



**nazb**

netwerk acute zorg brabant

# NAZ Bericht



06

december 2013

## Inhoudsopgave

- 03 Traumazorg steeds beter op de kaart
- 06 Kwaliteitskader OTO continu proces
- 10 Zorgverzekeraars en ROAZ
- 11 Brandwondenzorg in Nederland
- 15 Voorstellen Patricia van Roessel
- 16 Vertaalde folder 'Herken een beroerte, bel direct 112'
- 18 Wijzigingen acute zorgaanbod
- 19 Masterclass Crisisbeheersing
- 20 Levelindeling traumazorg
- 23 Nieuwe leden agendacommissie ROAZ

### COLOFON

**Redactie** Evelyne van Eck **Eindredactie** Evelyne van Eck, Christine Schepel **Fotografie** Medische Fotografie St. Elisabeth Ziekenhuis  
**Vormgeving** Anja Verlaat **Drukwerk** DekoVerdivas.

### Bezoekadres

St. Elisabeth Ziekenhuis	Postadres	Secretariaat
Hilvarenbeekseweg 60	Postbus 90151	T 013 • 539 23 32 F 013 • 539 39 11
5022 GC Tilburg	5000 LC Tilburg	E secretariaatnazb@elisabeth.nl

[www.nazb.nl](http://www.nazb.nl)

## Agenda

16 januari	Regionaal Spoedzorg Overleg
21 januari	Regionaal Trauma Overleg
23 januari	Focusgroep CVA
12 februari	Themabijeenkomst Trauma
13 februari	Focusgroep AMI
6 februari en 3 april	Masterclass crisisbeheersing
15 mei en 3 juli	Terugkomdag masterclass crisisbeheersing
12 februari	Cursus Operationeel Crisiscoördinator
22 februari	Themabijeenkomst Trauma
26 februari	Cursus Operationeel Crisiscoördinator
12 maart:	Cursus Operationeel Crisiscoördinator
20 maart	Focusgroep Acute Obstetrie
24 april	Regionaal Spoedzorg Overleg
26 maart	Eindoefening Cursus Operationeel Crisiscoördinator

Voor meer informatie en de complete agenda kijk op [nazb.nl](http://nazb.nl).

Onlangs werden de resultaten van vijf jaar landelijke traumaregistratie gepresenteerd. Wetenschappelijk onderzoek op landelijk niveau is mogelijk met deze gegevens.

# Traumazorg steeds beter op de kaart

“Een goede en betrouwbare traumaregistratie is belangrijk om het inzicht in de groep traumapatiënten te vergroten en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren”, vertelt epidemioloog Mariska de Jongh, tevens regionaal coördinator medische informatie-kunde NAZB.

### Ketenpartners

NAZB coördineert de Brabantse traumaregistratie en levert de gegevens aan de

landelijke databank van Landelijk Netwerk Acute Zorg Brabant (LNAZ). Brabant loopt dankzij de inzet van ketenpartners met zijn traumaregistratie al jaren in de pas. Alle Brabantse ziekenhuizen registreren en er wordt steeds meer ingezoomd op de kwaliteit van de registratie. Brabant is een grote traumaregio. Met jaarlijks meer dan 12.500 trauma-opnamen omvat Brabant een zesde van de landelijke traumaregistratie.

### Gegevens traumapatiënten

Van alle opgenomen traumapatiënten leggen de ziekenhuizen verschillende gegevens vast. Zoals leeftijd en geslacht van de patiënt, de wijze van vervoer naar het ziekenhuis, tijdstip van het ongeval, letsels die de patiënt als gevolg van het trauma heeft opgelopen en de opnameduur. Al deze gegevens van de verschillende traumaregio's worden verzameld in de Landelijke Traumaregistratie (LTR).

Jaarlijks heeft Brabant meer dan 12.500 trauma-opnamen. Nederland telt jaarlijks ongeveer 72.000 traumapatiënten.

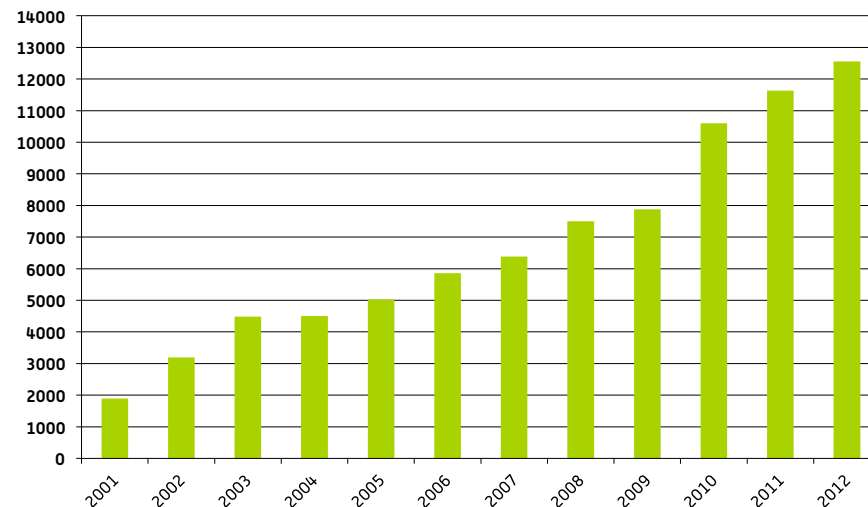
## traumaregistratie



Het aantal geregistreerde opnamen in de Brabantse traumaregistratie is flink gestegen.

### ► Traumaregistratiesysteem

Om de acute zorg te verbeteren, leggen de elf traumacentra regionaal data vast. Om landelijk inzicht te krijgen en regio's met elkaar te vergelijken, ontwikkelde LNAZ in 2007 een databank, de landelijke traumaregistratie (LTR). De landelijke traumaregistratie laat zien dat 72.000 traumapatiënten jaarlijks acuut opgenomen worden, waarvan 4000 patiënten met ernstige verwondingen. Net zoveel mannen als vrouwen bezoeken de SEH en twintig procent is boven de 80 jaar. Bijna negentig procent van de afdelingen SEH registreerden in 2011 gegevens over ongevalpatiënten. Voor een zo betrouwbaar mogelijk beeld is het van belang dat de registratie compleet wordt. Het streven is dat alle ziekenhuizen gaan registreren.



### Intensief

Het verzamelen van de gegevens is geen sinecure en kan op het conto geschreven worden van vele betrokkenen. Of zoals hoogleraar traumachirurgie Loek Leenen van het UMC Utrecht het in Zorgvisie verwoord: "De registratie van acuut opgenomen traumapatiënten is erg lastig.

Het is een logistieke uitdaging om alle gegevens op de juiste plek te krijgen. Dat is uitzonderlijk, zelfs in de wereld". Een landelijke rapportage traumazorg verschijnt voortaan jaarlijks. Wetenschappelijk onderzoek is mogelijk nu deze gegevens er liggen. ●

Het beleidsteam van het St. Elisabeth Ziekenhuis oefent het Ziekenhuis RampenOpvangPlan (ZiROP).

opleiden, trainen en oefenen



Is de Nederlandse zorgsector goed voorbereid op rampen en crises? Wat staat zorginstellingen te wachten met het kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO?

## Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO: een continu proces

Drie vragen over hét project van de komende jaren in onze regio.

### 1. Wat behelst het kwaliteitskader?

In het kwaliteitskader staan de minimale inspanningen en prestaties van een zorginstelling om voorbereid te zijn op rampen en crises. Het geeft bijvoorbeeld antwoord op: hoe moet je crisisorganisatie ingericht zijn en op welke wijze kan Opleiden, Trainen en Oefenen het beste ingevuld worden? Daarnaast zijn een zelfevaluatie en (intercollegiale) visitaties

twee belangrijke hulpmiddelen. “Van ROAZ-regio’s wordt verwacht dat zij de implementatie van het kwaliteitskader zelf gaan vormgeven”, vertelt projectleider Eelko Netten van NAZB.

### 2. Hoe ziet het traject eruit?

Iedere zorginstelling krijgt vanaf eind 2013 een intakegesprek. Dan wordt afgesproken welke stappen op welk moment worden



### Henri de Wit

Stafffunctionaris veiligheid- coördinator BHV-ZiROP St. Anna Ziekenhuis



“We staan nog aan het begin van de implementatie van het kwaliteitskader. In de loop van de tijd moet dit traject zich verder uitkristalliseren. We maken een voortvarende start en pakken het als zorginstellingen gezamenlijk heel serieus op. De intakegesprekken tonen aan dat we er geen papieren exercitie van willen maken. De uitvoering van het kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO moet wezenlijk tot verbetering leiden.”  
Henri de Wit vertegenwoordigt de ziekenhuizen in de projectgroep kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO.

### Jan Bleumer

Ketenregisseur bij de GHOR



“Voor het eerst staan er harde normen op papier om te toetsen of zorginstellingen een afgesproken inspanning leveren om voorbereid te zijn op rampen en crises. Ik ben hier als ketenregisseur hartstikke blij mee. Als de afspraken en kaders voor iedereen duidelijk zijn, komt dit de processen op de werkvloer ten goede. Zoals: de toegankelijkheid van informatiemanagement, wanneer op- of afschalen, wie is mijn aanspreekpunt en wat is mijn verantwoordelijkheid? Om goede afspraken te maken met de zorgpartners gaan we de komende tijd bij ze langs.”  
Jan Bleumer vertegenwoordigt de GHOR-bureaus in de projectgroep kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO.

‘Ons einddoel in Brabant is  
kwaliteit van opgeschaalde zorg.’

doorlopen én welke ondersteuning daarbij vanuit de projectorganisatie nodig is. Het resultaat is een kwaliteitstraject op maat voor iedere Brabantse zorginstelling. De uitkomsten van de zelfevaluaties en visitaties kunnen zorginstellingen als hulpmiddel gebruiken. Het bijzondere aan de Brabantse aanpak zijn de adviesgesprekken van het projectteam na de zelfevaluatie. Op verzoek komt een collega ROP-coördinator samen met ketenpartners GHOR en NAZB langs om vragen te beantwoorden. Eelko Netten: “Hierdoor kunnen de vervolgacties van de zorginstelling nog meer effect bereiken. Daarnaast bieden we hiermee een alternatief voor de relatief dure en inspannende visitaties. Ons einddoel in Brabant is kwaliteit van opgeschaalde zorg. Dat is een continu proces waarbij zorginstellingen zélf regie nemen en houden. Met de uitvoering van de eigen verbeterplannen tillen zorginstellingen de vakbekwaamheid van de eigen crisisorganisatie (blijvend) naar een hoger plan. Nadat de zorginstelling de verbeteringen heeft doorgevoerd begint de hele cyclus opnieuw met weer een zelfmeting: de zelfevaluatie.”

### 3. Wanneer is het traject succesvol?

- Als alle Brabantse zorginstellingen éénmaal het eigen individuele kwaliteitstraject (de cyclus) hebben doorlopen. Het streven is dat alle ziekenhuizen en GGD-en dit op 1 januari 2016 hebben gerealiseerd. Voor Brabantse ambulancediensten (RAV-en) en huisartsenzorg (posten) is dit 1 januari 2017.
- Als de acute zorgketenpartners de voorbereiding op rampen en crises als kwaliteitstraject binnen ROAZ-verband hebben geborgd. ●

## Regioplan zorgverzekeraars acute zorg in ROAZ

De zorgverzekeraars ontwikkelen een regioplan voor de acute zorg in Brabant. Dit werd in november in grote lijnen toegelicht door een werkgroep van de zorgverzekeraars in het ROAZ overleg.

Het ROAZ is al geruime tijd in gesprek met de zorgverzekeraars over hun mogelijke betrokkenheid bij het ROAZ in Brabant.

**Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg**  
Na eerste gesprekken tussen het ROAZ en de zorgverzekeraars publiceerde Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een kwaliteitsvisie op de spoedeisende zorg. Met deze kwaliteitsvisie in de hand gaan de zorgverzekeraars aan de slag met een regioplan voor de acute zorg per ROAZ regio. Het eerste concept van dit regioplan voor Brabant is in de ROAZ vergadering van november aan alle zorginstellingen gepresenteerd. De komende maanden voeren de zorg-

verzekeraars individuele gesprekken met de Brabantse ziekenhuizen. Het ROAZ vindt het belangrijk dat er ook gesprekken plaatsvinden met eerstelijns partijen. In de consultatieronde met de overige stakeholders is hier volop ruimte voor. Na deze gesprekken komt het uitgewerkte regioplan voor de acute zorg in Brabant terug in het ROAZ overleg.

### Strategische agenda

Het ROAZ borgt en optimaliseert de bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio. Het wil dan ook graag betrokken zijn bij de ontwikkeling van het regionale plan. Daarom wordt de werkgroep van de zorgverzekeraars in februari opnieuw uitgenodigd voor het ROAZ overleg. De planning van de zorgverzekeraars is om in mei 2014 een strategisch agenda klaar te hebben.

**regionaal overleg acute zorg**

Hoe is de brandwondenzorg in Nederland geregeld?

En wat is de kwaliteit van leven van patiënten met brandwonden?

## Kwaliteit van leven van patiënten met brandwonden

Over brandwondenpatiënten die behandeld worden in een brandwondencentrum is al best veel bekend. Dat geldt niet voor brandwondenpatiënten die op een reguliere SEH worden behandeld.

Dankzij een subsidie van de Nederlandse Brandwonden Stichting komt hier verandering in. NAZB en het Brandwondencentrum van het Maasstad Ziekenhuis doen een Brabantse studie naar de epidemiologie en kosten van brandwonden. Dit gebeurt in

samenwerking met de Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland. "Ook de kwaliteit van leven van patiënten met brandwonden wordt in dit onderzoek meegenomen", vertelt traumachirurg Kees van der Vlies van het Brandwondencentrum in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam.

### Feedback

Hoogrisico patiënten, zoals ouderen en lager opgeleiden, zouden meer feedback mogen geven op enquêtes. Daarom wordt

onderzocht hoe de respons op vragenlijsten van patiënten met brandwonden verhoogd kan worden. Deze pilot is gestart op de SEH in het Amphia Ziekenhuis en het St. Elisabeth Ziekenhuis. Daarna willen NAZB en het Brandwondencentrum het onderzoek vervolgen en mogelijk uitbreiden naar de gehele regio.

### Multidisciplinaire behandeling

Jaarlijks worden in Nederland naar schatting 50.000 tot 100.000 mensen met brand-

Brandwondenpatiënten hebben specialistische en intensieve zorg nodig. Dit krijgen ze in een van de drie brandwonden-centra die beschikken over multidisciplinaire teams met specialistisch opgeleid personeel.



traumaregistratie

### Brandwondenpatiënten

- Maar liefst een kwart van de opgenomen brandwondenpatiënten zijn jonge kinderen van 0 tot 4 jaar. Hete vloeistoffen zijn de belangrijkste oorzaak van verbrandingen bij deze patiëntjes.
- Van alle mensen met brandwonden, is ongeveer 60% tussen de 16 en 64 jaar.
- Boven de 65 jaar is het aantal verbrandingen 10% van het totaal.
- 60% van het totale aantal verbrandingen in Nederland wordt veroorzaakt door vuur, hete vloeistoffen, contact met een heet voorwerp, straling, chemische stoffen of elektriciteit. De meeste brandwondongevallen gebeuren dan ook in en rondom de woning. Verbranding door hete vloeistoffen zoals thee, koffie of vet komt het meest voor.



wonden behandeld door de huisarts. Ongeveer 1800 mensen worden voor behandeling van hun brandwond(en) doorgestuurd naar het ziekenhuis. Daar staat de opvang van een patiënt met brandwonden gelijk aan de opvang van een traumapatiënt. De beoordeling en stabilisatie van de vitale functies en vaststellen van levensbedreigend overig letsel staat voorop. Van der Vlies: "Deze patiënten worden na stabilisatie in het dichtstbijzijnde ziekenhuis indien nodig naar een van de drie Nederlandse brandwondencentra gebracht. Jaarlijks worden zo'n 750 patiënten opgenomen in Rotterdam, Beverwijk of Groningen. Deze brandwondencentra

behandelen brandwondenpatiënten die specialistische en intensieve zorg nodig hebben".

### Goede faciliteiten

Hij vervolgt: "Brandwondenbehandeling is erop gericht de dreigende shock, secundaire verdieping en infectie te voorkomen, wondgenezing te bevorderen en pijn te reduceren. De faciliteiten op de brandwondencentra zijn bijzonder, met een afgesloten afdeling, luchtbehandelingen en hygiënische maatregelen. De behandelomgeving heeft bijvoorbeeld een temperatuur tussen de 26 en 32 graden en de lucht wordt 6 tot 20 keer per uur ververst".

### Specialistische zorg

Door het specialistische karakter van brandwondenzorg werken in de centra multidisciplinaire teams met specialistisch opgeleid personeel: brandwondenartsen en chirurgen, gespecialiseerd verpleegkundigen, psychologen en paramedisch personeel. Ook de nazorg is goed geregeld. In de centra worden littekens van patiënten behandeld en wordt psychosociale zorg aangeboden, vaak nog jarenlang na het ongeluk. ●



### Drukbezochte themabijeenkomst

Tijdens de drukbezochte en interactieve themabijeenkomst over brandwonden werden twee casussen besproken die verrassende en leerzame inzichten gaven voor publiek en sprekers.

De bijeenkomst vond woensdag 18 september plaats in het St. Elisabeth Ziekenhuis.

De volgende themabijeenkomst trauma staat gepland op 12 februari.

### Patricia van Roessel

## Nieuwe (tijdelijk) projectleider OTO



In het netwerk is ze geen nieuw gezicht: Patricia van Roessel, ZiROP coördinator van het St. Elisabeth Ziekenhuis. Sinds kort is ze (de tweede) projectleider Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) van NAZB.

Samen met Eelko Netten, de huidige projectleider OTO, gaat ze aan de slag met het ontwikkelen van beleid en ontplooiën van activiteiten voor de witte kolom in Noord-Brabant. "Het is belangrijk om al deze medewerkers goed voor te bereiden op rampen en crises die de provincie en zijn inwoners kunnen overkomen."

### Regionale taken

"Ik heb er zin in om mijn huidige werkzaamheden in de opgeschaalde acute zorg uit te breiden naar meer regionale taken. Zo draag ik mijn steentje bij aan de kwaliteit van zorg voor bewoners van onze provincie bij grote ongevallen of rampen."

### ZiROP coördinator

Patricia werkt al 28 jaar in het St. Elisabeth, waarvan 21 jaar op de Spoedeisende Hulp. Op de SEH deed ze tien jaar lang ervaring op als teamleider. De afgelopen jaren – sinds 2004 – is ze ZiROP coördinator van het St. Elisabeth Ziekenhuis. In deze functie organiseerde ze twee grote ZiROP oefeningen. Patricia maakt het komende jaar deel uit van het team van NAZB. Eind dit jaar hoopt ze af te studeren als integraal veiligheidsdeskundige aan de Hogeschool Utrecht. ●





## 'Acute zorg' en 'witte vlekken' toegelicht

Zorginstellingen melden voorgenomen wijzigingen in het acute zorgaanbod aan het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). De begrippen 'acute zorg' en 'witte vlekken' zijn nu nader toegelicht in de procedure 'Wijziging Acute Zorgaanbod Brabant'.

Grote wijziging in het acute zorgaanbod dit jaar was onder meer de bestuurlijke fusie van het St. Elisabeth Ziekenhuis en het TweeSteden ziekenhuis in Tilburg.

Op verzoek van het ROAZ zijn 'acute zorg' en 'witte vlekken' nader gedefinieerd in de procedure. Deze uitleg is met een checklijst toegevoegd aan de bestaande procedure, die verder onveranderd is.

### Achtergrond

Aanbieders van acute zorg maken in het ROAZ afspraken over betere samen-

werking. Het is van levensbelang dat een patiënt die acute zorg nodig heeft zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg zijn sleutelwoorden in de acute zorg. Bij een witte vlek worden landelijke veldnormen en regionale afspraken niet gehaald. Een voorbeeld: patiënten moeten in Nederland binnen 45 minuten op een Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis kunnen zijn. Zorginstellingen kunnen alleen (tijdelijk) stoppen met zorg op een bepaalde locatie als deze 45 minuten norm niet in gevaar komt.

De laatste versie van de procedure is te vinden op [www.nazb.nl/roaz/wijziging-acute-zorgaanbod](http://www.nazb.nl/roaz/wijziging-acute-zorgaanbod).

regionaal overleg acute zorg

Integrale veiligheid en crisisbeheersing krijgen een steeds prominentere plaats op de bestuurlijke agenda. Daarom wordt de Masterclass Crisisbeheersing aangeboden aan bestuurders of directeuren van alle Nederlandse zorginstellingen.

## Masterclass Crisisbeheersing voor bestuurders

Van bestuurders wordt verwacht dat er binnen hun zorginstelling beleid is over integrale veiligheid, continuïteit van zorg en crisisbeheersing. Kennis en visie op dit gebied zijn tegenwoordig onmisbaar. Om een zorginstelling goed voor te kunnen bereiden op een crisis of calamiteit moeten (de juiste) mensen en middelen worden vrijgemaakt. Om grip hierop te krijgen en hiervoor in korte tijd voldoende toegerust te zijn, is de landelijke Masterclass Crisisbeheersing ontwikkeld.

### Data

- 6 februari 2014 met een terugkomdag op 15 mei 2014
- én 3 april 2014 met een terugkomdag op 3 juli 2014.

De terugkombijeenkomsten zijn maximaal één dagdeel, en bedoeld om onderling ervaring uit te wisselen met medebestuurders.

### Initiatief

Deze opleiding wordt aangeboden door de Julius Academy en is een initiatief van drie ROAZ-regio's, waaronder de

ROAZ-regio Brabant. De Masterclass vervangt de regionale 'Kenniskring crisisbeheersing voor bestuurders'.

### Inschrijven en kosten

De masterclass is alleen toegankelijk voor bestuurders of directeuren van zorginstellingen. Deelname aan de masterclass wordt gestimuleerd vanuit de regionale OTO-stimuleringsgelden. Voor meer informatie en aanmelden: [www.otoportaal.nl](http://www.otoportaal.nl) of <http://portal.juliuscentrum.nl/academy/nl-nl/courses.aspx>

De levelindeling zegt iets over het verschil in mogelijkheden op het gebied van spoedeisende medische hulpverlening.



traumaregistratie

Alle twaalf Brabantse ziekenhuizen worden op de kwaliteit van de traumazorg beoordeeld.

Doel is om te komen tot een levelindeling voor traumatologie.

## Nieuwe levelindeling traumazorg

Het Máxima Medisch Centrum en het Elkerliek, Catharina en Amphia Ziekenhuis zijn al bezocht door de visitatiecommissie. De andere acht ziekenhuizen volgen in 2014.

Alle ziekenhuizen werken tot de visitatie met een tijdelijk level dat toegekend is op basis van een vragenlijst.

### Faciliteiten

Er zijn drie levels: ziekenhuizen met algemene faciliteiten (level 3), ziekenhuizen met intermediaire faciliteiten (level 2)

en het ziekenhuis met een traumacentrum (level 1). De levels zeggen iets over het verschil in mogelijkheden op het gebied van spoedeisende medische hulpverlening. “De ambulancedienst bepaalt nu aan de hand van een model uit 2005 waar welke traumapatiënt heen gaat. Een update is hard nodig. Met behulp van visitaties kunnen we de ziekenhuizen opnieuw inschalen voor het nieuwe ambulance triagemodel”, vertelt Koen Lansink, voorzitter van de stuurgroep traumavisitatie Brabant. De traumachirurg en medisch coördinator van NAZB vervolgt:

“Door de levelindeling wordt de patiënt straks direct vervoerd naar dat ziekenhuis dat op grond van de geleverde zorg het meest geschikt is voor die patiënt.”

### Professionals

De SEH, OK en IC van de ziekenhuizen worden geïnspecteerd door een commissie van wisselende samenstelling van traumachirurgen uit Brabant. “Deze kwaliteitsvisitatie is gericht op de traumazorg van een ziekenhuis. Dat is dus afdeling- en vakgroepoverstijgend. We voeren daarom

‘Omdat ziekenhuizen continu bezig zijn om hun kwaliteit te verbeteren, heeft de levelindeling een dynamisch karakter.’

gesprekken met medewerkers en management van de SEH en OK, afgevaardigden van de medische staf en verpleegkundigen, traumachirgen en de raad van bestuur van het ziekenhuis”, vertelt Evert Jan Slingenberg, voormalig traumachirurg van het Lievensberg ziekenhuis en een van de visitatoren.

#### Dynamisch

De criteria van de visitaties zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Aan bod komen onder

meer: de bezetting (ook tijdens avond en nacht) van medisch specialisten op de SEH, het IC-level en de aanwezige faciliteiten. Lansink besluit: “Omdat ziekenhuizen continu bezig zijn om hun kwaliteit te verbeteren, heeft de levelindeling een dynamisch karakter”.

#### Implementatie

De levelindeling wordt gebruikt voor het nieuwe triagemodel van de meldkamers RAV, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de dag en nacht situatie van de ziekenhui-

zen. Het Regionaal Overleg Acute Zorg gaf op voorstel van het Regionaal Trauma Overleg groen licht voor gebruik van dit nieuwe model voor de ambulances. Het wordt in overleg met de verschillende betrokken ketenpartners in 2014 ingevoerd.

Neem voor meer informatie contact op met projectleider trauma van NAZB, Mariska de Jongh, 013-539 29 22 of [m.d.jongh@elisabeth.nl](mailto:m.d.jongh@elisabeth.nl).

## Nieuwe leden agenda commissie ROAZ

Met de aanstelling van **Nieke Widdershoven** en **Monique Klerkx** is de vertegenwoordiging van elf verloskundige kringen in de agenda commissie van het ROAZ geborgd. **Vice director GHOR Midden- en West-Brabant Jos de Laat** volgt **Jozef van der Maas** op. **Een voorstelrondje.**

#### Nieke Widdershoven

“Ik ben verloskundige bij Livive, Centrum voor Verloskunde in Tilburg. Binnen Livive werken de eerste lijn en de tweede lijn intensief samen in de zorg voor moeder en kind. Direct na mijn afstuderen in 2007 ben ik trainingen gaan geven in de acute verloskunde. Ik begon bij de Newborn Life Support (NLS), waar ik ook mijn opleiding tot instructeur volbracht, en kort daarna ook bij Just in Time. Sinds een jaar geef ik ook trainingen bij de POET (Prehospital Obstetric Emergency Training).”  
[n.widdershoven@liverse.nl](mailto:n.widdershoven@liverse.nl)

Monique en Nieke wisselen elkaar af in het overleg van de agenda commissie ROAZ.

#### Monique Klerkx

“Al vijftientig jaar werk ik in de eerstelijns verloskunde in Oosterhout. Onlangs heb ik mijn MSc European Midwifery aan de Glasgow Caledonian University behaald. Ik ben lid van de Coöperatie Verloskundigen Breda e.o., (plaatsvervangend) lid van het Regionaal Tuchtcollege en van de Raad van Advies van de Stichting Prenatale Screening Zuid-West Nederland. Bij deze doe ik de oproep om voor vragen of suggesties voor het ROAZ contact met ons op te nemen!”  
[monique.klerkx@gmail.com](mailto:monique.klerkx@gmail.com)

#### Jos de Laat

Vice director GHOR Midden- en West-Brabant Jos de Laat heeft namens de GHOR zitting in de agenda commissie.  
[j.laat@ghorwb.nl](mailto:j.laat@ghorwb.nl)



Samen vormen we een stevig netwerk