



① Dr. Sabine Lemoyne, spoedarts
② Dr. Philip Verdonck, spoedarts

Gekleurde hesjes geven de rolverdeling van de artsen aan. De teamleider behoudt het overzicht.

Zwaargewond op de spoeddienst

‘Scannen binnen het half uur’

Breng patiënten na een zwaar ongeval niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, maar naar een gespecialiseerd traumacentrum, zo luiden de recentste aanbevelingen. Daar staat bij aankomst een compleet team klaar voor de patiënt.

We kunnen op elk moment verschillende zwaargewonden tegelijk opvangen

Meestal voeren ambulances patiënten naar een ziekenhuis in de buurt. Dat geldt vaak ook voor patiënten die na een val of verkeersongeval heel zware kwetsuren hebben. Uit internationale cijfers blijkt echter dat patiënten meer overlevingskansen hebben als ze naar een gespecialiseerd traumacentrum gebracht worden, ook al is dat wat verder weg. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) adviseert om in België 5 à 7 gespecialiseerde traumacentra op te richten. Het UZA is alvast klaar om die rol op te nemen.

‘Fungeren als traumacentrum wil niet per se zeggen dat we werken met betere dokters of meer geavanceerde instrumenten. Wel dat we altijd voldoende specialisten in huis hebben en grondig voorbereid zijn’, legt dr. Sabine Lemoyne uit. ‘Ook ervaring speelt uiteraard een rol’, vult spoedarts en projectverantwoordelijke dr. Philip Verdonck aan. ‘In het UZA ligt onze focus nu al op het behandelen van meer zwaargewonde patiënten.’

Welke maatregelen zijn al genomen om zwaargewonde patiënten beter op te vangen?

1 Voorsprong nemen

‘Het begint nog voor de patiënt aankomt in het ziekenhuis. De MUG-artsen bellen ons alvast de nodige informatie door. Op basis daarvan verwittigen we het operatiekwartier, de scanner en de dienst intensieve zorg. Ook op de spoeddienst zelf treffen we voorbereidingen: we checken of alle nodige apparatuur in de reanimatiekamer staat en stellen een team van gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen samen. We zorgen er altijd voor dat onze mensen klaarstaan op het moment dat de patiënt binnenkomt.’

2 Duidelijke rolverdeling

‘Een hesje geeft de rolverdeling aan: arts A (*airway*) houdt zich bezig met de luchtweg, B met de ademhaling (*breathing*) en C met de bloedsomloop (*circulation*). De teamleider behoudt het overzicht en neemt de beslissingen. Door gelijktijdig en gecoördineerd te werken en de informatie samen te leggen, win je veel tijd.’

3 Scannen binnen 30 minuten

‘Elke minuut telt. We proberen de patiënt zo snel mogelijk in rustiger vaarwater te krijgen, maar je mag ook geen symptomen over het hoofd zien. Als de



patiënt bijvoorbeeld onderkoeld blijkt of een stollingsprobleem heeft, dan moet je dat ook meteen opvangen. Anders riskeer je dat de patiënt snel achteruitgaat. Het doel is om de zwaargewonde patiënt binnen de 30 minuten stabiel te krijgen. Vaak is dat het moment waarop hij onder de scanner gaat, zodat we een beter beeld krijgen van de verwondingen.'

4 Hele ziekenhuis betrokken

'Ook wat er na die eerste kritische fase komt, is belangrijk. In het UZA kunnen we dag en nacht onmiddellijk een beroep doen op extra specialisten. We zorgen ervoor dat er altijd een operatiezaal beschikbaar is en dat er plaats is op de dienst intensieve zorg. Ook in die zaken investeert het UZA. We kunnen op elk moment verschillende zwaargewonde patiënten gelijktijdig opvangen. Is er een kettingbotsing op de autosnelweg, dan schakelen we over op de rampenplanning, maar ook daarvoor liggen de scenario's klaar.'

5 Blijven trainen

'Elke maand komen we samen met mensen van verschillende disciplines. We bespreken hoe de opvang van een bepaalde patiënt is verlopen, wat goed was en hoe het nog beter kan. De procedures liggen vast maar

worden voortdurend aangepast volgens nieuwe inzichten. We oefenen maandelijks en organiseren twee keer per jaar een doorgedreven training van drie dagen. Trainen en herhalen is belangrijk. Pas als je een bepaalde handeling genoeg herhaald hebt, wordt het een automatisme. En net dat heb je nodig op de spoeddienst.'

6 Opgelet: ouderen en kinderen

'Als het gaat over ernstige verwondingen, zijn ouderen en kinderen dikwijls moeilijker in te schatten. Bij oudere mensen zijn de symptomen vaak minder uitgesproken, terwijl ze net kwetsbaarder zijn door hun leeftijd en bijkomende aandoeningen. De spoedartsen en de verpleegkundigen zijn daar extra alert voor. Ook bij kinderen is een aparte aanpak voorzien. Vooral jonge kinderen hebben een zekere reserve waardoor bepaalde symptomen minder snel zichtbaar zijn. Kinderen reageren vaak ook anders op pijn dan volwassenen en kunnen niet altijd uitleggen wat ze voelen. Op de spoeddienst van het UZA hebben we daarom een urgentie-kinderarts in ons team. We kunnen ook altijd een beroep doen op de specialisten van de afdeling intensieve zorg voor kinderen.' ☺



10 of 30 minuten rijden?

Verder rijden met iemand in levensgevaar, is dat wel slim? 'Toch wel', zegt spoedarts dr. Sabine Lemoyné. 'Stel, een patiënt bevindt zich op 30 minuten van een gespecialiseerd centrum en krijgt een zwaar verkeersongeval. In scenario A rijdt de ambulance op 10 minuten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Daar zijn echter maar één arts en twee verpleegkundigen beschikbaar. Andere artsen moeten worden opgeroepen. De gewonnen tijd gaat meteen verloren. Op de tijd dat de patiënt onderweg is naar het UZA, hebben wij al een heel team klaarstaan. Onze spoeddienst zet maximaal in op het vrijmaken van de nodige artsen en verpleegkundigen voor traumaopvang, ook 's nachts en in het weekend.'