

Vergaderjaar 1998–1999

25 387

Spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen

Nr. 4

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 2 oktober 1998

Hierbij doe ik u, mede namens de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, een afschrift van mijn «Beleidsvisie traumazorg ex artikel 8 Wet op bijzondere medische verrichtingen» toekomen.

Deze beleidsvisie zal in de Staatscourant worden gepubliceerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Hierbij doe ik mijn beleidsvisie toekomen op grond van artikel 8 Wet op bijzondere medische verrichtingen, ten behoeve van het aanwijzen van instellingen die zich in het bijzonder richten op traumazorg; de traumacentra.

In de nota «Met zorg verbonden», die de Tweede Kamer in juni 1997 is aangeboden, is het voornemen geuit de traumazorg te verbeteren. Traumazorg omvat alle medische hulp aan ongevalsslachtoffers; bij een trauma gaat het om lichamelijk letsel, waarvan de ernst kan variëren van minimaal tot zeer ernstig letsel.

In Nederland is tot nog toe geen sprake van een geïntegreerd systeem van traumazorg. Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat invoering van een dergelijk systeem kan leiden tot een daling van het jaarlijks aantal dodelijke slachtoffers, tot een vermindering van blijvende rest-invaliditeit en tot een verbetering van de kwaliteit van de traumazorg in het algemeen.

Vrijwel alle ziekenhuizen verlenen spoedeisende medische hulp en daarmee traumazorg. Ongevalsslachtoffers worden in het algemeen gebracht naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Het blijkt dat met name binnen de groep zeer ernstig gewonden gezondheidswinst te behalen valt door meer aandacht te geven aan een juiste toedeling van patiënten aan ziekenhuizen. Ook zeer ernstig gewonde patiënten worden in de huidige situatie veelal naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd, waarbij niet altijd gekeken wordt of de mogelijkheden van het ziekenhuis overeenstemmen met de zorgbehoefte van de patiënt. Door patiënten direct naar het meest geschikte ziekenhuis te vervoeren kan beter optimale zorg worden verleend. Met name voor de groep ernstig meervoudig gewonde patiënten, de zogenaamde multitraumapatiënten, zal dit een duidelijke verbetering van de kwaliteit van de traumazorg betekenen.

Het bovenstaande in overweging nemende, heb ik besloten om – met gebruikmaking van artikel 8 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) – in het kader van een te ontwikkelen traumazorgnetwerk, *traumacentra* aan te wijzen en tevens financieel te ondersteunen voor de uitvoering van een aantal bijzondere taken binnen de traumazorg. In het navolgende geef ik mijn beleidsvisie zoals bedoeld in artikel 8 WBMV ten aanzien van de traumacentra.

TRAUMACENTRA

De opvang moet voor alle ongevalspatiënten goed verzorgd zijn, en met name voor de multi-traumapatiënten is het van groot belang dat het ziekenhuis waar zij naar vervoerd worden, beschikt over een groot scala aan specialismen en goed georganiseerde voorzieningen voor spoedeisende hulp en intensive care. Dit alles moet 24 uur per dag beschikbaar zijn. Dat is niet in alle ziekenhuizen te realiseren. Ziekenhuizen die zich specifiek op de multi-traumapatiënten zullen richten, wil ik gaan aanwijzen: de zogenaamde traumacentra. Het gaat hierbij nadrukkelijk om bestaande ziekenhuizen en dus niet om nieuw te bouwen centra. In de nota «Met zorg verbonden» is aangegeven dat de aan te wijzen traumacentra een vergunning voor bijzondere neurochirurgie moeten hebben. Overwegingen hierbij zijn: de doelgroepen van de traumacentra en de neurochirurgische hoofdcentra overlappen elkaar in belangrijke mate, en bij multi-traumapatiënten moet direct effectieve diagnostiek en behandeling van ernstig hersenletsel of letsel aan andere delen van het centrale zenuwstelsel mogelijk zijn (dus geen secundair vervoer).

Met tien centra zal naar mijn oordeel kunnen worden voorzien in de behoefte aan dergelijke traumacentra. In de paragraaf Procedure zet ik het beoordelingskader om te komen tot aanwijzing van traumacentra uiteen.

Het aanwijzen van traumacentra zou zeker niet mogen resulteren in een concentratie van *alle* ongevalspatiënten. Ik acht dit gevaar overigens gering. De ambulancediensten zijn immers op de hoogte van het feit dat minder ernstig gewonden prima behandeld worden in een ziekenhuis dat niet is aangewezen als traumacentrum met bijzondere taken. Het is een gezamenlijke taak van de ziekenhuizen en de regionale ambulancevoorzieningen om er op toe te zien dat een dergelijke concentratie niet optreedt, maar dat de juiste patiënt op de juiste plaats komt.

NETWERK

Zoals in de inleiding reeds gesteld is, ontbreekt het in Nederland tot nog toe aan een geïntegreerd systeem van traumazorg. Hierdoor worden ongevalspatiënten vaak naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd, wat niet altijd het meest geschikte ziekenhuis blijkt te zijn qua behandel-mogelijkheden.

De mogelijkheden op het gebied van de traumazorg verschillen sterk per ziekenhuis. Van de minder gespecialiseerde ziekenhuizen kan niet worden gevraagd multitraumapatiënten te behandelen. Inzicht in 'wie kan wat' is noodzakelijk om onderling te komen tot goede afspraken binnen de regio. Het gaat bij het inschatten van het traumazorgprofiel van een ziekenhuis niet om een verschil in de kwaliteit van de zorg maar om een verschil in mogelijkheden die de ziekenhuizen hebben op het gebied van spoedeisende medische hulpverlening. Het is wenselijk dat er vooraf afspraken worden gemaakt tussen de ziekenhuizen en regionale ambulancevoorzieningen, over de wijze van toedelen van ongevalspatiënten op basis van de ernst van de verwondingen. Gezien de contracteerfunctie moeten bij dergelijke afspraken ook de verzekeraars in het lokaal overleg, te weten de regionaal marktleader en de ZN/KPZ-regiovertegenwoordiger, betrokken zijn.

Deze afspraken omtrent de toedeling van patiënten moeten regionaal worden gedragen, en resulteren in regionale netwerken en uiteindelijk tezamen in een landelijk traumazorgnetwerk.

Binnen het netwerk hebben alle ziekenhuizen een rol, en moet voor elke ongevalspatiënt optimale zorg gegarandeerd zijn. Middels triage-criteria moet ter plaatse bepaald worden naar welk ziekenhuis de betreffende ongevalspatiënt vervoerd moet worden. Juiste toedelingsafspraken vóóraf, op basis van de ernst van het letsel, voorkomt de situatie dat een ernstig gewonde patiënt, na aanbidding in een ziekenhuis, moet worden doorvervoerd naar een ander ziekenhuis, omdat de benodigde deskundigheid en/of faciliteiten ontbreken. Dergelijk tijdverlies betekent immers kwaliteitsverlies.

Naast de toedelingsafspraken dienen de regionale ambulancevoorzieningen continu op de hoogte te zijn van de beschikbare opvangcapaciteit in de ziekenhuizen, zodat voorkomen kan worden dat een patiënt ter plekke moet worden geweigerd wegens plaatsgebrek. Daartoe is een goed systeem van informatie nodig.

TAKEN VAN DE TRAUMACENTRA

In het navolgende ga ik achtereenvolgens in op de verschillende taken van een traumacentrum.

Zorgtaak

Traumacentra hebben een specifieke zorgtaak voor de zeer ernstige ongevalsslachtoffers. Dit vraagt een 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen (zie bijlage).

Niet alleen een gedegen bezetting in het ziekenhuis is belangrijk, maar ook de beschikking over een medisch team dat op de plaats van het

ongeval passende pre-klinische hulp kan bieden. Gezien de zorgtaak van een traumacentrum acht ik het van belang dat elk centrum beschikt over een medisch team dat zorg bieden kan op de plaats van het ongeval, ter aanvulling op de ambulancezorg. De pre-klinische behandeling, de triage en de, daaraan gekoppelde, toedeling van patiënten aan ziekenhuizen, kan hierdoor verbeteren. Door passende zorg ter plaatse wordt het eerste «gouden» uur optimaal benut, en wordt (wanneer noodzakelijk) een langere reistijd naar een traumacentrum mogelijk.

Duidelijk zal zijn dat niet elke patiënt die door een dergelijk mobiel team wordt behandeld, automatisch naar een traumacentrum zal moeten worden vervoerd; dit is afhankelijk van de ingeschatte ernst van het letsel in het individuele geval en de vooraf geprotocolleerde afspraken over de toedeling van patiënten.

Een mobiel medisch team, afgekort MMT, moet bestaan uit een arts en een verpleegkundige (beide met specifieke opleiding en ervaring op het gebied van de pre-hospitale spoedeisende medische hulpverlening). Voor de exacte functieomschrijving is een profiel in voorbereiding. Aangegeven centra zullen een functieprofiel met de voorwaarden waaraan een MMT moet voldoen ontvangen bij de vergunning. In veel gevallen beschikken ziekenhuizen reeds over een dergelijk team.

Het MMT maakt in organisatorisch opzicht deel uit van de zogenaamde geneeskundige combinatie. Naast het MMT maken ambulanceteams en een snel inzetbare groep ter medische assistentie (SIGMA) onderdeel uit van dit samenwerkingsverband. Omdat de geneeskundige combinatie als een logistieke en operationele eenheid fungeert, kan dit bij grote ongevallen en rampen slagvaardig worden ingezet.

Het is van belang dat de traumacentra zorg dragen voor afspraken over de inzet van de mobiele medische teams binnen het verzorgingsgebied. Deze afspraken moeten niet alleen gericht zijn op de voorwaarden waaronder een mobiel medisch team wordt ingezet, maar ook op de logistieke punten die spelen bij een inzet van het mobiel medisch team. Hierbij zou ik mij ook samenwerking voor kunnen stellen ten aanzien van de bemensing van de teams met niet-traumacentra in het verzorgingsgebied.

Bijzondere taken

Naast deze zorgtaak wil ik dat de aan te wijzen traumacentra een aantal taken ten aanzien van het realiseren en welslagen van een traumazorg-netwerk, zowel regionaal als landelijk, op zich nemen. De bijzondere taken die elk traumacentrum moet vervullen zijn:

– Het totstandbrengen van het traumazorgnetwerk binnen het gebied dat tot het verzorgingsgebied van het centrum worden gerekend.

De traumacentra dienen onderling afspraken te maken over de omvang van de verzorgingsgebieden van de centra zodanig dat het hele land gedekt is.

De traumacentra zullen, om een netwerk tot stand te brengen, afspraken tot samenwerking moeten maken met *alle* partijen die een rol vervullen bij de hulp aan ongevalsslachtoffers.

Binnen het verzorgingsgebied van een traumacentrum moeten onder meer afspraken gemaakt worden over onderlinge visitatie, zodat de ontwikkeling van het netwerk nauwlettend wordt gevolgd door de betrokken partijen.

– Intensief contact met de andere traumacentra over de optimale werkwijze op zowel medisch-inhoudelijk als op organisatorisch gebied.

Elk traumacentrum moet behandelprotocollen opstellen. Onderling overleg met andere traumacentra dient te leiden tot het op wetenschappelijke basis ontwikkelen van optimale werkwijzen die zoveel mogelijk op elkaar afgestemd zijn.

Elk traumacentrum dient een registratiesysteem te hanteren. Registratie van traumapatiënten draagt bij aan de transparantie, en maakt evaluatie van de kwaliteit van de verleende zorg mogelijk.

Elk traumacentrum dient kwaliteitscriteria te ontwikkelen. Ook ten aanzien van registratie en kwaliteitscriteria moeten de centra onderling komen tot een uniforme aanpak.

Ten aanzien van zowel een kwaliteitssysteem als een registratiesysteem zijn, in overleg met het veld, documenten ontwikkeld waarvan de centra geacht worden gebruik te maken.

– De traumacentra moeten zich gezamenlijk ontwikkelen tot de kenniscentra op het gebied van traumatologie. Belangrijk is dan ook *vergaren en verspreiding van kennis en kunde*. Hiervan maken de zorgontwikkeling en de training en opleiding van beroepsbeoefenaren deel uit.

Helikopters

In opdracht van de Ziekenfondsraad is onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van de inzet van mobiele medische teams per helikopter. De helikopter is primair bedoeld voor het snel ter plaatse brengen van een medisch team. De Ziekenfondsraad adviseert een verdere inzet van helikopters en voorts een uitbreiding van de inzet. Naar aanleiding van dit advies van de Ziekenfondsraad heb ik besloten mijn medewerking te geven aan de inzet van helikopters vanuit een aantal geografisch goed gespreide bases. Ik zal het advies van de Ziekenfondsraad om eerst de experimenten uit te breiden, niet volgen. Het onderzoeksrapport biedt voldoende aanknopingspunten om vast te stellen dat de inzet van medische teams per helikopter een toegevoegde waarde heeft als aanvulling op de ambulancezorg en daarmee als onderdeel van het traumazorgnetwerk.

Om praktische redenen ligt een verbinding van de bases aan een traumacentrum voor de hand. Ik heb besloten om vier traumacentra aan te wijzen die zorg moeten dragen voor een MMT/helikoptervoorziening. Het is vanuit het oogpunt van een optimale bereikbaarheid van belang dat de standplaatsen geografisch goed gespreid liggen. Op welke wijze invulling wordt gegeven aan het beschikbaar houden van deze voorziening is aan de traumacentra.

De medische teams die per helikopter worden ingezet dienen een paraat karakter te hebben. De beslissing om een medisch team per helikopter in te zetten ligt bij de Centrale Post Ambulancevervoer. Ook voor deze MMT's geldt uiteraard dat over inzetcriteria vooraf afspraken gemaakt dienen te worden.

Ik wil hierbij benadrukken dat een MMT/helikoptervoorziening niet ten dienste staat van één traumacentrum, maar dat de voorziening het landelijke traumazorgnetwerk dient.

PROJECT GENEESKUNDIGE HULPVERLENING BIJ ONGEVALLLEN EN RAMPEN

Middels het project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen wordt de regionale samenwerking op het gebied van de spoedeisende medische hulpverlening gestimuleerd. Zowel de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties als ik zelf zijn verantwoordelijk voor het project.

In de visie op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen zal door het openbaar bestuur een *regionaal geneeskundig functionaris* worden benoemd. De inhoudelijke coördinatie van de zorg aan traumapatiënten in de verschillende regio's moet, zoals gesteld, geschieden vanuit de traumacentra. De regionaal geneeskundig functionaris zal, gelet op zijn voorziene rol bij ongevallen en rampen, uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor een organisatorische samenhang van partijen op het terrein van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De regionaal geneeskundig functionaris zal daarom vanuit die verantwoordelijkheid betrokken moeten worden bij de opzet van het traumazorgnetwerk. Bij een ramp zal deze functionaris procesverantwoordelijke zijn voor de geneeskundige hulpverlening. Hij dient dan ook het voortouw te nemen bij de planvorming op het gebied van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, waarbij uiteraard samenwerking met alle in het traumazorgnetwerk betrokken partijen wenselijk is.

Een goed georganiseerde keten van spoedeisende medische hulpverlening kan als basis dienen voor de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen. Hetzelfde traumazorgnetwerk kan worden ingeschakeld (en worden «opgeschaald»), waarmee de (virtuele) splitsing tussen de dagelijkse spoedeisende hulp en de geneeskundige hulpverlening bij rampen vervalt. Dit acht ik van groot belang, aangezien wij in Nederland geen eigenstandige rampenbestrijdingsorganisatie kennen, maar een organisatie die gebaseerd is op de samenwerking van parate hulpverleningsdiensten.

BEKOSTIGING

In het regeerakkoord is aangegeven dat met onder anderen de ziekenhuissector afspraken gemaakt moeten worden over de inzet van financiële middelen in de huidige regeerperiode. Het traject van de hoofdlijnenakkoorden met de academische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen en met Zorgverzekeraars Nederland biedt hiervoor het kader. Voor de inzet van de helikopters en zonodig voor de mobiele medische teams wil ik met betrokkenen op korte termijn tot afspraken komen. Voor de inzet van de helikopters denk ik aan een bedrag van 10 mln, gelijkelijk te verdelen over de vier centra.

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties is in overleg met het veld over de aanschaf van de uitrusting voor de mobiele medische teams.

Voor de financiële ondersteuning van de eerder genoemde bijzondere taken ten behoeve van het traumazorgnetwerk van de traumacentra heb ik in het Jaar Overzicht Zorg in totaal structureel 10 mln gereserveerd.

PROCEDURE

Ziekenhuizen die als traumacentrum willen worden aangewezen, kunnen bij mij een verzoek hiertoe indienen. Voor aanwijzing van de traumacentra heb ik het volgende beoordelingskader:

Alleen de ziekenhuizen die de beschikking hebben over de functie bijzondere neurochirurgie kunnen in aanmerking komen voor aanwijzing tot traumacentrum. Er zijn in totaal dertien vergunningen voor de functie bijzondere neurochirurgie afgegeven. Een aantal vergunningen betreft ziekenhuizen die wat betreft de neurochirurgie nauw samenwerken en richt zich op de uitoefening van de functie op meer dan één locatie (de zogenaamde bilocaties). Als gevolg hiervan wordt de functie bijzondere neurochirurgie in zeventien ziekenhuizen uitgevoerd.

Ten aanzien van de bilocaties merk ik op dat ik de functie van traumacentrum niet wil splitsen; hooguit één van de ziekenhuizen kan als

traumacentrum worden aangewezen. Wanneer één van de locaties een academisch ziekenhuis betreft dan heeft het academische ziekenhuis mijn voorkeur vanwege onderzoeks- en opleidingstaken alsmede de grotere omvang van de medische staven.

Om het functioneren van een traumacentrum rendabel te laten zijn is een ondergrens te stellen aan de omvang van het verzorgingsgebied waarvoor het centrum een functie vervuld. In navolging van het advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen betreffende traumazorg (1991 en nogmaals onderschreven in 1998), zal ten aanzien van dit verzorgingsgebied tenminste 1,2 mln inwoners worden aangehouden. Wanneer er binnen een verzorgingsgebied gekozen moet worden tussen een algemeen en een academisch ziekenhuis, dan heeft wederom het academische ziekenhuis mijn voorkeur boven het algemene ziekenhuis, om eerder genoemde redenen.

Een goede geografische spreiding van de traumacentra is uiteraard belangrijk om te komen tot een landelijk dekkend traumazorgnetwerk en, hieruit volgend, een goede bereikbaarheid van de centra in een beperkte tijd. (Immers, ondanks goede pre-hospitale hulp is beperkte transporttijd van belang.) Ook voor de helikopter-voorziening geldt dat gestreefd zal worden naar een optimale geografische spreiding. Bij de aanwijzing van de centra zal ik hiermee rekening houden.

De ziekenhuizen die zich aanmelden moeten bereid zijn de taken van een traumacentrum op zich te nemen. Hierbij gaat het om zowel de specifieke zorgtaak als de bijzondere taken die gericht zijn op het realiseren van het traumazorgnetwerk.

Ik ben voornemens uit te komen op een aantal van tien traumacentra in Nederland.

Binnen deze groep zullen vier ziekenhuizen worden aangewezen die zorg kunnen dragen voor een helikoptervervoering. Deze vier helikopters moeten, samen met de reeds bestaande helikopters die in de grensgebieden van beide buurlanden zijn gestationeerd, tot een landelijke dekking komen. Ik acht het van belang dat deze traumacentra beschikken over de functies opleiding en onderzoek op het gebied van de spoedeisende geneeskunde en zich reeds sterk profileren op het gebied van de traumazorg. De centra moeten zorgdragen voor een helikoptervervoering die inzetbaar is van schemer tot schemer. In de helikopter moet plaats zijn voor een mobiel medisch team, en daarnaast moet in noodgevallen vervoer van een traumapatiënt mogelijk zijn. De centrale post ambulancevervoer beslist over de inzet van een mobiel medisch team, en daarmee ook over de inzet van de helikopter. Over inzetcriteria dienen vooraf afspraken gemaakt te zijn.

Van de ziekenhuizen die verzoeken om een aanwijzing als traumacentrum, ontvang ik graag een plan van aanpak. Hierin dient duidelijk beschreven te staan op welke wijze het ziekenhuis invulling wil gaan geven aan de belangrijke zorgtaak van een traumacentrum, aan de bijzondere taken van een traumacentrum en aan de gestelde criteria (welke staan beschreven in de bijlage). Dit alles moet zijn voorzien van een tijdpad.

Verder moet er reeds daadwerkelijk overleg gestart zijn met de ziekenhuizen en de ambulancediensten die binnen het beoogde verzorgingsgebied vallen. Om te komen tot een samenwerkingsverband acht ik het daarnaast nog van belang dat ook de verzekeraars in het lokaal overleg positief staan tegenover een verzoek tot aanwijzing. Deze samenwerking moet in het Plan duidelijk naar voren komen.

Aangezien ik wil komen tot een landelijk samenhangend traumazorgnetwerk, acht ik volgtijdelijke beoordeling van verzoeken niet optimaal.

Verzoek tot aanwijzing kan daarom worden ingediend tot het einde van dit kalenderjaar.

Na ontvangst van de verzoeken zal ik snel over gaan tot besluitvorming. Ik heb inmiddels het COTG verzocht om een passende beleidslijn te ontwikkelen ter financiële ondersteuning van de traumacentra.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

BIJLAGE

Concrete criteria waaraan een traumacentrum moet voldoen:

24-uurs beschikbaarheid:

intern traumateam, bestaande uit (minimaal) een chirurg met aantoonbare ervaring in de traumatologie, anesthesist, radiodiagnost, twee SEH-verpleegkundigen, twee RO-laboranten.

binnen 15 minuten in ziekenhuis aanwezig:

neurochirurg
thoraxchirurg
kaakchirurg
KNO-arts
uroloog
gynaecoloog
orthopeed
plastisch chirurg
kinderarts
internist

Mobiel medisch team, bestaande uit een arts en een verpleegkundige (beide met relevante ervaring op het gebied van de preklinische spoedeisende medische hulpverlening).

In vier centra zal sprake zijn van een MMT/helikoptervoorziening, waarvoor permanente aanwezigheid geldt.

Ten aanzien van de faciliteiten dient beschikbaar te zijn: traumachirurgie

adequate IC-faciliteit
adequate OK-faciliteit
CT/MRI/interventie
traumaregistratie
coördinatiecommissie traumatologie