

Adviescommissie Multidisciplinaire Trauma Unit (MTU) NVT-NOV

Taken en Verantwoordelijkheden

V1.3, 27 juni 2021

Geaccordeerd tijdens overleg NVT-BOT, 16 september 2021

Artikel 1 Inleiding

De Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) en Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) zijn overeengekomen dat er in ieder ziekenhuis met SEH afdeling en trauma-opvang, per 1 januari 2020 één fysieke Multidisciplinaire Trauma Unit (MTU) ontstaat waarin traumachirurgen en orthopedisch chirurgen samenwerken. Op lokaal ziekenhuisniveau worden afspraken gemaakt hoe de MTU praktisch ingericht wordt. Daarbij zal altijd een twee ringen-model worden aangehouden: de binnenste ring en de buitenste ring. De regie over de opvang en de primaire behandeling van de individuele traumapatiënt is in de binnenste ring in handen van een gecertificeerd traumachirurg en/of orthopedisch chirurg-traumatoloog. De leden in de buitenste ring zullen geconsulteerd worden bij letsels waarbij speciale expertise nodig blijkt. De optimale zorg voor de trauma patiënt staat centraal in dit model. Afspraken hierover tussen NVT en NOV zijn formeel bekrachtigd in het 'Afsprakendocument MTU' (dd 31 maart 2021, bijlage I).

De besturen van de NVT en NOV hebben een gemeenschappelijke Adviescommissie MTU opgericht teneinde de implementatie van de MTU te vereenvoudigen en bespoedigen. De NOV heeft haar taken ter zake de Traumatologie uitbesteed aan de gemandateerde Bestuurscommissie Orthopedische Traumatologie (BOT).

Artikel 2 Taakomschrijving

De Adviescommissie MTU stelt zich ten doel vragen van leden van de NVT en NOV te beantwoorden en hen te adviseren over het opzetten en functioneren van de lokale MTU. De intentie van de Taskforce Traumatologie II (zoals neergelegd in de notitie 'Verslag Taskforce Traumatologie II dd 19 mei 2016, Bijlage II), waarbij alleen gecertificeerde traumachirurgen en/of orthopedisch chirurg-traumatologen in de binnenste ring dedicated traumazorg leveren en er specifieke afspraken worden gemaakt met specialisten in de buitenste ring, is hierbij leidend. Indien in het lokale ziekenhuis historisch gezien beide vakgroepen bijdragen aan traumazorg, wordt gewezen op het belang van het gemeenschappelijke karakter van de MTU.

Artikel 3 Samenstelling van de commissie

1. De Adviescommissie MTU bestaat uit 4 leden, bestaande uit 2 traumachirurgen en 2 orthopedisch chirurg-traumatologen
2. De leden worden door de besturen van de NVT en NOV benoemd.

Artikel 4 Werkwijze

Indien er vragen of problemen zijn met betrekking tot een lokale MTU, kan een lid van de NVT of NOV contact opnemen met het secretariaat of een bestuurslid van de respectievelijke wetenschappelijke vereniging, of rechtstreeks met één van de leden van de Adviescommissie MTU.

Hoe het daaropvolgende werkproces er feitelijk uitziet, hangt af van de situatie die zich voordoet. Er is daarbij sprake van een getrapte volgorde. In alle gevallen is er sprake van vertrouwelijkheid.

1. Eenvoudige vragen kunnen door het individuele lid van de Adviescommissie MTU direct worden beantwoord (telefonisch of via de mail), waarbij ook gewezen zal worden op het document met Frequently Asked Questions zoals gepubliceerd op de websites van NVT en NOV.
2. Na mondelinge toelichting van de betrokken traumachirurg of orthopedisch chirurg-traumatoloog aan één van de leden van de Adviescommissie MTU, kan de casus/vraag schriftelijk worden ingebracht bij de Adviescommissie MTU voor het verkrijgen van een (schriftelijke) reactie. Nadat deze is besproken, zal een gemeenschappelijke reactie volgen; die reactie is op basis van consensus van de Adviescommissie MTU.
3. De betrokken traumachirurg en/of orthopedisch chirurg-traumatoloog kan de casus via videoconferencing ter vergadering toelichten aan de Adviescommissie MTU. Afhankelijk van de casus, zal getracht worden een toelichting te krijgen vanuit beide betrokken vakgroepen. Na bespreking binnen de commissie, zal een gemeenschappelijke reactie volgen, die reactie is op basis van consensus van de Adviescommissie MTU.
4. Indien de toelichting via videoconferencing niet afdoende is, kan op uitnodiging een lokaal werkbezoek van een afvaardiging van de Adviescommissie MTU met nadien een uitgebreider schriftelijk advies plaatsvinden. Hier zijn kosten aan verbonden (zie artikel Financiële aspecten), welke op het moment van communiceren omtrent het werkbezoek zullen worden gecommuniceerd; deze kosten omvatten onder meer vacatiegelden en een onkosten/reisvergoeding voor de betrokken commissieleden.

Artikel 5 Relatie tot besturen NVT en NOV

De leden van de Adviescommissie MTU zijn gemandateerd namens beide beroepsverenigingen. Indien de Adviescommissie MTU bij het bespreken van een ingebrachte casus niet tot consensus kan komen, zal deze casus worden ingebracht in het reguliere overleg tussen bestuur NVT en het Bestuurscommissie Orthopedische Traumatologie (BOT) van de NOV, en zal op basis van consensus van het reguliere overleg een advies volgen. Periodiek worden daar tevens op hoofdlijnen de overige bevindingen en werkzaamheden van de Adviescommissie MTU gerapporteerd en besproken.

Artikel 6 Reikwijdte van het advies

De Adviescommissie MTU draagt de oorspronkelijke intenties van de NVT en NOV om in ieder ziekenhuis met SEH afdeling en trauma-opvang een MTU op te zetten, zoals beschreven in het Rapport Taskforce Traumatologie II (bijlage II) en het Afsprakendocument tussen NVT en NOV (dd 31 maart 2021, Bijlage I), uit. Het uitgebrachte advies van de Adviescommissie MTU is niet-bindend.

Artikel 7 Aansprakelijkheid

Het gegeven advies heeft geen formele en/of juridische status. De leden van de Adviescommissie MTU geven een niet-bindend advies zonder last of ruggenspraak en zij kunnen noch in persoon, noch als Adviescommissie MTU, verantwoordelijk of aansprakelijk gehouden worden voor het advies en/of de gevolgen van hun advies.

Artikel 8 Financiële aspecten

De Adviescommissie MTU stelt zich ten doel laagdrempelig benaderbaar te zijn voor de leden van de NVT en NOV, met de intentie om de lokale MTU's tot een succes te maken. Er wordt gestimuleerd dat alle lokaal betrokkenen zich eerst zelf maximaal inspannen en bij de lokale gesprekken gebruik maken van het Rapport Taskforce Traumatologie II, het afsprakendocument tussen NVT en NOV en het daarvan afgeleide document met FAQ's. Indien een beroep wordt gedaan op de Adviescommissie MTU zijn stappen 1 t/m 3 (Artikel 4 Werkwijze) een gratis service richting de leden. Indien de inspanning significanter is (stap 4) zijn daar kosten aan verbonden in de vorm van vacatiegelden en een onkosten/reisvergoeding voor de betrokken commissieleden.

Bijlage I Afsprakendocument MTU

Bijlage II Verslag Taskforce Traumatologie II

De Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie ("NVT") en Bestuurscommissie Orthopedische Traumatologie van de Nederlandse Orthopeden Vereniging ("NOV") hebben de volgende afspraken gemaakt tijdens het overleg d.d. 31 maart 2021.

De volgende uitgangspunten worden afgesproken tussen de NVT en de NOV en worden op uniforme wijze naar de leden gecommuniceerd, te weten:

Vaststellen definitie van de 4 dagdelen per week voor het kunnen kwalificeren als gecertificeerd traumachirurg/gecertificeerd orthopedisch chirurg- traumatoloog

- 1) We hebben het over gemiddeld 4 dagdelen per week, waarop de chirurg werkzaam moet zijn in de Trauma chirurgie.
- 2) Van deze 4 dagdelen genoemd onder 1 hiervoor, mag gemiddeld 1 dagdeel per week 1 Avond/Nacht/Weekenddienst betreffen.
- 3) Substantiële trauma-gerelateerde managementtaken (bv SEH-manager) kunnen na instemming van de leden van de Trauma Unit zelf ook aangemerkt worden als relevante werkervaring. Dergelijke werkzaamheden kunnen ook voor gemiddeld 1 dagdeel per week meetellen.
- 4) Deze regels omtrent certificering dienen proactief naar de leden te worden gecommuniceerd.
- 5) Transitietijd is overeengekomen en is verlengd tot 1 mei 2021.

Vaststellen cursussen

- 1) De door NOV en NVT verplicht gestelde cursussen dienen voor traumachirurgen en orthopedisch chirurg-traumatologen gelijk te zijn; De traumachirurgen en orthopedisch chirurg-traumatologen hebben hiervoor specifieke regels in het certificeringsreglement opgenomen en deze worden streng gehandhaafd.
- 2) Transitietijd is overeengekomen en is verlengd tot 1 mei 2021, onder voorwaarde dat men zich voor 1 mei 2021 heeft ingeschreven voor cursussen waarvoor een wachtlijst bestaat en met dien verstande dat eenieder ernaar streeft de cursus op een redelijk termijn afgerond te hebben.

Trauma Unit

- 1) Afspraak tussen de NVT en NOV is dat per 1 januari 2020 in elk ziekenhuis een Trauma Unit ingericht is, conform de werkwijze beschreven in het Verslag Taskforce Traumatologie II (d.d. 19 mei 2016).
- 2) De regie over de opvang en de primaire behandeling van de individuele traumapatiënt is in handen van een gecertificeerd traumachirurg en/of orthopedisch chirurg-traumatoloog. Dit moet per ziekenhuis in de afspraken zijn vastgelegd.
- 3) Er zal een gemeenschappelijke werkgroep in het land worden geroepen om in het land per ziekenhuis de status van de Trauma Unit te inventariseren, waarbij onder meer uitgevraagd zal worden naar:
 - a) het aantal diensten dat wordt meegeteld voor certificering;
 - b) welke ingrepen worden ingebracht in de Trauma Unit.
 - c) problemen die er zijn rond de totstandkoming van de Trauma Unit.Deze werkgroep kan indien gewenst een bemiddelende rol spelen en desgewenst advies geven als een van de vakgroepen hier om vraagt.
- 4) De werkgroep zal op gezette tijden gedurende het jaar hun bevindingen rapporteren en bespreken tijdens een gezamenlijk NVT-NOV overleg.
- 5) De ingrepen die meegerekend mogen worden, zijn per ziekenhuis bepaald: elk ziekenhuis had in het verleden ingrepen die zowel door traumachirurgen en orthopedisch chirurg-traumatologen werden verricht en die vielen onder trauma (veelal

alle fracturen, rupturen, etc). Bij installeren van de Trauma Unit zullen die ingrepen worden begrepen in de eerste ring van de Trauma Unit . Hierbij worden de afspraken die in het verleden zijn gemaakt voor wat betreft de verdeling van de praktijk ongewijzigd gecontinueerd.

- 6) Indien een van de deelnemende traumachirurgen of orthopedisch chirurg- traumatologen ingrepen wil toevoegen die in het verleden niet onder trauma vielen, kan dat alleen met instemming van de andere partij(en).

Ingrepen in de binnenste ring van de Trauma Unit

- 1) Ondergrens is 75 ingrepen per jaar om gecertificeerd te kunnen zijn/blijven.
- 2) Uitgangspunt voor certificering ten aanzien van deze 75 verrichtingen per jaar is dat het gaat om trauma gerelateerde ingrepen.
- 3) Per ziekenhuis kunnen afspraken gemaakt worden over welke ingrepen wel en niet in de binnenste ring vallen.

namens de NVT

namens de NOV

drs. M. Hogervorst, voorzitter NVT



prof. dr. S.K. Bulstra, voorzitter NOV



dr. R.G. Zuurmond, voorzitter

Bestuurscommissie Orthopedische
Traumatologie



Datum 26-04-2021

Datum

19/4/21

Verslag

Taskforce Traumatologie II

19 mei 2016

aanleiding

Na het vervallen van het convenant dat betrekking heeft op de niet-verwezen acute letsels van het steun- en bewegingsstelsel op 1 januari 2014, tussen de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVT), werd in 2013 de taskforce traumatologie opgericht. Deze taskforce publiceerde in 2015 een rapport waarin een aantal scenario's werd beschreven over mogelijke organisatiestructuren om traumatische letsels in de toekomst te behandelen. Vanuit de algemene ledenvergaderingen van de NOV en NVT is in 2015 gekozen voor een model waarbij er in een ziekenhuis met SEH afdeling en trauma-opvang, één fysieke multidisciplinaire trauma-unit ontstaat waar traumachirurgen en orthopedisch chirurgen samenwerken. (zie kader 1) De zorg zou geoptimaliseerd worden door het inrichten van de traumazorg met ringen. Een nadere omschrijving van de uitvoering van dit scenario in de toekomst is echter nog niet aanwezig. Ten einde aan dit model voor betere samenwerking tussen traumachirurgen en orthopedisch chirurgen, en optimalisering van de zorg voor de trauma patiënt verdere invulling te geven hebben beide besturen van de NVT en de NOV daarom gezamenlijk besloten om een vervolg Taskforce traumatologie II op te richten.

kader 1: uit het verslag taskforce traumatologie 2015: scenario 1

scenario 1: één trauma unit uitgevoerd door meerdere medische specialismen. Bij dit model bestaat in een ziekenhuis slechts één bestuurlijke afdeling waar zorg voor alle traumatische letsels gegeven wordt; de multi-disciplinaire trauma unit, nader MTU te benoemen. Deze term dient niet verward te worden met een multi-trauma; zorg voor patiënten met multi-pele letsels.

De zorg voor traumatische letsels 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.

opdracht

De Taskforce traumatologie II heeft van de besturen NVT en NOV de opdracht om te omschrijven hoe een trauma unit, uitgevoerd door meerdere medische specialismen, opgebouwd in ringen opgebouwd zou kunnen worden. Hierbij dienen de volgende aspecten besproken te worden:

- 1) de definitie van trauma en acute zorg
- 2) de indeling van traumazorg in de binnenste en buitenste ring
- 3) de competenties van de leden van de binnenste (a) en buitenste ring (b)
- 4) de eindtermen voor de opleiding (a) en nascholing (b)

samenstelling

De taskforce traumatologie II is samengesteld uit een groep inhoudsdeskundigen, werkzaam als AIOS of specialist traumachirurgie of orthopedische chirurgie in ziekenhuizen met verschillende achtergronden. De NVT en de NOV hebben de volgende personen uitgenodigd voor deelname:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - Wouter Bakker, AIOS orthopedische chirurgie | Erasmus MC, Rotterdam |
| - Sjoerd Bulstra, orthopedisch chirurg | UMCG, Groningen |
| - Mark Falke, orthopedisch chirurg | Flevo Ziekenhuis, Almere |
| - Micha Holla, orthopedisch chirurg | Radboudumc, Nijmegen |
| - Paul Hustinx, traumachirurg | Zuyderland MC, Heerlen |
| - Henk Koot, orthopedisch chirurg | Maxima Medisch Centrum, Veldhoven |
| - Barbara Kreis, traumachirurg | SKB, Winterswijk |
| - Charlotte Lameijer, AIOS traumachirurgie | UMCG, Groningen |
| - Sven Meylaerts, traumachirurg | MC Haaglanden, Den Haag |
| - Inger Schipper, traumachirurg | LUMC, Leiden |
| - Bart Schreuder, orthopedisch chirurg | Radboudumc, Nijmegen |
| - Klaus Wendt, traumachirurg | UMCG, Groningen |
| - Rutger Zuurmond, orthopedisch chirurg | Isala Klinieken, Zwolle |

Uitgangspunten van de taskforce traumatologie II

De taskforce traumatologie heeft gesteld dat in de uitwerking de volgende punten leidend zijn:

De trauma-patiënt staat centraal;

De organisatie van traumazorg dient dusdanig georganiseerd te worden dat de trauma-patiënt op het juiste moment de best mogelijke zorg ontvangt. De persoonlijke belangen van de hulpverleners zijn daarbij niet leidend. Hierbij dient vermeld te worden, dat in het belang van de trauma-patiënt de organisatie van traumazorg zo wordt geregeld dat hulpverleners veilig en duurzaam hun werk kunnen uitvoeren.

Respect voor elkaars kunde en kennis;

Voor een optimale behandeling voor de trauma patiënt is een waardering van elkaars kwaliteiten én erkenning van eigen beperkingen, ten aanzien van kennis en kunde essentieel. Dit respect is noodzakelijk voor een verbetering van samenwerking.

Behoud van regie over traumazorg;

Er zijn vaak vele hulpverleners, op verschillende locaties, op verschillende momenten, met verschillende achtergronden actief bij één trauma patiënt. De taskforce is van mening dat één hoofdbehandelaar met kennis van traumatologie de zorg in de diverse ketens coördineert. Dit betekent dat hij/zij kennis moet hebben van de diverse ketens, maar de totale uitvoering daarvan niet zelf hoeft te verrichten. Deze hoofdbehandelaar bevindt zich primair in de binnenste ring.

Focus op actuele expertise boven medisch specialistische achtergrond;

De kennis en kunde van de behandelende specialist is leidend. De medisch specialistische achtergrond sluit deelname aan de binnenste en buitenste ring niet a priori uit, zolang de gestelde (na)scholingseisen overeenkomen. Zowel een traumachirurg en orthopedisch chirurg kunnen deelnemen aan de traumazorg in de binnenste en buitenste ring, mits deze de benodigde competenties bezit.

1) Definitie van trauma en acute zorg

De taskforce traumatologie II 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.

Acute zorg / spoedeisende zorg:

De taskforce traumatologie II definieert spoedeisende zorg als de diagnostische en therapeutische handelingen die binnen een bepaalde termijn dienen uitgevoerd te worden. Uitstel van deze handelingen leidt tot aannemelijke verslechtering van de uiteindelijke prognose.

Hierbij worden de volgende categorieën voor de termijn ingedeeld:

per-direct	diagnostiek en behandeling binnen 1 uur - spoed categorie 1
acuut	diagnostiek en behandeling binnen 6 uur - spoed categorie 2
sub-acuut	diagnostiek en behandeling binnen 24 uur - spoed categorie 3
semi-electief	diagnostiek en behandeling binnen 2 weken - spoed categorie 4
electief	diagnostiek en behandeling vindt plaats op indicatie en is planbaar op in een regulier operatie programma.

2) Indeling van traumazorg in de binnenste en buitenste ring

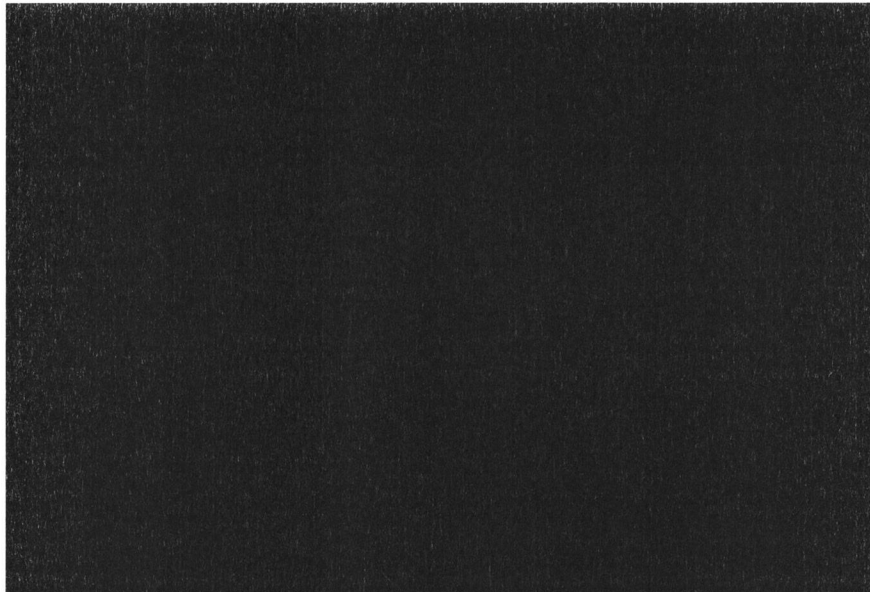
Vanuit de taskforce traumatologie I 2015 is reeds een organisatie van traumazorg in een binnenste en buitenste ring vastgesteld.

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 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 II 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 II 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. Na gezamenlijke accordering leggen de leden van de binnenste en buitenste ring zich toe op naleving en handhaving van deze zorgpaden. Bij een eventuele toekomstige visitatie dienen deze zorgpaden helder gedocumenteerd en inzichtelijk te zijn. Dit zou moeten leiden tot een uniform hoge kwaliteit van traumazorg, die onafhankelijk is van de dag van de week. Een schematisch overzicht van de organisatie van zorg in de binnenste en buitenste ring wordt gegeven in figuur 1.

Figuur 1: organisatie van de traumazorg in de binnenste en buitenste ring.



3a) Competenties van de leden van de binnenste ring

In de binnenste ring worden de letsels behandeld waarbij acute diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn voor het behalen van betere 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 sub-acute 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 eerste 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 traumatologie II stelt voor leden van de binnenste ring de volgende toetsbare certificeringseisen voor:

- 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.

- cursussen:

- | | |
|--|--------|
| - Advanced Trauma Life Support (inclusief refresher) | ALSG |
| - Basiscursus trauma operatieve trauma technieken | AO/OTC |
| - Vervolg cursus operatieve trauma technieken | AO/OTC |
| - Definitive Surgical Trauma Care | ALSG |
| - Emergency Management of Severe Burns | EMSB |
| - Hospital Major Incident Management and Support | ALSG |

Bij invoering van bovengenoemde certificatie-eisen dient er een overgangperiode ingesteld te worden, waarbij de medisch specialisten voldoende tijd hebben om te kunnen voldoen aan de vereiste criteria.

3b Competenties van de leden van de buitenste ring

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, thoraxchirurg, 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 specialisten 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, arthroscopie 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 te betrekken 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. 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 met een nabij gelegen ziekenhuis waar deze expertise wel aanwezig is.

4a) Opleiding

Een onderdeel van de opdracht van de NVVH en NOV is de toekomstige opleiding tot traumaspecialist bestendig te maken tegen alle veranderingen die staan te gebeuren in het veld. Taskforce traumatologie I heeft in hun rapport reeds geadviseerd de opleiding van beide moederspecialismen samen te voegen. Ook de taskforce traumatologie II is van mening dat het in het belang van de patiënt is om in de toekomst één gezamenlijke opleiding te hebben voor de traumachirurg/orthopedisch chirurg-traumatoloog. Dit houdt ook in dat we in de toekomst toe gaan werken naar een nieuw specialisme: de traumachirurg of orthopedisch traumachirurg.

Het creëren van een nieuwe opleiding is een complexe en langdurige opdracht die wetswijzigingen vereist. Hierop wachten zou de huidige generatie specialisten in opleiding te kort doen. Daarom is het noodzakelijk om een korte termijnplan te maken waarin de specialisten in opleiding zoveel als toegestaan kunnen profiteren van beide bestaande opleidingen.

Op korte termijn (komende 5 jaar) is het derhalve gewenst dat er uitwisseling tussen de opleiding orthopedie en traumachirurgie zal plaatsvinden. Een uitwisselingsstage van zes maanden tot maximaal één jaar is naar de mening van de taskforce doelmatig. Idealiter wordt deze stage in het derde of vierde jaar van de opleiding ingebouwd, zodat er voorafgaand aan de differentiatie kennis van het andere specialisme kan worden opgebouwd en deze kan worden toegepast in de verdieping/differentiatie binnen de eigen opleiding in de laatste twee jaar van de opleiding.

De traumaspecialist die straks in de binnenste ring van de traumaunit werkt dient een holistische kijk op de patiënt te hebben en het proces van begin tot eind te kunnen uitvoeren en/of begeleiden. Tijdens de gehele opleiding dient traumazorg dus centraal te staan. Dit wordt gewaarborgd door de AIOS gedurende zijn/haar gehele opleiding te koppelen aan de trauma unit.

Verder heeft de nieuwe opleiding een modulair karakter waarbij in het begin een aantal verplichte stages worden gevolgd zoals bijvoorbeeld een stage voor het verkrijgen van de basale chirurgische en orthopedische vaardigheden, een stage op de verpleegafdeling van de trauma unit, SEH afdeling stage, Intensive Care stage en een stage revalidatiegeneeskunde. Deze common trunk wordt daarna gevolgd door een differentiatieperiode waarin de AIOS ook de mogelijkheid heeft zich verder te verdiepen in specifieke aandachtgebieden.

De opdracht om deze nieuwe opleiding tot traumachirurg/ orthopedisch traumachirurg te creëren, is er een die het tijdspad van taskforce traumatologie II overstijgt. Taskforce traumatologie II adviseert de besturen van de NVT en de NOV dan ook om een nieuwe taskforce traumatologie III op te stellen die de opdracht krijgt om de nieuwe opleiding verder in te richten. Hierbij is het advies om feedback vanuit de leden, de AIOS in het bijzonder, mee te wegen. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door een enquête te houden onder de leden van de VAGH en de VOCA, alsook om een significante afvaardiging van deze AIOS in de taskforce III te plaatsen.

4b) Nascholing

De leden van de eerste ring hebben een geldige ATLS certificatie. Verder stelt de taskforce traumatologie II voor de leden van de binnenste ring voor dat zij in vier jaar 80 accreditatie punten dienen te verkrijgen op het gebied van trauma gerelateerde onderwerpen.

Op dit moment vindt de accreditatie van orthopedisch chirurgen en traumachirurgen separaat plaats via de NOV en NVvH respectievelijk. Indien een cursus of congres door één van beide beroepsvereniging wordt geaccrediteerd als "trauma gerelateerd" zou dit gemeld moeten worden bij de accreditatie commissie van de andere vereniging. Dit zou uiteindelijk kunnen bijdragen aan een toekenning van trauma-accreditatiepunten die gelijk is voor traumachirurgen en orthopedisch chirurgen. De taskforce is van mening dat cursussen of congressen die niet toegankelijk zijn voor beide specialismes kunnen geen trauma-accreditatie kunnen verkrijgen.

Beoordeling voor de organisatie van traumazorg

De taskforce traumatologie adviseert de NOV en NVT om in de toekomst bij de reguliere kwaliteitsvisitaties apart te kijken naar de organisatie van traumazorg. Doelstelling hierbij is om te beoordelen of de zorg voor de diverse traumapatiënten in de diverse ketens geborgd is, zonder een zware administratieve belasting voor de gevisiteerde medisch specialisten.

Een opzet voor beoordeling van organisatie van traumazorg, is op te vragen bij de taskforcetraumatologie II. Het betreft een tabel die ingevuld aangeleverd dient te worden aan de betreffende visitatiecommissie. Verder kan toetsing van de traumazorg plaatsvinden door controle van de traumaprotocollen in combinatie met een streekproef van enkele trauma patiënten met verschillende aandoeningen.

Verantwoording en aanvullende opmerkingen

De taskforce traumatologie II zal medio 2016 aangeboden worden aan het bestuur van de NOV en de NVT. Het is aan hen om dit verslag voor te leggen aan hun leden en zo nodig wijzigingen te maken.

De taskforce is er zich van bewust dat dit voorstel voor sommige personen en klinieken een verandering van werkwijze/organisatie tot gevolg heeft. Volgens de taskforce is een termijn van meerdere jaren noodzakelijk om de betrokken partijen voldoende tijd te geven om wijzigingen door te voeren.

Bijlage 1: eindtermen voor de AIOS heekunde met traumadifferentiatie volgens Scherp in 2016

De AIOS volgt 4 jaar algemene chirurgie, daarna 2 jaar differentiatie traumachirurgie. Hiervan worden minstens 6 maanden in een perifeer ziekenhuis en minstens 6 maanden in een academisch ziekenhuis doorgebracht.

cursus	dagen
AO Advanced Davos / OTC III – more than Basics	5 /2
DSTC	3
EMSB	1
Traumatische hand- en polsletsels	2
Kinderletsels OTC /AO	1
Finalistentrack CASH 3.7	1
Traumadagen	4
Assistentensymposium	1
Totaal dagen in 2 jaar	18/ 15

Keyprocedures SCHERP na 2 jaar Traumadifferentiatie

Niveau E

- Primaire opvang en behandeling (multi)traumapatiënt
- Veiligstellen ademweg
- Beoordelen ventilatie
- Uitvoeren thoraxdrainage
- Beoordeling circulatie, bloedingscontrole
- Creëren toegangsweg
- Uitwendige stabilisatie bekken (sluitlaken/bekkenband)
- Beoordelen en immobilisatie wervelkolom

Niveau D

- Letsel van steun- en bewegingsapparaat
- Onbloedige repositie en immobilisatie fractuur/luxatie
- Fasciotomie
- Debridement
- Split skin graft
- Primaire verzorging extern extremitetletsel
- Herstel achillespeesruptuur
- Osteosynthese distale radiusfractuur
- Osteosynthese/prothese proximale femurfractuur
- Osteosynthese enkelfractuur
- Osteosynthese overige intra-articulaire/metafysaire fracturen
- Osteosynthese overige schachtfracturen
- Fracturen en luxaties bij kinderen

Niveau C

- Spoedthoracotomie
- Letsel van de romp
- Spoedlaparotomie (o.a. packing, splenectomie, darmresectie)
- Aanbrengen fixateur externe bekken

Bijlage 2: eindtermen voor de AIOS orthopedische chirurg-traumatoloog

2. Opleiding tot orthopedisch chirurg:

De AIOS volgt 1,5 jaar algemene chirurgie, daarna 4 jaar orthopedie met verschillende aandachtgebieden. Hiervan worden minstens 1 jaar in een academisch ziekenhuis doorgebracht.

Voor het voltooien van de opleiding tot orthopedisch chirurg dient de AIOS orthopedie met betrekking tot traumatologie :

- Alle drie de kennistoetsen een voldoende halen; wie niet slaagt moet de betreffende toets overdoen. De drie kennistoetsen beslaan gezamenlijk alle verplichte pathologie. Waarbij een van de drie toetsen voor een deel gaat over traumatologie
- gipstechnieken te beheersen,
- een geldig ATLS certificaat te hebben,
- de basis cursus en vervolgcursus fractuur behandeling AO/OTC gevolgd te hebben.

Voor de certificering als orthopedisch chirurg- traumatoloog dient men tijdens de opleiding:

- 70% van de Orthopedische Standaard Behandelingen (OSB) op traumagebied op niveau 4 afgetekend hebben of
- Een traumafellowship voor een periode van minimaal 3 maanden in binnen-of buitenland gevolgd te hebben of
- Twee wetenschappelijke peer-reviewed publicaties op het gebied van de traumatologie te hebben.

Traumatologische Orthopedische Standaard Behandelingen (OSB)

Schouder en Bovenarm:

- Fractuur clavicula
- Fractuur schouder eenvoudig
- Fractuur humerus eenvoudig
- Acromioclaviculaire luxaties

Elleboog en Onderarm:

- Luxatie elleboog
- Fractuur olecranon fractuur
- Fractuur radiuskop
- Fractuur supracondylair (eenvoudig)
- Fractuur intraarticulair (eenvoudig)

Pols en Hand:

- Fractuur onderarm
- Fractuur pols/handwortel (eenvoudig)
- Fractuur vinger (eenvoudig)
- Fractuur naviculare

Wervelkolom:

- Fractuur wervel cervicaal (eenvoudig)
- Fractuur wervel thoracaal/lumbaal (eenvoudig)

Heup en Bovenbeen

- Fractuur heup
- Fractuur femur (eenvoudig)
- Fractuur periprothetisch

Knie en Onderbeen:

- Fractuur patella
- Fractuur tibiaplateau
- Fractuur supracondylair
- Fractuur intraarticulair femur
- Fractuur onderbeen

Voet en Enkel:

- Fractuur enkel/ distale tibia
- Fractuur voet, eenvoudig