



Frequently Asked Questions over de Multidisciplinaire Trauma Unit (MTU)

Versie 2.0, 10 februari 2021

Goedgekeurd door besturen NVT en NOV in de gemeenschappelijke vergadering dd 31 maart 2021

Basisdocument

- Verslag Taskforce Traumatologie II, dd 19 mei 2016

Vraag 1. Aan welke eisen moet ik voldoen om in de binnenste ring te mogen werken?

- Lidmaatschap NVT of NVOT
- Invulling van gemiddeld 4 dagdelen per week, waarop de chirurg werkzaam moet zijn in de traumachirurgie
- Uitvoering van minimaal 75 primair trauma-gerelateerde operaties per jaar
- Behalen van minstens 20 accreditatiepunten per jaar op direct trauma-gerelateerde onderwerpen
- Cursus Advanced Trauma Life Support (inclusief 4-jaarlijkse refresher) ALSG (oftewel: geldig ATLS certificaat)
- Basiscursus trauma operatieve trauma technieken AO of OTC
- Vervolgcurcus operatieve trauma technieken AO of OTC
- Cursus Definitive Surgical (and Anaesthetic) Trauma Care DS(A)TC
- Emergency Management of Severe Burns EMSB
- Hospital Major Incident Management and Support (HMIMS) of Medical Response to Major Incidents (MRMI)

Vraag 2. Hoe kan ik me laten certificeren?

U dient een certificaat aan te vragen via de NVT of NOV en kunt desgewenst de activiteiten opnemen in uw GAIA-dossier.

Vraag 3. Wat houdt een inzet van 'gemiddeld 4 dagdelen per week, waarop de chirurg werkzaam moet zijn in de traumachirurgie' in de praktijk in?

De achterliggende gedachte is dat alle specialisten in de binnenste ring zich primair bezig houden met traumazorg, waarbij dit het merendeel vormt van hun werkzaamheden en ze het er niet 'bij doen'. Praktisch is dit vertaald als minimaal 50% van zowel de (poli)klinische als operatieve traumazorg, met een gesteld minimum van gemiddeld 4 dagdelen per week. In veel ziekenhuizen is er op de polikliniek en in de OK-programma's een mix van traumazorg en daarnaast algemene chirurgie of orthopedie (bijvoorbeeld 1 volle dag dedicated trauma-OK en daarnaast 4 dagdelen poli met een 50%-50% mix van trauma-patiënten en electieve heilkunde of orthopedie). Dat is uiteraard prima, als maar wel aan de basisgedachte wordt voldaan.

Avond-, nacht- en weekenddiensten mogen meetellen als ze daadwerkelijk worden ingezet voor traumazorg, voor maximaal 1 dagdeel per week. Dit betreft een gemiddelde per

kwartaal; het kan dus voorkomen dat er de ene week 2 dagdelen aan diensten meetellen en een andere week 0, waardoor het gemiddelde op 1 uitkomt. Conform FMS zijn er in totaliteit 5 diensten op weekdays (avond-nacht) en 2x2 in het weekend (overdag en avond-nacht).

Daarnaast kan eventueel 1 dagdeel per week besteed worden aan niet-patiëntgebonden, maar trauma-gerelateerde neventaken. Essentie blijft dat traumazorg de hoofdtaak is van de trauma-specialist in de binnenste ring.

Vraag 4. Welke trauma-gerelateerde operaties mogen worden ingebracht in de binnenste ring?

Bij installeren van de Multidisciplinaire Trauma Unit (MTU) gaan die trauma-gerelateerde ingrepen in de binnenste ring vallen die in dat ziekenhuis in het verleden door zowel (trauma)chirurgen als orthopeden werden verricht, veelal letsels van het steun- en bewegingsapparaat. Dit zal per ziekenhuis verschillen, daarom dienen lokaal afspraken gemaakt te worden welke ingrepen dat betreft. Indien 1 van de deelnemende partijen ingrepen wil toevoegen die in het verleden niet onder de gemeenschappelijke traumazorg vielen, vindt er dus praktijkoverdracht plaats en dit kan niet zonder goedkeuring van beide partijen.

Vraag 5. Is er een uitzonderingssituatie voor traumachirurgen en orthopedisch chirurg-traumatologen in level 3 ziekenhuizen ten aanzien van certificeringseisen?

Alle specialisten die zorg leveren in de binnenring van de MTU dienen te voldoen aan de gestelde certificeringseisen, er worden geen uitzonderingen gemaakt. Het signaal wordt herkend dat het conform vigerende level criteria in level 3 ziekenhuizen is toegestaan in de off-hours een algemeen chirurg met geldig ATLS-certificaat paraat te hebben voor trauma-opvang (en niet per se een NVT gecertificeerd traumachirurg), wat een discrepantie is met scholingseisen voor de orthopedisch chirurg-traumatologen. De besturen van NVT en NOV zijn van mening dat de supervisie van de trauma-opvang uitsluitend wordt gedaan door gekwalificeerde specialisten uit de binnenste ring. Hier zal rekening mee worden gehouden bij de eerstvolgende revisie van de level criteria.

Vraag 6. Is er een gedoogperiode voor het volgen van cursussen?

In verband met beperkingen ten gevolge van Covid en opstartproblemen van de MTU in diverse ziekenhuizen is er een transitieperiode ingesteld. De voorwaarde is dat men zich voor 1 mei 2021 heeft ingeschreven voor cursussen waarvoor een wachtlijst bestaat. Vanzelfsprekend dienen deze verplichte cursussen binnen afzienbare termijn ook daadwerkelijk gevolgd te worden.

Vraag 7. Wat is de verhouding tussen het aantal traumachirurgen en orthopedisch chirurg-traumatologen in de binnenste ring?

De basis voor de verhouding tussen het aantal traumachirurgen en orthopedisch chirurg-traumatologen in de binnenste ring is de grootte van de historische praktijk die door beide vakgroepen in de binnenste ring wordt ingebracht. Is de verhouding van de traumapraktijk die door de traumachirurgen en orthopeden wordt ingebracht bijvoorbeeld 3:1 dan zal dat bij benadering ook de verhouding van het aantal specialisten in de MTU zijn, tenzij beide partijen onderling anders overeenkomen.

Vraag 8. Hoe wordt de samenwerking praktisch ingevuld?

De dedicated traumachirurgen en orthopedisch chirurg-traumatologen leveren echt samen de zorg, waarbij het onderscheid tussen chirurgie en orthopedie dat er vroeger regelmatig was komt te vervallen. Eenvoudig gezegd moet het voor een patiënt niet uitmaken of die bijvoorbeeld op een maandag door een traumachirurg wordt behandeld of op een dinsdag door een orthopedisch chirurg-traumatoloog. Gemeenschappelijkheid is daarbij van belang, waardoor specialisten vanuit beide vakgroepen laagdrempelig 'elkaars' patiënten kunnen behandelen. Bijvoorbeeld patiënten die in de dienst acuut zijn opgenomen en de volgende dag door een specialist uit de andere vakgroep worden geopereerd.

Taken van leden in de binnenste ring zijn onder meer gemeenschappelijke overdrachten, visite lopen bij trauma-patiënten, indicatie- en complicatie- besprekingen en trauma-MDO's. Voor laagdrempelig overleg en kruisbestuiving gaat de voorkeur ook uit naar gezamenlijke of gedeelde spreekuren en gezamenlijke invulling van de (acute) OK-programma's. De inzet is daarbij conform historische trauma-verdeling van beide vakgroepen.

Vraag 9. Op welke wijze wordt het dienstrooster ingericht?

Leden van de MTU nemen deel op één gemeenschappelijke trauma-dienstlijst op basis van de historische trauma-verdeling CHI/ORT. Alleen met expliciete goedkeuring van beide specialismen kan dit veranderen.

Vraag 10. In hoeverre moet en kan een traumachirurg dan wel orthopedisch chirurg-traumatoloog zelfstandig functioneren in de binnenste ring?

De leden van de binnenste ring dienen zelfstandig de diagnostiek en behandeling te kunnen starten van levensbedreigende traumatische letsels volgens het "damage control principe". Het doel is immers dat de kwaliteit van traumazorg 24/7 hetzelfde is ongeacht het dienstdoende basisspecialisme.

Indien de dienstdoend traumachirurg of orthopedisch chirurg-traumatoloog de aard van het letsel dusdanig inschat dat vervolgbehandeling niet lege artis door hem-/haarzelf kan worden opgelost en extra kennis en kunde is geboden, is het advies om eerst een collega uit de binnenste ring met meer expertise consulteren, daarna zo nodig een collega uit de buitenste ring in het eigen ziekenhuis met specifieke expertise vragen of indien de specifieke expertise niet in het ziekenhuis aanwezig is te overleggen met een collega uit een andere instelling met meer trauma-expertise.

Bij de oprichting van de MTU is het wenselijk dat alle leden van de binnenste ring open zijn over hun competenties en lacunes en er goede afspraken worden gemaakt of er specifieke scholing noodzakelijk is en/of een tijdelijke periode met een extra achterwacht. In geval van lacunes is het raadzaam om duidelijk een overgangsfase af te spreken, met als doel om de samenwerking te intensiveren, expertise op te bouwen en te eindigen in een situatie waarbij alle individuele leden 24/7 participeren in de acute opvang en de gevonden letsels zelfstandig adequaat kunnen behandelen

Vraag 11. Op welke wijze wordt een traumaprotocol voor de behandeling van traumachirurgische pathologie ingericht?

Door leden van de Multidisciplinaire Trauma Unit op basis van lokaal gemaakte gezamenlijke afspraken.

Vraag 12. Hoe komen zorgpaden tot stand?

Er kunnen zorgpaden worden ingericht voor traumachirurgische pathologie die niet (uitsluitend) in de binnenste ring wordt behandeld en waarvoor afspraken gemaakt worden met leden van de buitenste ring en indien er geen interne expertise is eventueel met collega's uit een andere instelling met meer trauma-expertise. De optimale zorg voor de trauma-patiënt staat daarbij centraal, met oog voor elkaars kwaliteiten en beperkingen. Deze zorgpaden dienen samengesteld te worden in gezamenlijk overleg tussen de leden van de binnenste ring en de buitenste ring. Omdat er landelijk een grote praktijkvariatie is dient op lokaal niveau bepaald te worden welke pathologie hier onder valt en als zorgpad uitgewerkt dient te worden. Deze zorgpaden worden ingevuld met expertise vanuit diverse specialismen. Bij een eventuele toekomstige visitatie dienen deze zorgpaden helder gedocumenteerd en inzichtelijk te zijn.

Vraag 13. Hoe om te gaan met visceraal letsel (thorax/abdomen)?

Bij verdenking op visceraal letsel (stomp of scherp thorax- en/of abdominaal letsel) wordt de trauma-opvang en supervisie op de SEH door de dienstdoende traumachirurg of orthopedisch chirurg-traumatoloog verricht. Deze is immers, conform zijn/haar registratie en hieraan gestelde eisen, geschoold in opvang en initiële behandeling van dergelijke letsels. De beoordeling of en welke interventie noodzakelijk is (conservatieve behandeling, coiling, chirurgische exploratie) ligt dan ook bij deze dienstdoende traumachirurg of orthopedisch chirurg-traumatoloog uit de binnenste ring. Indien aanvullende expertise vereist is kan, conform lokale afspraken, een collega uit de binnenste of buitenste ring worden gevraagd om medebehandeling.

Vraag 14. Kan een orthopedisch chirurg zonder registratie als orthopedisch chirurg-traumatoloog participeren in de traumadienst en hiervoor supervisie bieden op de spoedeisende hulp?

Nee, voor participatie in de binnenste ring en het uitoefenen van de poortfunctie traumatologie is de nieuwe binnenste ring certificering 'orthopedisch chirurg-traumatoloog' vereist.

Vraag 15. Raakt een specialist de fractuurbehandeling volledig kwijt als hij/zij niet participeert in de binnenste ring?

- U kunt specifieke fractuurbehandeling blijven leveren als u bijzondere (trauma)competenties bezit en deze zijn vastgelegd volgens afspraken met de binnenste ring (zorgpaden/protocollen)
- Als er geen specifieke afspraken of zorgpaden bestaan wordt de fractuurbehandeling volledig opgelost in de binnenste ring
- De binnenste ring vergewist zich van beschikbare expertise in de instelling voor het inrichten van zorgpaden.

Vraag 16. Moet een Level 3 ziekenhuis een traumachirurg of orthopedisch chirurg-traumatoloog 24/7 in huis hebben?

Nee, zie vigerende level criteria. Er moet 24/7 een traumachirurg of orthopedisch chirurg-traumatoloog beschikbaar zijn met <45 minuten aanrijdtijd.

Vraag 17. Op welk organisatorisch moment en managementniveau kan de declaratiestructuur het best worden vastgelegd?

Het antwoord is niet eenduidig en afhankelijk van diverse lokale constructies. Geadviseerd wordt dit zo vroeg mogelijk te doen en naar voorbeeld van lokale initiatieven. Voorbeelden zijn op te vragen via de wetenschappelijke verenigingen.