

Bevindingen ketencasusbespreking acute zorg, van 112 tot ontslag: neurotraumata

Datum en tijd: 24 november, 16:30-18:15u

Locatie: VUmc Amsterdam

Achtergrond

Al enkele jaren wordt er voor alle partners in de ROAZ-regio VUmc een ketencasusbespreking acute zorg georganiseerd, waarin casuïstiek van 112-melding tot ontslag uit het ziekenhuis wordt besproken. Betrokken zorgverleners van de meldkamer ambulancezorg, ambulancedienst, SEH en kliniek vertellen hun bevindingen, overwegingen en conclusies. Er wordt expertise uitgewisseld en ervaringen gedeeld. Op 24 november zijn 2 neurotrauma-casussen besproken.

Casus 1

Een 40-jarige man die op de fiets aangereden was door een auto. Bij aankomst ambulance was de patiënt niet aanspreekbaar en had wijde pupillen. De ambulance had de patiënt heel snel in het vacuüm matras in de ambulance en het MMT kon bij aankomst direct sederen en intuberen. Binnen 30 minuten was de patiënt in VUmc. De trauma-opvang verliep vlot. Na enige twijfel is de eurochirurg gestart met een operatie. Het mocht echt niet meer baten, de patiënt werd niet meer wakker. Wel is er een donatieprocedure in gang gezet en heeft de patiënt drie organen afgestaan.

Casus 2

Een oudere man van 65 jaar die onder invloed van alcohol achterover de trap af was gevallen. Hij was direct buiten bewustzijn en de melder meldde een snurkende ademhaling. Reden om ook hier het MMT bij te roepen. Bij aankomst van de ambulance reageerde de patiënt op pijn en scoorden de pupillen PEARRL. De MMT-arts ging in de ambulance mee naar VUmc. De midazolam werkte uit en de EMV score liep weer op. Patiënt werd op SEH VUmc alsnog geïntubeerd en gesedeerd om de patiënt goed door de CT te krijgen. De neurochirurg heeft het subduraal hematoom ontlast en al snel werd de patiënt wakker. Het gaat goed met de patiënt.

Opvallende bevindingen in de ketenzorg

- Tussen 22:00-00:00 is er een kraptemodel bij de ambulancedienst (minder auto's). Tegelijkertijd gaan de HAP's naar een lagere capaciteit (minder HAP's en minder huisartsen op de HAP). Dit levert nog wel eens onwenselijke situaties op.
- Het uitvraagstelsel op de meldkamer, ProQ&A, is een zeer geprotocolleerd stelsel. Het dwingt de centralisten een vaste set van vragen door te lopen en zij mogen hier niet vanaf wijken. Dit leidt nog wel eens tot irritatie bij de melders, omdat in Nederland niet wijsd bekend is gemaakt hoe het werkt als je 112 belt.
- ProQ&A levert een code op die het ongeval beschrijft en aan de code hangen inzetvoorstellen voor de meldkamercentralist. De code wordt ook doorgegeven aan de aanrijdende ambulance, maar de ambulanceverpleegkundigen kennen deze codes niet. Zo gaat er informatie verloren.
- De verschillende schakels in de keten hadden allemaal een 'ander verhaal' bij de eerste casus. De melder sprak van een voetganger, het bleek een fietser; volgens de melder was de patiënt bij

bewustzijn, maar de ambulanceverpleegkundige dacht doorgekregen te hebben dat de patiënt niet aanspreekbaar zou zijn; de SEH dacht dat de auto was doorgereden, maar die stond een paar meter verderop. De aanwezigen onderschrijven het belang van goede informatie-overdracht, maar ook de moeilijkheid ervan. Patiëntgegevens lijken triviaal bij hoge spoed, maar voor een ziekenhuis is het heel belangrijk de patiënt ingeschreven te hebben en over de *juiste voorgeschiedenis* te beschikken. Dat is noodzakelijk voor het inzetten van de juiste behandeling. De neurochirurg geeft aan veel te hebben aan *het tijdstip van het ongeval* en *vanaf wanneer een patiënt een EMV van 3 heeft en/of lichtstijve pupillen*. Dit neemt hij mee in de beslissing om wel of niet te opereren. De suggestie wordt gedaan om in de SBAR ook het tijdstip van de 112-melding standaard mee te nemen. Bij cardiologiepatiënten bijvoorbeeld is het heel gewoon om te vragen naar het tijdstip ontstaan klachten (T0) en dit mee te nemen in de informatie-overdracht.

- Het traumateam op de SEH van VUmc bevat geen assistent neurochirurgie, maar alleen neurologie. Het zou winst kunnen opleveren bij de ernstige neurotraumata om al direct de neurochirurgie in het traumateam te hebben.
- De factor tijd essentieel, zeker bij neurotraumata. Prehospitaal doen we al een hoop om de onscene time zo kort mogelijk te houden, maar ook op de shockroom zouden we meer bewust kunnen zijn van de tijd. Iedere speler in het traumateam moet goed afwegen of bepaalde handelingen noodzakelijk zijn, of dat er dan teveel tijd verloren gaat. Het zou kunnen helpen om een grote stopwatch op de shockroom te hangen die gaat lopen zodra de patiënt binnen is.