

Verslag thema-avond Scoop & Run

Op veler verzoek stond de thema-avond van woensdag 19 april in het teken van 'scoop & run'. Dat dit thema leeft onder de doelgroep, bleek wel uit het feit dat het maximum aantal deelnemers van 300 binnen één week was bereikt. Uitwijken naar een grotere collegezaal zorgde ervoor dat nog eens 50 deelnemers extra aanwezig konden zijn. Maar zoals dat in de traumazorg vaker het geval is, loop je wel eens tegen problemen aan die je niet van te voren verwacht. Zo liet de techniek ons in de steek en waren wij genoodzaakt de ruim 300 deelnemers te verhuizen naar een andere collegezaal binnen het AMC. Duidelijk geen 'stay & play' maar 'scoop & run'... spullen inladen en wegwezen dus. Gelukkig liep het publiek trouw mee naar de, met spoed geregelde, andere collegezaal. Een actueel en relevant onderwerp dus, maar is het 'scoop & run'-principe wel zo toepasbaar in het veld? De avond zal het leren...

Scherp letsel en on scene tijden

Zodra iedereen opnieuw geïnstalleerd was, opent Vincent de Jong, traumachirurg in het AMC en sinds kort medisch coördinator traumazorg bij TraumaNet AMC, de avond. De eerste spreker is Renate Bongaards, voormalig ambulanceverpleegkundige en nu projectleider bij Ambulance Amsterdam. Zij geeft het publiek een uniek kijkje in de pre-hospitale data van de ambulancedienst. Een primeur, want tot voor kort was het niet altijd even makkelijk data uit de database te halen. Bongaards heeft zich in de database van de jaren 2015 en 2016 verdiept en somt een aantal relevante cijfers op: ruim 200 incidenten met in de omschrijving 'scherp letsel', 'steekwond', 'steekverwonding' en 'schotwond'; de grootste piek ligt in de nacht van zaterdag op zondag; de gemiddelde on scene tijd is bijna 14 minuten en het zijn vooral mannen die het slachtoffer zijn (84%). Bongaards benadrukt het belang van een goede registratie. Op basis van deze data kan het prehospitalaal handelen worden geëvalueerd en kan wetenschappelijk onderzoek worden verricht.

Key-note lecture: Struggling with on scene time

Dat het onderwerp van deze thema-avond verder reikt dan de Nederlandse grens blijkt uit de aanwezigheid van Engelse expertise. Anne Weaver, SEH-arts in het Royal London Hospital en consultant van London's Air Ambulance, inspireert het publiek met haar key-note lecture over de worsteling tussen on scene tijd en uitvoering van behandeling ter plaatse. De lezing begint met een aantal interessante feiten over de prehospitalale zorg in Londen. De London's Air Ambulance wordt alleen overdag geactiveerd en als er sprake is van ernstig letsel. 's Nachts worden de zogeheten 'rapid response cars' ingezet. Verder zijn er in Londen vier grote traumacentra (Major Trauma Center – onze Level 1 traumacentra) en wordt het traumateam gemiddeld 3.200 keer per jaar geactiveerd. Weaver slaat een bruggetje naar het 'scoop & run'-principe dat volgens haar niet beschouwd moet worden als een futuristisch transportsysteem "that just beams the patient to the hospital". In de literatuur is 'scoop & run' een discutabel onderwerp en zijn de uitkomsten afhankelijk van factoren als populatie, geografisch gebied, beschikbaarheid van prehospitalale interventies en triage protocollen. In Londen kennen ze een gemiddelde prehospitalale tijd (tijd tussen 999-call tot aankomst ziekenhuis) van 66 minuten voor traumapatiënten, vergelijkbaar met andere Europese landen. Sinds 2012 heeft de London Air Ambulance bloed aan boord (beter bekend als "Billy Blood Drop") om zo prehospitalale bloedtransfusies te kunnen geven bij traumatische reanimaties waarbij hypovolemie een rol speelt. Jaarlijks zijn er, sinds de introductie van "Billy", 100 prehospitalale bloedtransfusies, wat mede heeft geresulteerd in reductie van prehospitalale mortaliteit (daling van 34 naar 18%). Ook in het ziekenhuis waar Weaver werkt (St. Barts – Royal London Hospital) wordt nagedacht over het verder optimaliseren van de traumazorg. Sinds 2008 wordt daar gebruik gemaakt van zogeheten code-protocollen om op basis van de prehospitalale vooraankondiging het juiste team van medisch specialisten te activeren. Zo is er 'Code Red' voor bloedingen en 'Code Black' voor neurologisch trauma.

De rode draad in de lezing van Weaver is dat 'scoop & run' in theorie een mooi principe is, maar dat dit in de praktijk niet zo snel is als de term doet vermoeden. De échte 'scoop & runs' worden uitgevoerd door leken waarbij een patiënt in de auto wordt gezet en zo snel mogelijk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis wordt gereden. Maar als je medisch geschoold bent, zal je altijd eerst proberen te behandelen. In sommige kritische situaties is de vervoerstijd (zonder ter plaatse te handelen) naar het ziekenhuis te lang (bijvoorbeeld bij een luchtwegobstructie). Er moet dus goed gekeken worden naar de behoeften van de patiënt. Ook speelt de expertise van het team en het beschikbare materiaal een zeer cruciale rol. Een belangrijke afweging hierin is de tijd die een prehospitalische interventie kost en de toegevoegde waarde ervan. Of zoals Weaver zegt: "do as much as needed, and as little as possible". Weaver eindigt haar lezing door nogmaals te benadrukken dat er een grijs gebied bestaat tussen 'scoop & run' en 'stay & play'. Zij sluit dan ook af met de woorden: "Stay calm, scoop them up carefully, 'treat (not play)' and run to the Major Trauma Center".

Een Londen's ABC-tje: Audit what you do, sort the Basics, then the Clever stuff

Vervolgens is het aan Hans van Schuppen, urgentie-anesthesioloog in het AMC, om de boodschap van Weaver te vertalen naar de Nederlandse situatie. Hoewel Nederland goed georganiseerde en gekwalificeerde ambulancezorg en Mobiel Medische Teams (MMT's) kent, blijft er altijd ruimte voor verbetering. Dat Van Schuppen recht van spreken heeft, blijkt onder andere uit het feit dat hij in het verleden een periode mee getraind heeft met de London's Air Ambulance. Maar wat kunnen wij dan leren van onze collega's in Londen (naast de hotspots in Londen voor de beste koffie)? Van Schuppen noemt het veelvuldig doen van audits als belangrijk leerpunt, want meten is weten en door in een open sfeer casuïstiek te bespreken wordt van elkaar geleerd. Ook de prehospitalische bloedtransfusies ("Billy Blood Drop") zijn volgens hem goed geregeld in Londen. Een initiatief dat bij een aantal MMT's in Nederland al navolging heeft gekregen. Ook op het gebied van structurele training en scholing kan Londen fungeren als inspiratiebron. De training die hij zelf heeft gevolgd, beschrijft hij als extreem realistisch en daardoor zeer leerzaam ('zelfs de geur van de verbrande lakens was levensecht'). De afsluitende woorden van Van Schuppen sluiten aan bij die van Weaver: "Audit what you do, sort the Basics, then the Clever stuff".

Traumatische reanimatie: behandel de oorzaak en denk HOTT

"Vergeet de thoraxcompressies bij een traumatische reanimatie, want ze helpen niet", met deze mindset begint Fabian Kooij, urgentie-anesthesioloog in het AMC en MMT-arts van de LifeLiner 1, zijn presentatie over het nieuwe reanimeren. Nieuw? Ja, want het inzicht dat een traumatische reanimatie verschilt van een 'gewone' reanimatie is nog niet heel lang bekend. Wanneer er sprake is van Hypovolemie, Oxygen (hypoxie), Tension Pneumothorax (spanningspneumothorax) en/of Tamponade (afgekort als HOTT) heeft een 'gewone' reanimatie geen zin, maar verdient het opsporen én het agressief behandelen van de oorzaken prioriteit. Eventueel met behulp van een thoracotomie (ter illustratie toont Kooij afbeeldingen waarop een grote klem de thorax openhoudt met bijbehorende tekst 'crack to cure'). Een thoracotomie heeft hierbij als primair doel bijvoorbeeld het ontlasten van een tamponade. Met veel enthousiasme en bevoegenheid vertelt Kooij zijn verhaal over een 'scoop & run' bij een patiënt met een steekwond in de thorax met veel bloedverlies. De patiënt had output, maar onderweg verslechterde zijn toestand en begon patiënt te 'gaspen' (ineffectieve ademhaling ten teken van circulatiestilstand). Reden voor het MMT om over te gaan tot een thoracotomie. Een succesverhaal, want de patiënt kon uiteindelijk na zeven dagen het ziekenhuis in goede conditie verlaten.

Casuïstiekbespreking: van 112 tot opvang op de traumakamer

In de afsluitende casuïstiekbespreking werd een patiënt besproken die na een steekpartij in een park werd aangetroffen. Micha Smit (Ambulancechauffeur Ambulance Amsterdam en geneeskundestudent aan de UvA) en Stephanie Zielinski (Trauma-differentiant in het AMC) namen het publiek mee naar de bewuste avond en liet de deelnemers door middel van hun smartphone mee beslissen over de behandeling. Iets wat achteraf natuurlijk makkelijk praten is... Bij aankomst

van de ambulance blijkt er sprake te zijn van een ABCD instabiele patiënt waarop deze wordt geïntubeerd, met een ballon beademd en gereanimeerd door de aanwezige brandweer. De vraag aan de zaal: wat doet u nu? Bijna 50% van de deelnemers kiest er voor naar het nabij gelegen level 2 ziekenhuis te rijden. In werkelijkheid kwam het MMT ter plaatse en is besloten over te gaan tot een thoracotomie om de oorzaak van de traumatische reanimatiesetting te behandelen; namelijk de steekwond in de thorax. Zielinski geeft wat achtergrondinformatie over de thoracotomie: de eerste prehospitala thoracotomie vond al plaats in 1902 en de eerste in Nederland in 2011. Uit de internationale literatuur blijkt de mortaliteit na een prehospitala thoracotomie tussen de 90 en 100% te liggen. Uit een Rotterdamse studie blijkt dat dit percentage lager ligt wanneer deze spoedinterventie op de SEH of op OK wordt uitgevoerd (resp. 75% en 25%). Daar zijn de omstandigheden natuurlijk ook een stuk beter dan 's avonds in een park bij het licht van de ambulance. De patiënt is uiteindelijk vervoerd naar het AMC waar op basis van de vooraankondiging via het 'grote' traumasein de juiste medisch specialisten klaar stonden op de traumakamer. Na het in gang zetten van het massa-transfusieprotocol en het verrichten van aanvullend onderzoek is uiteindelijk toch besloten de behandeling te staken waarop de patiënt is komen te overlijden.

Take home message: Stay calm, scoop them up carefully, "treat (not play)" and run to the Major Trauma Center

Aan het begin van de avond gaf tweedede van de zaal aan wel eens een traumatische reanimatie te hebben meegemaakt. Tijdens deze avond is benadrukt dat er een grijs gebied bestaat tussen 'scoop & run' en 'stay & play'. 'Scoop & run' betekent niet per definitie dat er prehospitala niets gedaan wordt en de patiënt alleen ingeladen wordt in de ambulance om naar het ziekenhuis te vervoeren. Het gaat er om dat er prehospitala wordt gedaan wat in de mogelijkheden ligt. Met de woorden van Weaver: "Do as much as needed, and as little as possible". Achteraf is natuurlijk altijd makkelijk praten. Het is belangrijk dat men zich realiseert dat er prehospitala beslissingen genomen moeten worden onder grote tijdsdruk en op basis van informatie die op dat moment bekend is. Wanneer een keuze moet worden gemaakt tussen 'scoop & run' of 'stay & play' zijn de volgende sleutelwoorden van belang: patiëntbehoeften, expertise van het team en het beschikbare materiaal.

Kortom: "Stay calm, scoop them up carefully, "treat (not play)" & run to the Major Trauma Center."