

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 06/07/2023

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/579-2 (*)

Advies van de FRZV “majeur trauma centrum”

Namens de Voorzitter, Margot Cloet,

i.o., diensthoofd Management Office
van het DG Gezondheidszorg

Annick Poncé

Directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 06/07/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

1. Inleiding adviesvraag majeur trauma centrum

De minister wil invulling geven aan het concept majeur trauma centrum (MTC). Op basis van het KCE rapport 281 "Naar een geïntegreerd systeem voor ernstige trauma's" doet de minister een voorstel om de zorg voor de traumapatiënten te structureren in geïntegreerde en hiërarchisch georganiseerde, geografische netwerken opgebouwd rond supraregionale referentiecentra.

De teksten die de minister voor advies overmaakt, zijn uitgewerkt met vertegenwoordigers van de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen van onder meer urgentiegeneeskunde, heelkunde, orthopedie, anesthesie, intensieve zorgen en interventionele radiologie.

De hoofdlijnen van het voorstel zijn:

- De organieke erkenningsnormen voor medische en verpleegkundige omkadering en infrastructurele vereisten.
- Het aantal MTC wordt beperkt tot maximum 15 over het Rijk.
- MTC zijn supraregionale referentiecentra met een geografische spreiding met een maximale reistijd van 45 minuten.
- Elk MTC is het centraal referentiepunt van een traumanetwerk. Elk ziekenhuis moet aangesloten zijn bij 1 enkel traumanetwerk van het dichtst bijgelegen MTC.

Bij de adviesvraag zijn zeven voorstellen van KB gevoegd:

1. KB houdende vaststelling van de normen waaraan een zorgprogramma 'majeur traumazorg' moet voldoen om te worden erkend en houdende vaststelling van nadere voorwaarden inzake omkadering wat betreft het medische handelen in het zorgprogramma 'majeur traumazorg'.
2. KB tot wijziging van het KB van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 12 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen en tot aanduiding van de artikelen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen die op hen van toepassing zijn.
3. KB tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk 'majeur traumazorg'.
4. KB houdende vaststelling van het maximum aantal zorgprogramma's 'majeur traumazorg'.
5. KB waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en anderen verzorgingsinrichtingen, toepasselijk worden verklaard op het netwerk 'majeur traumazorg'.
6. KB tot wijziging van het KB van 23 november 2022 tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.
7. KB tot wijziging van het KB van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot andere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

De FRZV wil in herinnering brengen dat er vandaag reeds heel wat ziekenhuizen de opvang en behandeling van majeur traumapatiënten op een kwalitatieve wijze organiseren. Sommigen zijn geaccrediteerd door een externe organisatie; anderen niet. Het zou goed zijn om voor de toewijzing rekening te houden met de expertise van die ziekenhuizen zonder de gelijkheid van kandidaturen, die in aanmerking komen volgens de normen en criteria, in het gedrang te brengen.

2. Advies van de FRZV

De werkgroep 'majeur traumacentrum' van de FRZV heeft zich gebogen over de voorstellen van KB's , en heeft een aantal opmerkingen.

In de adviesvraag stelt de minister dat de voorstellen van KB samen met verschillende beroeps – en wetenschappelijke verenigingen zijn uitgewerkt. De beroeps – en wetenschappelijke verenigingen zijn erkentelijk om geconsulteerd te zijn bij de voorbereiding maar stellen vast dat niet alle adviezen zijn opgenomen in de uiteindelijke voorstellen.

Normen waaraan een zorgprogramma 'majeur traumazorg' moet voldoen. (KB nr. 1)

Als doelgroep voor het zorgprogramma 'majeur traumazorg' worden de patiënten met een Injury Severity Score **(ISS) groter dan 15** voorgesteld.

ISS is een goede score voor de definitie van majeure trauma maar ISS is geen meetinstrument dat prehospital kan toegepast worden. ISS is een retrograde score die pas later kan bepaald worden, na opname van de majeure traumapatiënt. Deze score kan dus niet gebruikt worden om te bepalen of een traumapatiënt al dan niet naar een majeure traumacentrum moet gebracht worden.

Er zijn andere criteria nodig om te bepalen of een patiënt naar een majeure traumacentrum moet verwezen worden bv. vitale parameters of de revised trauma score. De FRZV vindt dat er voldoende vertrouwen in de expertise van de urgentie-arts (MUG) moet zijn, om de correcte doorverwijzing naar een majeure traumacentrum te bepalen.

De uiteindelijke doelstelling moet zijn dat de majeure trauma patiënt in het juiste centrum terecht komt, en dat doorverwijzingen en terugverwijzingen tot een minimum beperkt worden. Uitzonderingen moeten mogelijk zijn bijvoorbeeld een majeure trauma patiënt met een cardiochirurgische indicatie komt best terecht in een ziekenhuis met cardiochirurgie, al dan niet erkend als MTC.

De FRZV vindt dat de voorgestelde **afstand tussen 2 vestigingsplaatsen** van een MTC van 25 km in vogelvlucht of 8 km in vogelvlucht voor een gewest met een bevolking groter dan 7000 inwoners per km², zeer arbitrair is en niet op wetenschappelijke basis gefundeerd. In een dichtbevolkt land met een wegeninfrastructuur die vaak dichtslibt, kan afstand in vogelvlucht geen criterium zijn en zijn reistijden een beter criterium. Bovendien zijn er regio's in het land die een specifieke benadering vereisen: bv. de provincie Luxemburg of het grootstedelijk gebied Antwerpen met een grote bevolking, haveninfrastructuur met zware industrie en een verzadiging van het wegennet.

De minister stelt voor dat een majeure traumacentrum gemiddeld over 3 jaren minstens **240 patiënten met majeure trauma** moet behandelen om erkend te blijven voor het zorgprogramma majeure traumazorg. De FRZV vindt het aantal van 240 te hoog en niet realistisch. Het aantal van 240 kan een doel zijn om op langere termijn te halen – geleidelijk rekening houdend met de vorming van grote traumanetwerken – maar de MTC moeten de kans krijgen om naar dat aantal te evolueren. Om dat aantal te behalen is er bovendien een zeer strikt doorverwijsbeleid nodig op basis van criteria die correct en afdwingbaar zijn.

De FRZV denkt dat in het kader van majeure trauma **samenwerking** op meerdere niveaus noodzakelijk is en dat de erkenning van level II traumacentra, zoals ook aanbevolen in het KCE rapport 281, een nuttige aanvulling is op de level I traumacentra. Level II traumacentra kunnen hun expertise en kennis blijven onderhouden, en kunnen ingeschakeld worden bij tekort aan capaciteit. Idealiter zijn dit ziekenhuizen met een functie gespecialiseerde spoedgevallen. De FRZV vreest dat de ziekenhuizen die

niet erkend zijn, hun expertise en kennis in trauma gaan verliezen waardoor bij calamiteiten of tekort aan opvang in de erkende MTC, de majeure traumapatiënt onvoldoende kwalitatief kan behandeld worden. Voorbeelden in andere Europese landen hebben het verlies van expertise aangetoond.

De level II traumacentra hebben zeker een plaats in de uitbouw van een majeure traumanetwerk. Het sluitstuk in een majeure traumanetwerk zijn de ziekenhuizen met revalidatiebedden.

Om een juiste inschatting van een realistisch aantal traumapatiënten per MTC per jaar te kunnen maken, moet een **federaal register** geïmplementeerd worden om traumapatiënten te registreren. Dat register kan ook dienen om MTC te benchmarken, op te volgen en te evalueren. Pas na analyse uit de data van het register kan bepaald worden hoeveel majeure traumapatiënten per jaar moeten gehaald worden om de erkenning als MTC te behouden. Het gebruik van de ISS score is hier logisch en kan als referentie gebruikt worden. De activiteit om het federaal register op een goede en correcte wijze in te vullen zal mee in de financiering moeten voorzien worden.

Wat betreft de **vereiste infrastructuur** stelt de FRZV zich de vraag wat met de term 'permanent beschikbaar' bedoeld wordt. Vanuit het gezond verstand, vanuit efficiëntie en vanuit oordeelkundige inzet van middelen denkt de FRZV dat permanente beschikbaarheid betekent dat de infrastructuur aanwezig moet zijn, en dat bij een majeure trauma de infrastructuur (bijvoorbeeld operatiezalen) zo snel als mogelijk ter beschikking moet zijn. Permanente beschikbaarheid van infrastructuur houdt natuurlijk ook in dat er equipes permanent beschikbaar zijn in de betekenis zoals hierboven aangegeven.

In plaats van technische vereisten zoals bijvoorbeeld een CT aanwezig op spoed, zijn normeringen zoals snelheid waarmee men een CT-scan of interventionele angiografie kan aanleveren, belangrijker. Het KB houdende vaststelling van de normen verwijst in artikel 13 naar kwaliteitsnormen. Het is wenselijk om de **kwaliteitscriteria** waaraan een MTC moet voldoen, beter te specificeren en om aan te geven hoe ze zullen gecontroleerd worden.

De FRZV gaat akkoord dat de bedoelde arts-specialisten een **algemene opleiding** inzake traumazorg volgen waaronder ATLS (Advanced Trauma Life Support) of ETC (European Trauma Course). De FRZV wil wijzen op de huidige beperkte capaciteit van de opleidingscentra in België, die de opleiding voorzien. Er zal hiervoor een overgangmaatregel moeten voorzien worden. Verpleegkundigen zijn niet toegelaten om een opleiding ATLS te volgen en dus een certificaat te halen. In artikel 10,2° moet dit aangepast worden.

Lijst van zorgprogramma's (KB nr. 2)

In het KB tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's wordt de ISS score groter dan 15 hernomen. Onze opmerkingen daarover zijn reeds geformuleerd.

Erkenningsnormen voor het netwerk (KB nr. 3)

In dit KB wordt vermeld dat de traumapatiënt die niet op de spoedgevallen van een MTC toekomt, onverwijd naar het MTC, binnen het traumanetwerk waarvan het ziekenhuis deel uit maakt, moet overgebracht worden. De FRZV denkt dat de urgentiearts (MUG) kan bepalen welke zorgen eerst moeten toegediend worden voor dat hij een patiënt op een veilige manier kan doorverwijzen.

In het kader van doorverwijzing en transport van een patiënt is het belangrijk dat voor het goed functioneren van het MTC ook het interhospitaaltransport (inbegrepen helikoptertransport) geregeld en gefinancierd wordt.

Voor een kwalitatieve doorverwijzing zal ook een goede afstemming en eenvormige procedure met duidelijke instructies, nodig zijn voor de diensten 112 en 1733.

Er moet opgemerkt worden dat de criteria voor het uitsturen van de 112-middelen restrictief gedefinieerd zijn en dat de regelgeving moet gewijzigd worden om het uitsturen van de meest geschikte 112-middelen in het kader van deze hervorming mogelijk te maken.

Maximum aantal zorgprogramma's (KB nr. 4)

De minister legt het maximum aantal zorgprogramma's vast op 15 voor het hele land. Dat aantal is gebaseerd op de aanname dat er 200 traumapatiënten per MTC per jaar moeten behandeld worden, en dat er 3000 traumapatiënten per jaar zouden zijn. De FRZV stelt zich de vraag op welke basis het aantal van 3000 traumapatiënten per jaar bepaald is. Aan de hand van een federaal register zoals hoger vermeld, kan een meer realistisch aantal voorop gesteld worden.

Over het aantal traumapatiënten per MTC per jaar is de visie van de FRZV hierboven al toegelicht.

De FRZV stelt ook de vraag hoe de MTC zullen toegewezen worden en welke criteria daarbij gehanteerd zullen worden. De FRZV vraagt om ook een advies te mogen geven over het voorstel.

Overige KB's (5, 6 en 7)

De overige KB's zijn eerder van juridisch-administratieve aard en daar heeft de FRZV geen bijkomende opmerkingen.

Aanvullende opmerkingen

De adviesvraag van de minister legt de **focus op de eerste paar uren** van de opvang van een majeur traumapatiënt. Maar daarna volgt een lange hospitalisatie op intensieve zorgen, waar de capaciteit snel ontoereikend kan zijn bij concentratie van majeur traumapatiënten.

Welke garanties dient een MTC te geven wat betreft de beschikbaarheid en capaciteit op het ogenblik dat één of meerdere majeur traumapatiënten zich aanbieden en er bijvoorbeeld geen capaciteit meer is op intensieve zorgen.

Aanvullend bij de opmerkingen over de voorgestelde KB's wil de FRZV ook nadruk leggen op de correcte **financiering** van het majeur traumacentrum. De financiering moet niet alleen toelaten om de normen adequaat te kunnen invullen, maar moet ook voorzien in de financiering van de vereiste infrastructuur, aanpassingen aan de infrastructuur om een kwalitatieve opvang en behandeling van de traumapatiënt te garanderen, en de opleiding van de zorgverleners. De financiering houdt dus het engagement in van de verschillende overheden van ons land.

De normen voor het zorgprogramma majeur trauma vereisen de **permanentie** van verschillende medische disciplines. Voor die medische disciplines waarvoor geen permanentievergoeding bestaat, zal een permanentievergoeding moeten voorzien worden.

De FRZV vraagt ook specifieke bepalingen voor kinderen met majeur trauma. Sommige centra moeten worden geaccrediteerd om ook kinderen met majeur trauma op te nemen omdat kinderen een aparte expertise vereisen. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om te bepalen dat deze MTC in ieder geval een overeenkomst hebben voor een liaisonfunctie met kinderchirurgen die oproepbaar zijn indien nodig.