

Uitvoeringstoets "Spoed met goed, ook in de toekomst"

Datum 07 januari 2023
Status Definitief

Inhoud

Colofon—1

1 Inleiding—5

2 Onderzoek tijdkritische aandoeningen—7

- 2.1 Plan van aanpak—8
- 2.1.1 Opstellen van patient journey per aandoening door extern bureau—8
- 2.1.2 Bespreken voortgang en conceptadvies met betrokken partijen—9
- 2.2 Gevraagde capaciteit en benodigde andere middelen—10

3 Implementeren, doorontwikkelen, en uitbreiden Kwaliteitskader Spoedzorgketen—11

- 3.1 Inleiding—11
- 3.1.1 Perspectief van de patiënt centraal—11
- 3.1.2 Hét landelijke kader voor de spoedzorg—11
- 3.1.3 Implementatie, uitbreiding en doorontwikkeling—12
- 3.2 Vraag van VWS—12
- 3.2.1 Activiteiten en aandachtspunten—12
- 3.3 Aanpak—13
- 3.3.1 Werkzaamheden algemeen:—13
 - a. bijhouden vakliteratuur & actuele ontwikkelingen en vergaren kennis m.b.t. acute zorg (congresbezoek, publicaties)—13
- 3.3.2 Werkzaamheden specifiek t.b.v. bovenstaande activiteiten en aandachtspunten—13
- 3.3.3 Materiele kosten—14
- 3.3.4 Looptijd—14

4 Bevorderen implementatie multitrauma norm—15

- 4.1 Multitrauma norm—15
- 4.1.1 Aanleiding—15
- 4.1.2 Vraag Minister van VWS—15
- 4.2 Plan van aanpak—16
- 4.2.1 Planning—17
- 4.2.2 Werkzaamheden—17
- 4.2.3 Materiele kosten—17

5 Governance—19

6 Haalbaarheid opdrachten: risico's en randvoorwaarden—22

- 6.1 Algemene risico's en randvoorwaarden:—22
- 6.1.1 Samenwerking met zorgpartijen, wetenschap en praktijk—22
- 6.1.2 Tijdlijnen, opdrachtverstrekking en capaciteit/middelen—22
- 6.1.3 Ronde tafel 'Spreiding en concentratie' van zorg en thematafel vaataandoeningen—22
- 6.2 Risico's en mitigerende maatregelen onderzoek tijdkritische aandoeningen—22
- 6.3 Risico's en mitigerende maatregelen implementatie, doorontwikkeling en uitbreiding Kwaliteitskader Spoedzorgketen—23
- 6.4 Risico's en mitigerende maatregelen multitrauma norm—24

1 Inleiding

Alle Nederlanders moeten ervan op aan kunnen dat als ze een beroep doen op de acute zorg, deze zorg overal in het land beschikbaar en van hoge kwaliteit is en binnen een verantwoorde tijd geleverd kan worden. Tijdens de Coronacrisis heeft de sector laten zien over een groot aanpassings- en improvisatievermogen te beschikken. Tegelijkertijd heeft deze periode veel gevraagd van het personeel en wordt ook deze sector van de zorg geconfronteerd met krapte op de arbeidsmarkt. Om de acute zorg toekomstbestendig te maken zijn maatregelen nodig. Vanwege het belang van deze sector is in het Integraal Zorgakkoord een speciale paragraaf gewijd aan acute zorg. Ook heeft VWS op 3 oktober jongstleden een uitgebreide "Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg" aan de Tweede Kamer toegestuurd. Het IZA en de VWS Beleidsagenda sluiten op elkaar aan en zijn samen te vatten in de volgende speerpunten: (1) toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg, (2) zorgcoördinatie en triage, (3) samenwerking, differentiatie, concentratie en capaciteitsmanagement.

Het Zorginstituut onderschrijft de maatschappelijke opgaven die in het IZA en de Beleidsagenda zijn geformuleerd. In beide documenten is het Zorginstituut verscheidene keren genoemd om een actieve bijdrage te leveren aan de realisatie van deze opgaven, zo ook tot het onderwerp kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg. Het Zorginstituut heeft daarbij afgelopen jaren met onder andere het advies *Spoed moet Goed* (2015), met het vaststellen van het Kwaliteitskader *Spoedzorgketen* (2020) en het faciliteren van de Landelijke *Spoedzorgtafel* om de gemaakte afspraken te implementeren een unieke en onafhankelijke positie verworven die het mogelijk maakt de direct betrokken partijen in de toekomstige uitdagingen te faciliteren.

In de opdrachtbrief (kenmerk: 3477528-1040687-CZ) van 12 december 2022) specificeert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport drie opdrachten die uit het IZA en de Beleidsagenda voortvloeien, namelijk:

1. Medisch onderbouwde kwaliteitsnormen gedifferentieerd per tijdscritische aandoening.
2. Implementatie, doorontwikkeling en uitbreiding Kwaliteitskader *Spoedzorgketen*
3. Bevorderen implementatie multitraumanorm

In navolging op deze brief vraagt VWS aan Zorginstituut Nederland om *"een uitvoeringstoets waarin per onderwerp een plan van aanpak, inclusief planning en een specificatie van eventuele extra kosten is opgenomen"*. Op basis van deze uitvoeringstoets zal een definitieve opdrachtbrief gestuurd worden. Met deze uitvoeringstoets voor de drie opdrachten voor acute zorg komt het Zorginstituut tegemoet aan dit verzoek, geeft nadere toelichting op de doelstellingen en onderbouwt de extra formatie en middelen voor de drie opdrachten.

2 Onderzoek tijdkritische aandoeningen

Een acute zorgvraag komt in vele gedaanten voor. Het IZA maakt onderscheid tussen een 'breed begrip' van acute zorg, waar alle vormen van acute zorgvragen onder vallen en een 'smal begrip' van acute zorg, waarin veelal sprake is van levensbedreigende situaties en/of complexe acute aandoeningen met een hoog risico op onomkeerbare gezondheidsschade als deze patiënt niet binnen enkele minuten tot enkele uren word geholpen door gekwalificeerde hulpverleners in voor die aandoening gekwalificeerde ziekenhuizen. Deze opdracht gaat over de complexe acute aandoeningen.

De afgelopen 20 jaar hebben in de acute zorg de nodige ontwikkelingen plaatsgevonden. Ambulances zijn beter uitgerust en toegerust op de zwaarte van de zorgvraag en ambulancezorgprofessionals kunnen steeds betere triage en diagnostiek ter plaatse uitvoeren en hebben meer mogelijkheden om een patiënt ter plekke te stabiliseren en de benodigde levensreddende zorg te verlenen. Ook zijn er nieuwe behandelmogelijkheden voor specifieke aandoeningen in gespecialiseerde centra ontwikkeld.

Op verzoek van VWS heeft de Gezondheidsraad onderzoek gedaan naar de 45-minutennorm in de acute zorg. De Gezondheidsraad concludeert in haar rapport "45-minutennorm in de spoedzorg" (2020) dat er "geen medisch wetenschappelijke onderbouwing voor de 45-minutennorm in relatie tot de uitkomst van de zorg" bestaat. In hetzelfde rapport heeft de Gezondheidsraad vastgesteld dat in de relatie tussen de tijd die nodig is om een ziekenhuis te kunnen bereiken en de gezondheidsuitkomst geen sprake is van een eenduidige tijdslimiet. Eerder is er sprake van kritieke tijdsintervallen. Deze intervallen variëren per aandoening en zijn afhankelijk van de specifieke situatie.

Op basis van bovenstaande overwegingen bekijkt de Minister de 45-minutennorm. Een mogelijk alternatief voor de 45 minutennorm zijn kwaliteitsnormen voor tijdkritische aandoeningen¹, die landelijk de best mogelijke gezondheidsuitkomsten realiseren voor patiënten met acute en complexe indicaties..

De nieuwe normen zouden per aandoening een combinatie kunnen bevatten van:

- 1) tijdsindicaties waarbinnen de zorg idealiter wordt geleverd (doorlooptijd in de gehele keten),
- 2) kwaliteitseisen gedifferentieerd per aandoening, waar relevant inclusief volumennormen en
- 3) afspraken over de organisatie van zorg om de kwaliteit te borgen.

Voor de ontwikkeling van deze kwaliteitsnormen vraagt de Minister aan het Zorginstituut om een onafhankelijke, medisch onderbouwde rapportage op te stellen. De typen spoedzorg welke ten minste in deze rapportage opgenomen worden meegenomen zijn de typen spoedzorg uit het Gezondheidsraadrapport over de 45-minutennorm (acuut hartinfarct (STEMI), acuut herseninfarct (CVA), ruptuur van de buikslagader (RAAA), multitrauma en acute verloskunde). In de rapportage moeten de volgende vragen worden beantwoord:

1. Zijn er naast de typen spoedzorg uit het Gezondheidsraadrapport nog andere tijd kritische aandoeningen waarvoor medisch onderbouwde kwaliteitsnormen zouden moeten worden ontwikkeld? Denk aan aandoeningen/symptomen die wijzen op een zeer ernstige of levensbedreigende situatie waarvoor het noodzakelijk is om binnen een beperkte tijd op een SEH/ziekenhuis met de juiste bemensing/faciliteiten te zijn.

¹ Tijdkritische aandoeningen worden gedefinieerd als aandoeningen waarbij sprake is van een levensbedreigende situatie of als er sprake is van een risico op ernstige onomkeerbare gezondheidsschade

2. Stel per tijdkritische aandoening vast 1) binnen hoeveel tijd, welk type zorg moet worden verleend of actie moet worden ondernomen en 2) aan welke kwaliteitskenmerken deze zorg moet voldoen (zoals benodigde expertise of volumenormenten) om patiënten met verdenking op deze aandoening vanaf de eerste melding tot de start van de nazorg op een medisch aanvaardbare wijze te behandelen en daarmee vermijdbare en onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen.

2.1 Plan van aanpak

Voor de in het rapport van de Gezondheidsraad genoemde tijdkritische aandoeningen liggen al veel normen en kwaliteitsafspraken vast in verschillende richtlijnen², gelden er landelijke afspraken³ en zijn veelal onderdeel van gesprek en nadere beleidsontwikkeling bij de focusgroepen binnen de verschillende Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ-en). Echter, een patient journey die een integraal overzicht biedt van bestaande normen en kwaliteitsafspraken vanaf de eerste melding bij verdenking op een tijdkritische aandoening tot aan de start van de juiste interventie in de juiste instelling ontbreekt op dit moment. De gevraagde rapportage van het Zorginstituut kan als basis dienen om (regionaal) nadere afspraken te maken. Voor het opstellen van deze rapportage stelt het Zorginstituut de volgende aanpak voor.

2.1.1 Opstellen van patient journey per aandoening door extern bureau
Het Zorginstituut zal voor vijf tijdkritische aandoeningen *patient journeys* (laten) opstellen:

1. acuut hartinfarct (STEMI),
2. acuut herseninfarct (CVA),
3. ruptuur van de buikslagader (RAAA),
4. multitrauma en
5. acute verloskunde.

De 'patient journey' per aandoening loopt van de verdenking op een tijdkritische aandoening tot de interventie in een daartoe uitgerust centrum (on set-to door) met daarbij de doorlooptijd die hoort bij goede zorg. Omdat het in de acute zorg niet altijd direct duidelijk is om welke aandoening het gaat en hoe ernstig de situatie is, wordt ook aandacht geschonken aan de melding en de telefonische triage. Een extern onderzoeksbureau wordt gevraagd om per aandoening minimaal de volgende aspecten in een *patient journey* nader te beschrijven:

- wat is nodig voor optimale preklinische telefonische en fysieke triage en hoe kan die worden gerealiseerd,
- welke kwaliteitseisen en randvoorwaarden zijn nodig om goede kwaliteit van zorg te leveren binnen een verantwoorde tijd om onomkeerbare vermijdbare schade bij patiënten te voorkomen,
- voorzieningen voor verantwoord vervoer binnen een verantwoorde tijd naar het juiste ziekenhuis,
- een nadere duiding van omslagpunten met betrekking tot vervoer over langere afstanden en tijdkritische elementen,
- voorwaarden voor communicatie tussen ambulance en ontvangende ziekenhuis (standaard gegevensuitwisseling) ter bevordering van de behandeling gedurende de rijtijd en ter voorbereiding op de juiste opvolging en interventie in het juiste ziekenhuis,
- benodigde expertise, faciliteiten en organisatie in een ziekenhuis per tijdkritische aandoening,
- samenwerkingsafspraken in de keten en inzicht beschikbaarheid voorzieningen.

² Gezondheidsraad (2020) Relatie tussen tijd en gezondheidsuitkomst voor 6 typen spoedzorg

³ Zorginstituut Nederland (2020) Kwaliteitskader Spoedzorgketen: landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen

Indien er lacunes of 'witte vlekken' in de patient journeys gevonden worden, zal het onderzoeksbureau in samenspraak met betrokken experts en het Zorginstituut een advies opstellen hoe deze lacunes binnen een afzienbare periode weggenomen kunnen worden. Adviezen per lacune zullen integraal worden meegenomen in het eindadvies van het Zorginstituut aan VWS.

Voor deze aandoeningen staan veel kwaliteitsnormen beschreven in medische richtlijnen, adviezen en rapporten zoals die van de Gezondheidsraad en Spoed moet Goed van het Zorginstituut. Het externe onderzoeksbureau zal worden gevraagd om in het onderzoek gebruik te maken van:

- Bestaande richtlijnen, protocollen, publicaties (o.a. de hierboven genoemde rapporten) en best practices in binnen- en buitenland;
- Experts: zowel medisch-specialistische experts betrokken bij de genoemde vijf aandoeningen (o.a. gynaecoloog, verloskundige, vaatchirurg, neuroloog, cardioloog, radioloog, traumachirurg, internist acute geneeskunde als experts op het gebied van het vervoer (medisch managers ambulancezorg). In overleg met de FMS en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers (NVMMA) zullen (gemandateerde) vertegenwoordigers vanuit de wetenschappelijke verenigingen worden gevraagd om input te leveren;
- Recente inzichten of beloftevolle ontwikkelingen, die (nog) niet zijn opgenomen in de vigerende richtlijnen of protocollen. Denk aan digitale beslisondersteuning (bijvoorbeeld de triage apps voor neuro/trauma/cardio) en het 'meekijken' vanaf de SEH in de ambulance.

2.1.2 *Bespreken voortgang en conceptadvies met betrokken partijen*

Het Zorginstituut stelt een klankbordgroep in met onafhankelijke experts. VWS zal als toehoorder deelnemen. De klankbordgroep heeft tot taak:

- a) Adviseren van het Zorginstituut bij het begeleiden van het onderzoeksbureau en reflecteren op een tussentijdse terugkoppeling van resultaten.
- b) Adviseren bij het opstellen van het definitieve advies aan VWS, dat gebaseerd is op de rapportage van het externe onderzoeksbureau.

De klankbordgroep zal minimaal drie keer gevraagd worden voor plenair overleg: bij aanvang en halverwege de uitvoering van de opdracht, en na de oplevering van het conceptadvies.

Na oplevering van het conceptadvies organiseert het Zorginstituut een bijeenkomst waarvoor naast de leden van de klankbordgroep ook betrokken partijen worden uitgenodigd, zoals de leden van de Landelijke Spoedzorgtafel (FMS, AZN/NVMMA, NVSHA ZN, LNAZ, InEen, NHG, LHV, NVZ, NFU, V&VN, PF), de KNOV, de IGJ en de Gezondheidsraad.

Dit overleg zal geheel gewijd zijn aan het opgeleverde conceptadvies voordat deze door het Zorginstituut wordt vastgesteld en aan VWS wordt aangeboden. Het onderzoeksbureau zal gevraagd worden om op dit overleg een toelichting te geven op het conceptadvies en eventuele input –na overleg met het Zorginstituut– te verwerken.

Daarnaast informeert het Zorginstituut de Landelijke Spoedzorgtafel over de voortgang van de rapportage.

Het advies aan het ministerie van VWS dient uiterlijk in het najaar 2023 opgeleverd te worden. Verwacht wordt dat ook na oplevering capaciteit moet worden gereserveerd voor de afwikkeling van deze opdracht. De projectperiode zal 12 maanden in beslag nemen. Dan komen we tot de volgende planning:

Planning	
Jan. '23	Indienen uitvoeringstoets & opdrachtbevestiging VWS
Jan. '23	Opstellen offerteaanvraag extern bureau, bespreken offerte en sluiten overeenkomst.
Jan. '23	Afstemmen relevante partijen
1 feb. – 30 juni '23	Start uitvoering onderzoek (door extern bureau) -inclusief regelmatig tussentijds overleg met het Zorginstituut (bij start om de week, later minder frequent) -minimaal 2 overleggen met klankbordgroep (bij start en halverwege, zo nodig vaker)
1 juli '23	Oplevering concept onderzoeksrapport – extern bureau
Begin juli '23	Bespreken (fysiek overleg) conceptrapport met klankbordgroep/partijen Landelijke Spoedzorgtafel/overige externe partijen
Juli '23	Aanpassen rapport o.b.v. input partijen
1 augustus '23	Oplevering definitief onderzoeksrapport – extern bureau
Aug.- sept. '23	Opstellen advies VWS o.b.v. rapport, zo nodig betrekken klankbordgroep. Aanbieden en laten vaststellen advies door RvB Zorginstituut
1 okt. '23	Aanbieden VWS
Okt-dec. '23	Afwikkeling opdracht, communicatie en eventueel voorbereiden vervolgactiviteiten

2.2 Gevraagde capaciteit en benodigde andere middelen

Voor de uitvoering van de opdracht zullen medewerkers van het Zorginstituut onder meer de volgende werkzaamheden verrichten:

- a. Het formuleren van een onderzoeksvraag, de eisen aan en wensen voor een onderzoeksbureau.
- b. Het aantrekken van een onderzoeksbureau en vastleggen van de afspraken
- c. Het begeleiden van het onderzoeksbureau en monitoren voortgang.
- d. Interne en externe afstemming over de opzet, voortgang en oplevering van uitkomsten van het onderzoek.
- e. Het organiseren van minimaal twee (maar indien nodig vaker) bijeenkomsten van de klankbordgroep en aansluiting houden met relevante stakeholders.
- f. Het organiseren van een fysiek overleg met alle betrokken stakeholders waarin het conceptrapport van het extern bureau worden besproken.
- g. Opstellen van het conceptadvies aan VWS op basis van het rapport van extern bureau, evt. raadpleging van de klankbordgroep
- h. Het aanbieden van het advies aan RvB, en het tijdig opleveren van het advies aan VWS
- i. Het beantwoorden van vragen en te woord staan van partijen. Evt. andere communicatie.
- j. Het bijhouden van ontwikkelingen en kennis met betrekking tot het dossier.

3 Implementeren, doorontwikkelen, en uitbreiden Kwaliteitskader Spoedzorgketen

De tweede vraag van het minister is om, samen met de LNAZ, het Kwaliteitskader Spoedzorgketen verder te implementeren, door te ontwikkelen en uit te breiden.

3.1 Inleiding

Begin 2020 is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vastgesteld door Zorginstituut Nederland en opgenomen in het Register. Met de afronding van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is een belangrijke stap gezet in het borgen van snelle, veilige en goede spoedzorg voor alle Nederlanders. In het kwaliteitskader hebben de betrokken partijen afspraken vastgelegd over de kwaliteitseisen waaraan de spoedzorg in Nederland moet voldoen. Daarnaast biedt het kader ook voldoende ruimte voor de (regionale) context en een stimulans voor toekomstige ontwikkelingen en het samen leren en innoveren.

3.1.1 *Perspectief van de patiënt centraal*

Bij het formuleren van normen voor de spoedzorgketen is nagegaan hoe het pad van de patiënt door de spoedzorgketen verloopt voor verschillende ingangsklachten. De keten start bij de eerste klachten van de patiënt en eindigt als de patiënt kan instromen in de reguliere zorg of terug naar huis kan. Voor patiënten is het belangrijk dat duidelijk is wat zij kunnen verwachten van acute zorg. Uitgangspunt is dat een patiënt met een spoedzorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek in de spoedzorgketen terecht kan: dicht bij huis als het kan, maar verder weg als dat beter is voor de patiënt.

3.1.2 *Hét landelijke kader voor de spoedzorg*

Het kwaliteitskader is hét landelijke uitgangspunt voor afspraken in de spoedzorgketen.

Het beschrijft de vereisten voor de (regionale) organisatie van spoedzorg en is gericht op kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, de mobiele medische teams (MMT) en de spoedeisende ziekenhuiszorg. Het bevat (bestaande en nieuwe) normen en aanbevelingen voor de verschillende stappen in de spoedzorgketen: melding, triage, zorgcoördinatie, diagnostiek, behandeling, coördinatie en uitstroom.

Nu het Zorginstituut het Kwaliteitskader Spoedzorgketen heeft opgenomen in het Register, geldt het kader als de landelijke norm voor spoedzorgketen. Alle partijen die daar een onderdeel van zijn moeten nu het definitieve kwaliteitskader implementeren en naleven.

Het kwaliteitskader is tot stand gekomen door de samenwerking van alle betrokken partijen in de Spoedzorgketen:

- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- InEen
- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging van SEH-artsen (NVSHA)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU)
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Een maand nadat het kwaliteitskader in het Register was opgenomen brak de Covid-crisis uit. De implementatie van de normen die zijn opgenomen in het Implementatieplan werd daardoor ernstig vertraagd. Partijen hebben 6 maanden uitstel gevraagd en gekregen, maar de crisis duurde uiteindelijk veel langer. Een aantal deadlines voor implementatie is daardoor niet gehaald. Andere normen zijn juist, als gevolg van de crisis, versneld geïmplementeerd.

3.1.3 *Implementatie, uitbreiding en doorontwikkeling*

De implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vraagt aandacht. Bovenstaande landelijke organisaties van zorgaanbieders, professionals, patiënten en zorgverzekeraars, hebben in 2020 reeds afgesproken, en in het IZA is deze afspraak bevestigd, dat het huidige kader zal worden geïmplementeerd met inachtneming van de afgesproken deadlines. De voortgang van de implementatie wordt gemonitord binnen de Landelijke Spoedzorgtafel. Deze spoedzorgtafel wordt voorgezeten door het LNAZ met ondersteuning van het Zorginstituut. Naast implementatie van de normen hebben partijen afgesproken om het Kwaliteitskader Spoedzorgketen op termijn uit te breiden met aanpalende domeinen. Het verbinden van het Kwaliteitskader met acute psychiatrie, acute wijkverpleging, langdurige zorg, en farmaceutische spoedzorg kan de kwaliteit van de zorg vergroten. Op termijn zal ook bezien worden hoe het domein van de acute verloskunde kan worden aangehaakt. Dat valt voor nu buiten de scope. Tevens hebben zij verklaard dat mochten zich nieuwe ontwikkelingen voordoen in het (spoed)zorglandschap en deze leiden tot nieuwe tripartiet afspraken (denk aan ontwikkelingen m.b.t. zorgcoördinatie of de keuze voor één triage-systeem) deze afspraken worden opgenomen in een volgende versie van het kwaliteitskader. Het kwaliteitskader vraagt daarom om een periodieke update en doorontwikkeling. In het Onderhoudsplan van het kwaliteitskader (bijlage 4) is aangegeven dat een dergelijk update uiterlijk medio 2024 verwacht wordt (inclusief 6 maanden corona-uitstel).

3.2 **Vraag van VWS**

In het IZA hebben de partijen verenigd in de Landelijke Spoedzorgtafel afgesproken om het Kwaliteitskader Spoedzorgketen te implementeren, uit te breiden en door te ontwikkelen.

VWS vraagt het Zorginstituut om, in nauwe samenspraak met het LNAZ, hierin een coördinerende en faciliterende rol te nemen. Ze benadrukt om daar onderstaande aandachtspunten bij te betrekken en te streven naar een geactualiseerde versie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen op 1 juli 2024.

3.2.1 *Activiteiten en aandachtspunten*

- a. Implementatie van de normen die beschreven zijn in het implementatieplan voor de afgesproken deadlines en inzicht verwerven in de mate waarin partijen uit de keten de normen uit het Kwaliteitskader hebben geïmplementeerd. Het gesprek voeren over acties die nodig zijn om de implementatie van de normen en de kwaliteit van de acute zorg verder te verbeteren.
- b. EPA's op de SEH: De Kwaliteitsraad heeft aan de FMS en de NVZ gevraagd om in nauwe samenspraak met partijen uit de Landelijke Spoedzorgtafel te experimenteren met EPA's voor de vereiste expertise op de SEH. De minimumnorm in het kader is momenteel dat op een SEH ten minste een basisarts (AIOS of ANIOS) aanwezig is met minimaal één jaar klinische ervaring. Bij gebleken meerwaarde van EPA's boven de huidige norm zal deze norm naar verwachting kunnen worden aangescherpt.
- c. Het verbinden van het Kwaliteitskader met de domeinen acute psychiatrie, wijkverpleging/langdurige zorg en met farmaceutische spoedzorg om met betreffende branchepartijen afspraken te maken hoe de kwaliteit van de (regionale) spoedzorgketen te vergroten.

- d. Het toevoegen van een informatieparagraaf aan het kwaliteitskader. VWS zal aan partijen vragen om de reikwijdte van de Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp uit te breiden, mede in relatie tot beoogde uitbreiding van de reikwijdte van het kwaliteitskader Spoedzorgketen, zodat digitale uitwisseling van gegevens tussen meer categorieën zorgaanbieders in de acute keten bevordert wordt. De resultaten van de afspraken m.b.t. digitale gegevensuitwisseling zal zijn beslag moeten krijgen in een informatieparagraaf.
- e. Ontwikkelingen met betrekking tot zorgcoördinatie en verdergaande samenwerking in de keten zal op termijn een plek in het kwaliteitskader moeten krijgen.

3.3

Aanpak

De ervaring van de afgelopen jaren leert dat het ondersteunen en faciliteren van de Landelijke spoedzorgtafel de volgende werkzaamheden zullen vragen:

3.3.1 *Werkzaamheden algemeen:*

- a. bijhouden vakliteratuur & actuele ontwikkelingen en vergaren kennis m.b.t. acute zorg (congresbezoek, publicaties)
- b. interne coördinatie: aanspreekpunt spoedzorg, collegiale afstemming, o.a. stuurgroep spoedzorg, beantwoorden vragen helpdesk, werkzaamheden m.b.t. toetsing & register, gevraagd en ongevraagd informatie geven over spoedzorg; interne en externe communicatie (website, schrijven artikelen, beantwoorden vragen media)
- c. extern aanspreekpunt voor o.a. VWS (o.a. input aanleveren voor beantwoording Kamervragen, volgen politieke debatten, overleggen en informeren), RIVM (o.a. bereikbaarheidsanalyse), NZa (o.a. passende zorg, bekostiging en Monitor acute zorg), IGJ (overleg en informeren) en voor overige externe stakeholders

3.3.2 *Werkzaamheden specifiek t.b.v. bovenstaande activiteiten en aandachtspunten*

Zorginstituut volgt de volgende werkzaamheden uit:

- a. Ondersteuning Landelijke Spoedzorgtafel implementatie nieuwe normen:
 - overleg 4x per jaar (voorbereiden agenda, opstellen bespreknotities, coördinatie/bijhouden mailinglijst & uitnodiging verzenden, bijwonen overleg, verslaglegging)
 - tussentijds overleggen met LNAZ, bureaumedewerkers
 - uitwerken opdrachten, opstellen memo's
 - onderhouden contacten met /aanspreekpunt zijn voor de 12 partijen van de Landelijke Spoedzorgtafel, alsmede voor hun leden (zoals SAZ, zorgverzekeraars, wv-en)
 - extern aanspreekpunt voor overige partijen, zitting nemen in klankbordgroepen van onderzoeken, communicatie over het kwaliteitskader.
- b. monitoren voortgang opdracht EPA's:
 - onderhouden contacten met directe uitvoerders: FMS, NVZ, NFU en NVSHA
 - intermediair zijn voor /ondersteuning bieden aan Landelijke Spoedzorgtafel bij aanbieden van addenda of nieuwe versie van het kwaliteitskader aan Register.
- c. contact leggen en onderhouden met de partijen uit de nieuwe domeinen GGZ, VVT en farmaceutische spoedzorg
 - zorgdragen voor aansluiting en inhoudelijk begeleiding (o.a. informeren over werkwijze Landelijke Spoedzorgtafel, ondersteunen bij voorbereiding overleggen LST etc)
 - intern betrekken van en overleggen met de zorginhoudelijke teams betrokken bij GGZ en de VVT

- d. opstellen informatieparagraaf t.b.v. Kwaliteitskader
 - ondersteunen partijen LST vanuit het Zorginstituut, zowel door afdeling Zorg als door afdeling Informatiemanagement, intern overleg, overleg met VWS over voortgang;
 - Analyse, tekenen en begeleiden procesplaat, Projectleiding/coördinatie informatieparagraaf, Advies en begeleiding,
 - organiseren separate bijeenkomsten (naast de reguliere bijeenkomsten van de LST) t.b.v. het opstellen van een informatieparagraaf in 2023
 - voorbereiden en ondersteunen aanbieden aangepast kwaliteitskader aan Register
- e. zorgcoördinatie: aanpassen kwaliteitskader
 - intern: volgen ontwikkelingen, deelnemen aan klankbordgroep, betrekken team verloskunde bij spoedzorgketen
 - voorbereiden en ondersteunen aanbieden aangepast kwaliteitskader aan Register

3.3.3 *Materiele kosten*

We voorzien de volgende materiele kosten over 2 jaar:

Externe vergaderkosten 8 x €1250 (zaal, catering, AV-middelen)

3.3.4 *Looptijd*

De verwachte looptijd is 1 september 2022 – 31 december 2024 , gelijk aan de looptijd van het IZA

4 Bevorderen implementatie multitrauma norm

De derde vraag van VWS aan het Zorginstituut is om een advies te geven hoe de implementatie van de bestaande norm voor multitrauma bevorderd kan worden.

4.1 Multitrauma norm

De norm "Minimaal 90% van de multitraumapatiënten wordt direct in het regionaal traumacentrum gepresenteerd" is in december 2014 in doorzettingsmacht door het Zorginstituut vastgesteld (rapport "Spoed moet goed") en in het Register geplaatst. De indicator staat vanaf 2015 op de Transparantiekalender⁴ en wordt jaarlijks uitgevraagd.

Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in het regionaal traumacentrum.

Operationalisatie	Percentage van alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die worden opgenomen in de regio dat direct in het regionale traumacentrum gepresenteerd wordt.
Informatie voor cliënten	Traumacentra hebben een specifieke zorgtaak voor ernstige ongevalsslachtoffers. Deze zorgtaak vraagt onder meer een 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen en voorzieningen. Zowel expertise als beschikbaarheid van personeel in het ziekenhuis dragen bij aan tijdige en adequate behandeling van multitraumapatiënten.
Norm	Minimaal 90% van de multitraumapatiënten wordt direct in het regionaal traumacentrum gepresenteerd.

De resultaten staan in de Openbare database van het Zorginstituut⁵ en in de rapportages van de Landelijke Trauma Registratie (LTR) van het LNAZ ([Landelijke traumaregistratie \(lnaz.nl\)](http://LandelijkeTraumaregistratie.nl)).

4.1.1 Aanleiding

Uit de openbare data blijkt dat in de afgelopen jaren (gemiddeld) een derde van de ernstig gewonde ongevalsslachtoffers niet direct in het aangewezen regionale traumacentrum wordt aangeboden met alle mogelijke gevolgen voor de kwaliteit van zorg van dien. Ook zijn grote regionale verschillen te zien in het gehaalde percentage per regio.

Met tussenpozen staat de naleving van de norm ter discussie en verschijnen berichten in de media waarin o.a. aandacht wordt gevraagd voor het feit dat één op de drie traumapatiënten niet direct in een traumacentrum terecht komt, terwijl dat volgens de norm wel zou moeten.

4.1.2 Vraag Minister van VWS

De norm dat minstens 90% van de multitraumapatiënten direct in een traumacentrum wordt gepresenteerd, wordt structureel niet gehaald. In het IZA is afgesproken dat zorgaanbieders en zorgprofessionals concrete afspraken maken om ervoor te zorgen dat alle ernstig gewonde multitraumapatiënten (Injury Severity Score (ISS) >15) worden behandeld in een level 1 traumacentrum, met de gestelde regionale norm van 90% als absolute ondergrens.

⁴ <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/indicatoren-gids-spoedzorg-verslagjaar-2021.pdf>

⁵ <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-ziekenhuizen-en-zelfstandige-behandelcentra---medisch-specialistische-zorg#verslagjaar-2020>

Aan het Zorginstituut wordt gevraagd, zoals ook afgesproken in het IZA, om in samenspraak met de direct betrokken zorgpartijen uiterlijk in het eerste kwartaal van 2023 te komen met een advies hoe de implementatie van deze bestaande norm kan worden bevorderd. Naast het onderzoeken hoe de preklinische triage in de ambulancezorg kan worden geoptimaliseerd, moet in het advies ook aanbevelingen worden opgenomen over de aanpak van knelpunten, die het behalen van de norm belemmeren. Aangezien momenteel al aan de multitraumanorm moet worden voldaan, wordt gevraagd om aan te geven wat het tijdpad is om zo spoedig mogelijk de regionale norm van 90% als absolute ondergrens te halen. Graag worden de knelpunten en/of voorwaarden geschetst die hierbij een rol spelen.

4.2 Plan van aanpak

Om te achterhalen waar de knelpunten liggen bij de implementatie van de norm is het Zorginstituut gestart met een algemeen oriënterend overleg met enerzijds de IGJ en anderzijds met vertegenwoordigers van de voor de traumanorm relevante partijen uit de Landelijke Spoedzorgtafel.

Aandachtspunten daarbij waren:

- de naleving van de norm: de regionale verschillen en de mogelijke oorzaken daarvan
- de oplossingsrichtingen die kunnen bijdragen aan een betere naleving van deze norm.

NB. Het gaat om een bestaande en onderbouwde norm, de norm zelf staat derhalve niet ter discussie.

Er bleek draagvlak bij partijen om met de implementatie van deze norm aan de slag te gaan. Vervolgens zijn door het Zorginstituut twee overlegtafels ingesteld, die naast de reguliere overleggen van de Landelijke Spoedzorgtafel, de implementatie van deze norm bij de kop hebben gepakt:

1. Het 'Brede overleg multitrauma' met vertegenwoordigers van FMS (traumachirurgen), LNAZ/LBTR, NVSHA, AZN, NVMMA, NVZ, NFU, ZN en IGJ. In dit overleg wordt besproken welke knelpunten partijen ervaren en welke oplossingsrichtingen hiervoor aangewend kunnen worden. Zo blijkt weinig gebruik gemaakt te worden van leren & verbeteren met feedback-berichten. Digitale gegevensuitwisseling is eveneens nog een knelpunt.

Verder werd algemeen onderkend dat de preklinische triage van multitrauma geoptimaliseerd kan worden en daar winst te behalen valt als het gaat om het behalen van de norm van 90%.

Daarom is uit dit gremium een subgroep voor de preklinische triage in het leven geroepen:

2. Subgroep met medisch managers van de NVMMA en traumachirurgen van NVT en LBTR, over verbetering van de preklinische triage, onder meer door het landelijk uitrollen van de trauma triage app en de randvoorwaarden die daarvoor nodig zijn. De verwachtingen over het gebruik van digitale beslisondersteuning bij triage zijn hoog gespannen. Uit onderzoek blijkt dat door goed gebruik van deze applicatie de norm van 90% benaderd kan worden.

De Landelijke Spoedzorgtafel wordt geïnformeerd over de voortgang.

Begin maart 2023 wordt er een fysieke bijeenkomst met alle betrokken partijen georganiseerd over het concept advies van het Zorginstituut aan VWS. Het Zorginstituut organiseert de bijeenkomsten, en doet de verslaglegging. Op haar verzoek worden de bijeenkomsten voorgezeten door het hoofd bureau van het LNAZ.

Nu al wordt duidelijk dat de termijn waarbinnen dit advies moet worden aangeboden de uitwerking van door veldpartijen als succesvol beschouwde interventies niet toelaat. We denken daarbij aan

1. het uitwisselen van feedback-berichten tussen ziekenhuizen/SEH en ambulanceprofessionals
2. het uitwerken van een plan van aanpak met de benodigde randvoorwaarden voor het gebruik van de triage app (digitale beslisondersteuning)

We zien echter wel mogelijkheden om nog in 2023 hier nader onderzoek naar te laten doen en het advies met deze verbeteropties aan te vullen. Daarom hebben we in deze uitvoeringstoets al de voorziene onderzoeksmiddelen opgevoerd.

4.2.1 *Planning*

Voor het advies omtrent de implementatie van de multitraumanorm hebben we de volgende planning:

Oktober '22 - januari '23:

- partijen bij elkaar roepen, uitleg geven over de achtergrond en onderbouwing van de norm, inventariseren ervaren knelpunten (algemeen / triage)
- Oproepen om oplossingsrichtingen aan te dragen

Februari '23

- Uitwerken en zo mogelijk onderbouwen van genoemde oplossingsrichtingen
- Inventariseren benodigde randvoorwaarden, zoals benodigd onderzoek

Maart '23

- Opstellen concept advies,
- Advies bespreken met betrokken partijen en evt. bijstellen
- Aanbieden advies aan RvB van het Zorginstituut en daarna aan VWS

April '23 – december '23

- Afronding opdracht en opzet vervolgonderzoek feedback en implementatie triage app op basis van het advies.

4.2.2 *Werkzaamheden*

Zorginstituut voert de volgende werkzaamheden uit:

- Organiseren breed overleg relevante partijen uit Landelijke Spoedzorgtafel, aangevuld met NVMMA en IGJ (5x digitaal en 1x fysiek: opstellen van en overleggen over de agenda, verslaglegging, uitnodiging partijen, voorbereiden notities, aanspreekpunt)
- Organiseren sub-overleg Medisch managers ambulancezorg en traumachirurgen over optimalisering preklinische triage m.b.v. trauma triage app (5x, waarvan 4x fysiek in Utrecht: opstellen van en overleggen over agenda, verslaglegging, uitnodiging partijen, voorbereiden notities, aanspreekpunt)
- bijhouden relevante literatuur, actuele ontwikkelingen, interne afstemming
- opstellen concept advies waarvan onderbouwing door extern bureau: offerte-aanvraag opstellen/begeleiden
- concept advies bespreken met LNAZ en andere relevante partijen
- aanbieden advies aan RvB en VWS
- opzetten offerte-aanvragen voor onderzoek feedback-berichten en implementatie van digitale beslisondersteuning/ triage app.

4.2.3 *Materiele kosten*

We denken aan de volgende materiele kosten:

- Vergaderkosten 5 fysieke overleggen subgroep (10 personen) en 1x fysiek overleg met 25 personen van de direct betrokken partijen om conceptadvies te bespreken;

- ondersteuning in het schrijven en evt. nader onderbouwen van het uiteindelijke advies door een extern onderzoeker/bureau met relevante expertise en ervaring;
- Onderzoek onderbouwing implementatie & uitrol Trauma triage app;
- Onderzoek randvoorwaarden bevordering implementatie norm, o.a. feedback berichten ziekenhuizen – ambulance;
- Vervolg / monitoring afspraken & onderzoeken.

5 Governance

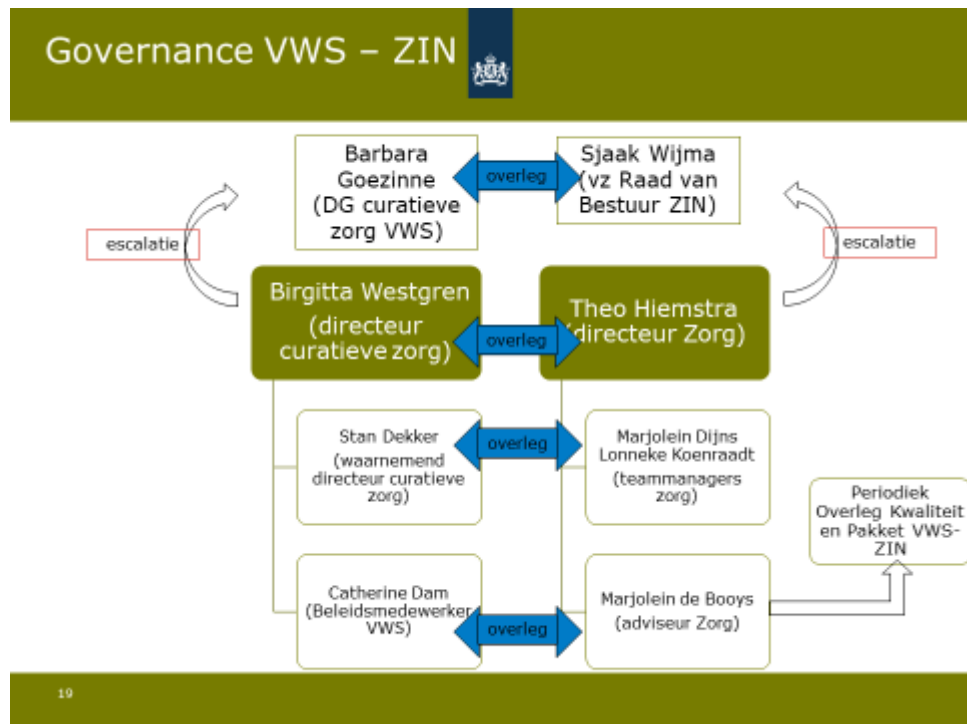
Opdrachtgever

Het Ministerie van VWS – directie Curatieve Zorg, waarnemend directeur Stan Dekker is de opdrachtgever voor de in deze uitvoeringstoets besproken opdrachten. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de interne afstemming binnen het ministerie van VWS.

Besluitvormend

Het management van het Zorginstituut is verantwoordelijk voor het opleveren van een kwalitatief goede en tijdige adviezen en resultaten van de beschreven opdrachten die voldoen aan de verwachtingen van VWS.

- Indien door onvoorziene omstandigheden bijvoorbeeld de afgesproken tijdlijnen niet meer gehaald kunnen worden, wordt er eerst op medewerkersniveau afgestemd over eventuele aanpassingen die daarna ter besluitvorming voorgelegd worden aan de verantwoordelijk manager bij VWS (waarnemend directeur directie Curatieve Zorg, dhr. Dekker (Stan),) het Zorginstituut manager MSZ mevr. Koenraadt-Janssen (Lonneke), en manager Eerstelijnszorg mevr. Dijns-van der Hoek (Marjolein). Er kan gekozen worden voor een schriftelijke besluitvorming of het plannen van een overleg. Afhankelijk van het te bespreken onderwerp / opdracht wordt de delegatie vanuit het Zorginstituut bepaald. Afhankelijk van de onderwerpen op de agenda en indien gewenst kan aansluiting van het Hoofd dhr. Reuskes (Arold) van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), eventueel ondersteund door enkele adviseurs, gevraagd worden bij het overleg aan te sluiten.
- Indien de verantwoordelijk managers niet tot een gezamenlijk besluit komt, dient het relevante onderwerp ter besluitvorming voorgelegd te worden aan de Directeur Curatieve Zorg VWS mevr. Westgren (Birgitta) en Directeur Zorg van het Zorginstituut dhr. Hiemstra (Theo).
- De Directeur Curatieve Zorg van VWS en Directeur Zorg van het Zorginstituut kunnen ervoor kiezen het onderwerp ter definitieve besluitvorming voor te leggen aan respectievelijk de Directeur Generaal curatieve zorg van VWS mw. Gozinne (Barbara) en Voorzitter van de Raad van Bestuur van het Zorginstituut dhr. Wijma (Sjaak).



Figuur 1. Governance VWS –ZIN voor uitvoeringstoets "spoed moet goed, ook in de toekomst".

Het ministerie van VWS stelt op basis van de uitkomst van de adviezen en resultaten van de opdrachten vast welk gevolg hieraan wordt gegeven.

Voor de implementatie, doorontwikkeling en uitbreiding Kwaliteitskader Spoedzorgketen zijn de aan de Landelijke Spoedzorgtafel deelnemende partijen verantwoordelijk voor een nieuwe versie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Bij onvoldoende voortgang kunnen kwaliteitsinstrumenten op de Meerjarenagenda (MJA) van het Zorginstituut gezet worden. Als veldpartijen de opleverdatum van een kwaliteitsproduct niet halen, kan Zorginstituut Nederland de zogeheten doorzettingsmacht gebruiken. Doorzettingsmacht betekent dat Zorginstituut Nederland deels of geheel de regie overneemt en de Kwaliteitsraad verzoekt om het kwaliteitsproduct op te stellen in overleg met de relevante organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Begeleiden

Voor vraag 1 (onderzoek naar tijd kritische aandoeningen) besteedt het Zorginstituut het onderzoek uit aan een onderzoeksbureau met relevante expertise en ervaring op het gebied van tijd kritische aandoeningen in de acute zorg. Het onderzoeksbureau zal dit doen in nauwe afstemming met verantwoordelijk medewerkers van het Zorginstituut.

Voor vraag 2 (implementatie, doorontwikkeling en uitbreiding Kwaliteitskader Spoedzorgketen) zijn het LNAZ en het Zorginstituut gevraagd een coördinerende en faciliterende rol te spelen bij de doorontwikkeling en uitbreiding van het KK Spoedzorgketen.

Voor vraag 3 (advies omtrent implementatie van de Multitraumanorm) wil het Zorginstituut zich laten ondersteunen in het schrijven van het uiteindelijke advies door een extern onderzoeker/bureau met relevante expertise en ervaring. Uiteraard gebeurt dit in nauwe afstemming met verantwoordelijk medewerkers van het Zorginstituut.

Raad te plegen

Onafhankelijk wetenschappers, wetenschappelijke verenigingen van beroepsbeoefenaren en medisch inhoudelijk experts vanuit de praktijk zullen voor relevante onderwerpen geconsulteerd worden of gevraagd worden een inhoudelijke bijdrage te leveren voor een succesvolle uitvoering van de opdrachten.

Te informeren

VWS wordt op de volgende niveaus regelmatig geïnformeerd over de voortgang van de uitvoeringstoets:

- Op medewerker niveau middels een maandelijks regulier overleg waar naast VWS ook de NZa voor uitgenodigd is. Indien de materie dit vereist wordt op ad hoc basis een apart (extra) overleg tussen VWS en het Zorginstituut gepland;
- Specifiek voor opdracht 1 (onderzoek naar tijd kritische aandoeningen): medewerkers van VWS ontvangen een uitnodiging om als toehoorder deel te nemen aan de klankbordgroep van het onderzoek;
- Via het Periodiek Overleg Pakket & Kwaliteit tussen VWS en ZIN, in de "rolling forecast";
- Als de situatie erom vraagt, kan dit onderwerp via het Periodiek overleg worden besproken in he Strategisch overleg Pakket & Kwaliteit tussen VWS en ZIN.

6 Haalbaarheid opdrachten: risico's en randvoorwaarden

Het spoedzorgdossier heeft sinds de start van de coronacrisis veel extra aandacht gekregen vanuit de politiek en media. Om dit belang te benadrukken is in het IZA voor de spoedzorg een aparte werkagenda opgesteld. Ook heeft het ministerie van VWS het toekomstbestendig maken van de acute zorg tot één van zijn prioriteiten op de politieke agenda benoemd. Deze uitvoeringstoets geeft antwoord op de drie opdrachten aan het Zorginstituut, zoals verwoord in de brief van VWS van 12 december⁶ Voor een goede succesvolle uitvoering van de opdrachten zijn aanvullende randvoorwaarden nodig. Ook zijn de opdrachten niet zonder risico's. Deze randvoorwaarden en nu bekende risico's zijn hieronder nader omschreven.

6.1 Algemene risico's en randvoorwaarden:

6.1.1 *Samenwerking met zorgpartijen, wetenschap en praktijk*

Voor een goede uitvoering van de opdrachten is de samenwerking van het Zorginstituut met zorgpartijen en experts uit de wetenschap en professionals vanuit de praktijk essentieel. Deze samenwerking is nodig voor een goede uitwerking en onderbouwing van de adviezen, maar ook voor de uitvoering en realisatie van de adviezen en kwaliteitskaders na oplevering. Partijen dienen hier voldoende prioriteit aan te geven en capaciteit/middelen beschikbaar te stellen. Het Zorginstituut heeft daarbij een onafhankelijke positie als ZBO en denkt mee vanuit het maatschappelijk belang (kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid).

Tevens speelt een tekort aan vakkundig personeel ook bij de acute zorg een grote rol in de slagkracht van zorgpartijen. Dit kan van invloed zijn op het vermogen van zorgpartijen om te komen tot nieuwe afspraken en de snelheid van implementatie hiervan. Het Zorginstituut zal zorgpartijen ondersteunen waar mogelijk om de voortgang en bijdrage van partijen te bespoedigen.

6.1.2 *Tijdelijnen, opdrachtverstrekking en capaciteit/middelen*

De tijdelijnen zijn voor de opdrachten zijn ambitieus en relatief kort. Daarom bieden deze beperkte ruimte voor vertraging en afwijking. Daarom is een tijdige opdrachtverstrekking vanuit VWS essentieel. Het toekennen van voldoende middelen en capaciteit is een belangrijke voorwaarde om de beschreven activiteiten te kunnen uitvoeren. Ook zal tijdig een gekwalificeerd en kundig onderzoeksbureau gevonden moeten worden.

6.1.3 *Ronde tafel 'Spreiding en concentratie' van zorg en thematafel vaataandoeningen*

Er bestaan ook overleg gremia die de acute zorg raken. Bepaalde onderwerpen, zoals RAAA, kan het onderzoek naar tijdkritische aandoeningen raken. In het algemeen zullen de resultaten van het ene project gebruikt kunnen worden in een volgende project. De ronde tafels hebben niet direct invloed op onze projecten. Blijkt dit wel het geval, dan is het belangrijk dit af te stemmen.

6.2 Risico's en mitigerende maatregelen onderzoek tijdkritische aandoeningen

Tijdkritische aandoeningen

Het Zorginstituut stuurt het eindrapport van tijdkritische aandoeningen naar de minister. Dit is een sensitief onderwerp dat op veel aandacht vanuit de sector, politiek en media kan rekenen.

⁶ Ministerie van VWS, "Opdracht beleidsagenda acute zorg en Integraal Zorgakkoord inzake de acute zorg". 12 december 2022

Om hier goed rekening mee te houden zal het Zorginstituut in de uitvoering van de opdracht helder communiceren dat strikt een medisch inhoudelijk onderzoek betreft met een sterke nadruk op de wetenschappelijke onderbouwing.

Middels de klankbordgroep worden relevante en direct betrokken partijen uit de Landelijke Spoedzorgtafel geïnformeerd en geconsulteerd bij start, tussentijdse resultaten en de definitieve oplevering van het onderzoeksrapport. Hierdoor is de aanpak bekend bij betrokken partijen, en worden deze partijen geconsulteerd. Hiermee hoopt het Zorginstituut draagvlak te creëren voor de uitkomsten van het onderzoek.

Verloskunde

Bij de verloskunde spelen er veel sensitieve vraagstukken die een goede samenwerking in de keten bemoeilijken.⁷ Ook zijn er kritische noten geplaatst bij het IZA vanuit de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.⁸ Als discussies omtrent dergelijke onderwerpen leiden tot vertraging in het opleveren van gehele opdracht treden VWS en het Zorginstituut volgens de in de *governance* uitgeschreven procedures in gesprek over hoe hiermee om te gaan.

6.3 Risico's en mitigerende maatregelen implementatie, doorontwikkeling en uitbreiding Kwaliteitskader Spoedzorgketen

In de spoedzorg is er sprake van een keten waar een groot aantal partijen samen werken voor goede en tijdige zorg aan de patiënt. Voor de implementatie, doorontwikkeling en uitbreiding van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is consensus van al deze partijen nodig. De volgende aandachtspunten spelen hier een belangrijke rol, namelijk implementatie van (nieuwe) normen van uit het bestaande kwaliteitskader en het aansluiten van drie extra partijen aan de Landelijke Spoedzorgtafel.

Implementatie van (nieuwe) normen van uit het bestaande kwaliteitskader

Door de Covidcrisis hebben partijen van het Zorginstituut een half jaar verlenging (tot 1 juli 2022) voor de implementatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen gekregen. De RIVM heeft juni jongstleden onderzocht hoe ver de ziekenhuizen zijn gevorderd met de implementatie van het kwaliteitskader en concludeerde dat een groot aantal SEH's met 24/7-uurs opening nog niet alle uitgevraagde onderdelen van het kwaliteitskader geïmplementeerd heeft.⁹ De implementatie van de bestaande geldende normen uit het bestaande Kwaliteitskader Spoedzorgketen vragen dus nog de nodige tijd en aandacht van ziekenhuizen.

Aansluiting drie extra partijen aan de Landelijke Spoedzorgtafel

De aansluiting van drie extra partijen aan de Landelijke Spoedzorgtafel neemt de nodige aanvullende werkzaamheden met zich mee voor het Zorginstituut en het LNAZ. Om die reden wordt er gekozen voor een gefaseerde aansluiting van de verschillende partijen, te beginnen met de (acute) VVT en de acute GGZ en daarna de farmaceutische spoedzorg.

Tevens zal met deze minimaal drie nieuwe partijen het totaal aantal deelnemende partijen aan de Landelijke Spoedzorgtafel op een totaal van 15 of meer komen. Het zal met een groter aantal partijen moeilijker worden, en in ieder geval meer tijd vergen, om tot de gewenste consensus te komen.

⁷ <https://www.zorgvisie.nl/waar-ging-het-ook-alweer-om-in-de-geboortezorg/>

⁸ <https://www.zorgvisie.nl/knov-vindt-concept-iza-gemiste-kans/>

⁹ <https://www.rivm.nl/documenten/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2022>

6.4

Risico's en mitigerende maatregelen multitrauma norm

De norm multitrauma heeft in het verleden regelmatig tot discussies geleid in de spoedzorgketen.

Niet iedereen is ervan overtuigd dat een level 1 ziekenhuis altijd de meest aangewezen plek is voor multitrauma patiënten. Er wordt gevreesd voor overtriage, waardoor er minder patiënten richting level 2 ziekenhuizen worden vervoerd. Ook spelen de soms lange afstanden naar een traumacentrum een rol in de keuze voor een level 2 ziekenhuis. Voor de patiënt met een multitrauma kan het van levensbelang zijn om direct naar het juiste ziekenhuis te worden gebracht, en dit geeft tevens het belang aan van de norm.

De haalbaarheid van de opdracht lijkt te overzien, omdat het gaat om de implementatie van slechts één bestaande en goed onderbouwde norm. Inmiddels is een start gemaakt om samen met partijen de knelpunten te bespreken en te komen tot mogelijke oplossingsrichtingen. Deze gesprekken verlopen in een constructieve sfeer.

