

Loek Leenen

chirurg-traumatoloog-intensivist,
afdeling Heelkunde/Traumatologie,
UMC Utrecht

Herman Holtslag

revalidatiearts,
afdeling Revalidatie & Sport,
UMC Utrecht

CONCENTRATIE VERHOOGT KWALITEIT AANZIENLIJK

Ernstig trauma beter in één centrum



Traumatoloog Loek Leenen en revalidatiearts Herman Holtslag pleiten voor één gespecialiseerd traumacentrum voor meervoudig gewonden, bovenop de bestaande elf centra. Buitenlandse voorbeelden laten zien dat een dergelijke concentratie de kwaliteit zeer ten goede komt.

Nederland kent sinds 1999 een regionaal systeem van traumazorg, met elf traumacentra als spil in elke regio.^{1,2} Onlangs stelde Zorgverzekeraars Nederland voor om in plaats daarvan te komen tot een vijftal level-1 traumacentra. Zij baseren dit aantal op slechts enkele studies, die zeggen dat het optimale aantal meervoudig gewonde patiënten per insti-

tuut niet boven de 700 uitkomt. Echter, in een recente opiniërende mededeling in het European Journal of Trauma and Emergency Surgery werden de resultaten van de zeer grote, in de wereld toonaangevende, Amerikaanse traumacentra gepubliceerd en daarin werd gesproken over 6 à 7000 opgenomen traumapatiënten per jaar, van wie in totaal 2500 meervoudig gewond.³ De kwaliteitsniveaus die daarbij

gehaald worden stijgen ver uit boven de in Nederland gehaalde norm. Zo beschrijft Dutton de resultaten in Baltimore en laat zien dat 12 procent meer patiënten per jaar overleven dan de normpopulatie, terwijl in Nederland ongeveer 5 procent gehaald wordt.^{4,5} Verdere concentratie is dus aan te raden voor Nederland, zeker als je bedenkt dat ons land een veel grotere bevolkingsdichtheid kent dan de VS. Bovendien is Nederland een veilig land; volgens de laatste schattingen van het RIVM een van de veiligste in de wereld.⁶ Hierdoor is het aantal patiënten dat meervoudig gewond is relatief laag, waardoor de aantallen die in de diverse traumacentra worden gezien zeer laag zijn en – gezien de dalende trend in het aantal ongevallen – alleen nog maar lager zullen worden.

Daarnaast is het totaal aantal meervoudig gewonde patiënten slechts 5 procent van het totaal aantal wegens letsel opgenomen patiënten. De schatting van 2500 echt meervoudig gewonde patiënten – dit getal wordt sinds jaren in Nederland gehanteerd, en heeft nu met de recentelijk bekend geworden traumaregistratie een basis – zou vergelijkbaar zijn met de aantallen die in de Amerikaanse instituten worden gezien.

Een op prehospitala helikopterhulp gebaseerd systeem, bovenop het huidige regionale systeem moet het mogelijk maken te komen tot één landelijk traumacentrum gespecialiseerd in de zorg voor de echt meervoudig gewonde patiënten. Tegenwerpen die veel gehoord worden zijn dat de Nederlandse situatie, maar ook de patiëntenpopulatie en de weersituatie niet vergelijkbaar zijn met die in de VS. Resultaten zoals in Baltimore worden echter ook in Seattle behaald, waar de weersomstandigheden, maar ook de patiëntenpopulatie vergelijkbaar zijn met die in Nederland, maar het verzorgingsgebied vele malen groter is.

Kindertraumatologie

De traumazorg voor kinderen mag in dit pleidooi niet onvermeld blijven. Het aantal kinderen met ernstig letsel is in Nederland gelukkig klein. Dit voordeel heeft echter ook een nadeel. Elk centrum heeft slechts een zeer beperkte ervaring met deze problematiek en de expertise bij de kinderchirurgen is dalende. Daarbij komt dat in de huidige certificering van de kinderchirurg slechts weinig plaats is ingeruimd voor de kindertraumatologie, zodat de opvang en verzorging van deze kinderen door de volwassenentraumatoloog gebeurt. En hoewel recente evaluatie heeft laten zien dat de mortaliteit laag is, heeft op kinderen toegesneden zorg aangetoonde voordelen.⁷

Brandwondenzorg

De recentelijk uitgesproken inaugurele rede van professor Breederveld, bij zijn aanvaarding van het ambt als bijzonder hoogleraar op het gebied van acute brandwondengeneeskunde aan de Universiteit

Leiden voorziet voor de brandwondenzorg, een speciaal onderdeel van de traumazorg, een verregaande reorganisatie.⁸ ‘De huidige drie brandwondencentra zullen uiteindelijk ... worden gecentraliseerd tot een nationaal brandwondencentrum en niet meer ... op drie plaatsen in Nederland zijn gelokaliseerd. De plaats van zorg voor zeer kleine kinderen met

Wij pleiten voor één categoriaal trauma-instituut

ernstige brandwonden heeft nu al aanpassing, de locatie van zorg voor volwassenen met brandwonden zal tussen nu en tien jaar structureel moeten worden gewijzigd.’

Talrijke motieven maken het noodzakelijk om deze zorg te concentreren op één plek in Nederland in plaats van de huidige, in perifere ziekenhuizen gesitueerde, brandwondencentra, met een te klein aantal bedden en grote problemen in bemensing en opvolging. Breederveld concludeert dan ook: ‘Een concentratie van de zorg in één nationaal brandwondencentrum in Nederland, gelokaliseerd in een academisch centrum met de benodigde faciliteiten, met name een brandwonden-ic en een kinder-ic, lijkt onontkoombaar, ja zelfs wenselijk.’

Dwarslaesiezorg

Onafhankelijk van de ontwikkelingen in de zorg voor de meervoudig gewonde patiënt en de brandwondenzorg heeft de versnippering van de zorg ook in de dwarslaesiezorg, een speciaal gebied van de traumazorg, geleid tot herbezinning en evaluatie. Wegens de lage incidentie wordt in een recente Zorgstandaard Dwarslaesie ook voor de dwarslaesiezorg

een lans gebroken voor verdere concentratie van de zorg voor deze speciale groep patiënten. In dit door de Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON) onafhankelijk samengestelde rapport en de richtlijn wordt de gehele keten van zorg doorgeleucht en worden adviezen gegeven om te komen tot een verbetering van de huidige situatie.

Ook hier zijn voorbeelden te over te vinden dat verdere concentratie van zorg op dit gebied zijn vruchten afwerpt. Zo zijn de ziekenhuizen in Murnau (Duitsland) en Notwill (Zwitserland) wereldwijd bekend vanwege hun specifieke kennis en kunde op het gebied van de primaire opvang en langdurige zorg voor de patiënt met spinale problematiek.

Concentratie

Wij pleiten voor de concentratie van zorg op de vier bovengenoemde gebieden in één categoriaal trauma-instituut. Een bundeling van activiteiten rond de traumazorg, met zwaartepunten en focus op deze gebieden in één instituut maakt het levensvatbaar en qua bemensing mogelijk.

De vraag of één categoriaal traumaziekenhuis haalbaar is, is al meerdere malen beantwoord op andere plekken in de wereld. In Duitsland functioneren sinds Kaiser Wilhelm de zogenaamde *Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhäuser* die zich alleen op de verzorging van de traumapatiënten toelagen. Andere voorbeelden zijn *Shock trauma* in Baltimore, maar ook het Lorenz Böhler Instituut in Wenen. Kortom, voorbeelden te over van kwalitatief hoogwaardige instituten waar concentratie van zorg geleid heeft tot gedocumenteerde hoogwaardige traumazorg. Waarom neemt Nederland genoegen met minder? ■

contact

I.p.h. leenen@umcutrecht.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.