

Verdere concentratie multitrauma-patiënten met intensieve samenwerking binnen het regionale netwerk

NVT-Bestuur, december 2022



De juiste patiënt in het juiste ziekenhuis

De acute opvang en behandeling van ongevalsslachtoffers in Nederland vindt plaats binnen een zogenaamd inclusiefmodel. Dit impliceert dat ieder ziekenhuis binnen een traumaregio een taak en verantwoordelijkheid heeft in de traumazorg. Het streven is 'de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment door de juiste professional'.

De afspraak is dat de primaire opvang en behandeling van traumapatiënten met prehospitala bewezen ernstig (meervoudig) letsel of een verhoogde kans op potentieel levens- of extremiteitsbedreigende letsels (de multitraumapatiënt) in een level 1 traumacentrum plaatsvindt. In level-2- en 3-traumacentra ligt de focus vooral op hoogfrequente zorg zoals die voor veel voorkomende extremiteitletsels (i.e. heupfracturen, enkelfracturen, polsfracturen) en voor complexe, maar niet-extremiteitsbedreigende, monoletsels.

Er is momenteel veel aandacht voor de verdere concentratie van multitrauma-patiënten. In het Integraal Zorg Akkoord (september 2022) en de VWS 'Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg' (3 oktober 2022) zijn daar expliciete passages over opgenomen. In het IZA is afgesproken dat zorgaanbieders en zorgprofessionals concrete afspraken maken om ervoor te zorgen dat alle multitraumapatiënten (gedefinieerd als Injury Severity Score >15) worden behandeld in een level 1 traumacentrum, met de in de level criteria gestelde regionale norm van 90% als absolute ondergrens. Alle level 1 traumacentra dienen daarbij te voldoen aan de minimumnorm van 240 patiënten per locatie per jaar; locaties die niet voldoen mogen vanaf 1 januari 2024 geen multitraumazorg meer leveren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gaat hierop toezien.

Het NVT-bestuur is van mening dat we de huidige aandacht voor de acute zorg, en expliciet daarbij ook de zorg voor ongevalsslachtoffers, maximaal moeten benutten. Daarbij kunnen we gebruik maken van een daadkrachtige minister die ambtelijke ondersteuning en benodigde financiën mogelijk maakt. De afgelopen decennia zijn grote stappen gezet met bijvoorbeeld de inrichting van de traumaregio's en level criteria, mede op initiatief van de NVT en met grote inspanning van vele leden. Dit heeft de kwaliteit voor onze patiënten enorm verhoogd. Daar mogen we terecht trots op zijn, en dat positieve gevoel moeten we nog beter zien uit te dragen. Maar desondanks kunnen er nog stappen gezet worden. We staan achter de verdere concentratie van multitrauma-patiënten in de level 1 traumacentra. Daarbij herkennen én erkennen we het commentaar 'uit het land' dat de huidige definitie van de multitrauma-patiënt (ISS>15) beperkingen kent, een adequate prehospitala herkenning essentieel is om ongewenste overtriage te voorkomen, het niet een 1-richting stroom richting de level 1 traumacentra mag zijn, en er nog beter zicht moet komen op de uitkomsten van zorg.

Het NVT-bestuur stimuleert daarbij om de regionale netwerken verder in te richten en adviseert de traumachirurgen hier het voortouw in te nemen, door de in diverse ziekenhuizen beschikbare kennis en kunde te inventariseren en de expertises binnen de regio te bundelen. Dit met als doel de juiste patiënt op de juiste plek te krijgen en volledig inclusief als systeem te zijn.

Begrippenkader

Level criteria

Het document 'Levelcriteria' beschrijft de minimale eisen waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om verantwoorde acute opvang en behandeling te kunnen verzorgen. De criteria worden periodiek gereviseerd en geaccordeerd door de algemene ledenvergadering van de NVT en zijn onderdeel van het document 'Normen' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. De nu geldende minimale eisen zijn samengevat in de 'Levelcriteria 2020-2024' en bijbehorende side-letter. De NVT is voornemens om de huidige levelcriteria verder te optimaliseren en eind 2023 een nieuwe versie vast te stellen voor de periode 2025-2029.

Multitrauma-norm

De multitrauma-norm is vastgelegd in de levelcriteria van de NVT en is één van de prestatie indicatoren van Zorginstituut Nederland, die beschrijft dat 90% van deze patiënten in een level 1 Traumacentrum direct gepresenteerd moet worden en een centrum minimaal 240 van deze patiënten per jaar moet behandelen. Hoewel geen onderdeel van deze norm zijn er daarnaast in het inclusief traumasysteem van Nederland, patiënten zonder ernstig (meervoudig) letsel die in de regio juist naar een level 2 of 3 worden gebracht.

De patiëntenpopulatie met een multitrauma is op straat lastig te herkennen en de internationaal gehanteerde definitie van ISS>15 kan prehospital niet of lastig gemaakt worden. Daarnaast speelt ook afstand tot het level 1 ziekenhuis een rol. Mede hierom is het gemiddelde percentage over de 10 regio's van deze patiënten die in Level 1 direct gepresenteerd worden tussen de 60-70%. Aan de hand van onderzoek wordt gezocht naar criteria die prehospital wel bekend zijn en een goede voorspeller kunnen zijn van patiënten die in een Level 1 gepresenteerd moeten worden. In de update van de levelcriteria zal aandacht besteed worden aan dit criterium ten einde de 90% norm te benaderen/behalen. Hiervoor zal onder andere vertegenwoordiging vanuit de Regionale Ambulancevoorziening (RAV)/Ambulancezorg Nederland (AZN) en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) zitting nemen in de werkgroep levelcriteria. Het bestuur van de NVT heeft destijds deze norm vastgesteld en opgenomen in de levelcriteria met instemming van de leden. Het is een van de criteria noodzakelijk voor verbeteren van de kwaliteit van zorg en daarmee de kwaliteit van leven van onze multitrauma patiënten.

LBTC

De Landelijke Beraadsgroep Traumachirurgen is een adviesorgaan van de Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Zij hebben het nationaal reglement voor de visitaties opgesteld. Een belangrijk meetinstrument voor de visitaties zijn de levelcriteria van de NVT. De Traumacentra streven naar uniforme beoordeling aan de hand van dit reglement. De bestuurders van de LNAZ ondersteunen de levelcriteria en de visitaties (inclusief die van de level 1 Traumacentra) die door het LBTC worden uitgevoerd. De registratie in de Landelijke Trauma Registratie (LTR) van opgenomen trauma patiënten is verplicht en valt onder de verantwoordelijkheid van de Traumacentra. Met deze data kunnen we de opgenomen traumapopulatie in beeld brengen (>70.000 patiënten per jaar) en het voorgenomen beleid evalueren, inclusief de levelcriteria. Ter bevordering van kennis over de kwaliteit van de traumazorg wordt wetenschappelijk onderzoek op de data van de LTR verricht. Ook zijn afspraken gemaakt over de indiening en beoordeling van individuele aanvragen voor LTR-analyse. Voor deze taken bestaat er een wetenschappelijke adviesraad (WAR) van het LNAZ.

De LBTC en de WAR hebben de Landelijke onderzoeksagenda opgesteld die goedgekeurd is door de LNAZ op grond waarvan onderzoek wordt uitgevoerd met data van de LTR.

De LBTC is in gesprek met vertegenwoordigers van de MMT's om de gevolgen van deze norm met elkaar te bespreken en te komen tot prehospital beleid ten aanzien van triage en de rol van het MMT. Een van de mogelijkheden is meer transport met de heli van deze patiënten.

Kwaliteitskader Spoedzorgketen

In het Kwaliteitskader zijn bestaande normen en richtlijnen opgenomen voor onder andere de acute zorg en de Spoedeisende Hulp. De levelcriteria van de NVT zijn 1 op 1 overgenomen in het Kwaliteitskader. Dat wil zeggen dat de LNAZ, NFU, NVZ, NVSHA, ZN, PF, ZINL, AZN, IGJ, FMS deze levelcriteria en dus ook de 90% norm ondersteunen. Op verzoek van de Spoedzorgtafel (gremium van de vertegenwoordigers van de veldpartijen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen) heeft de FMS (traumachirurg) als lid van de Spoedzorgtafel de opdracht gekregen om de prehospital triage samen met de AZN, leden van de LBTC (Martijn Poeze), de NVT (Mike Hogervorst), NVMMA, LNMZ (MMT) en onderzoeker Mark van Heijl (traumachirurg) te optimaliseren om de norm 90% te behalen met zo beperkt mogelijke overtriage. Als het nieuwe triage model wordt vastgesteld zal via de LNAZ de opdracht naar de regionale overlegorganen acute zorg (ROAZ) gaan verdere implementatie.

ZINL

Het ZINL ziet onder andere toe op de implementatie van het Kwaliteitskader spoedzorg. Het ZINL heeft daarmee prestatie indicatoren geselecteerd die belangrijke onderdelen zijn van de acute zorg en aandacht nodig hebben om de implementatie van deze zorg te borgen. Het ZINL werkt hierin nauw samen met NZa en IGJ om hun doelstellingen te behalen.

IZA

Het zorgakkoord beschrijft in een specifiek onderdeel de belangrijkste afspraken omtrent het toekomstbestendig maken van de acute zorg, waaronder ook de concentratie van acute zorg, zoals de multitrauma zorg in een level 1 Traumacentrum volgens eergenoemde criteria. VWS steunt de norm opgesteld door de wetenschappelijke vereniging en benadrukt daarbij de kracht die de LTR hierin heeft.

Traumacentrum

De traumacentra hebben de ministeriële opdracht om de traumazorg te coördineren. Hieronder valt dus ook de implementatie van de 90% norm. Het level 1 Traumacentrum voert de visitaties van de regionale ziekenhuizen uit (gebaseerd op de levelcriteria) en is verantwoordelijke voor de input van data in de LTR. Hiermee wordt duidelijk hoe de regio presteert en de data moeten gedeeld worden met het ROAZ. De bestuurders van de zorginstellingen en ambulancezorg organisaties zijn medeverantwoordelijk voor het behalen van deze regionorm. Het traumacentrum, de traumachirurgen, de RAV en meldkamer zijn in de lead om tot verbetering van de triage te komen om deze norm te behalen. Belangrijk aspect is niet alleen de ondertriage maar ook de overtriage te evalueren. Met meer ambulanceritten voor deze specifieke patiëntenpopulatie naar het level 1 voor de opvang zullen er secundair meer ritten worden gereden van Level 1 naar de regioziekenhuizen (level 2 en 3).

Research

Veel onderzoek naar trauma triage is verricht door diverse onderzoeksgroepen in het LBTC. Opvallend is de mogelijkheid om middels prehospitala *decision aids* de ondertriage te verminderen zonder de overtriage te laten oplopen. Voorts blijkt het dat met gebruik van deze onderliggende algoritmen de triage ook beter stuurbaar wordt en kan worden afgestemd naar wens van de betreffende regio. Tot slot blijkt de relatie tussen de afstand tot level 1 traumacentrum en ondertriage al vanaf 10 minuten reistijd aanwezig te zijn.