



Samenwerken in de keten van acute zorg

Als patiënten met een multitrauma direct naar een traumacentrum worden vervoerd, dan redt dat mensenlevens en wordt de kans op blijvende schade bij deze patiënten kleiner. Dat is de gedachte achter de 90%-multitraumanorm van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Deze norm schrijft voor dat 90% van de multitrauma patiënten direct naar een level-1 traumacentrum moet worden gebracht (in Noord-Nederland het UMCG). In de meeste regio's wordt deze norm niet gehaald. Ook niet in Noord-Nederland. Wat betekent dit voor de zorg die multitraumapatiënten krijgen? Wat gaat er goed en wat kan er beter? Je leest er meer over in deze speciale editie van de AZNN update over multitraumazorg.

Deel deze update vooral met collega's voor wie de informatie relevant is.

In deze update

Arvid Munzebrock

- Triage van multitraumapatiënten in Noord-Nederland: de stand van zaken.

Martijn Rozeboom

- Traumatriage in de praktijk.

Mike Hogervorst

- Regionale ketenthemabesprekingen brengen het perspectief van alle betrokken zorgverleners bij elkaar.

Mostafa el Moumni en Inge Reininga

- Een app die helpt bij Traumatriage? Nog veel onderzoek nodig.

Arvid Munzebrock

Triage van multitraumapatiënten in Noord-Nederland: de stand van zaken

'Vooropgesteld: de zorg voor traumapatiënten is goed in Noord-Nederland. Bovengemiddeld goed mogen we zelfs zeggen. Statistisch gezien overlijden patiënten met een multitrauma in Noord-Nederland minder vaak dan dat we op basis van het letsel mogen verwachten. En dat terwijl ambulances in Noord-Nederland vaak flinke afstanden af moeten leggen voor ze een ziekenhuis bereiken. Die constatering is een pluim waard voor iedereen die werkt in de keten van de acute zorg: ambulanceverpleegkundigen, SEH-verpleegkundigen en -artsen, OK-assistenten, traumachirurgen en de vele andere professionals die bij de zorg voor multitraumapatiënten betrokken zijn.'

Aan het woord is Arvid Munzebrock, Traumachirurg in het Medisch Centrum Leeuwarden en medisch coördinator van het AZNN.



Van goed naar nog beter

De zorg voor deze patiënten is dus goed, maar de multitraumanorm halen we niet. Wat betekent dat? En kunnen we de zorg nog verder verbeteren als een groter deel van de multitraumapatiënten naar het UMCG wordt gebracht? Om daar achter te komen, analyseren we jaarlijks gegevens uit de Landelijke Traumaregistratie (LTR). Waar zijn de traumapatiënten door de ambulance naar toe gebracht en waarom? Was er, achteraf gezien, sprake van een multitrauma? Welke zorg hebben deze mensen gekregen? Wie zijn overleden en waaraan? Uit deze analyses kunnen we leren.

Zo kiest een ambulanceverpleegkundige er soms heel bewust voor om een patiënt met een multitrauma niet naar het level-1 traumacentrum (het UMCG) te brengen. Want wat is beter voor een 89-jarige meneer uit Franeker die een ongeval heeft gehad op zijn elektrische fiets en daarbij ernstig hoofdletsel heeft opgelopen? Hem naar het UMCG brengen omdat dat een level-1 traumacentrum is, of toch naar het MCL zodat zijn familie en naasten nog bij hem op bezoek kunnen komen?

Tegelijkertijd is de multitraumanorm er niet voor niets: in een traumacentrum is de zorgketen optimaal ingericht voor het behandelen van multitraumapatiënten. Dus is er winst te behalen als een groter deel van deze patiënten naar een traumacentrum wordt gebracht. Het bepalen of iemand een multitrauma heeft is niet eenvoudig. Dat wil zeggen: als je dat als ambulanceverpleegkundige op straat, zonder diagnostische apparatuur, moet doen. Op de SEH of de OK, waar de mogelijkheid bestaat scans, foto's en andere diagnostiek in te zetten, is het een stuk eenvoudiger.

In Noord-Nederland kijken we met alle ketenpartners op allerlei manieren hoe we meer multitrauma patiënten direct naar het level 1 traumacentrum, het UMCG, kunnen brengen. Dat kan gaan over hoe we samenwerken en of protocollen nog juist zijn. Samen met ambulanceverpleegkundigen bekijken we hoe de triage nog verder kan worden verbeterd. We onderzoeken bijvoorbeeld of de traumatriage app een waardevolle ondersteuning zijn. We organiseren casuïstiekbesprekingen, waarbij we met ambulanceverpleegkundigen, meldkamercentralisten, regieverpleegkundigen en traumachirurgen casuïstiek uitpluizen. En we bekijken hoe we dit onderwerp kunnen borgen in de opleiding voor ambulanceverpleegkundigen. Zo komen we samen van bovengemiddeld goede, naar nog betere zorg.

Martijn Rozeboom

Traumatriage in de praktijk

Je zult er maar staan, op een koude en winderige dag. Bij een motorrijder die met 60 km/uur in de buurt van Emmen onderuit is gegaan op een nat wegdek. Dat hij een heupfractuur heeft is duidelijk, verder geeft hij weinig klachten aan. Hoe groot is de kans dat het hier om een multitraumapatiënt gaat? Waar ga je met hem naar toe? Ambulanceverpleegkundige Martijn Rozeboom staat regelmatig voor die keuze. Hoe gaat hij te werk? En tegen welke dilemma's loopt hij aan?

Martijn vertelt: 'Patiënten triëren is voor mij dagelijks werk. Mijn ervaring als ambulanceverpleegkundige en het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) helpen mij keuzes te maken als ik met de ambulance bij een patiënt kom. Dat is niet altijd ingewikkeld. Als ik bij een zwaar ongeval kom en daar een patiënt aantref met ernstig hersenletsel en diverse fracturen, dan is het duidelijk: dat is een multitraumapatiënt en die brengen we naar een level-1 traumacentrum, het UMCG dus. Maar vaak is het minder duidelijk. Zoals bij deze motorrijder. Die lijkt alleen een heupfractuur te hebben, maar na diagnostiek in het ziekenhuis kan zomaar blijken dat hij tijdens zijn val ook in aanraking is gekomen met zijn stuur en een gescheurde mild heeft. Hadden we hem voor de zekerheid dan bij voorbaat al naar het traumacentrum moeten brengen? Met als gevolg dat er voor langere tijd een ambulance uit de regio weg is en met het risico dat dat centrum tegen capaciteitsproblemen aanloopt als er meer multitraumapatiënten worden binnen gebracht?'

Los van het feit dat 'op straat' niet altijd duidelijk is of een patiënt een multitrauma patiënt is, kunnen er andere redenen zijn om iemand eerst naar een regionaal ziekenhuis te brengen. Martijn: 'In Noord-Nederland hebben we te maken met grote afstanden en lange aanrijdtijden naar het UMCG. Het MMT is niet altijd beschikbaar. Dan ben ik wel eens genooddacht om de patiënt voor stabilisatie naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te brengen. Zo kan ik voorkomen dat de patiënt tijdens het vervoer over grotere afstand zorg nodig heeft die ik niet kan geven in de ambulance. Een goede en tijdige vooraankondiging is daarbij heel belangrijk, zodat iedereen op de SEH klaar staat.'



De casuïstiek zoals hiervoor beschreven illustreert de afwegingen die ambulanceverpleegkundigen dagelijks maken bij de triage van (mogelijke) multitraumapatiënten. Afwegingen die niet altijd 1-op-1 passen op de 90% multitraumanorm. Martijn: 'Het is goed dat er protocollen en richtlijnen zijn die ons helpen bij de triage. Dat betekent echter niet dat een patiënt die een multitrauma zou kunnen hebben, per definitie tekort gedaan wordt als hij niet direct naar het traumacentrum gebracht is. Ik ben nieuwsgierig naar tools die onze triage misschien nog verder kunnen verbeteren, zoals bijvoorbeeld de Traumatriage app. Al met al blijven we steeds kritisch kijken hoe we patiënten met multitrauma's zoveel mogelijk rechtstreeks naar het traumacentrum kunnen brengen, zonder dat dat leidt tot overbelasting van de centrum en te veel lange ambulanceritten in de regio. Een uitdaging. Elke dag weer.'

Mike Hogervorst



Regionale casuïstiek- en ketenthemabesprekingen brengen het perspectief van alle betrokken zorgverleners bij elkaar.

Multitraumazorg is ketenzorg. Ketenzorg waar heel veel verschillende professionals bij betrokken zijn. Informatie uitwisselen en afstemmen wie wat doet zijn daarbij van groot belang. Daarom gaat het AZNN in 2024 weer regionale casuïstiek- en ketenthemabesprekingen organiseren. Mike Hogervorst, medisch hoofd van de afdeling Traumachirurgie en medisch coördinator van AZNN vertelt hierover.

Mike: 'Zorg voor multitraumapatiënten begint vaak op straat en eindigt bijvoorbeeld op de IC. Daartussen zijn veel verschillende zorgprofessionals van de prehospitalale en de hospitalale traumazorg. Denk aan de ambulanceverpleegkundige, het mobiel medisch team (MMT), de SEH-verpleegkundige en -arts, de traumachirurg, (kinder-)intensivist, (kinder-) anesthesioloog, neuroloog, radioloog, thoraxchirurg, de neurochirurg en anderen. Tijdens een regionale ketenthemabespreking brengen we de perspectieven van alle professionals die bij een bepaalde patiënt betrokken geweest zijn bij elkaar. Soms digitaal, soms live. Met de betrokkenen lopen we het pad dat de patiënt gevolgd heeft na. De ambulanceverpleegkundige schetst bijvoorbeeld wat hij aantrof op de plaats van het ongeval, het MMT vervolgt door aan te geven welke informatie het kreeg en welke interventies het gedaan heeft. Vervolgens rapporteert de SEH-verpleegkundige op welke wijze de patiënt is ontvangen en hoe er op de SEH is gehandeld, etc.

Ter plekke bespreken we wat er te verbeteren valt aan procedures die gevolgd worden ('hoe en wanneer kondig je een patiënt aan'), aan de informatie-uitwisseling ('als we informatie onderling delen, dan...'), of aan medisch-inhoudelijke keuzes (bijvoorbeeld de inschatting van de ernst van het letsel). Of we concluderen dat het gehele proces goed verlopen is. Ook dat is waardevol. Verbeterpunten delen we via de mail met collega-professionals die niet bij deze casus betrokken waren.

Veel ziekenhuizen in onze regio hebben al interne casuïstiekbesprekingen voor bijvoorbeeld traumachirurgen. In 2024 gaan we kijken of er belangstelling is voor regionale casuïstiekbesprekingen.

De regionale casuïstiek- en ketenthemabesprekingen zijn middelenwaarmee we de traumazorg steeds meer regionaal, met elkaar, vormgeven. Zo zorgen we ervoor dat steeds meer traumapatiënten op de juiste plek die zorg krijgen die zij nodig hebben.'

Mostafa el Moumni en Inge Reininga

Een app die helpt bij Traumatriage? Nog veel onderzoek nodig

Kan een algoritme (verwerkt in bijvoorbeeld een app) ambulanceverpleegkundigen helpen triage van (ernstig) gewonde patiënten te verbeteren? Dat onderzoeken Mostafa El Moumni, traumachirurg en klinisch epidemioloog in het UMCG, en Inge Reininga, onderzoekskoördinator bij het AZNN en senior onderzoeker op de afdeling traumachirurgie van het UMCG.



Mostafa en Inge, er wordt al een tijd gesproken over de zogenaemde Traumatriage App. Gaan we deze app binnenkort in Noord-Nederland gebruiken?

'Zover is het zeker nog niet. In de regio's Utrecht, Brabant en Limburg is de afgelopen jaren in een onderzoek een algoritme ontwikkeld dat ambulanceverpleegkundigen mogelijk kan ondersteunen bij de keuze naar welk ziekenhuis de patiënt moet worden gebracht. Het algoritme gebruikt enkele

kenmerken, die ambulanceprofessionals ter plaatse aan de patiënt kunnen zien of meten, om in het prehospitalale triageproces patiënten te identificeren die gespecialiseerde traumazorg nodig hebben. Hoewel het algoritme redelijk goed lijkt in te schatten welke patiënt gespecialiseerde traumazorg nodig heeft, is het belangrijk om te beseffen dat er haken en ogen aan dit onderzoek zitten. Zo is het algoritme maar bij ongeveer 3% van de patiënten die in het onderzoek zaten daadwerkelijk gebruikt. De vraag is wat dat betekent voor de representativiteit van het onderzoek.

Daarnaast vragen we ons af of een algoritme dat in een redelijk verstedelijkt gebied mogelijk helpend is, dat ook is in onze regio. De oppervlakte van onze regio behelst 25% van heel Nederland, met 1,7 miljoen inwoners. Ook zijn de afstanden bij ons groter, en dat heeft invloed op de wijze waarop ambulances worden ingezet. Daarom is het essentieel om na te gaan wat de prestaties van het algoritme zijn in onze regio.

Er moet dus meer onderzoek gedaan worden. Hoe doen jullie dat?

'Het onderzoek dat we in Noord-Nederland gaan doen, is nog in de voorbereidende fase. In eerste instantie gaan we historisch data-onderzoek doen: we gaan historische data van de periode 2015-2022 uit de Landelijke Traumaregistratie (LTR) samen met informatie uit de ritformulieren van de ambulancediensten van Noord-Nederland analyseren. We willen onderzoeken of het ontwikkelde algoritme ook goede resultaten laat zien op basis van de data van Noord-Nederland. Op dit moment zijn we nog bezig om toestemming te verkrijgen voor dit deel van het onderzoek. We hopen dit deel van het onderzoek in de zomer van 2024 af te ronden.

Als uit het dataonderzoek blijkt dat het algoritme een goede kwaliteit laat zien op de data van Noord-Nederland en daarmee helpend kan zijn bij de triage, gaan we bekijken hoe we e.e.a. toepasbaar kunnen maken in de praktijk. En vervolgens testen in de praktijk. Het moge duidelijk zijn: we werken er hard aan, maar de app is in de nabije toekomst nog niet beschikbaar. Zorgvuldigheid staat voorop. Maar wellicht komen we dan wel tot een mooie aanvulling om het, soms ingewikkelde, prehospitalale triageproces verder te verbeteren.

