

Analyse spreiding multitrauma patiënten in ZET regio's (Zwolle-Enschede-Tilburg)

Korte beschrijving

Analyse van de spreiding van multitrauma patiënten over de ziekenhuizen in de acute zorg netwerken van Zwolle, Euregio en Brabant.

Achtergrond

Sinds de introductie van traumacentra in Nederland in 1999 hebben de regio's (destijds traumazorg netwerken, nu acute zorg netwerken) een inspanningsverplichting om ernstige traumapatiënten zoveel mogelijk in de level 1 traumacentra in de regio te laten behandelen. Hiertoe zijn destijds regionale prehospital triage afspraken gemaakt en ook het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) bevat hiervoor een triageschema (LPA 7.2 (2011), protocol 5.19 Triage keuze van ziekenhuis; LPA 8.0 (2014), protocol 12.3 Keuze ziekenhuis).

Nederland telt bijna 5.900 multitrauma patiënten (ISS >15). In 2014 zijn ruim 3.300 van deze patiënten (57%) behandeld in de speciaal daartoe ingerichte traumacentra en ruim 2.500 (43%) in de algemene ziekenhuizen, met grote regionale verschillen in dit percentage van 40-80% (rapportage Landelijke TraumaRegistratie (LTR) 2010-2014, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), 12-2015; www.lnaz.nl). Het is onbekend waardoor deze regionale verschillen worden veroorzaakt.

Recentelijk is door het Zorginstituut Nederland een norm vastgesteld voor het percentage multitrauma behandeld in een traumacentrum: 90% van de multitrauma patiënten (ISS > 15) dienen direct (primair) in het regionale traumacentrum gepresenteerd te worden ("Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorg-indicaties"; Zorginstituut Nederland, 30-12-2015). Hiermee is de eerder door de Algemene Ledenvergadering (ALV) en de Landelijke Beraadsgroep Traumacentra (LBTC) van de LNAZ uitgesproken ambitie om multitrauma patiënten uitsluitend in level 1 traumacentra te behandelen (managersoverleg LNAZ, april 2015) geconcretiseerd. Hiertoe hebben de ROAZ'en en de expertgroepen trauma de opdracht gekregen de spreiding van multitrauma patiënten in de regio te evalueren. Daarnaast inventariseert de LNAZ de (regionale) prehospital triage afspraken en wordt in de LTR nagegaan in welke mate patiënten "ten onrechte" niet zijn verwezen naar een traumacentrum.

Bezwaren bij huidige weergave % multitrauma in traumacentra

In de percentages in de huidige LTR-rapportages wordt geen onderscheid gemaakt tussen primair en secundair in een traumacentrum behandelde patiënten, d.w.z. dat patiënten die overgeplaatst zijn naar een traumacentrum ook nog als "ten onrechte niet in een traumacentrum behandeld" worden aangemerkt. Hiermee kan dus geen "prestatie ten opzichte van de norm" worden weergegeven.

Belangrijkste bezwaar bij de weergave van dit percentage is echter dat hiermee een prehospital beslissing (keuze van een ziekenhuis) geëvalueerd wordt aan de hand van een achteraf in het

ziekenhuis berekende score (ISS, gebaseerd op diagnoses). De beslissing om een patiënt al dan niet naar een level 1 traumacentrum te brengen wordt immers veelal op straat genomen zonder diagnoses of deze score. De keuze van het ziekenhuis wordt gemaakt op basis van criteria in het prehospital triageschema in LPA, zoals bijv. de Revised Trauma Score (RTS) of specifieke letsels die een indicatie kunnen zijn voor multitrauma. Evaluatie van de beslissing op basis van deze criteria lijkt daarom meer recht te doen aan de situatie in de praktijk.

Er zijn echter ook grote regionale verschillen in de vulling van de LTR met prehospital data. De RTS prehospital was in 2014 bijvoorbeeld bij 72% van de patiënten (door ambulance of helikopter vervoerd) onbekend. En hoewel de RTS nog steeds deel uitmaakt van de triageschema's in Nederland lijkt evaluatie met behulp van de RTS dus ook lastig. Overigens is deze score in de VS al in 2009 uit de prehospital triage schema's verwijderd. Omdat deze score onvoldoende discriminerend was voor prehospital triage.

Bovendien kunnen patiënten met een ISS > 15 nog steeds een prehospital RTS van 12 hebben en daarmee volgens het LPA triageschema "juist" in een level 2 of 3 centrum gebracht zijn. Daarnaast zijn er professionele argumenten aan te voeren voor het vervoer van een patiënt met een lage RTS naar een dichtstbijzijnd ziekenhuis (niet level 1), zoals instabiliteit in combinatie met reisafstand naar een level 1 centrum, zeker in meer uitgestrekte regio's in Nederland.

Er zijn ook patiënten die achteraf als multitrauma (ISS > 15) in de LTR geregistreerd staat maar niet door een ambulance of helikopter gebracht zijn en waarbij er dus geen prehospital triage heeft plaatsgevonden. Hierbij speelt hospital triage en secundaire overplaatsing door de behandelend traumachirurg een rol in het feit of deze patiënt uiteindelijk in een level 1 traumacentrum behandeld wordt. Maar de patiënt die zelf of via de huisarts in een level 2 of 3 centrum terechtkomt en achteraf een multitrauma patiënt blijkt, zal waarschijnlijk nooit primair in een level 1 traumacentrum terechtkomen. Hoe groot het aandeel van deze groep is binnen de groep multitrauma, wordt niet weergegeven in de huidige rapportages.

Relevantie

In Nederland is nagenoeg geen onderzoek gedaan naar de spreiding van multitrauma patiënten sinds de invoering van de traumacentra in 1999. In het kader van invoering van de aangepaste normen en indicatoren met betrekking tot multitrauma patiënten in 2015 is een gedegen evaluatie wenselijk. Door analyse van de spreiding van multitrauma patiënten in 3 verschillende regio's kunnen we mogelijk aanbevelingen doen voor een juiste weergave van prestatie ten opzichte van de norm en optimalisatie van spreiding en concentratie op basis van data van een grotere groep patiënten.

Onderzoeksvragen

- Hoe is de spreiding van multitrauma patiënten over de ziekenhuizen in de acute zorg netwerken van Zwolle, Euregio en Brabant over de periode 2012-2014?
 - Hoeveel multitrauma patiënten zijn primair in een level 1 traumacentrum behandeld?
 - Op basis van ISS > 15 (% zoals in huidige LTR)
 - Op basis van prehospital triage criteria voor level 1 traumacentrum (LPA 7.2)
 - Hoeveel multitrauma patiënten zijn niet primair in een level 1 traumacentrum behandeld?
 - Hoeveel multitrauma patiënten zijn na overplaatsing alsnog behandeld in een level 1 traumacentrum (secundair in level 1)?
 - Hoeveel multitrauma patiënten zijn behandeld in een level 2 of 3 centrum?

Planning

Eerste analyse op basis van LTR data per regio (fase 1) voor 1 februari 2016, rapportage Q1 2016. Op basis van deze uitkomsten planning van eventuele vervolgstappen.

(Verwachte) output

Rapportage (intern per regio en van 3 regio's samen): Q1 2016. Afhankelijk van resultaten externe rapportage en presentatie landelijke bijeenkomst/congres en evt. wetenschappelijk artikel.

Betrokken partners / onderzoekers

Uitvoering hiervan vindt plaats door eigen beleidsmedewerkers/onderzoekers:

- Netwerk Acute Zorg Zwolle (NAZZ): Danique Hesselink
- Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB): Mariska de Jongh
- Acute Zorg Euregio (AZE): Nancy ter Bogt en Rolf Egberink

Contactpersoon: Rolf Egberink – r.egberink@acutezorgeuregio.nl – 053-4872733