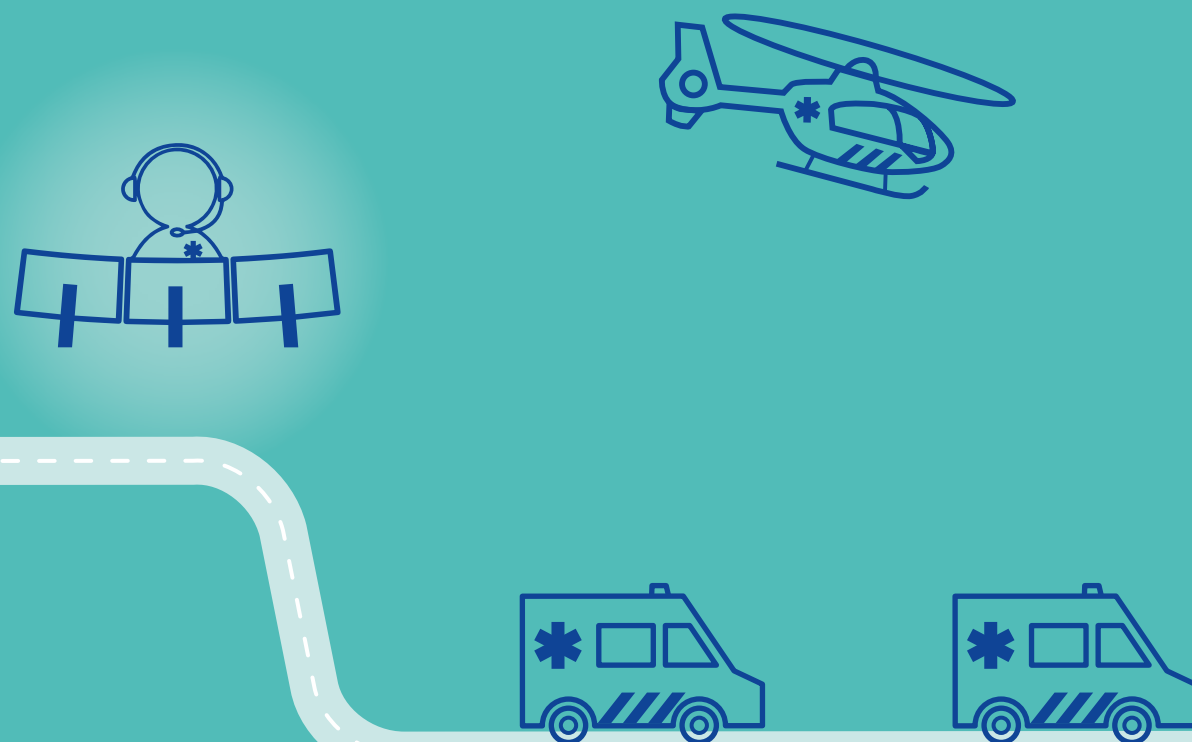


Samen de multitraumazorg verbeteren

Deze infosheet geeft inzicht in het ambulanceproces rondom multitraumazorg



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

TLP:WHITE

Het ambulanceproces rondom multitraumazorg

Als de centralist meldkamer ambulancezorg (MKA) tijdens de intake/triage van de 112-melding vaststelt dat het om een ABC bedreigde patiënt gaat, of – op basis van het ongevalsmechanisme – een mogelijk bedreigde ABC (D,E), kan een centralist besluiten om aanvullend op de inzet van een hoogcomplexe ambulance-eenheid een Mobiel Medisch Team (MMT) in te zetten. De inzet- en cancel-criteria MMT zijn leidend voor het inzetten van het MMT.

Ambulancezorgprofessional verleent zorg ter plaatse

Ter plaatse beoordeelt de ambulancezorgprofessional, conform het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA), en in afstemming met de MMT-arts, of er mogelijk sprake is van ernstige multitrauma. In dat geval gaat de patiënt, eventueel na stabilisatie, zo snel mogelijk naar een traumacentrum (level 1-ziekenhuis).

Toestand van de patiënt verslechtert

Het komt voor dat de toestand van de patiënt te slecht is, of onderweg verslechtert, om direct naar het traumacentrum te rijden. Op dat moment kan de ambulance-eenheid ervoor kiezen om in overleg met het MMT, het ziekenhuis of de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) een (tussen)stop te maken bij een level 2-ziekenhuis, waar de patiënt gestabiliseerd wordt met inzet van zorg buiten het LPA. Dit gebeurt hoofdzakelijk als er geen MMT ter plaatse is geweest.

Ziekenhuis bepaalt vervolgzorg

Indien gekozen wordt voor stabilisatie in het dichtstbijzijnde ziekenhuis dan bepaalt het betreffende ziekenhuis de vervolgzorg. De ambulance-eenheid stemt bij de presentatie van de patiënt direct af of eventueel aansluitende interklinische overplaatsing naar het traumacentrum mogelijk is.

Begrippenkader

ABCDE methodiek

Deze methodiek wordt gebruikt om op systematische wijze de vitale functies van een patiënt te beoordelen en behandelen.

- A: Airway (luchtweg)
- B: Breathing (ademhaling)
- C: Circulation (circulatie)
- D: Disability (bewustzijn)
- E: Exposure (expositie)

Glasgow Coma Scale

Schaal waarmee het bewustzijn van een persoon kan worden weergegeven in een cijfer, de zogenaamde EMV-score.

- E: Eyes, ogen open
- M: Motoric, beste motorische reactie
- V: Verbal, beste verbale respons

Landelijk Protocol Ambulancezorg

Het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) voorziet de ambulancezorgprofessionals van protocollen waarmee de zorg zoveel mogelijk evidence based kan worden verleend.

Multitraumapatiënt

Een patiënt met een ISS ≥ 16 wordt over het algemeen gezien als een ernstig gewonde patiënt.

SPART-model

Hulpmiddel bij klinisch redeneren in de ambulancezorg.

- S: Start/Situatie
- P: Presentatie/Proloog
- A: Algemene anamnese/ algemeen onderzoek
- R: Redeneren/Resultaat
- T: Therapie/Transfer.

Verbeterde urgentie indeling

Indeling van ambulancezorg op basis van urgentie, zie hieronder.

Spoeisende ambulancezorg

- A0: directe inzet met grootst mogelijke speed
- A1: directe inzet met speed
- A2: zo spoedig mogelijke inzet

Niet-spoeisende ambulancezorg

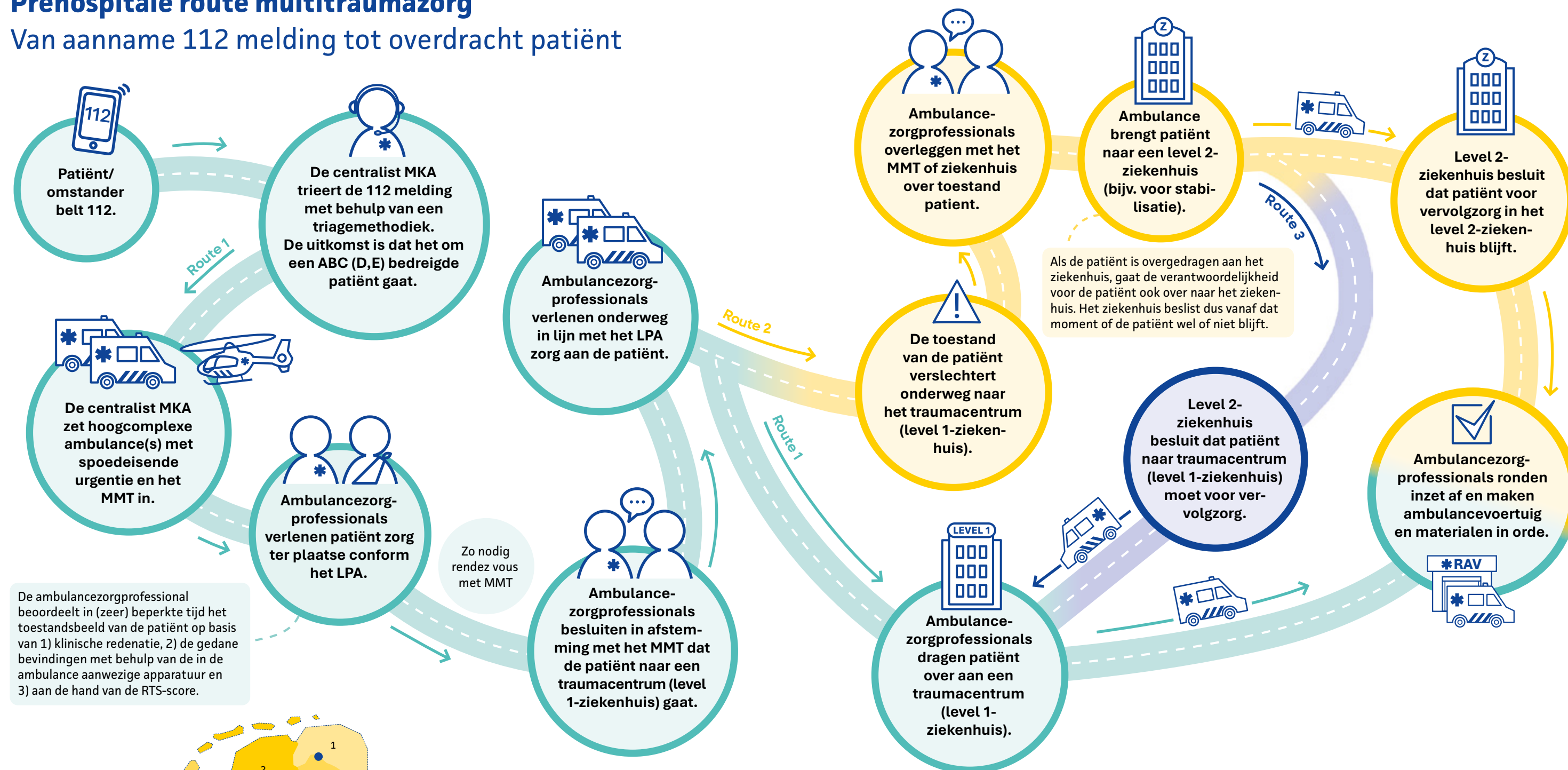
- B1: geplande inzet op bepaald tijdstip (hoogcomplexe zorgvraag)
- B2: geplande inzet op bepaald tijdstip (midden-/laagcomplexe zorgvraag)

Meldkamerzorg

- C1: doorverwijzing
- C2: zelfzorgadvies

Prehospitale route multitraumazorg

Van aanname 112 melding tot overdracht patiënt



RTS

De Revised Trauma Score (RTS) wordt gebruikt door de ambulancezorgprofessional om de ernst van het trauma in te schatten. Om de RTS-score vast te stellen kijkt men naar verschillende parameters: ademfrequentie, systolische bloeddruk en Glasgow Coma Scale.

ISS

Ziekenhuizen gebruiken de Injury Severity Score (ISS) om het letsel van de patiënt te beoordelen. ISS richt zich op de ernst van de verwondingen. De ISS wordt door ziekenhuizen vaak vastgesteld nadat alle diagnoses gesteld zijn.

In de praktijk worden de RTS en de ISS vaak met elkaar vergeleken. Beide scores hebben wel als doel om de ernst van het trauma te beoordelen, maar het zijn twee verschillende scores!

Wist u dat...

...het MMT wordt ingezet als de situatie van een patiënt vraagt om aanvullende specialistische medische kennis en vaardigheden, zoals bij ernstige ongevallen of complexe medische situaties?



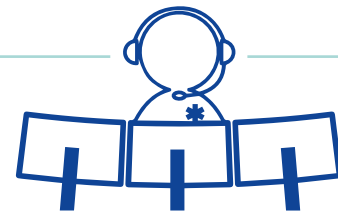
...het MMT bestaat uit een piloot, een arts, een verpleegkundige. Het MMT kan aanvullend op de ambulancezorg ter plaatse, medische handelingen uitvoeren, zoals Procedurele Sedatie Analgesie (PSA) of het uitvoeren van invasieve procedures?



...er in Nederland **10 aangewezen level-1 traumacentra** zijn?

...de helikopter hoofdzakelijk dient als vervoersmiddel om het MMT snel naar de locatie van het incident te brengen, of als de patiënt zich in een moeilijk bereikbaar gebied bevindt?

...er **10 meldkamers** ambulancezorg zijn?



...ziekenhuizen **verschillende 'levels'** hebben? Het gaat om:



Level 1: ziekenhuis kan alle ernstig gewonde patiënten 24 uur per dag, 7 dagen per week opvangen.

Level 2: ziekenhuis kan naast het behandelen van geïsoleerde letsels ook vitaal bedreigde patiënten opvangen. Maar niet alle voorzieningen zijn aanwezig, zoals neurochirurgie.

Level 3: ziekenhuis dat geïsoleerde letsels kan behandelen, bijvoorbeeld een enkel- of heupfractuur.

...er **25 regionale ambulancevoorzieningen** zijn?



...(multitrauma)patiënten meestal niet meegaan met de MMT-helikopter, omdat de tijdswinst vaak relatief klein is, er in een helikopter weinig behandelruimte is en er minder behandelcapaciteit beschikbaar is? Alleen bij zeer grote vervoersafstanden, moeilijk bereikbare locaties en kinderen wordt vaker voor vervoer per helikopter gekozen.

...in 2023 van alle traumapatiënten **7% ernstig gewond** bleek te zijn (**multitrauma, ISS ≥ 16**).

(Bron LTR rapportage 2024)



Wist u dit over de multitraumanorm?

De multitraumanorm houdt in dat 90% van de zwaar-gewonde traumapatiënten (multitraumapatiënten) direct naar een traumacentrum vervoerd wordt. De 90%-norm wordt in geen enkele regio gehaald. Dit komt onder meer door de beperkte triage-mogelijkheden op straat en omdat bij een groot deel van de patiënten niet (direct) duidelijk is of de patiënt naar een traumacentrum gebracht moet worden.

Ambulancezorgprofessionals hebben slechts beperkte tijd om het toestandbeeld van een patiënt in een acute situatie te beoordelen, met relatief beperkte apparatuur en aan de hand van de RTS-score. Achteraf kan het ziekenhuis met meer tijd en geavanceerde apparatuur tot een andere conclusie komen.

Advies Zorginstituut Nederland

In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is afgesproken dat zorgaanbieders en zorgprofessionals concrete afspraken maken om ervoor te zorgen dat de multitraumanorm wordt gehaald.¹ Aan het Zorginstituut Nederland (ZIN) is gevraagd, om in samenspraak met de direct betrokken zorgpartijen, hierover een advies uit te brengen.

Aanbevelingen verbeteren multitraumanorm

De aanbevelingen in het advies zijn gericht op de volgende vier aandachtsgebieden en komen uit het rapport van het ZIN: 'Bevordering implementatie multitraumanorm verder weg omdat het beter is' (2023):

1 Preklinische triage

Aanbeveling voor doorontwikkeling en implementatie van de Trauma Triage App (TTapp).

2 Leren & verbeteren

Aanbeveling voor aanleveren feedbackinformatie van spoedeisende hulp (SEH) naar de ambulance-sector.

3 Afstand tot traumacentrum

Impactanalyse naar beschikbaarheid (hoogcomplex) ambulances bij frequenter vervoer naar traumacentrum, loslaten van de tussenstop op weg naar het traumacentrum en inzet van traumaheli's bij vervoer.

4 Draagvlak en regionale afspraken

Aanbeveling om bestuurders in de (ROAZ) regio meer inzicht te geven in de gevolgen van de norm voor hun eigen organisatie.

Aanbevelingen aan acute zorgaanbieders

- * Landelijk Protocol Ambulancezorg 9 (LPA9) invoeren met aangescherpte criteria onder andere i.v.m. risico ondertriage patiëntgroepen.
- * De Trauma Triage App (TTapp) doorontwikkelen en implementeren, mits aan de randvoorwaarden is voldaan.
- * Onderzoek doen naar innovatieve verbetermogelijkheden en aandacht voor de preklinische triage bij kwetsbare ouderen.
- * De SEH van het ziekenhuis of traumacentrum geven feedback aan ambulanceprofessionals zodat zij horen of ze de juiste beslissing hebben genomen of niet.
- * Inrichten van scholingsprogramma's door ambulancediensten.
- * Structurele uitwisseling van medisch inhoudelijke kennis in de keten.

- * Het vaker aanleveren van analyses over ambulancezorg in de regio.
- * Er moeten duidelijke afspraken komen over het maken van een tussenstop bij een SEH van een ziekenhuis op de route naar het traumacentrum.
- * Het ambulanceteam moet onderweg naar het traumacentrum goede ondersteuning van het traumacentrum krijgen.
- * De beschikbaarheid van ambulances bekijken als de 90% norm wordt gehaald en kijken wat de impact zou zijn van meer vervoer van deze patiënten door de helikopter (>30 minuten).
- * Kennisvermeerdering en kennisdeling.
- * Duidelijke afspraken maken in het ROAZ-plan over onder andere opvang en terugplaatsen en het monitoren van bewegingen.

Bovenstaande aanbevelingen komen uit het rapport van het ZIN: 'Bevordering implementatie multitraumanorm verder weg omdat het beter is' (2023)

¹ AZN is geen IZA partij, maar is wel betrokken bij diverse afspraken en aanbevelingen, zoals de adviezen omtrent de bevordering van de multitraumanorm.



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

www.ambulancezorg.nl

info@ambulancezorg.nl