

ZORG VOOR GEWONDEN: GECENTRALISEERD EN DOOR SPECIALISTEN, MAAR WEL IN BALANS

Goede traumazorg is een delicaat evenwicht

In de zorg voor gewonde patiënten wordt gestreefd naar concentratie en specialisatie. Maar te ver doorvoeren werkt averechts. Een pleidooi voor een gebalanceerd optimum.

De opvang en behandeling van gewonde patiënten heeft in Nederland de afgelopen twintig jaar een grote ontwikkeling doorgemaakt. De mortaliteit en morbiditeit zijn verbeterd, met name door een betere inrichting van het traumasysteem en door te onderkennen dat traumapatiënten een aparte categorie vormen en een eigen aanpak nodig hebben. De traumachirurg als specialist met veel generalistische kennis speelt een centrale rol in de traumazorg. Om ervoor te zorgen dat alle patiënten tijdig op de juiste plek komen, is Nederland in 1999 verdeeld in elf traumaregio's. Uitgangspunt is dat de meest ernstig gewonde patiënten naar een level-1-traumacentrum gaan en dat de overige patiënten in level-2- en -3-ziekenhuizen worden behandeld. Na deze zogeheten regionalisatie is de traumazorg in een aantal stappen verder geëvolueerd (zie *tabel* op blz. 26).

Tastbaar resultaat

Sinds de centralisatie gaat een groter deel van de ernstig gewonde patiënten naar een level-1-ziekenhuis. In de jaren hierna is het logistieke proces geoptimaliseerd en is de behandelstrategie voor de individuele patiënt op een andere manier vormgegeven – het gaat hier met name om timing en volgorde van ingrepen, maar ook om de uitgebreidheid van een ingreep in het licht van alle begeleidende letsels. Door de introductie van deze damage-controlprincipes en door scholing, training en positieve resultaten na de ingezette veranderingen, verandert ook de mindset van de traumachirurg. Aanpassingen in besluitvorming en timing, en het anders toepassen van technieken, hebben eraan bijgedragen dat de traumachirurg steeds meer als specialist voor de gewonde patiënt wordt gezien en traumazorg als aparte entiteit. Een heel

tastbaar resultaat hiervan is de afname van de mortaliteit met 75 procent voor een level-1-traumacentrum. Momenteel is de belangrijkste doodsoorzaak (meer dan 80%) neurologisch letsel en zijn verbloeding en orgaanfalen nog slechts zelden de oorzaak van het overlijden. Bovendien wordt de zorg efficiënter, wat valt af te leiden uit de kortere opnameduur en ligduur op de intensive care. Dit proces vindt niet alleen plaats in level-1-centra, deze ontwikkeling voltrekt zich in de hele regio. Enerzijds is er concentratie van meervoudig gewonde patiënten en complexe patiënten met een monoletsel in het level-1-centrum, wat een multidisciplinaire aanpak vereist. Anderzijds is er concentratie van monoletselpatiënten in specifieke zorgpaden in de regionale ziekenhuizen. Deze lateralisatie van zorg, waarbij ieder ziekenhuis een eigen taak heeft, leidt bijvoorbeeld voor de geriatrische patiënt met een heupfractuur tot een reductie in mortaliteit en efficiëntere zorg. Voor de gehele regio is de mortaliteit dan ook met 50 procent afgenomen.

Momenteel ligt de mortaliteit in het level-1-centrum rond de 5 procent. Doordat de mortaliteit is afgenomen, kan meer aandacht worden besteed aan het functionele herstel van de patiënt. Maar voor de meervoudig gewonde patiënt is lastig te bepalen in hoeverre herstel mogelijk is. De meest ernstig gewonde patiënten worden vaak uit studies met functionele uitkomsten gelaten, omdat de uitkomsten van deze patiënten een studie negatief kunnen beïnvloeden. Derhalve is er weinig bekend over het herstel van meervoudig gewonde patiënten. Recente resultaten uit onze regio laten echter zien dat ook meervoudig gewonde patiënten een redelijk goede kwaliteit van leven kunnen hebben.

Subspecialisatie

In het Nederlandse systeem staat de traumachirurg centraal. De alsmaar verdere subspecialisatie, ook binnen de chirurgie, bedreigt echter de generalistische inbreng van de traumachirurg, de bereikte lage mortaliteitscijfers en de kosten. Jaarlijks worden meer dan vierduizend meervoudig gewonde patiënten opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. Zorginstituut Nederland wil dat meer dan 90 procent van de meervoudig gewonde patiënten in een level-1-traumacentrum wordt behan-



FRANK MULLER / HH

Door een betere inrichting van het traumasysteem zijn de mortaliteit en morbiditeit de afgelopen twintig jaar aanzienlijk verbeterd.

deld. Dit doel is echter nog niet in zicht (53-78% in 2017) en met de huidige definitie van ernstig of meervoudig gewond en de huidige triagecriteria in het veld is dat volgens ons ook niet haalbaar. Hier moeten betere handvatten voor worden ontwikkeld. Daarnaast blijft het nodig om patiënten in tweede instantie over te plaatsen naar de juiste plek, hetzij een level-1-centrum, hetzij een level-2- of -3-centra. Om de patiënt tijdig op de juiste plaats te krijgen, moeten overheid, verzekeraars en ziekenhuisbestuurders actief sturen op zowel de primaire presentatie als op de secundaire overplaatsingen. Zo is bijvoorbeeld het minimumaantal meervoudig gewonde patiënten per level-1-centrum verhoogd van 100 naar 240 per jaar. Informatie over het optimale patiëntenaanbod per centrum is in de literatuur en in het buitenland te vinden. Berekeningen voor het *minimale* aantal meervoudig gewonde patiënten voor een level-1-traumacentrum komen uit op rond de 600 per jaar. Bij dit aantal wordt de kennis en kunde van het medisch personeel doelmatig benut en is de logistieke organisatie van een centrum optimaal. Een groter centrum is niet altijd beter.

Na stabilisatie van de patiënt raakt de regie zoek

In centra waar meer dan tweeduizend ernstig gewonde patiënten per jaar worden gepresenteerd, is de initiële opvang zeer goed georganiseerd. Maar na stabilisatie van de patiënt (meestal na 24 tot 48 uur) versnipperd de zorg en raakt de regie zoek. Er is dus een optimum aan het aantal zwaargewonde patiënten per level-1-centrum waarnaar gestreefd zou moeten worden (waarschijnlijk 800-1200 per centrum per jaar). Of dit aantal haalbaar is, hangt af van de politieke wil en (supra)regionale afspraken.

Integrale benadering

Om voldoende ervaring, kennis en kunde te kunnen bieden, is verdere centralisatie dus onvermijdelijk. Maar centralisatie moet niet leiden tot ongebreidelde subspecialisatie. Als het aanbod van patiënten voldoende is, is enige subspecialisatie wel mogelijk. De grote meerwaarde van het model van de Nederlandse traumachirurgie is volgens ons dat de traumachirurg een ingewikkelde patiënt – mede dankzij de breedte van zijn specialisatie – voor het grootste deel kan behandelen. Zeker bij acute zorg en meervoudige problematiek is de patiënt meer dan de som der afzonderlijke letsels. Continuïteit van zorg en een integrale benadering van de behandeling zijn essentieel. De uitkomst van (ernstig) gewonde patiënten hangt vooral af van het tijdig stellen van de diagnose, de indicatie en timing van eventuele operatieve ingrepen, en de organisatie van het natraject. Daarvoor moet

Aantallen en mortaliteit per tijdsperiode

periode	1996-1998	2003-2005	2006-2009	2014-2016
kenmerk periode	voor centralisatie	na centralisatie	optimalisatie regio	mindset trauma
ernst van het letsel (ISS*) in level-1-centrum (gemiddeld)	9,6	12,4	13,8	12,4
aantal patiënten in level-1-centrum (n) per jaar (gemiddeld)	NB	NB	863	1348
aantal multitrauma in level-1-centrum (n) per jaar (gemiddeld)	NB	NB	225	358
mortaliteit in traumaregio	2,6%	2,3%	NB	1,2%
mortaliteit in level-1-centrum	7,9%	8,5%	8,2%	5,2%
reden van mortaliteit in level-1-centrum				
- verbloeding	17%	9%	7,6%	3%
- orgaanfalen	25%	18%	5%	2%
- neurologisch letsel	40%	57%	68%	85%

*De ISS (Injury Severity Score) wordt gebruikt om de ernst van het letsel te bepalen. Een ISS >15 wordt gezien als meervoudig gewonde (multitrauma) patiënt. NB = niet bekend.

iemand de regie hebben. Deze arts moet uit de verschillende mogelijkheden, zowel operatief als non-operatief, een gewogen besluit kunnen nemen. Voor dat besluit is kennis nodig van de fysiologie, van de letsels en van de impact van de (gekozen) behandeling. Alleen iemand die bij de operatieve behandeling betrokken is, kan zo'n besluit nemen.

Valkuilen

We kunnen leren van de valkuilen in de landen om ons heen. Verregaande subspecialisatie leidt tot versnippering van de zorg voor de hele patiënt. Er moet een balans zijn waarbij trauma als aparte entiteit wordt gezien en de traumachirurg een specialist is die de volle aandacht heeft voor patiënten met letsel. In landen waar de orthopedisch chirurg de leiding over de traumazorg heeft, kan het lastig zijn om tijdig levensreddende zorg te bieden, zeker als er sprake is van viscerale letsels. Dit terwijl het primaire doel verminderen van mortaliteit zou moeten zijn. Maar in de landen waar de visceraal chirurg de leiding heeft over de traumazorg, is er slechts beperkt zicht op een groot deel van de patiënten en hun (ossale) letsels. Hierdoor worden relatief meer

extremitetenletsels te laat gevonden of zelfs gemist.

In het traumasysteem dat wij voorstaan zijn de competenties van de chirurgen afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënten die in de verschillende centra binnen een regio worden gepresenteerd. Maar ongeacht het centrum waar de patiënt terecht komt, is het zaak dat de gewonde patiënt een arts heeft die hem of haar van presentatie tot revalidatie in het vizier houdt. Die arts moet een specialist zijn die bekwaam is in de behandeling van levensbedreigende letsels en streeft naar het maximaal haalbare functionele resultaat.

Vanuit het buitenland wordt naar Nederland gekeken vanwege de goede kwaliteit van onze zorg in een kosteneffectief model, maar ondertussen is er nog ruimte voor verdere optimalisatie. De doelstelling voor de komende jaren wordt dan ook verder centraliseren en lateralisieren voor behoud van lage mortaliteit en streven naar betere functionele uitkomsten. Longitudinale betrokkenheid van een specialist met brede basis is hierin essentieel om het grootste deel van de zorg te kunnen leveren. Voor het deel dat hierbuiten valt, is intramurale, regionale en landelijke samenwerking noodzakelijk. ■

Het is zaak dat de patiënt een arts heeft die hem van presentatie tot revalidatie in het vizier houdt

contact

f.hietbrink@umcutrecht.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.