

10 jaar Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR)

Op 14 juli 1999 hebben Herman Holtslag, Corry van der Sluis en Tebbe Sluis het initiatief genomen tot het oprichten van de Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR). Maar wat verstaan zij nu onder TraumaRevalidatie.? Dat lijkt simpel gezegd: “het revalideren van mensen die slachtoffer zijn van een ongeval”. Het letsel kan zeer uiteenlopen van hersenletsel, dwarslesie tot extremitetletsel. Daarnaast kunnen de gevolgen in ernst variëren van minimaal tot zeer ernstig, en van herstel tot blijvende invaliditeit. Vanwege andere VRA-geaccrediteerde werkgroepen richt de WTR zich op de acute fase van traumapatiënten in het algemeen en de behandeling van meervoudige ongevalslachtoffers en extremitetletsels in het bijzonder.

In 1998 kwam minister Borst met een beleidsvisie waarin zij benadrukte dat traumazorg moest worden beschouwd als ketenzorg. Deze keten begint bij de melding van het ongeval tot en met de re-integratie van het ongevalslachtoffer in de maatschappij. De belangrijkste eindschakels zijn de huisarts en de revalidatie. Met de nota ‘de keten rammelt’ had ze natuurlijk het gelijk aan haar zijde dat de keten breekt bij de zwakste schakel. In 2000 werden een tiental traumacentra aangewezen om de traumazorg in de keten te organiseren. Inmiddels zijn dat er 11 geworden, te weten: alle academische ziekenhuizen plus een drietal perifere klinieken die de benodigde faciliteiten in huis hebben, namelijk Tilburg, Enschede en Zwolle.

Terugkijkende hebben de traumacentra de volgende “opdrachten” opgepakt: opzet van een landelijk traumazorgnetwerk; opzet van een landelijke traumaregistratie; adequate opvang van multi-traumapatiënten; inzet mobiele medische teams; 4 helikoptercentra, ’s nachts vliegen. Er is dus met een zeer beperkt aantal chirurgen en vele organisaties in het begin van de keten tot en met opvang in het ziekenhuis veel geregeld. Echter in sommige UMC’s is er een trend om zich te veel te richten op speerpunten, waarbij patiëntenzorg en wetenschap aan elkaar gekoppeld worden. De belangen van de traumapatiënt kan daarmee in het gedrang komen. Mogelijk moeten we in de toekomst met minder traumacentra toe, die meer patiënten zien en daarnaast intensieve, complexe en gecoördineerde traumazorg in samenspraak met de ketenpartners kunnen leveren.

De WTR heeft van meet aan met de 3 O’s gewerkt als peilers voor de structuur van de werkgroep. . De 3 O’s zijn: onderzoek, organisatie en onderwijs. Vorig jaar is de inhoud hiervan verlegd naar commissies, die in kleine groepen aan de onderwerpen werken gedurende het jaar. Eens in de 3 jaar, in mei 2010 is de eerstvolgende, wordt de basiscursus ‘TraumaRevalidatie & Brandwonden’ in Groningen georganiseerd en ondersteund door de WTR coördinatoren dr. Corry van der Sluis en dr. Rienk Dekker.

De WTR komt nog steeds 2 maal per jaar lijfelijk bijeen. Sinds 2005 is 1 collega de gastheer/vrouw en organiseert voor de ochtend een vergadermogelijkheid en voor de middag een wetenschappelijk programma die voor WTR-leden maar ook voor andere belangstellenden open staat.

Vanuit het VRA-bestuur wordt er de laatste jaren meer een beroep gedaan op de werkgroepen. Via de WTR zijn wij nu betrokken bij de CBO richtlijnen: enkelbandletsel én voorste kruisbandletsel. Met onze jaarverslagen, groeiend aantal wetenschappelijke artikelen en samenvattingen van de wetenschappelijke bijeenkomsten die zowel op de VRA-site staan alsmede voor publicatie aan Revalidata worden aangeboden, trachten wij onze collegae van onze activiteiten op de hoogte te houden. Daarnaast gebeurt er van alles achter de schermen, helaas te veel om hier te beschrijven. Een enkele wil ik u niet onthouden. Zo is er heel veel tijd en effort gestoken in het formeren van een Federatie Traumazorg, waarin alle medische disciplines alsmede andere hulpverleners geïntegreerd zouden kunnen samenwerken aan richtlijnontwikkeling en de ketenzorg. Helaas bleek daar onvoldoende draagvlak voor. De initiatiefnemers zijn teleurgesteld en gestopt met hun werk. Tevens is ondersteuning verleend aan het ontwikkelen van het meetinstrument IMPACT, echter tot verdere validering en

implementatie is het niet gekomen. Toch zijn er ook leuke feiten te vermelden. Het aantal leden is nog steeds groeiende, ook vanuit de AIOS-groep. Minister Hoogervorst trok in 2006 de volgende conclusie: 'ik vind dat een stevige keten van goede traumazorg voor Nederland is opgezet'. Er blijven altijd verbeterpunten. Wij sluiten ons daar graag bij aan en doen hierbij een oproep aan de collegae om meer gezamenlijk op te trekken in het doel om de ketenzorg te verbeteren. Een eerste aanzet zal daartoe worden gemaakt door samen met de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel een gezamenlijk dag begin 2010 te organiseren in Rotterdam (datum volgt).

Kortom, na 10 jaar WTR heeft zij haar bestaansrecht bevestigd, is 'TraumaRevalidatie' een begrip geworden, is er al veel bereikt in het eerste deel van de ketenzorg, maar is er nog meer dan voldoende te doen, zowel passief, actief als vooral pro-actief.!

Dr. Herman R. Holtslag
Revalidatiearts UMC Utrecht

Dr. Corry van der Sluis
Revalidatiearts UMC Groningen