

Professioneel Verbinden

Zicht op ons werk



Landelijk netwerk
acute zorg

Hoofdredactie: Renate Verheul, LNAZ
Redactie: Twan Moors, LNAZ ism
Isabel Timmers, Veldhoven
Fotografie: Aad van Vliet, Utrecht,
Menno Bausch, Zeist,
Rick Keus, Rotterdam
Vormgeving: Studio Opmerkelijk, Soest
Drukwerk: ESED, Soest
Uitgave: november 2013

Inhoudsopgave

Professioneel verbinden in de acute zorg	5
Landkaart maakt beschikbaarheid acute zorg zichtbaar	9
Landelijke Traumaregistratie brengt traumazorg in beeld	13
Kwaliteit in keten meten	19
Rantoonbaar beter voorbereid door OT0	23
Nieuwe criteria voor levelindeling ziekenhuizen	29
Dagelijks bestuur LNAZ verwelkomt Ferry Breedveld	33
Samenwerking blijft het sleutelwoord	37

Professioneel verbinden in de acute zorg

Renate Verheul,
algemeen secretaris
LNAZ



Renate Verheul, algemeen secretaris LNAZ: "Professioneel verbinden, de titel van dit jaarmagazine, staat voor een belangrijk doel van het LNAZ: samen werken aan de optimale toegankelijkheid van acute zorg. Voor iedere patiënt met een acute zorgvraag. Elke dag, ook bij rampen en crises.

De ondersteuning die het LNAZ biedt, richt zich op drie pijlers die dat ondersteunen: traumazorg, Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO). Professioneel

verbinden betekent voor ons een goede samenwerking tussen professionals, acute zorgnetwerken en onze ketenpartners. Kennis delen, samen werken, elkaar informeren en van elkaars expertise en handelen op de hoogte zijn. Wij hechten veel waarde aan de betrokkenheid en expertise van alle partners. Daardoor kunnen we onderwerpen vanuit diverse invalshoeken benaderen. De afgelopen jaren waren dynamisch. Met elkaar hebben we opnieuw belangrijke resultaten bereikt. Vooral inhoudelijk. Om ook in de

toekomst onze taken goed uit te kunnen blijven voeren is het LNAZ-team in Tilburg gegroeid met drie medewerkers."

Verantwoorde spreiding en bereikbaarheid

Bart Berden, voorzitter LNAZ: "We hebben de afgelopen jaren, samen met onze partners, een mooie en stevige basis gelegd voor een instrumentaria dat professionals inzicht kan bieden in hoe we de patiënt met een acute zorgvraag zo goed mogelijk op de juiste plaats kunnen helpen. De noodzaak tot samenwerken

“We hebben de afgelopen jaren, samen met onze partners, een mooie en stevige basis gelegd voor een instrumentaria dat professionals inzicht kan bieden in hoe we de patient met een acute zorgvraag zo goed mogelijk op de juiste plaats kunnen helpen.”

wordt door iedereen gevoeld. Crisissituaties, klein en groter, blijven onvoorspelbaar. Daarom moeten we zorgen voor een adequate voorbereiding. Daarnaast is er veel dynamiek in de zorg. Je kunt niet meer alle voorzieningen in de buurt hebben. Een verantwoorde spreiding en bereikbaarheid van acute zorgbehandelingen wordt steeds belangrijker. Tijdwinst en kostenefficiëncy spelen daarbij een rol, maar het gaat vooral om betere kwaliteit van de zorg.

Toonaangevende projecten

In 2012 hebben we daar verder

inhoud aan gegeven met belangrijke projecten. Zo maakt de Landelijke Acute Zorg Kaart de beschikbaarheid van acute zorg zichtbaar en biedt daardoor handvatten voor het maken van belangrijke beleidskeuzes. Onder meer op het gebied van de spreiding. De Landelijke Traumaregistratie maakt het voor het eerste mogelijk om een beeld te schetsen van de opvang van ongevalspatiënten in ons land. Het landelijk project Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO), dat zich richt op versterking van de voorbereiding op rampen en crises, heeft een kwaliteitskader

en vernieuwde toolkit ontwikkeld. Ook is er een nieuwe set criteria voor de levelindeling van ziekenhuizen. Daarmee kunnen patiënten naar de voor hen meest optimale locatie voor acute zorg worden gebracht. Het project Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg, tot slot, richt zich op de overdracht van patiënten tussen de schakels binnen de keten. Door de ontwikkeling van de indicatorensets krijgen professionals meer inzicht in elkaars werkwijze. Deze projecten komen op de volgende pagina's uitvoerig aan bod.”

Bart Berden,
voorzitter LNAZ



Céline van Elst,
beleidsadviseur
Netwerk Acute Zorg
Zwolle



Landkaart maakt beschikbaarheid acute zorg zichtbaar

Is in onze regio inzichtelijk of de acute zorg voor iedere patiënt bereikbaar is? Wat moeten we daarvoor regelen? En hoe maken we de bereikbaarheid inzichtelijk voor de zorginstellingen? Met het beantwoorden van die vragen begon de ontwikkeling van de acute zorgkaart in Netwerk Acute Zorg Brabant. Tegelijkertijd stelden ook andere Netwerken Acute Zorg deze vragen, zoals Acute Zorgregio Oost. Het ROAZ Platform besloot alle regionale initiatieven te bundelen. Een werkgroep maakte vervolgens samen met het LNAZ de beschikbaarheid van acute zorg visueel.

De ontwikkeling van de Landelijk Acute Zorg Kaart (LAZK) is een vervolg op de Leidraad wijzigingen acute zorgaanbod, die het ROAZ Platform in 2011 publiceerde. Deze leidraad beschrijft welke acties het ROAZ kan en moet ondernemen op het moment dat het acute zorgaanbod in de regio wijzigt. Het is immers een belangrijke taak van het ROAZ om inzicht te krijgen in de witte vlekken als het gaat om de bereikbaarheid van acute zorg en om te komen met oplossingen van knelpunten die (dreigen) te ontstaan.

Vullen kaart

Céline van Elst, voormalig hoofd Netwerk Acute Zorg Brabant en inmiddels beleidsadviseur voor het Netwerk Acute Zorg Zwolle stond samen met collega's van andere regio's en het LNAZ aan de wieg van de kaart: "Het doel van de werkgroep was om op een beeldende manier inzicht te geven in de bereikbaarheid van acute zorg. Voor de technische ontwikkeling hebben we contact gezocht met een externe partij. Voor het vullen van de kaart werkten we samen met het RIVM, dat beschikt over de adresinformatie, inclusief reistijden van alle

Leontien Sturms,
projectleider
Landelijke
Traumaregistratie



Landelijke Traumaregistratie brengt traumazorg in beeld

Voor het eerst is het mogelijk om een landelijk beeld te schetsen van de opvang van ongevalspatiënten in Nederland. Hiervoor zijn in 2012 alle gegevens overgebracht naar het nieuwe datamanagementsysteem ProMISe. Het systeem is van Advanced Data Management, verbonden aan het LUMC. Een intensief traject waaraan velen een bijdrage hebben geleverd, beseft Leontien Sturms, projectleider Landelijk Traumaregistratie (LTR) van het LNAZ. "Op het resultaat mogen we trots zijn. De gegevens zijn goed overgebracht naar de nieuwe LTR-

database. Het is nu mogelijk een landelijk beeld te schetsen van de traumazorg in Nederland over de jaren 2007–2011. De landelijke traumaregistratie zorgt voor transparantie en maakt onder meer zichtbaar dat traumazorg met 70.000 ongevalspatiënten in 2011 omvangrijk is."

"Een goede traumaregistratie is ontzettend belangrijk voor de kwaliteit van de acute zorg", vertelt Loek Leenen, voorzitter van de Wetenschappelijke Adviesraad LTR (WAR) en het gebruikersplatform. Leenen is als traumachirurg en intensivist

verbonden aan het UMC Utrecht en houdt zich al jaren bezig met de Landelijke Traumaregistratie. De WAR adviseert het LNAZ en in het bijzonder de bestuurscommissie Landelijke Traumaregistratie. Projectleider Sturms heeft intensief contact met de WAR over de kwaliteit van de geregistreerde data, analyses, de inrichting van de nieuwe online-rapportages en het toekomstig uitbreiden van de dataset.

Overgang

"Bij de conversie naar het nieuwe systeem hebben we nauwkeurig geanalyseerd of de dataset goed

overging. De dataset bestaat uit kenmerken van de patiënt, gegevens over de toestand van de patiënt (prehospitaal en op de SEH), het opgelopen letsel, opnamegegevens en uitkomst van zorg in termen van al dan niet overlijden. De overgang was een intensief traject en heeft veel inspanningen gevraagd van de gebruikers, onder meer omdat de online invoerschermen, de codes van de variabelen en de procedures over het importeren van de regio-gegevens in het nieuwe systeem zijn aangepast. We hebben scholingsbijeenkomsten georganiseerd om de registratiemedewerkers voor te bereiden op het nieuwe systeem”, vertelt Sturms. “Het systeem voorziet in registratierichtlijnen in het scherm die aangeven wat waar moet worden ingevoerd. Dat draagt bij aan de gebruiksvriendelijkheid en aan de eenduidigheid van de data. Het nieuwe systeem biedt ook de mogelijkheid om kwaliteitscontroles uit te voeren. Door eenvoudige controle-

overzichten wordt duidelijk welke gegevens van een patiënt ontbreken en nog moeten worden aangevuld om de data compleet te maken.” Een ander voordeel van het nieuwe systeem is dat gebruikers goede toegang tot hun data hebben om zelf overzichten te maken of alle data te exporteren.

Eenduidigheid van data

Het registreren is een gigantische berg werk volgens Leenen. “Het gaat immers om de totale keten van zorg. Van prehospitaal tot de opname op de SEH en vervolgens op de IC of OK, tot ontslag uit het ziekenhuis. Veel gegevens over de patiënt willen we registreren en daarbij is eenduidigheid van de data belangrijk. Want weten we van elkaar wat we bedoelen met bijvoorbeeld comateus. Is dit met of zonder slaapmiddel? Dat hebben we met elkaar bepaald en vastgelegd in het gebruikersplatform. Aan dit platform nemen de datamanagers deel die verantwoordelijk zijn voor de traumaregistratie in de regio’s. Wanneer data

eenduidig zijn, is het immers pas mogelijk om ze met elkaar te kunnen vergelijken. De basis is nu op orde”, aldus Leenen. “De registratie geeft niet alleen inzicht in aantallen en kenmerken van de patiënten. Het geeft ook antwoord op de overlevingskansen van een traumapatiënt in Nederland. En met de Landelijke Traumaregistratie hebben we nu rapportages kunnen maken over de afgelopen jaren, zijn trendanalyses mogelijk en kunnen we landelijke data beschikbaar stellen voor wetenschappelijk onderzoek. Met deze ontwikkelingen kunnen regio’s zich spiegelen aan elkaar en aan de landelijke trends. De registratie biedt belangrijke aanknopingspunten voor regio’s om de kwaliteit van de traumazorg verder vorm te geven.” Sturms voegt toe: “Voor de regio’s zijn nu online tools ontwikkeld om deze gegevens te bekijken. Een volgende stap is dat naast de vergelijkingen met de landelijke data ook vergelijkingen tussen regio’s gemaakt kunnen worden.”

Loek Leenen,
voorzitter van de
Wetenschappelijke
Adviesraad LTR en
traumachirurg UMC
Utrecht



Mariska Klooster,
coördinator
traumaregistratie
TraumaNet AMC



“Met deze ontwikkelingen kunnen regio’s zich spiegelen aan elkaar en aan de landelijke trends.”

Werken met data traumaregistratie

Mariska Klooster van TraumaNet AMC is coördinator van de traumaregistratie en deelnemer aan het gebruikersplatform. Zij is in haar regio verantwoordelijk voor de correcte invoer van de data. Klooster: “Met negen ziekenhuizen en vier ambulancediensten in de regio is dat een hele uitdaging. Gelukkig maken we goede slagen. Waar we in de opstartfase in 2008 bijna alle data handmatig uit de verschillende systemen overnamen, zijn we nu zover dat de data automatisch geëxporteerd kunnen worden. Die data zet ik dan vervolgens klaar in ProMISe, zodat onze datamanagers alleen de ontbrekende data, zoals de AIS-letselcodering, hoeven aan te vullen.” Vier keer per jaar,

tijdens het Regionaal Trauma Overleg, koppelt Klooster de resultaten van de regionale traumaregistratie terug aan de hoofden SEH en verantwoordelijke traumachirurgen van de ziekenhuizen uit de regio. Klooster: “Op basis van de traumaregistratie kunnen we deze ziekenhuizen aan elkaar spiegelen. We belichten dan vaak specifiek één onderdeel, zoals het aantal multitraumapatiënten per ziekenhuis, de SEH-verblijfsduur en de opnameduur van patiënten met een heupfractuur. Blijkt dat in een ziekenhuis de verblijfsduur veel korter is, dan willen we ook weten waarom. Daardoor kunnen we uiteindelijk ook de kwaliteit van zorg verbeteren.” Verder wordt er een jaarrapport uitgebracht en is er een vaste rubriek over de traumaregistratie

in de nieuwsbrief ‘TraumaPost’. Ook vindt binnen TraumaNet AMC wetenschappelijk onderzoek plaats op basis van de regionale traumaregistratie. Bijvoorbeeld door de kwaliteit van de data te onderzoeken via een steekproefcontrole. Ook worden uitkomsten van zorg in bepaalde patiëntenpopulaties vergeleken met internationale traumaregistraties. Klooster besluit: “De traumaregistratie is een belangrijke schat aan informatie vanuit en voor de hele keten. Het is zonde om daar niets mee te doen. Registreren om te registreren is wat mij betreft dan ook echt verleden tijd.”

De rapportage Landelijke Traumaregistratie 2007 - 2011 staat op www.lnaz.nl.

Herman Sixma,
projectleider en senior
onderzoeker bij NIVEL



Kwaliteit in keten meten

Bij het meten, verbeteren en borgen van de kwaliteit van de acute zorgketen spelen kwaliteitsindicatoren een belangrijke rol. Voor het beoordelen van de afzonderlijke schakels in de keten bestaan inmiddels indicatoren. Maar hoe zit het met de overdracht van patiënten tussen die schakels? Daar richtte het project **Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg** zich op.

“Projectleider Herman Sixma, senior onderzoeker bij het NIVEL legt uit: “Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de indicatorensets was om liever niets nieuws te verzinnen. De inhoud moest zo veel mogelijk gebaseerd zijn op reeds bestaande, landelijk vastgestelde normen. Bijvoorbeeld in de vorm

van afspraken en protocollen of normen die aansluiten bij bestaande prestatie-indicatoren van wetenschappelijke verenigingen. De indicatoren moesten tot slot zo beperkt mogelijk blijven en SMART geformuleerd zijn.”

Bekendheid

Het doel en de uitgangspunten bepaalden het ambitieniveau van dit project, dat Sixma samen met het LNAZ en ARGO Rijksuniversiteit Groningen bv uitvoerde. Het project was mogelijk dankzij subsidie uit het programma Spoedzorg van ZonMw. Deze zomer werd het project – dat bestaat uit drie fasen – afgerond. Sixma: “De eerste fase bestond voornamelijk uit het bekend maken van het project bij de koepelorganisaties. Diverse

organisaties gaven namelijk aan zelf al over kwaliteitsindicatoren te beschikken. Zij begrepen de noodzaak niet voor de ontwikkeling van nieuwe indicatoren. De indicatoren waar zij over beschikken, zijn echter indicatoren voor individuele zorgaanbieders: indicatoren voor de zorg binnen een schakel. Ons project richt zich juist op de ontwikkeling van indicatoren voor de samenwerking en overdracht tussen ketenpartners. Samen met het LNAZ hebben we veel uitgelegd over het project om uiteindelijk die duidelijkheid te bereiken.”

Websurvey

De volgende stap in de eerste fase van het project was het beschikbaar krijgen van de indicatorensets voor de vier

“Met het verkregen inzicht kan gewerkt worden aan kwaliteitsverbeteringen met een positief effect op de outcome van zorg.”

acute zorgketens: CVA, Acuut Coronair Syndroom, Acute Obstetrie en Heupfractuur. Voor dit, voornamelijk, bureauwerk was volgens Sixma bekendheid over het project bij alle betrokken partijen wel noodzakelijk. In deze fase is ook een websurvey uitgezet onder de deelnemers aan het project, waarmee zij bevroegd werden over het nut van indicatoren en ideeën konden geven voor eventueel op te nemen indicatoren. Tijdens de startconferentie van het project in juni 2012 presenteerde Sixma daarvan de eerste resultaten. Sixma: “Die laten zien dat indicatoren vooral belangrijk zijn voor kwaliteitsverbetering en het overleg met ketenpartners. Gaat het om de indicatoren zelf, dan moeten deze bij voorkeur

‘evidence based’ zijn, maar ‘consensus based’ is voor veel ketenpartners ook acceptabel.”

Van veel naar weinig

In de tweede fase van het project gingen vier projectgroepen – voor elke acute zorgketen één projectgroep – aan de slag met de groslijst van indicatoren die zijn verzameld in fase 1. Sixma: “De projectgroepen, bestaande uit professionals, onderzochten welke indicatoren wel en niet bruikbaar zijn. Daarbij is gekeken of we de goede dingen meten, maar ook of we de dingen op een goede manier meten. Dat heeft geresulteerd in vier sets van maximaal vijftien potentiële indicatoren. Het resultaat van de projectgroepen is vervolgens, opnieuw via een websurvey,

teruggekoppeld aan alle projectgroepleden. Hoewel de responsgroep relatief klein was, gaven de uitkomsten van het onderzoek voldoende aanleiding om toe te werken naar de definitieve sets. Daarvoor was de veldtest in fase 3 nodig. Die heeft uitgewezen welke indicatoren mochten blijven of alsnog afvielen.”

Veldtest

In de veldtest – de laatste fase van het project – werden de indicatorensets in de praktijk getest in vier regio’s. Sixma: “De veldtest gaf antwoord op de vraag of de sets de beoogde informatie leverden en of ze bruikbaar zijn voor kwaliteitsverbeteringen. Daarnaast ging het vooral om de haalbaarheid en de tijdsbelasting. Uit de veldtest

bleek ook dat de op papier vastgelegde indicatorensets in de praktijk kunnen worden geïmplementeerd.” Op basis van de resultaten uit de veldtest zijn de definitieve indicatorensets opgesteld.

Stip op de horizon

De enthousiaste reacties van de deelnemers tijdens het gehele project gaven Sixma, het LNAZ en ARGO het vertrouwen op de goede weg te zijn. Sixma: “Door de ontwikkeling van

de indicatorensets krijgen de professionals meer inzicht in elkaars werkwijze. Dit was al te merken tijdens de tweede conferentie die eind november 2012 is georganiseerd. Met het uiteindelijke resultaat hebben we een stap gezet op weg naar het inzichtelijk maken van de kwaliteit en samenwerking binnen de acute zorgketen. Het is nu aan veldpartijen om deze methode toe te gaan passen en op basis van de inzichten initiatieven te ontplooiën om de kwaliteit van

de acute zorgketens voor de patiënt verder te ontwikkelen. Het LNAZ kan daarbij fungeren als facilitator, die tegelijkertijd de uniformiteit ‘bewaakt’.” Sixma besluit: “Met het verkregen inzicht kan gewerkt worden aan kwaliteitsverbeteringen met een positief effect op de outcome van zorg.”

Het eindrapport en de indicatorensets Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg staan op www.lnaz.nl.



Miša Džoljić,
voorzitter
OTO Stuurgroep



Aantoonbaar beter voorbereid door OTO

Het landelijk project Opleiden, Trainen en Oefenen (OTO) versterkt de voorbereidingen van de zorgsector op rampen en crises. In 2012 is een professionaliseringslag gemaakt op dit terrein en werd een belofte waargemaakt.

Miša Džoljić, voorzitter OTO Stuurgroep had een duidelijk doel voor ogen. "De OTO Stuurgroep wilde in 2012 kwaliteitsnormen ontwikkelen voor het OTO-programma. Met trots kan ik zeggen dat dit is gelukt. We hebben het Kwaliteitskader samen met de vernieuwde OTO Toolkit op 7 maart 2013 landelijk gelanceerd. Met het ontwikkelde kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO kunnen zorginstellingen

binnen het ROAZ beoordelen in welke mate ze zijn voorbereid op rampen en crises. Daarnaast is ook het beleidskader OTO opgeleverd, dat bijdraagt aan uniformiteit in de invulling van het OTO-beleid."

Orde scheppen in bestaande Landschap

In 2008 ondertekenden de partners VWS, NVZ, NFU, GGD NL, AZN, GHOR NL, VHN en LNAZ het OTO-convenant en spraken daarmee af zich gezamenlijk in te spannen om de zorgsector beter voor te bereiden op hun taak en rol bij crises en rampen door opleiden, trainen en oefenen. Džoljić: "Met het Beleidskader OTO en het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO leveren

we twee belangrijke documenten af waarmee de zorgsector zich beter kan voorbereiden. Het Kwaliteitskader is ontwikkeld door de werkgroep Kwaliteit en Effectmeting en het veld. Het uitgangspunt voor de werkgroep was een kwaliteitskader dat aansluit bij de dagelijkse praktijk en waar ook daadwerkelijk mee kan worden gewerkt. Ons gezamenlijk doel was om geen nieuwe dingen te verzinnen. We hebben juist geprobeerd orde te scheppen in het bestaande landschap van voorbereiding. Een complexe wereld simpel maken. Dat klinkt eenvoudig. Dat was het niet. We zijn er in geslaagd om een kwaliteitskader te ontwikkelen waarmee we tegemoet komen aan de wensen

van VWS en de aanbevelingen van het Nivel. Vooral ook voorzien we in onze eigen behoefte aan inzicht in een landelijke ondergrens voor OTO.” Voor het eerst zijn duidelijke prestaties en normen geformuleerd voor het veld. Bij het kader horen ook twee instrumenten waarmee instellingen kunnen onderzoeken of zij aan de norm voldoen. Džoljić: “Dat kunnen organisaties zelf doen door de Zelfevaluatie, of gezamenlijk door intercollegiale visitatie. De zelfevaluatie, die als online vragenlijst is toegevoegd aan de vernieuwde OTO Toolkit, dient als 0-meting. De resultaten van deze analyses dienen vervolgens om verbeterprocessen te formuleren en door te voeren.”

Toekomst

Op basis van de resultaten uit de eerste gebruikperiode – tot en met 2014 – en ontwikkelingen in de toekomst wordt het kwaliteitskader aangepast. “We gaan specifieke normen ontwikkelen voor de ambulancezorg en huisartsenzorg

en kijken of de hoogte van de lat zoals we die we nu hebben bepaald, voldoende is of moet worden bijgesteld. Na 2014 gaat de inspectie ook vragen om de rapportage van de zelfevaluatie, om een duidelijk beeld te krijgen van de kwaliteit van voorbereiding.”

Twee instrumenten

Voor Clarien Schoeren, OTO-coördinator van het Netwerk Acute Zorg Limburg en voorzitter van de werkgroep Kwaliteit en Effectmeting, is het project OTO met het kwaliteitskader volwassen geworden. Schoeren legt uit: “Met het kwaliteitskader leggen we een ondergrens neer van prestaties en normen waaraan de zorgsector moet voldoen om voorbereid te zijn op rampen en crises. Met de twee instrumenten, de Zelfevaluatie en de intercollegiale visitatie, kan de zorgsector ook onderzoeken in welke mate ze daaraan voldoen. En die ondergrens hebben we niet alleen bepaald voor OTO-activiteiten, maar we maken ook de verbinding

met de opgeschaalde zorg. Daarmee worden we een volwassen onderdeel van acute zorg.”

Werken aan kwaliteit

De prestaties en normen zijn ontstaan uit bestaande documenten die al worden gebruikt en als effectief worden beschouwd. “De werkgroep heeft alle beschikbare normen doorgenomen en keuzes gemaakt. Het mooie is dat met de normen ook de verbinding wordt gelegd met bijvoorbeeld de kwalificatie-profielen uit de OTO Toolkit. Daarmee komen de hulpmiddelen uit de toolkit veel meer tot leven. Een eerste versie van de normen hebben we besproken in het OTO Platform en voorgelegd als advies aan de OTO Stuurgroep. Vervolgens hebben we de twee meetinstrumenten ontwikkeld. Instrumenten die absoluut niet zijn bedoeld om te controleren, maar om te leren.” De conceptversie van het kwaliteitskader en de meetinstrumenten zijn vervolgens in het veld getest in drie regio’s. Op basis van de ervaringen is het concept aangepast en is de

Clarien Schoeren,
OTO-coördinator van
het Netwerk Acute
Zorg Limburg



Frank Klaassen,
directeur Publieke
Gezondheid in Zuid
Limburg



“De ondergrens hebben we niet alleen bepaald voor OTO-activiteiten, we maken ook de verbinding met de opschaalde zorg. Daarmee worden we een volwassen onderdeel van acute zorg.”

definitieve versie begin december 2012 goedgekeurd door de OTO Stuurgroep. “Tegelijkertijd met de ontwikkeling van het Kwaliteitskader zijn ook nieuwe hulpmiddelen ontwikkeld door de Werkgroep Uitrol OTO Toolkit, zoals OTO Kaarten en de Wegwijzer Effectief Oefenen Zorgsector. Samen met het Kwaliteitskader vormen die een stevige basis voor de zorgsector om zich aantoonbaar voor te bereiden op rampen en crises.”

Veldtest

Voordat het kwaliteitskader op 7 maart werd gelanceerd, is het eerst uitvoerig in de praktijk getest. In drie regio's deden ziekenhuizen en ggd'en mee aan de veldtest. Frank Klaassen, Directeur Publieke Gezondheid in Zuid Limburg, was een van de deelnemers aan

de veldtest. “Mijn eerste indruk is dat het kwaliteitskader een prima instrument is waarmee de zorgsector inzichtelijk kan maken wat ze nog moet leren of ontwikkelen. Het is prettig om alle relevante documenten overzichtelijk bij elkaar te hebben. Ook het instrument voor intercollegiale visitatie hebben we als bijzonder plezierig ervaren. Al moesten we eerst wel wennen aan het type instrument. De voorbereiding op de veldtest was kort, waardoor er weinig tijd was om ons het Kwaliteitskader echt eigen te maken. In eerste instantie hadden wij daarom het idee dat het om verantwoordingsinformatie ging en waren we wat terughoudend. Dat bleek tijdens de test helemaal niet het geval. Zowel de Zelfevaluatie als het intercollegiale visitatie-instrument

moeten echt gezien worden als goede leerinstrumenten.” Klaassen benadrukt daarbij wel dat het ROAZ zich moet committeren: “Zonder draagvlak geen succes. Binnen de regio's moet duidelijk het belang worden gecommuniceerd dat het Kwaliteitskader antwoord geeft op de mate van voorbereiding op rampen en crises door de zorgsector. Met elkaar vinden we dat we als zorgsector moeten zijn toegerust op rampen en crises. Niemand anders is daarvoor verantwoordelijk. Met het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO kunnen we daar nu inhoud aangeven.”

Het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO staat op www.lnaz.nl.



Klaus Wendt,
hoofd Traumatologie
UMCG



Dennis den Hartog,
traumachirurg
Erasmus MC

Nieuwe criteria voor Levelindeling ziekenhuizen

Een traumapatiënt moet zo snel mogelijk naar het ziekenhuis worden gebracht waar zijn letsels onderkend en adequaat behandeld kunnen worden. Dat is de visie op traumazorg. Daarom is het belangrijk dat de capaciteiten van alle ziekenhuizen in de regio in kaart gebracht worden. Dit is een belangrijke taak van de traumacentra”, vertelt Klaus Wendt, hoofd Traumatologie en

lid van het managementteam van Traumacentrum van het Acute Zorgnetwerk Noord Nederland. Per mei 2013 heeft de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) een nieuwe set criteria vastgesteld. Deze set is een revisie van de criteria uit 2012. Het LNAZ heeft op advies van de Landelijke Beraadsgroep Traumatologie (LBTC) deze criteria overgenomen.

Wendt legt uit: “De ziekenhuizen zijn voor de opvang van traumapatiënten daarom in drie levels ingedeeld. Het level 3-ziekenhuis kan geïsoleerde letsels, bijvoorbeeld een enkel- of heupfractuur behandelen. In het level 2-ziekenhuis kunnen ook vitaal bedreigde patiënten worden opgevangen, maar zijn niet alle voorzieningen aanwezig, zoals neurochirurgie.

“De nieuwe criteriasets zijn subtiel gewijzigd ten opzichte van eerdere sets. Het advies van de beroepsgroep was daarin leidend.”

In het level 1-ziekenhuis kunnen alle ernstig gewonde patiënten 24 uur per dag, 7 dagen per week worden opgevangen.” Prehospitaal kunnen medewerkers van ambulance of Mobiel Medisch Team de juiste keuze maken naar welk ziekenhuis de patiënt moet worden vervoerd.

Dynamiek in sets

Met Dennis den Hartog, traumachirurg bij Erasmus MC en hoofd Traumacentrum Zuid West Nederland, is Wendt lid van de LBTC, een van de vier adviesorganen van het LNAZ. Deze beraadsgroep heeft inhoudelijk gereageerd op de nieuwe criteriaset. De eerste levelcriteria voor Nederlandse

ziekenhuizen dateren uit 1999, bij de aanwijzing van de tien traumacentra in Nederland (elf vanaf januari 2008). Ze zijn oorspronkelijk gebaseerd op de levelindeling zoals die in Amerika wordt gebruikt. Den Hartog: “De indeling 1, 2 en 3 blijft in de nieuwe versie bestaan. Daaraan verandert niets. De criteria die nu zijn vastgesteld, anticiperen meer op het veranderde zorglandschap. De faciliteiten die een ziekenhuis beschikbaar heeft, wijzigen niet erg. Wat wel wijzigt, is de bemensing in de beschikbaarheid van personeel dat klaar staat bij de opvang van traumapatiënten. Dit is aan veranderingen onderhevig door ontwikkelingen in opleidingen,

zoals de nieuwe opleiding tot SEH-artsen. In de opleiding voor SEH-arts is tegenwoordig ook de Advanced Trauma Life Support (ATLS) opgenomen, waardoor arts-assistenten een andere rol kunnen krijgen op de SEH. De ATLS-certificering van artsen en assistenten is dan ook opgenomen in de nieuwe criteriaset voor de levelindeling. Voorzieningen moeten natuurlijk aanwezig zijn, maar de afname van bijvoorbeeld het aantal medewerkers dat 24 uur aanwezig is, bepaalde wel de dynamiek in de nieuwe sets.”

Advies beroepsgroep leidend

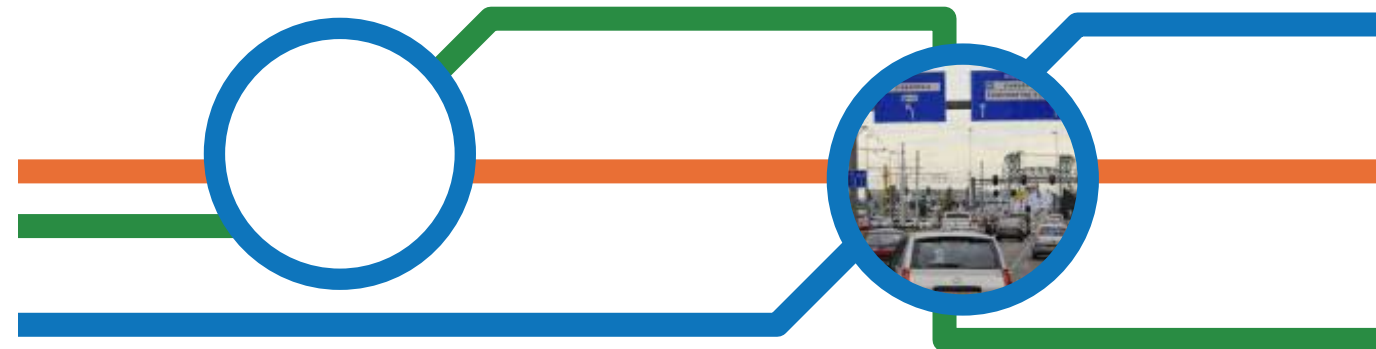
Wendt: “De nieuwe criteriasets zijn subtiel gewijzigd ten opzichte van eerdere sets. Voornamelijk

voor level 2-ziekenhuizen gelden zwaardere criteria. Ten opzichte van de eerste set met levelcriteria is de set anders tot stand gekomen. Wij hebben er deze keer voor gewaakt dat alle betrokkenen inhoudelijk konden reageren: leden van de NVT, de Landelijke Beraadsgroep Traumatologie, de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care en de algemene ledenvergadering van het LNAZ. Het advies van de beroepsgroep was daarin leidend.”

Kwaliteitsvisitaties

In de regio's worden alle ziekenhuizen ingedeeld volgens de levelcriteria. Een patiënt gaat naar een ziekenhuis dat het best is toegerust voor de opvang en behandeling van de ernst van het letsel. Wendt: “De levelcriteria zeggen niets over de kwaliteit van zorg. De criteria zeggen alles over de aanwezigheid van noodzakelijke voorzieningen in een ziekenhuis voor spoedeisende medische hulpverlening.” Den Hartog legt uit dat een visitatiecommissie

de ziekenhuizen in een regio bezoekt. “Doel is om aan de hand van de criteria te onderzoeken of ziekenhuizen voldoen aan het level dat aan het ziekenhuis is toegekend. De commissie stelt vervolgens voorwaarden en aanbevelingen als blijkt dat ziekenhuizen niet voldoen. Op die punten worden ziekenhuizen na een bepaalde periode opnieuw gevisiteerd. Daarna wordt beoordeeld of het huidige level behouden kan blijven of dat een aanpassing in de level status noodzakelijk is.”



Ferry Breedveld, lid
dagelijks bestuur
LNAZ



Dagelijks bestuur LNAZ verwelkomt Ferry Breedveld

Het dagelijks bestuur LNAZ verwelkomde op 1 mei 2013 Ferry Breedveld als nieuw lid van het dagelijks bestuur. Hij volgt Miša Džoljić op. Breedveld is lid van de raad van bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum en voorzitter van het NFU-consortium Kwaliteit van zorg.

Breedveld begon als internist in Leiden om vervolgens in Leiden en Boston onderzoek te doen naar reumatische ziekten. Terug in Leiden werkte hij op

de afdeling Reumatologie. Na tien jaar werd hij voorzitter van de interne specialismen. Ruim zes jaar geleden trad Breedveld aan als bestuurder van het LUMC. Zijn ruime ervaring als bestuurder gebruikt hij in zijn nieuwe functie als lid van het dagelijks bestuur van LNAZ. In 2008/2009 stelde Breedveld samen met een werkgroep basisprofielen op voor de SEH in het rapport 'Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis'. Breedveld: "Reumatologie heeft

weinig van doen met acute zorg. Acute zorg heeft wel raakvlakken met de interne vakken op de SEH waarvoor ik verantwoordelijk ben geweest."

Meet- en zichtbare kwaliteit

Breedveld vindt het belangrijk om continu te werken aan de vernieuwing en verbetering van zorg. Hij heeft vanuit dat vertrekpunt ook het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg opgezet. Breedveld: "Het consortium legt de focus op

“Juist de combinatie van meemaken, ervaren en oefenen met rollenspellen, maakt de voorbereiding waardevol.”

de kwaliteitsverbetering van de patiëntveiligheid; vanuit vier aandachtgebieden. Het uitgangspunt is dat leveren en tonen van kwaliteit een essentieel onderdeel is van de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Een van de vier aandachtsgebieden is bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid. Dat krijgt handen en voeten in het initiatief 'Uitwisseling kwaliteitsbeleid'. Het consortium wil bevorderen dat umc's hun expertise met elkaar gaan delen. Jaarlijks worden daarom twee best practices geselecteerd en die worden in alle umc's ingevoerd. Een ander aandachtgebied van het consortium is het meten van kwaliteit, om inzicht in de kwaliteit van zorg te bevorderen." Voor Breedveld is het meetbaar en

zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg een verantwoordelijkheid van alle veldpartijen.

Belangstelling

Als voorzitter van het NFU consortium heeft Breedveld grote belangstelling voor kwaliteitsverbeteringen. Kwaliteit moet volgens Breedveld dan ook eenzelfde rol in het ziekenhuis gaan spelen als financiën. "Net als een planning en controlcyclus moeten we ook een kwaliteitscyclus invoeren. Veel grote organisaties doen dat al. En de zorgsector is daar nu ook aan toe. Bij een resultaatverplichting die ziekenhuizen hebben naar onder meer patiënten, moeten we er ook voor zorgen dat de kwaliteit is geborgd." Als lid van het dagelijks bestuur LNAZ gaat

Breedveld zich samen met Berden richten op het project Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg. In dit project worden indicatorensets samengesteld voor het handelen van afzonderlijke ketenpartners én voor de samenwerking en overdracht tussen ketenpartners. Met de sets kan worden beoordeeld of de keten het goed doet. Daardoor is het mogelijk de inrichting van de acute zorg voor de patiënt verder te optimaliseren. "Vanuit de coulissen heb ik geapplaudisseerd voor dit project. Nu ben ik er ook nadrukkelijk bij betrokken en kan ik meehelpen het verder uit te bouwen."

Voorbereiden

Naast zijn taken binnen het bestuur heeft Breedveld de pijler Opleiden, Trainen en

Oefenen (OTO) in portefeuille en is hij voorzitter van de OTO Stuurgroep. "Uit ervaringen met twee recente interne incidenten in het LUMC heb ik wederom ervaren hoe belangrijk een goede voorbereiding is. Beide incidenten hadden grote gevolgen voor het ziekenhuis. Dan is het goed dat we ons daarop twee keer per jaar voorbereiden. Juist de combinatie van meemaken, ervaren en oefenen met rollenspellen, maakt de voorbereiding waardevol.

Dat doen we voor interne calamiteiten en externe rampen met politie en brandweer. Het is een effectieve inzet van de OTO stimuleringsmiddelen."

Afscheid

Breedveld volgt Miša Džoljić op. Džoljić vertrok in oktober 2012 als lid raad van bestuur van het Academisch Medisch Centrum naar Nyenrode Business Universiteit, maar bleef de afgelopen periode nog lid van het

dagelijks bestuur, mede om het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO af te ronden.

Het dagelijks bestuur van LNAZ bestaat naast Ferry Breedveld uit prof. dr. Bart Berden, lid raad van bestuur van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en mr. Jos Aartsen, lid raad van bestuur van het UMC Groningen. Het dagelijks bestuur wordt bijgestaan door algemeen secretaris drs. Renate Verheul MBA.



Samenwerking blijft het sleutelwoord



Bart Berden: "De professionele verbindingen die we in 2012 hebben gemaakt, worden verder verstevigd. Belangrijk is dat het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) een stevige positie inneemt bij de inrichting van de acute zorg. We merken dat de buitenwereld – zoals zorgverzekeraars en overheid – daar ook behoefte aan heeft, maar niet zeker is over de precieze invulling. Nog effectiever samenwerken draagt in deze bij aan het borgen van de spreiding en bereikbaarheid van de acute zorg en het voorbereiden van de

acute zorgketen op opgeschaalde hulpverlening bij een regionale ramp of crisis. Het moet voor iedereen binnen de keten duidelijk zijn waarvoor en wanneer ze een beroep kunnen doen op het ROAZ, maar ook op de ondersteuning door het LNAZ. Een ander belangrijk aandachtspunt voor het ROAZ is meer samenwerking met de eerste lijn. Veel mensen melden zich in het ziekenhuis bij de spoedeisende hulp post, terwijl ze eigenlijk naar de huisartsenpost moeten gaan. Dit brengt onnodig veel kosten met zich mee. Het zou daarom

goed zijn als de spoedeisende hulp posten en huisartsenposten nog meer met elkaar gaan samenwerken. Op die manier kunnen spoedeisende hulp posten zich bezighouden met patiënten die echte acute zorg nodig hebben. En krijgt elke patiënt passende zorg geboden. Samenwerking blijft voor de toekomst dan ook het sleutelwoord."

Leveren en tonen van kwaliteit

Renate Verheul: "We zijn als LNAZ gegroeid vanuit de traumacentra en traumazorg. We hebben een

“Daarnaast is het voor de beste acute zorg voor de patiënt belangrijk dat die zorg op verschillende plaatsen in Nederland uniformer is geregeld.”

belangrijke ondersteunende rol in het verder ontwikkelen van de acute zorgnetwerken. Daarom is het goed om de komende tijd met elkaar te bepalen wat geregeld moet zijn om te kunnen zeggen 'het ROAZ functioneert goed'. Daarnaast is het voor de beste acute zorg voor de patiënt belangrijk dat die zorg op verschillende plaatsen in Nederland uniformer is geregeld.

Met de initiatieven die we het afgelopen jaar hebben uitgewerkt tot concrete producten zoals de Landelijke Traumaregistratie en de indicatorensets voor acute zorgketens kunnen we daarin weer een belangrijke stap zetten. Met het aantreden op 1 mei 2013 van Ferry Breedveld als nieuw lid van het dagelijks bestuur, is de continuïteit van kwaliteitsdenken binnen het

LNAZ nog verder geborgd. Zoals Ferry Breedveld in zijn interview al aangaf, is het leveren en tonen van kwaliteit een essentieel onderdeel van de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener. En daarmee ook van professioneel verbinden, wat voor LNAZ een belangrijk speerpunt blijft, nu en in de toekomst.”

Acute Zorgnetwerken

1. Acute Zorg Netwerk Noord Nederland
2. Netwerk Acute Zorg Zwolle
3. Acute Zorg Euregio
4. Acute Zorgregio Oost
5. Traumazorg Netwerk Midden Nederland
6. Netwerk Acute Zorg Brabant
7. Netwerk Acute Zorg Limburg
8. Traumacentrum West
9. Traumacentrum Zuid West Nederland
10. TraumaNet AMC
11. Netwerk acute zorg, regio VUmc





Landelijk Netwerk Acute Zorg

Bezoekadres:
Berglandweg 32
5022 JB Tilburg
T 013 539 37 84

Postadres:
Postbus 90151
5000 LC Tilburg

W www.lnaz.nl
E info@lnaz.nl