

## **Informatie over het Kwaliteitskader Spoedzorgketen voor de achterban**

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is opgesteld door elf partijen (AZN, FMS, InEen, LNAZ, NFU, NHG, NVSHA, NVZ, V&VN, ZN en Patiëntenfederatie Nederland). SiRM heeft de penvoering verzorgd. Januari 2018 is het kader door het LNAZ namens partijen aangeboden aan Zorginstituut Nederland.

Bijgevoegd treft u informatie aan over het (tot stand komen) van het kwaliteitskader. Deze informatie kan worden gebruikt om de achterban te informeren.

Voor meer informatie kan contact worden opgenomen met Arold Reusken, hoofd bureau LNAZ [a.reusken@lnaz.nl](mailto:a.reusken@lnaz.nl). Telefoonnummer LNAZ 030-2106270. Bij eventuele vragen vanuit de pers over het kwaliteitskader, mag men desgewenst de pers doorverwijzen naar het LNAZ.

## **Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen**

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is opgesteld door elf partijen (AZN, FMS, InEen, LNAZ, NFU, NHG, NVSHA, NVZ, V&VN, ZN en Patiëntenfederatie Nederland) en in januari 2018 door het LNAZ namens partijen aangeboden aan Zorginstituut Nederland. Het doel van dit kader is de kwaliteit in de spoedzorgketen verder te verbeteren.

Een patiënt met een acute zorgvraag mag ervan uit gaan dat spoedzorg 24 uur per dag 7 dagen per week toegankelijk is, tijdig wordt geboden, van goede kwaliteit is, en niet meer kost dan nodig is. In de meeste gevallen kan de patiënt voor spoedzorg terecht bij de huisarts/huisartsenpost, soms is de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis de meest aangewezen plek. In een beperkt aantal gevallen is de patiënt het beste af in een gespecialiseerd ziekenhuis.

Omdat de acute zorg vaak ketenzorg is, is samenwerking tussen de ketenpartners vereist en zijn hiervoor goede (regionale) afspraken nodig. Een voorbeeld hiervan is de ambulance die de patiënt op verzoek van een huisarts met spoed naar een ziekenhuis brengt.

Goede toegankelijkheid van de acute zorg voor de patiënt, 24 uur per dag, 7 dagen per week vraagt daarnaast bijvoorbeeld ook om afspraken over bereikbaarheid en om informatie over beschikbaarheid van huisartsenposten (HAP's) en SEH's in de regio.

## **Totstandkoming Kwaliteitskader Spoedzorgketen**

De gezamenlijk bespreking van zogenaamde 'patient journeys' leerden bij de spoedzorgketen betrokken partijen dat er weliswaar veel goed gaat, maar er ook nog het nodige verbeterd kan worden in de keten van acute zorg. Om deze verbetering van de spoedzorgketen te faciliteren hebben de elf partijen een kwaliteitskader voor de spoedzorgketen opgesteld.

## **De kern van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen**

De ambitie van het kwaliteitskader is dat de patiënt, die acuut zorg nodig heeft, de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment ontvangt en deze zorg doelmatig wordt geboden. Het kwaliteitskader richt zich dan ook vooral op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die zorgverleners in ketenverband leveren, dus op de keten en de schakels in die keten.

Het kwaliteitskader richt zich op de acute huisartsenzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams en de acute ziekenhuiszorg. Het beschrijft bestaande landelijke normen en richtlijnen, beschrijft nieuwe normen en doet aanbevelingen die de kwaliteit van de spoedzorgketen bevorderen.

## **Status van het Kwaliteitskader**

De inhoud van het kwaliteitskader heeft de instemming van de elf partijen, met de opmerking dat de FMS heeft aangegeven vooralsnog geen akkoord te kunnen geven op de voorgestelde norm voor de aanwezigheid van geriatrische expertise op de SEH en de normen voor aanwezigheid van de radioloog en de anesthesist die ontleend zijn aan de levelcriteria van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie.

Zorgverzekeraars Nederland is van mening dat het kwaliteitskader bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van de acute zorg maar wenst een doorrekening van het gehele kwaliteitskader voordat zij wil besluiten over accordering van het kwaliteitskader. Ook de Federatie Medisch Specialisten wenst eerst een budget impact analyse op het gehele kwaliteitskader voorafgaand aan de implementatie.

Alle andere partijen hebben aangegeven dat voor vier nieuwe normen en business impact analyse nodig is om te bezien of de benodigde personele inzet en middelen hiervoor beschikbaar zijn.

Het Zorginstituut heeft al aangegeven, na ontvangst van het kwaliteitskader, het risico op meerkosten te zullen onderzoeken. Zij zal de NZa vragen een quick scan uit te voeren naar mogelijke financiële gevolgen van het kwaliteitskader en de eventuele noodzaak van een business impact analyse bezien.

De zogenaamde tripartiete formalisering (formalisering door verzekeraars, patiëntenorganisatie en zorgaanbieders) van het kader en normen is daarmee nog afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek naar de business impact analyse en de opstelling van het implementatieplan.

Dit laat onverlet dat partijen reeds nu al (in regionaal verband) invulling kunnen geven aan veel van de in het kwaliteitskader opgenomen normen en aanbevelingen.

### **Acties tot verbetering van de acute zorgketen**

Het kwaliteitskader biedt richting aan acties die partijen van belang vinden om de acute zorg te verbeteren. Het gaat hierbij om actie op onderstaande onderdelen van de keten:

- Melding
- Triage en zorgcoördinatie
- Diagnostiek en behandeling
- Coördinatie uitstroom
- Keteninformatie
- Ketenevaluatie

#### Melding

Voor patiëntgerichte en doelmatige spoedzorg hebben patiënten met een (acute) zorgvraag en hun naaste(n) 24/7 de mogelijkheid om (online) ondersteuning te ontvangen bij het inschatten van de urgentie van de zorgvraag. Zo kunnen zij bepalen of zij gebruik moeten maken van (spoed)zorg of dat hun zorgvraag kan wachten tot de volgende dag.

Intensieve samenwerking tussen de HAP, Regionale Ambulance Voorziening (RAV) en de SEH tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) draagt bij aan patiëntgerichte spoedzorg, die effectief en doelmatig is. Als onderdeel hiervan wordt in het kwaliteitskader aanbevolen dat de HAP en SEH zoveel mogelijk werken vanuit één locatie. Partijen stellen daarnaast in het kwaliteitskader als nieuwe norm dat de HAP en de SEH in de regio afspraken maken over samenwerking, waaronder de verantwoordelijkheidsverdeling rondom de melding, de triage, overdracht en verwijzing van onder andere zelfverwijzers.

#### Triage en zorgcoördinatie

Partijen stellen als nieuwe norm dat ambulancezorgprofessionals en huisartsen 24/7 een SEH-arts KNMG, medisch specialist en/of Mobiel Medisch Team (MMT)-arts in de regio kunnen consulteren om informatie en advies te vragen over de patiënt met een spoedvraag die zij aantreffen.

Daarbij maken ketenpartijen in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) afspraken over het ondersteunen van de consultatie van de SEH-arts KNMG of medisch specialist door het delen van digitale informatie/beelden voor de pre-hospitale triage vanuit de ambulance.

Huisartsenposten, RAV's en ziekenhuizen maken in ROAZ-verband inzichtelijk welke ziekenhuizen in de regio specifieke competenties en/of faciliteiten voor bepaalde toestandsbeelden bieden. Zij spreken af of de ambulance patiënten eerst naar de dichtstbijzijnde SEH of rechtstreeks naar de SEH van het ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten vervoert.

### Diagnostiek en behandeling

Om veilige, effectieve en toegankelijke spoedzorg te bieden, beschikken aanbieders van spoedzorg zowel overdag als tijdens ANW-uren over personeel met de juiste kennis en vaardigheden en over de benodigde faciliteiten voor het goed diagnosticeren en behandelen van een acute zorgvraag.

In dit kader spreken partijen met elkaar af dat op elke geopende SEH 24/7 tenminste een arts aanwezig is met minimaal 2 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal 1 jaar ervaring in een poortspecialisme. Daarnaast zijn per specialisme afspraken gemaakt binnen welke tijd na een oproep een specialist aanwezig dient te zijn op de SEH. Voor deze nieuwe veldnormen voor de diagnostiek en behandeling geldt dat voldaan moet worden aan bepaalde randvoorwaarden omtrent de beschikbaarheid van menskracht en financiële middelen. Daarom gelden deze normen onder voorbehoud van de uitkomsten van de budget impact analyse die nog verricht zal worden.

### Coördinatie uitstroom

Voor het realiseren van patiëntgerichte en doelmatige spoedzorg, is een soepele uitstroom uit de spoedzorgketen essentieel. Partijen spannen zich in om de uitstroom uit de acute zorgketen 24/7 mogelijk te maken en treffen hiervoor maatregelen.

### Informatie

Goede overdracht van de patiënt met een acute zorgvraag tussen ketenpartners draagt bij aan patiëntgerichte en veilige spoedzorg. Partijen spreken met elkaar af dat de huisarts, HAP, RAV, MMT en SEH de actuele medische gegevens die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar delen. In de Richtlijn gegevensuitwisseling is beschreven welke informatie de ketenpartijen met elkaar delen.

### Ketenevaluatie

Partners in de acute zorgketen doorlopen in de regio een continu verbeterproces om de effectiviteit van de spoedzorg te bevorderen. De afspraken in het kwaliteitskader zijn daarbij leidend. Hierbij is inzicht nodig in het functioneren van de acute zorgketen als geheel. Ketenpartners bieden dan ook op regionaal niveau inzicht in de geleverde spoedzorg, evalueren de spoedzorg structureel met elkaar en sturen waar nodig bij.