

Zorginstituut Nederland
T.a.v. M. Hendriks, wetenschappelijk secretaris van de
expertgroep Spoedzorg
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum: 31 augustus 2015
Betreft: Consultatie kwaliteitsindicatoren spoedzorg

Geachte mevrouw Hendriks,

Zorginstituut Nederland heeft het Landelijke Netwerk Acute Zorg uitgenodigd te reageren op de conceptadviezen kwaliteitsindicatoren voor vijf vormen van spoedzorg. Graag maken wij van deze mogelijkheid gebruik.

Het LNAZ heeft de conceptadviezen ter commentaar voorgelegd aan de traumacentra/acute zorgnetwerken, zij zijn belast met de coördinatie van de acute zorg en de traumazorg in de regio. De centra hebben veelal op basis van input van partijen uit het Regionaal Overleg Acute Zorgketen gereageerd. Onderstaand treft u onze gezamenlijke reactie aan, in de bijlagen zijn de specifieke reacties per spoedindicatie opgenomen.

De kracht van het LNAZ en de acute zorgnetwerken is dat zij partijen uit de regio bijeen brengen om in het ROAZ afspraken te maken over samenwerking in de acute zorgketen. Met als doel om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te verbeteren. De reactie van het LNAZ op de voorstellen is dan ook primair gericht op:

- de aspecten in de voorstellen die betrekking hebben op het tot stand kunnen brengen van de afspraken in het ROAZ;
- de indicatoren die iets zeggen over de zorgketen en daarmee over het functioneren van de schakels (aanbieders van zorg) in de keten.

De acute zorgnetwerken hebben ook diverse reacties ontvangen op medisch inhoudelijke aspecten van de vijf voorstellen. Deze hebben wij niet opgenomen. Een uitzondering is gemaakt voor de zorgstromen multitrauma en heupfractuur. Vanuit de deskundigheid van de traumachirurgen, werkzaam in de elf traumacentra, geven we namens hen op deze twee zorgstromen ook inhoudelijke aanvullingen en commentaar. Deze reactie treft u aan in bijlage 1 en 2.

Het LNAZ hecht groot belang aan het tot stand komen van landelijk uniforme kwaliteitsindicatoren voor spoedzorg. Het traject om voor vijf vormen van spoedzorg te komen tot kwaliteitsindicatoren acht zij dan ook een goede en belangrijke stap. Waar mogelijk is dit gebaseerd op consensus of op een groot draagvlak bij betrokkenen.

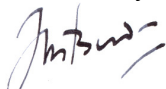
Ten aanzien van de voorstellen hebben we de volgende opmerkingen:

1. Het is van belang dat de kwaliteitsindicatoren eenduidig zijn. Deze indicatoren moeten partijen in staat stellen om regionaal afspraken te maken over welke patiënten (met welke kenmerken) in welke zorginstellingen kunnen worden behandeld. De voorgestelde indicatoren zijn niet altijd

- even eenduidig. In bijgevoegd overzicht doen we per zorgstroom een aantal suggesties voor verduidelijking van deze indicatoren (zie bijlage 1 t/m 5).
2. Voor het tot stand brengen van regionale afspraken zou het goed zijn als in de conceptadviezen duidelijker naar voren komt welke 'indicatoren' randvoorwaarden zijn voor instellingen voor het bieden van goede acute zorg en welke 'indicatoren' inzicht bieden in resultaten van zorgverlening. Wij stellen dan ook voor om dit onderscheid aan te brengen.
 3. Geconstateerd is dat op dit moment de spoedzorgketen nog onvoldoende belicht is in de voorgestelde kwaliteitsindicatoren. De indicatoren zijn sterk gericht op de ziekenhuizen. Wij stellen voor dat bij het ontwikkelen van het kwaliteitskader spoedzorgketen de samenwerking en de overdracht tussen ketenpartners bij schakelmomenten (in vervolg op de in 2013 door het LNAZ ontwikkelde ketenindicatoren) uitgebreider worden benoemd. Hier leveren wij graag vanuit onze deskundigheid een bijdrage aan.
 4. Essentieel onderdeel van de kwaliteit van de spoedzorgketen is de tijd die het vraagt om een patiënt vanaf moment van melding de benodigde zorg te bieden. De dimensie tijd blijft op onderdelen onderbelicht in de vijf conceptadviezen. Wij stellen daarom voor:
 - Deze indicator zoveel als mogelijk uniform bij de vijf acute zorgstromen als procesindicator op te nemen. *Ter toelichting: de indicator tijd is hierbij niet bedoeld als uitkomstindicator (afstand tot ziekenhuis varieert immers), maar als procesindicator om op basis van verkregen inzichten de zorgketen te kunnen optimaliseren.*
 - Om voor alle vijf de zorgstromen, waar medisch inhoudelijk gewenst, de tijd te meten van oproep/melding bij de meldkamer tot de deur van het ziekenhuis (prehospitale fase en data van RAV) en aanvullend de tijd van de deur van het ziekenhuis tot start van de interventie (hospitale fase; data ziekenhuizen).
 - Dat hierbij wordt gewerkt met gemiddelde tijden en ook met de mediaan.
 5. Ketenafspraken zijn onderdeel van de kwaliteit van de spoedzorgketen. Bij sommige van de vijf voorstellen wordt wel gevraagd om ketenafspraken en bij andere niet. Wij stellen voor dat de verschillende uitwerkingen per stroom meer uniform worden op dit punt. Deze indicator kan worden gehanteerd als procesindicator of randvoorwaarde. Onze suggestie is om schriftelijke afspraken te maken tussen SEH/RAV/HAP over:
 - keuze ziekenhuis (welke patiënt met welke kenmerken kan waar naartoe), (opnemen in Landelijk Protocol Ambulancezorg);
 - vooraankondiging/prehospitaal overleg;
 - overdrachten;
 - periodiek overleg en evaluatie tussen ketenpartners SEH/RAV/HAP.We realiseren ons dat de huisarts ook onderdeel is van de acute zorgketen. Hiervoor doen we op dit moment nog geen concrete voorstellen.
 6. Voor implementatie van bovenstaande indicatoren is het van belang om te komen tot goede landelijke registratie en rapportages. Ter beperking van de administratieve last is het van belang dat de indicatoren maar één keer hoeven te worden geregistreerd en aangeleverd.
 7. In onze optiek is het ROAZ de aangewezen plek is om de (regionale) rapportages met zorgverleners in de acute zorgketen te bespreken en waar nodig nadere afspraken te maken.

Uiteraard zijn wij graag bereid onze reactie nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,



Prof. Dr. H.J.J.M. Berden

Voorzitter dagelijks bestuur LNAZ

Bijlage 1: Kwaliteitsindicatoren: Multitrauma

Opmerkingen over de eenduidigheid:

Indicatoren

Ad 1

- Bij het lezen blijkt het niet voor iedereen direct duidelijk te zijn dat deze indicator (maar ook bijvoorbeeld indicator 4 en 5) alleen bedoeld is voor level 1 ziekenhuizen. Dit conform de levelcriteria van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Het advies is te verwijzen naar de criteria van de NVT. In deze criteria wordt duidelijk gemaakt wat multitrauma patiënten zijn en welke eisen worden gesteld aan level 1 ziekenhuizen.

Ad 2

- 30 dagen mortaliteit: uit aanvullende tekst wordt duidelijk dat dit moet worden gecorrigeerd voor letselernst/toestand patiënt. Ons advies is dit duidelijk in de indicator te benoemen.

Opmerkingen over de spoedzorgketen:

Tijd

- De ambitie is om tijd als proces indicator zichtbaar maken om zo te weten waar de meeste vertraging plaats vindt en te kunnen verbeteren. Conform de andere zorgstromen adviseren we hiervan data uniform in beeld te brengen (Tijd is onderdeel van de prehospital data in de Landelijke Traumaregistratie (LTR).) Er is op dit moment nog geen procesindicator voor de hospital tijd voor de multitrauma. We doen hiervoor op dit moment nog geen specifiek voorstel. Wel geeft het ons aanleiding om na te gaan wat hiervoor een goede indicator kan zijn.

Ketenafspraken

- Toevoegen zijn er afspraken tussen ketenpartners. (Nota bene in het LPA 8 zijn voor de traumazorg afspraken opgenomen).

Opmerkingen over de inhoud

Ad 2 30 dagen mortaliteit:

Voor de multitrauma patiënten wordt in de LTR de ziekenhuismortaliteit geregistreerd. Deze indicator wordt internationaal gebruikt als spiegelinformatie. (Case mix modellen en referentiewaarden zijn gebaseerd op ziekenhuismortaliteit.) Wij stellen dan ook voor deze te handhaven. De registratiegraad van de ziekenhuismortaliteit is nagenoeg 100 %. In de LTR is overigens ook de 30 dagen mortaliteit opgenomen. De registratiegraad van deze indicator is matig. . De 30 dagen mortaliteit zou mogelijk op termijn de ziekenhuismortaliteit kunnen vervangen.

Ad 4/5/6

De nieuwe indicatoren 4, 5 en 6 worden onderschreven. Waarbij ten aanzien van indicator 6 opgemerkt wordt dat deze betrekking heeft op patiënten die worden vervoerd per ambulance. Het percentage multitraumapatiënten dat per regio in een traumacentrum wordt opgenomen wordt al gemeten in de LTR.

Ad 3 volume norm

Het voorstel in het concept advies is dat de huidige NVT norm van >100 patiënten op korte termijn omhoog wordt bijgesteld.

De traumacentra onderschrijven dit advies. Overwegende het belang van goede toegankelijkheid in combinatie met voldoende volume hebben de traumacentra eerder al aangegeven dat zij centralisatie van de opvang in de multitrauma patiënten in de regio van groot belang achten.

Een eenduidige minimumnorm is op basis van de bestaande inzichten moeilijk te benoemen. Een minimale verdubbeling van de huidige norm lijkt evenwel voor de hand te liggen. Hierbij wordt onder andere verwezen naar internationale publicaties waarin wordt gesproken over minimale volumes van 240-480 patiënten. (bron The volume-outcomes relationship for US level 1 TC KM Bennett 2011 J. of surg. Res.)

Bijlage 2: Kwaliteitsindicatoren: Heupfractuur

Een eerste algemene reactie is om aansluiting te zoeken bij de indicatoren en het meetsysteem van de DHFA van de NVT en NOV. In het voorliggende conceptadvies lijken de inzichten uit dit traject niet te zijn meegenomen.

Daarnaast is het goed de populatie duidelijk te omschrijven. Dit zijn (de veelal oudere) patiënten met een geïsoleerde heupfractuur (ISS<16).

Opmerkingen over de eenduidigheid:

Indicator

Ad 1

- Deze indicator zou een randvoorwaarde kunnen zijn De indicator moet meer uitgewerkt worden. Zo dienen de begrippen behandelteam, beschikbaarheid en de kwalificaties van de chirurg te worden verduidelijkt.

Ad 4 complicaties: % patiënten met wondinfecties.

- Geldt dit voor alle complicaties (dus ook UWI, pneumonie etc.) , alleen locale complicaties of alleen voor wondinfectie? Graag verduidelijken.
- Er wordt geen termijn genoemd: advies benoemen binnen welke periode (30 dagen).

Ad 8 doorlooptijd tot OK

- Onduidelijk vanaf wanneer gemeten.

Opmerkingen over de spoedzorgketen:

Tijd

Voorstel van tijd bij heupen meer in overeenstemming brengen met andere vier concept adviezen.

Ketenafspraken

- Voorstel met betrekking tot ketenafspraken; Niet specifiek voor acute heup. Betreft generieke structuur of proces voorwaarden voor totale acute zorg. Opvallend is dat deze elders niet of ten dele worden benoemd. Ons voorstel is dit meer te uniformeren in de vijf concept adviezen.

Opmerkingen over de inhoud

Indicatoren

Ad 1. Behandelteam

- De beschikbaarheid van een compleet behandelteam binnen 30 minuten is niet nodig. Er is vrijwel nooit reden om voor een geïsoleerde heupfractuur iemand binnen 30 minuten te gaan opereren. Richtlijn behandeling proximale femurfractuur bij de oudere mens schrijft voor 24 uur.
- De geriater/internist ouderengeneeskunde komt postoperatief niet binnen 30 minuten in consult, soms is consult preoperatief nodig.

Ad 2. Volume per operateur op SEH

Dit voorstel wordt niet ondersteund. De relatie tussen deze volumecriteria met kwaliteit is onvoldoende beschreven/bekend.

- Het meten van het percentage patiënten met een heupfractuur dat (mede) geopereerd wordt door een gecertificeerd (standaarden NVT/NOV) traumachirurg of voor trauma gecertificeerd orthopedisch chirurg wordt ondersteund. Hierbij wijzen we graag op het realiseren van aansluiting met de basisset kwaliteitsindicator van de IGZ.

Ad 4. complicaties

- deze indicator wordt gesteund mits toevoeging onderscheid naar ASA-klasse.

Ad 6.

Dit wordt ondersteund. De 90 dagen mortaliteit is voor deze patiënten een goede termijn om de ketenuitkomst weer te geven. (De mortaliteit niet alleen gerelateerd aan de behandeling, maar ook afhankelijk van de inzet van verschillende schakels in de keten incl. de nazorg).

Ad 8 doorlooptijd

- deze indicator zou gerelateerd moeten worden aan het zorgpad en zou een onderdeel kunnen zijn van indicator 9.

Bijlage 3: Kwaliteitsindicatoren: Acut Myocard Infarct

Opmerkingen over de eenduidigheid

Indicatoren

Ad 2

- STEMI patiënten zijn hier niet op de juiste plaats. Om inzage te krijgen in het functioneren van de keten is het relevant om de aantallen patiënten uit te splitsen over de verschillende categorieën van herkomst (zelfverwijzer, huisarts en ambulance dienst). Aantal dus graag uitsplitsen.

Ad 8 & 9.

- Duidelijk benoemen welke sterfte% (minimaal) te hanteren voor overlijden voor STEMI na PCI: percentage ziekenhuissterfte, of sterfte % 30 dagen na ontslag uit ziekenhuis. Dit maakt vergelijken mogelijk. Daarmee kan 8 vervallen.
- Voor de betrouwbaarheid van de data zou het goed zijn om aan te geven van welke patiënten (teller) van het totaal (noemer) de uitkomst bekend is.

Ad 10 & 11

- Voor de vergelijking en maar ook voor het beperken van de registratielast is het wenselijk te komen tot eenduidigheid van de te hanteren maat. Daarmee kan 10 vervallen.
- Voor de betrouwbaarheid van de data zou het goed zijn om aan te geven van welke patiënten de uitkomst bekend is.
- De suggestie wordt gedaan om ook de mediaan te registreren.

Opmerkingen over de spoedzorgketen

Tijd

- Er wordt voorbij gegaan aan het feit dat behandeling van het AMI veelal start in de ambulance. Ons advies is tijd als proces indicator vanaf oproep ambulance zichtbaar maken om zo te weten waar meeste vertraging plaats vindt en deze te kunnen verbeteren. Ons advies is tevens deze procesindicator zoveel mogelijk te uniformeren over de diverse zorgstromen, bijvoorbeeld call to door (data RAV) en door tot balloon (data ziekenhuis).

ketenafspraken

ad 12

- Indicator 12 is een randvoorwaarde, Ons advies is deze concreter te formuleren en meer te uniformeren in de vijf concept adviezen.

Bijlage 4: Kwaliteitsindicatoren: CVA

Vanuit de NVN wordt momenteel opnieuw een consultatie onder de leden verricht voor aanpassing van indicatoren gezien reguliere toepassing van endovasculaire behandeling. De uitkomst hiervan is belangrijk om mee te wegen bij de uiteindelijke set indicatoren.

Opmerkingen over de eenduidigheid

Ad 1

- Er ontstaat een beeld dat de bloedige, onbloedige en TIA patiënten door elkaar lopen. Dit dient beter uitgesplitst te worden. Ook dient helder te worden neergezet op welke patiënten de minimumnorm van toepassing is.

Ad 2

- Bij toepassing van drie groepen: 1. Totaal; 2. ANW-uren en 3. Doordeweeks overdag. Gaarne aanscherpen in welk tijdvak een patiënt valt die over de tijdsgrenzen heen gaat.

Ad 3

- De TIA indicator is voornamelijk gebaseerd op afronden van diagnostiek binnen één dag, maar met uitzondering van de weekenden (pagina 8). Dit is wel lastig/niet goed meetbaar. Gaarne aanscherpen.

Ad 5

- De bestaande indicator gaat over het aantal getromboliseerde patiënten als fractie van alle opgenomen patiënten met een herseninfarct. Het probleem bij deze indicator is dat bij ziekenhuizen/regio's waar patiënten relatief laat naar het ziekenhuis gaan (arts waarschuwen) dit percentage laag zal zijn. Het totale aantal patiënten dat op tijd in het ziekenhuis is om te kunnen trombolysen is dan relatief laag met een relatief laag algemeen trombolyse percentage. In de regio Zuidwest Nederland is al eerder voorgesteld om het aantal trombolyses te nemen als fractie van alle patiënten met een infarct die binnen 4 uur in het ziekenhuis zijn. Dit getal weerspiegelt dan veel beter de interne logistiek en kwaliteit van behandeling. Het effect dat patiënten te laat komen wordt dan teniet gedaan. Dit zou het 'zuivere' trombolyse percentage genoemd kunnen worden.

Ad 6

- Wie wordt verantwoordelijk voor deze registratie?

Ad 7

- Wat wordt bedoeld met CT of CTA kan in 5 minuten worden opgestart?

Ad 9/10

- Deze 'afspraken' is vaag geformuleerd. Gaarne aanscherpen. Bijv. wat is snelle verwijzing?

Ad 13

- Deze omschrijving geeft te veel ruimte voor interpretatie. Wat valt onder CVA gerelateerde problematiek? Daarnaast betreft het informatie die voor de registrator moeilijk te verzamelen is. Het gevaar van onderrapportage is groot. Daarmee komt de kwaliteit van de indicator in gevaar

Ad 16

- Tijdsbegrippen graag duidelijker omschrijven.

Ad Normen

- TIA aanmelding van binnen een dag (of binnen 24 uur) graag verduidelijken.
- Verduidelijken TIA aanmelding; Wordt hieronder verstaan; datum tijd start tia diagnostiek (conform dica registratie) of datum tijd aanmelding tia diagnostiek.

Opmerkingen over de spoedzorgketen

- Niet elke patiënt komt via 112 binnen, veel patiënten nemen contact op met de huisarts of huisartsenpost Deze zo mogelijk ook includeren.

Bijlage 5: Kwaliteitsindicatoren: rAAA (geruptureerd Acuut Abdominaal Aneurysma)

Opmerkingen over de eenduidigheid:

Ad 3 interventieteam beschikbaar

- Graag het begrip 'Beschikbaar' aanscherpen.
- Interventieradioloog, vervangen door endovasculair specialist (kan ook vaatchirurg zijn met endovasculaire aantekening).

Ad 7

- Binnen 15 minuten na binnenkomst op SEH, dit is verwarrend, patiënt ligt eerst paar uur op de OK.

Ad 8/9

- Onder welke noemer vallen de symptomatische AAA behandelingen, electief of acuut?

Opmerkingen over de spoedzorgketen

Tijd

- Ons advies is tijd als proces indicator zichtbaar maken om zo te weten waar meeste vertraging plaats vindt en te kunnen verbeteren. Conform de andere zorgstromen adviseren we hiervan hospitalen en prehospitalen data uniform in beeld te brengen.

Ketenafspraken

- Toevoegen zijn er afspraken tussen ketenpartners in de prehospitalen fase.