EPD van de Chirurgie is het noodzakelijk dat de spreekuren dagelijks voorbereid worden. Hierbij moet er op gelet worden dat de registraties juist gedaan zijn, denk hierbij aan afspraakcode, artsencode aanvrager, artsencode uitvoerder en of het juiste dossier geopend is. Indien dit niet gebeurt zal de chirurg niet op de goede wijze kunnen registreren. Dit zorgt voor administratieve uitval. Aan het eind van de spreekuren loopt de polimedewerker het spreekuur na en controleert of de registraties juist zijn uitgevoerd en autoriseert dan pas de afspraken!

Voor patiënten die in eerste instantie het zorgtraject gestart zijn onder het specialisme Traumachirurgie, maar welk traject na beoordeling toch vervolgd moeten worden onder het specialisme Orthopedie, is het noodzakelijk dat de chirurg een interne verwijzing genereert voor de desbetreffende afdeling, waarna de patiënt daar het traject verder zal vervolgen. In elke praktijk zal dit wekelijks meerdere keren voorkomen.

9. Creëren van de trauma-afdeling en polikliniek

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven is er in HMC voor gekozen het Traumachirurgisch EPD onder te brengen bij het EPD van de Chirurgie. De belangrijkste reden was om het de medewerkers van de Chirurgie werkbaarder te maken, zodat er tijdens de werkzaamheden niet continue van EPD gewisseld hoeft te worden. Andersom kunt u ook kiezen het EPD onder te brengen bij de orthopedie en aldaar de poli dan ook in te richten. Ook geeft deze constructie de mogelijkheid om op het spreekuur van de chirurg nog algemene Chirurgie patiënten in te plannen. Voor de orthopeed in de traumaunit is het met deze werkwijze niet mogelijk algemene Orthopedie patiënten te zien in dit spreekuur.

Het werken met een Traumachirurgisch EPD binnen het Chirurgie EPD vraagt om een efficiënte werkwijze van diverse disciplines. De specialist moet beoordelen of hij tijdens zijn spreekuur in de rol van chirurg/orthopeed zit of in die van traumachirurg. Hierbij moet er op gelet worden dat de chirurg in het juiste EPD zijn dossiervoering doet en bijvoorbeeld vervolgonderzoeken onder de juiste artsen aanvragerscode (TRM/HEE/ORT) aanvraagt en registreert.

Het is bij de implementatiedatum ook van groot belang er rekening mee te houden dat er nog een grote groep patiënten van vóór deze datum nog onder behandeling zijn die nog niet onder het EPD Traumachirurgie vallen. Binnen HMC hebben wij dit opgelost door deze populatie een andere afspraakcode (TRC-ODU) toe te kennen, zodat zij herkenbaar zijn als zij zich op het spreekuur presenteren.

De gipskamer bevindt zich op dezelfde afdeling als de Chirurgie. Hier worden de patiënten terug besteld met gips. Er worden hiervoor combinatieafspraken ingepland, bestaande uit een afspraak met de gipsverbandmeester en een afspraak met de arts-assistent van de Chirurgie of Orthopedie.

Ook op de wondpoli worden trauma patiënten met wonden beoordeeld, hierbij wordt het onderscheid tussen Trauma en overige specialismen gemaakt d.m.v. aanvragerscode van de hoofdbehandelaar (TRM/HEE/ORT) en wordt in het bijbehorende EPD genoteerd.

Vlak na de implementatiedatum merkten wij dat er behoorlijk veel administratieve fouten werden gemaakt, zoals het noteren in het foute EPD, onjuiste artsencodes en afspraakcodes. Naar mate de tijd vordert verminderen deze fouten, wanneer iedereen aan het juiste werkproces went. Er is een polimedewerker aangesteld die dagelijks de uitvallijsten (Valuecare) naloop en corrigeert waar nodig.

Het is ook nuttig om een “superuser” aan te stellen die medewerkers op de werkvloer kan ondersteunen bij problemen en vragen. Goede samenwerking tussen de chirurg, poli medewerkers en DBC-consulenten is van groot belang.

Knelpunten dienen z.s.m. te worden opgepakt en te worden opgelost.

Hier zijn evaluatiemomenten, een duidelijke werkinstructie, een goed ingericht Zorgdomein en een kick-off ondersteunend bij.

10. Livegang

Om de livegang van Traumachirurgie zo goed mogelijk te laten verlopen, heeft HMC onder andere het volgende voorafgaand voorbereid:

- Test de gekozen inrichting in het ZIS uitvoerig. Volg daarbij het gehele zorgproces dat de patiënt kan doorlopen.
- Verzorg fysieke instructies aan alle gebruikers.
- Stel werkinstructies op voor alle betrokken afdelingen en gebruikers.
- Stel als projectgroep documentatie op waar alle gemaakte afspraken, keuzes, beheersmaatregelen in vastgelegd worden.
- Informeer de huisartsen in de regio (i.v.m. het verwijzen van de patiënt naar Traumachirurgie)
- De live gang breed communiceren in de instelling. O.a. met behulp van flyers en posters.

Gebleken is dat een gedegen nazorgtraject erg belangrijk is. Wenselijk is dat de eerste maand wekelijkse gemonitord wordt hoe de registratie verloopt en of de gemaakte afspraken duidelijk zijn en uitvoerbaar zijn.

Na de eerste maand is het wenselijk het eerste halfjaar ook geregeld met de projectgroep bijeen te komen. Tevens na 1 jaar is in het HMC gebleken dat het erg zinvol is de gemaakte afspraken opnieuw door te nemen en indien nodig aanpassingen aan te brengen.

11. Nawoord: is het ook beter en leuker?

In HMC zijn we in 2016 begonnen met de eerste stappen naar een multidisciplinaire traumaunit. Deze stappen zijn gezet door een enthousiaste traumachirurg en orthopeed die beiden veel voordeel zagen in deze nieuwe manier van samenwerken. In het verleden was er toch meer een cultuur van “hun” patiënt en “onze” patiënt. Helaas ging het ook wel eens over “hun” complicatie en “onze” complicatie. Er bestonden andere werkwijzen en protocollen. Vaak waren er verschillen in indicatiestelling en dat kon betekenen dat de behandeling op een maandag kon verschillen van die op een vrijdag, in hetzelfde ziekenhuis. Het was voor de patiënt niet duidelijk wie er in het behandelteam zaten, en waarom de ene patiënt bij de orthopedie lag en de andere bij de heilkunde.

Wij hebben het proces tot de live-gang initieel ernstig onderschat. “Even de afdelingen samenvoegen en de poli ook” bleek toch een understatement. Wij hebben vanaf het begin veel baat gehad van de projectgroep die ons ondersteunde en leidde. Het team van zorgadministratie, functioneel applicatiebeheer, poli- en afdelingshoofden hebben vanaf het begin een cruciale rol gespeeld in het proces. Ook na de live-gang zijn we lang bezig geweest met de controleren en corrigeren van het proces en de fouten in de administratie. Uiteindelijk mogen we spreken van een traumaunit zoals die initieel bedoeld is in taskforce 2.0.

Nu we bijna twee jaar verder zijn en onze groep gewend is aan de samenwerking, de roosters zijn gestroomlijnd, de SEH/poli en afdeling gewend is aan deze nieuwe vorm van werken mogen we ook spreken van een vooruitgang. We zijn een hechte groep specialisten die samen zorgen voor de patiënten met een letsel. Samen hebben we de poli's en OK's verdeeld en doen we de MDO's. Ieder van ons heeft wel een aandachtsgebied, zowel binnen de traumachirurgie als daarbuiten. Omdat er duidelijke afspraken zijn is er ook geen competitiegevoel meer, en zijn de besprekingen vooral om van elkaar iets te leren. Voor de patiënt is er maar 1 behandelgroep, de leden van de traumaunit.

Nu rest ons nog een laatste inspanning en dat is het creëren van enkele duidelijke zorgpaden, waarbij onze collega's van de buitenste ring een duidelijke plaats krijgen in de behandeling van enkele aandoeningen. Sommige van deze paden zijn er al jaren, zoals bv. voor de heup, de schoudercuff en kniebandletsels. Maar we kunnen ook denken aan intracranieel letsel, gastro-intestinaal letsel etc. Met de komst van de NVT aantekening handchirurgie ligt het ook voor de hand een zorgpad te creëren met de plastische chirurgie omtrent deze handletsels.

Wij denken dat de implementatie van de trauma-units in Nederland vooral een positieve impuls zal geven aan de kwaliteit van de traumazorg, en een verbetering van de samenwerking tussen traumachirurgen en orthopeed-traumatologen.

Veel succes!