

# Traumazorg is ketenzorg

Verslag Traumanight VUmc 2-2-2016

De Traumanight is de regionale refereeravond van regio Noordwest. In 2016 eenmaal georganiseerd door Netwerk acute zorg, VUmc en viermaal door Chirurgen Noordwest in het AFAS stadion in Alkmaar.

## Wetenschap

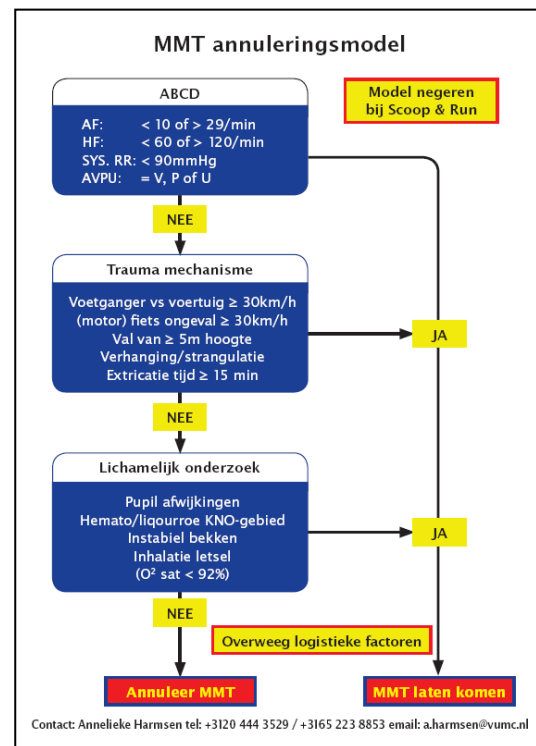
Annelieke Harmsen presenteert haar onderzoek(en) in de traumazorg, zowel prehospital als hospital.

Harmsen heeft gekeken naar welke parameters voorspellende waarde hebben voor identificatie van 'major' trauma en dit te vertalen naar cancelcriteria. Hier is een nieuw cancelmodel voor het MMT uitgerold (zie figuur), dat momenteel wordt onderzocht op effectiviteit.

De overdrachten in de prehospital setting (SBAR, MIST, ABCDE) zijn vaak onvolledig. Daarnaast beschrijven deze methodieken wel *wat* er overgedragen dient te worden, maar slecht *hoe*. Middels een DELPHI studie probeert Harmsen consensus te krijgen over de parameters die in ieder geval overgedragen dienen te worden en op welke manier.

In VUmc zijn er twee verschillende traumateams die de opvang op de shockroom doen, een volledig traumateam en een klein traumateam. Harmsen evalueerde of de juiste triage plaatsvindt voor het juiste traumateam en wat de verschillen waren in aanvullende diagnostiek tussen de twee teams. Hieruit bleek dat in 44% van de gevallen correct het volledige traumateam is opgeroepen en 20% terecht het kleine traumateam. Er was 29% overtriage bij oproep van het volledige traumateam en 7% ondertriage bij oproep van het kleine traumateam.

In 10 jaar tijd is er veel veranderd in de traumazorg. Parameters die tussen een cohort multitraumapatiënten van vorig jaar en van ruim 10 jaar geleden significant verschillen, zijn: de gemiddelde leeftijd is gestegen, het MMT is frequenter betrokken, pt komen minder acidotisch binnen op de SEH, er worden meer CT-scans gemaakt, er wordt minder getransfundeerd, er zijn minder



acute interventies, vooral traumachirurgische waarschijnlijk door de toename van angio interventie. De inhospitale mortaliteit verbeterd en de expected survival is hoger dan verwacht.

Bewegingswetenschapper en fysiotherapeut Suzanne Wiertema onderschrijft dat traumazorg ketenzorg is, ook in de revalidatiefase. Haar transmurale zorgmodel voor traumapatiënten beschrijft integratie van medische zorg en fysiotherapeutische zorg op de polikliniek en een samenwerking tussen de 2<sup>e</sup> lijns fysiotherapeuten en een geselecteerd, geschoold aantal 1<sup>e</sup> lijns fysiotherapeuten. Dit traumanetwerk van fysiotherapeuten heeft de kennis van traumarevalidatie in de 1<sup>e</sup> lijn verhoogd en de overdracht tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn (en vice versa) verbeterd. Dit model blijkt te leiden tot minder medische en maatschappelijke kosten, terwijl de uitkomst voor de patiënten beter is. Ondanks deze goede resultaten, verloopt het gesprek om de zorg regulier gefinancierd te krijgen (bij Achmea) moeizaam. De collega's van Wiertsema willen niet meer terug. Sterker nog, ze staan te springen om dit ook in andere ziekenhuizen/regio's te implementeren.

Daags na de Traumanight was er een sleutelgesprek met zorginkoop Achmea. Het is duidelijk geworden dat er reguliere financiering gaat komen (middels "Innovatieve prestatie"), maar het proces om tot deze reguliere financiering te komen gaat helaas nog minimaal 4-12 maanden duren.

## Casuïstiek

Twee totaal verschillende casussen werden ingebracht. Eén casus van een patiënt met een humeruskop fractuur welke slecht infectievrij te krijgen was en één casus van een patiënt met veel kogelverwondingen in de thorax en armen. Er werd gediscussieerd over mogelijke behandelstrategieën.