Traumazorg Netwerk Midden Nederland

Nieuwsbrief TZMN, nummer 28, september 2014

"De navelstreng wordt nog niet doorgeknipt"

Na vijf jaar neemt Gert-Jan Ludden afscheid als regionaal projectleider Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO). Bij zijn aanstelling in 2009 stond het OTO-programma in de regio Midden-Nederland nog in de kinderschoenen. Anno 2014 zijn de regionale zorginstellingen goed voorbereid op rampen en crises. Maar het kan altijd beter. "We moeten meer toe naar een veiligheidscultuur in organisaties."

Even voorstellen ...

Marlous Verheul (1965) volgt met ingang van 1 oktober Gert-Jan Ludden op als projectleider Crisisbeheersing en OTO. Zij studeerde Psychologie aan de Universiteit Leiden en was de afgelopen vier jaar strategisch beleidsadviseur Openbare Orde en Veiligheid bij de gemeente Soest.

Het OTO-stimuleringsprogramma is in 2008 in het leven geroepen om de zorgsector goed voor te bereiden op rampen en crises. Gert-Jan werkte destijds als tijdelijk OTO-projectleider in Brabant. "Toen daar een fulltime OTO-projectleider werd aangesteld, bracht de toenmalig landelijk projectleider me in contact met professor Leenen. Want in de regio Utrecht werd het OTO-programma op dat moment nog niet opgepakt."

Voortvarende start

Op 3 juli 2009 begon Gert-Jan met het schrijven van een meerjarenplan OTO en een regionale risicoanalyse. "Die moesten eind augustus in het ROAZ goedgekeurd worden." De plannen werden goedgekeurd en het project Simultaan (zoals het OTO-programma in de regio Midden-Nederland heet) maakte een voortvarende start.

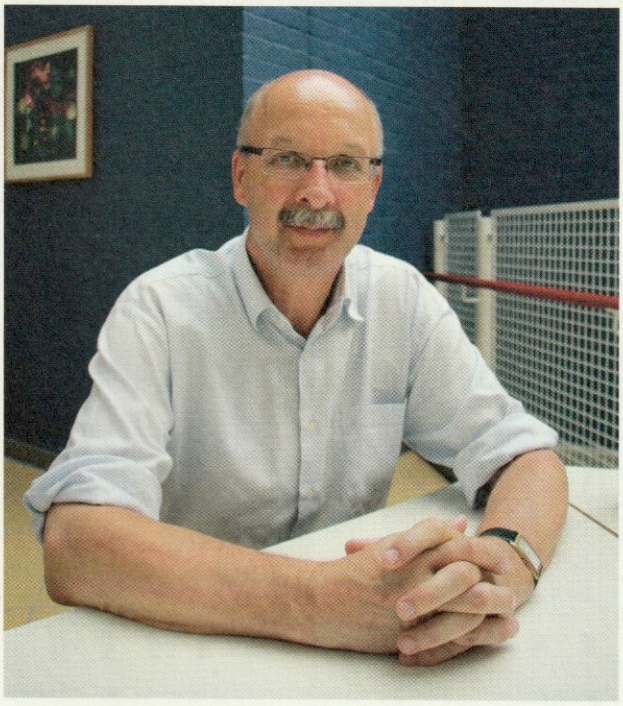


Foto: Natasja Rabouw

Resultaten

Gert-Jan kijkt met trots terug op de afgelopen vijf jaar. "We hebben heel veel bereikt: professionele plannen, een breed palet aan OTO-activiteiten en een goed werkende structuur. We hebben vanaf het begin gekozen voor een slagvaardige regionale projectorganisatie. Met een projectteam waarin alle zorginstellingen participeren en dat verantwoordelijk is voor de invulling en voortgang van het OTO-programma."

Bestuurlijke bewustwording

"De afgelopen vijf jaar zijn bestuurders zich steeds meer bewust geworden van hun rol in de crisisbeheersing. Maar veiligheid is een breed domein. Veel mensen zijn er verantwoordelijk voor. En iedereen heeft zeer beperkte tijd voor deze taak. Daarom moeten we meer toe naar een veiligheidscultuur in organisaties. Met managers Kwaliteit en Veiligheid die dicht tegen de bestuurslaag aanzitten. Dat kost geld en formatie, maar dat moet het je waard zijn."

Afscheid

Gert-Jan neemt met een goed gevoel afscheid. "Maar niet met het gevoel dat ik klaar ben. Ik hoop een stevig fundament te hebben gelegd in de afgelopen jaren. Sommige dingen werden routine. Wat dat betreft is het mooi geweest. Ik blijf waarschijnlijk op landelijk niveau nog wel betrokken bij OTO-activiteiten. De navelstreng wordt nog niet doorgeknipt."

Traumaopvang 2013 regio Midden-Nederland

Het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland rondde eerder dit jaar de traumaregistratie van 2013 af. Dit is een mooi moment om de data eens nader te bekijken. Hoeveel ongevalspatiënten werden in de regio opgenomen? Waar werden zij opgevangen en hoe ernstig was hun letsel? Met behulp van data uit de registratie wordt een overzicht gegeven van de traumaopvang in onze regio. Daarbij ligt de nadruk op mogelijke verschillen tussen de opvang in het traumacentrum en de perifere ziekenhuizen, het geslacht en de leeftijd van de patiënten. De bestudeerde cijfers zijn van de in de registratie geïncludeerde groep patiënten van ziekenhuizen uit de regio Midden-Nederland. Dit zijn de perifere ziekenhuizen: St. Antonius Ziekenhuis, Diakonessenhuis, Meander Medisch Centrum, het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en het Traumacentrum UMC Utrecht.

Verdeling naar ernst van het letsel

In 2013 zijn op de SEH's in de regio Midden-Nederland in totaal 4.666 traumapatiënten gepresenteerd en voor behandeling opgenomen. Een groot deel van de totale patiëntengroep werd opgevangen in de perifere ziekenhuizen. Van de ernstig gewonde multitraumapatiënten (uitgedrukt in ISS1[1] ≥ 16) werd 78% direct opgevangen in het UMC Utrecht (*figuur 1*).

Spreiding over de dag

Het aantal opgenomen ongevalspatiënten dat gemiddeld op een dag binnenkwam op de SEH van de perifere ziekenhuizen nam in de ochtend toe. Er was sprake van een piek tussen 16.00 en 17.00 uur. Hierna nam het aantal nieuwe patiënten af. In het Traumacentrum begon de drukte iets later en liep langer door (*figuur 2*). Ook in de nacht gebeurden ongelukken waarbij spoedzorg nodig was. De ernst van het opgelopen letsel was gemiddeld gelijk over de hele dag.

Verdeling naar leeftijd en geslacht

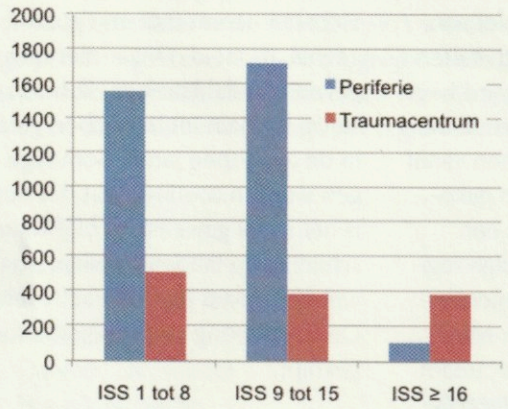
Gekeken naar leeftijd en geslacht van de patiënten valt een verschil op tussen de perifere ziekenhuizen en het Traumacentrum (*figuur 3*). In de periferie was de verhouding tussen mannen en vrouwen 45% tegenover 55%. Er is een piek te zien bij vrouwen ouder dan 70 jaar (61% van het totaal aantal ongevalspatiënten). In de periferie werd 63% van alle patiënten ouder dan 70 jaar opgenomen met een heupfractuur.

In het Traumacentrum was 62% man en 38% vrouw. Het overgrote deel (76%) van de patiënten bestaat uit mannen jonger dan 60 jaar. Zij vormen tevens de helft van het aantal multitraumapatiënten.

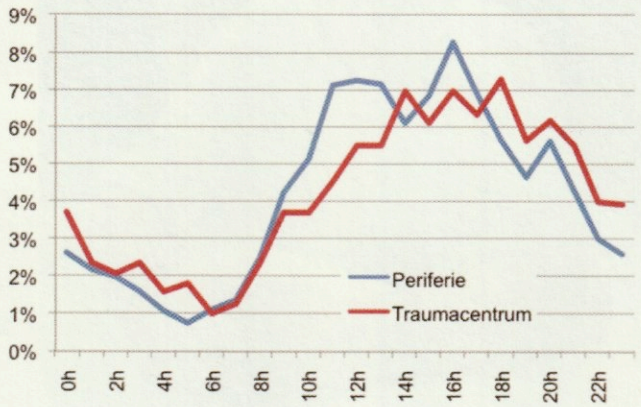
Verdeling naar soort letsel

De verdeling van de patiënten met ten minste één ernstig letsel (AIS ernstscore[2] ≥ 3) is in de figuren 4 en 5 gegeven. Naar verhouding kwamen meer ongevalspatiënten met hoofd- en thoraxletsel in het Traumacentrum. In de perifere ziekenhuizen werd vooral letsel aan de extremiteiten gezien. Hier was sprake van grotere aantallen kinderen en ouderen. Kinderen hadden voornamelijk onderarm- en onderbeenfracturen. Ouderen werden vooral voor heupfracturen behandeld.

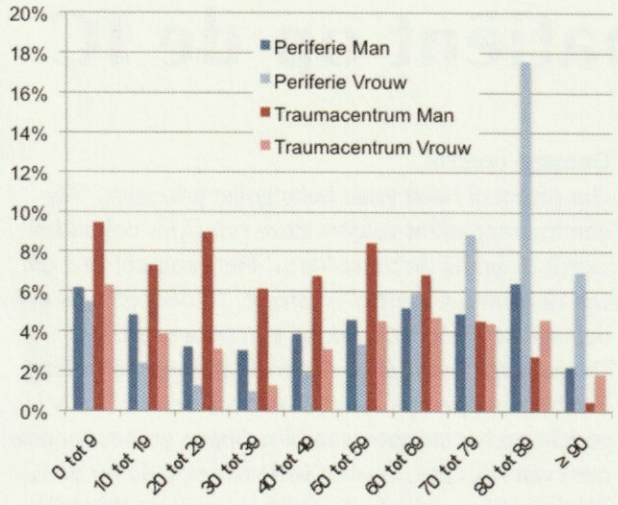
1. http://www.trauma.org/archive/scores/iss.html
2. http://www.trauma.org/archive/scores/ais.html



Figuur 1: Het aantal opgenomen traumapatiënten in de regio, verdeeld naar letselernst uitgedrukt in ISS.



Figuur 2: Afdeling SEH: gemiddelde verdeling binnenkomst traumapatiënten op een dag.



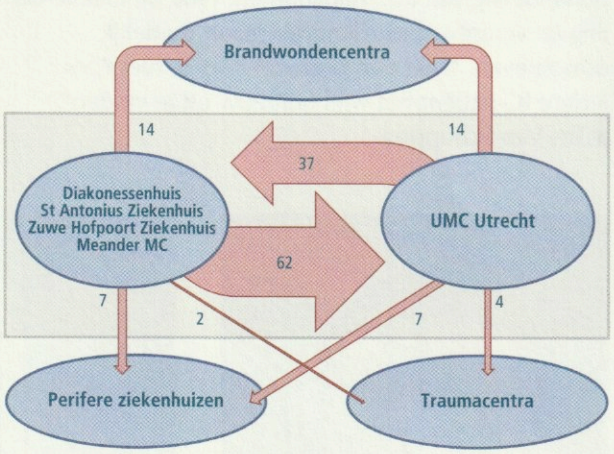
Figuur 3: De totale patiëntengroep verdeeld naar leeftijd en geslacht in percentages voor perifere ziekenhuizen en het Traumacentrum.

Overplaatsingen na screening op de SEH

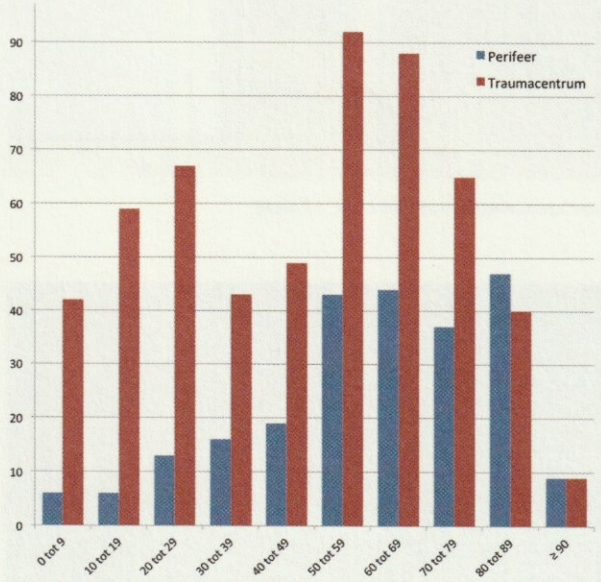
Niet alle patiënten die op de SEH binnenkomen, worden na de screening in het desbetreffende ziekenhuis opgenomen. Een patiënt wordt om verschillende redenen overgeplaatst. Er kan bijvoorbeeld een beddentekort zijn op de gewenste afdeling. Of de patiënt heeft in deze regio een ongeluk gehad, maar woont in een andere regio. Ook speciale zorg kan reden zijn tot overplaatsing: zo wordt een deel van de patiënten naar een brandwondencentrum gebracht. Afbeelding 1 toont het overzicht van de overplaatsingen binnen en vanuit regio Midden-Nederland in 2013.

In principe worden multitraumapatiënten in het Traumacentrum gepresenteerd en opgenomen. In 2013 kwamen 384 multitraumapatiënten in het Traumacentrum terecht. Daarvan waren 74 patiënten aanvankelijk naar een perifeer ziekenhuis gebracht (binnen en buiten de regio). Zij hadden met name geïsoleerd neuroletsel en waren vaak ouder dan 70 jaar.

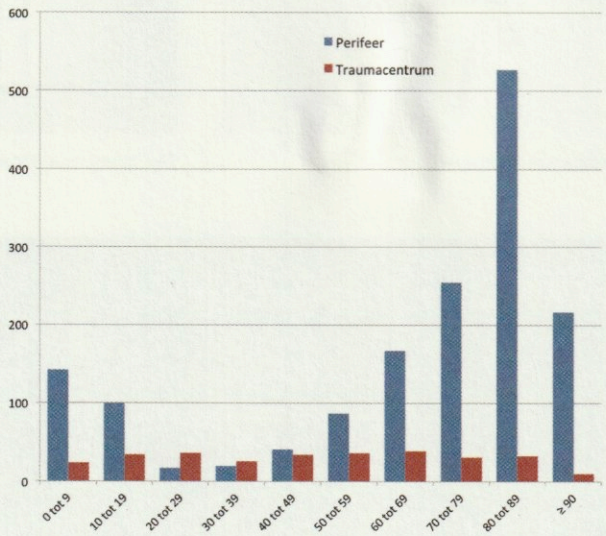
Van de 109 multitraumapatiënten die in de periferie binnen de regio binnenkwamen, werden 40 patiënten overgeplaatst naar het Traumacentrum. De multitraumapatiënten die werden opgenomen in perifere ziekenhuizen bleken voornamelijk één geïsoleerd ernstig letsel in de AIS-regio Hoofd of Thorax te hebben in combinatie met een minder ernstig letsel. In het Traumacentrum hadden de multitraumapatiënten vaak ernstig letsel in meerdere AIS-regio's. De multitraumapatiënten die vanuit een perifeer ziekenhuis naar het Traumacentrum werden verplaatst, hadden een lagere letselernst (uitgedrukt in ISS) dan de patiënten die hier direct na het ongeval opgevangen werden.



Afbeelding 1: Aantal overplaatsingen vanuit ziekenhuizen binnen de regio Midden-Nederland en daarbuiten.



Figuur 4: Het aantal patiënten met ten minste één ernstig letsel in de AIS regio's Hoofd en Thorax.



Figuur 5: Het aantal patiënten met ten minste één ernstig letsel in de AIS regio extremiteiten.

Protocol Traumapatiënt op de IC

Het schrijven of herzien van een protocol is een vast onderdeel van de opleiding tot intensivist. Het UMC Utrecht had nog geen protocol waarin de zorg voor een traumapatiënt op de intensive care is vastgelegd. Terwijl het Intensive Care Centrum jaarlijks wel 130 tot 150 multitraumapatiënten opneemt. Daarom schreef anesthesioloog en fellow Intensive Care Hans van Schuppen het protocol 'Traumapatiënt op de Intensive Care'.

Het protocol is gebaseerd op de meest actuele wetenschappelijke inzichten over de Intensive Care-behandeling van traumapatiënten. Ook de taakverdeling en verantwoordelijkheden staan duidelijk omschreven. "Met een protocol hoef je niet voor iedere IC-patiënt het wiel opnieuw uit te vinden", aldus Van Schuppen.

Damage control

Het protocol heeft twee belangrijke principes. "Als een traumapatiënt volgens deze principes behandeld wordt, krijgt hij de beste kans." Het protocol gaat uit van de 'damage control' strategie. "Bloedverlies is een belangrijke doodsoorzaak bij een traumapatiënt. Daarom ligt de focus op optimalisatie van de stolling. Een initiële operatie duurt maximaal een uur en is gericht op het stoppen van bloedingen en het voorkomen van infecties. Daarna volgt resuscitatie op de IC. Als de patiënt stabieler is, volgt secundaire chirurgie om definitief herstel van het aanwezige letsel uit te voeren."

Mindset

Een proactieve en kritische mindset is het tweede principe. "Zeker bij traumapatiënten moet je altijd anticiperen, zelfs als het goed lijkt te gaan met de

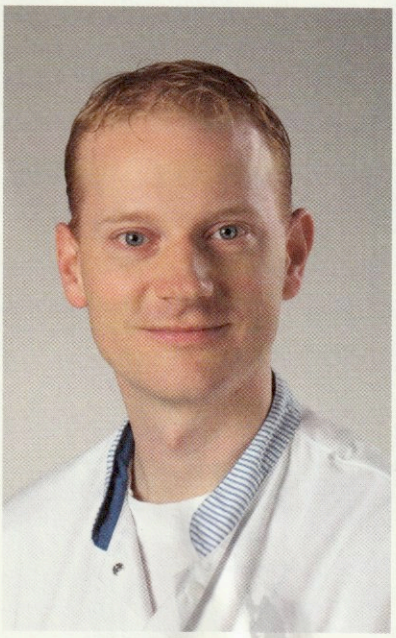


Foto: Chris Timmers, Multimedia UMC Utrecht

Hans van Schuppen.

Foto: Multimedia, UMC Utrecht

De ingang van het Intensive Care Centrum van het UMC Utrecht.

Definitive Trauma Care

De multidisciplinaire masterclasses Definitive Surgical Trauma Care (DSTC) en het parallel lopende Definitive Anaesthetic Trauma Care (DATC) zijn een vervolg op de Advanced Trauma Life Support-cursus en bedoeld voor chirurgen, anesthesiologen en intensivisten. Cursisten maken kennis met (levensreddende) chirurgische procedures en voeren deze uit in teamverband volgens de principes van damage control en crew resource management.

Kijk voor meer informatie www.dstc-datc.nl.

Foto: Multimedia, UMC Utrecht

Een kamer op de Intensive Care van het UMC Utrecht.

patiënt. Wat zijn de kansen op verslechtering? Hoe kan ik die kansen zo klein mogelijk maken? En wat is het plan bij verslechtering? Hierbij is het belangrijk een volledig overzicht te hebben van alle letsels en goed samen te werken met de collega's van de Traumachirurgie."

Meerwaarde voor de patiënt

Een betere overlevingskans. Dat is de meerwaarde voor de patiënt als iedereen volgens het protocol werkt. "Vooral door het toepassen van damage control", zegt Van Schuppen. "Want uit de literatuur blijkt dat patiënten met een Injury Severity Score (ISS) van 16 of hoger zonder stollingsstoornissen een veel betere overlevingskans hebben."
Toch staat niet alles beschreven in het protocol. "Dat kan ook niet. Want iedere patiënt is uniek."

Jaarverslag traumaopvang UMC Utrecht

Binnenkort komt het eerste jaarverslag uit van de traumaopvang in het UMC Utrecht. Het verslag toont een overzicht van de door het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland geregistreerde traumapatiënten die in het UMC Utrecht zijn opgevangen.

Sinds 2007 verzamelt het Traumazorgnetwerk Midden-Nederland gegevens van ongevalspatiënten in een landelijke database. Aanvankelijk werden alleen de patiënten van het UMC Utrecht hierin meegenomen. In 2009 en 2010 kwamen daar de traumapatiënten bij van vier regionale ziekenhuizen. Door de jaren heen heeft de database zich ontwikkeld tot een betrouwbare bron met veel gegevens waarop interessante analyses te verrichten zijn.
Het jaarverslag van het UMC Utrecht geeft een mooi overzicht van deze data, waarbij de nadruk ligt op 2013. Alle onderdelen van de traumazorg worden belicht. Omdat het UMC Utrecht in de regio de multitraumapatiënten opvangt, krijgen de gegevens van deze patiënten in het verslag extra aandacht. Naast algemene cijfers over opvang, letsel, behandeling en ontslag worden een aantal specifieke onderwerpen uitgelicht. De verschillende ongevalsmechanismen en letsels komen veelvuldig aan bod en laten soms verrassende resultaten zien.

Zorgverzekeraars ronden eerste fase aanpak complexe spoedzorg af

Bovenstaande titel plaatste Zorgverzekeraars Nederland (ZN) boven het nieuwsbericht van 14 juli. ZN maakte bekend dat het traject om te komen tot verdere concentratie van complexe spoedzorg voor dit moment wordt gestopt. De melding van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) dat uitvoering van de plannen mogelijk in strijd is met de mededingingsregels vormde hiertoe de directe aanleiding. Wat is er aan de hand en hoe moet het nu verder?

Kort samengevat: de gezamenlijke zorgverzekeraars streefden op regionaal niveau naar verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de complexe spoedeisende zorg. Dit wilden zij bereiken door het aanbod verder te concentreren. De achterliggende gedachte was dat het resultaat, zoals ook bij complexe en risicovolle oncologische ingrepen, verbetert wanneer de ervaring van het zorgverlenend personeel toeneemt. Concentratie in een beperkt aantal ziekenhuizen is het instrument om dat te bereiken. En vooraf benoemde volumenormen gelden als vertrekpunt. Verschillende beroepsverenigingen plaatsten vraagtekens bij de (wetenschappelijke) onderbouwing van de gestelde volumenormen. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) publiceerde een omvangrijk onderzoek naar het belang van de Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling voor de gehele ziekenhuisorganisatie. Onder de veelzeggende titel "Acute Zorg, er zit meer aan vast dan u denkt" beargumenteerde de NVZ dat sluiting, of forse inperking, van de acute zorgstroom de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar kan brengen. Een groot deel van de patiëntenpopulatie komt immers via de SEH het ziekenhuis binnen. Ondanks de vraagtekens en bezwaren zijn de verzekeraars gezamenlijk en met toestemming van de ACM aan de slag gegaan met de implementatie van de kwaliteitsvisie. In de ROAZ-regio's werden gesprekken gevoerd over de mogelijke scenario's. Al snel werd duidelijk dat de kwaliteit van die gesprekken en dus ook de voortgang per regio varieerde.

En toen was daar plots het bericht van de ACM dat leidde tot het feitelijk stopzetten van de implementatie door de zorgverzekeraars. De ACM heeft geconstateerd dat er geen brede acceptatie van de uitgangspunten bestaat. En dat er zorgen zijn ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg wanneer de acute zorg geconcentreerd wordt in een beperkter aantal ziekenhuizen. De ACM stelt dat het belang van de consument, in dit geval de patiënt, hooguit wordt gediend als verbetering van de kwaliteit van zorg opweegt tegen de verminderde keuzevrijheid die zou ontstaan als gevolg van concentratie. Bovendien vreest de ACM dat afstemming tussen zorgverzekeraars leidt tot verminderde keuzevrijheid voor de verzekerden. De verschillen tussen de aangeboden verzekeringspakketten zullen immers kleiner worden. De sleutel ligt volgens de ACM bij het hanteren van onafhankelijke en goed onderbouwde kwaliteitstandaarden voor spoedeisende zorg. De zorgverzekeraars worden letterlijk opgeroepen om hun plannen met dergelijke kwaliteitsstandaarden te onderbouwen. De waarde van de plannen kan dan pas worden beoordeeld.

Hoe nu verder?

De zorgverzekeraars hebben het Kwaliteitsinstituut gevraagd om wetenschappelijk onderbouwde en breed geaccepteerde normen vast te stellen. De resultaten hiervan worden eind 2015 verwacht. Voor de regio Midden-Nederland heeft een en ander vooralsnog weinig gevolgen. De plannen van de zorgverzekeraars sloten op hoofdlijnen goed aan bij de keuzes van de ziekenhuizen. Dat wil dus niet zeggen dat de ontwikkeling van de (complexe) spoedeisende zorg tot stilstand komt. Juist door de transparantie in de plannen ontstaat ruimte om gezamenlijk te werken aan verdere verbetering van de kwaliteit. Door afstemming te zoeken en van elkaar te leren kunnen we de acute zorgketens verbeteren. Dat alles in het belang van de patiënt.

Colofon

Redactie
Daniëlle van Boxtel
Natasja Rabouw
Marlène van Vijfeijken

Vormgeving
Multimedia UMC Utrecht

Drukwerk
ZuidamUithof Drukkerijen

Internet
www.traumazorgutrecht.nl

Contact
traumacentrum@umcutrecht.nl