



Zorginstituut Nederland

Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Verantwoordingsdocument

WIJZIGINGEN AAN DE HAND VAN DE CONSULTATIE-REACTIES

De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut is een onafhankelijke raad van deskundigen op het gebied van kwaliteit van zorg. De Raad geeft gevraagd en ongevraagd advies en heeft een wettelijke rol in de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Voor de Kwaliteitsraad ligt de essentie van kwaliteit vooral in het samen leren en verbeteren. Dat vraagt om nieuwe kwaliteitsinstrumenten.

De afgelopen jaren hebben elf partijen samen gewerkt aan het opstellen van een Kwaliteitskader Spoedzorgketen, te weten: Patiëntenfederatie Nederland, InEen, NHG, FMS, V&VN, NVSHA, AZN, LNAZ, NVZ, NFU en ZN. Deze partijen hebben op 15 april 2019 aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) een kwaliteitskader aangeboden waarbij op twee onderwerpen (Expertise van de arts op de SEH en Geriatrische expertise op de SEH) nog geen consensus was bereikt. Hierop heeft het Zorginstituut besloten een doorzettingsmacht-traject in te zetten en is op 27 mei 2019 de Kwaliteitsraad gevraagd te komen tot vaststelling van het Kwaliteitskader met specifieke aandacht voor deze twee onderwerpen.

Na een eerste consultatie tijdens een hearing op 26 augustus 2019 (waarvoor naast een vertegenwoordiging van de elf partijen o.a. ook enkele experts op persoonlijke titel waren uitgenodigd) met aansluitend de mogelijkheid om schriftelijk punten mee te geven, heeft de Kwaliteitsraad op 6 december 2019 aan deze partijen het concept Kwaliteitskader Spoedzorgketen ter consultatie aangeboden.

In dit verantwoordingsdocument is een overzicht van de reacties per thema weergegeven, met daarbij de onderbouwing van hoe deze in het kwaliteitskader zijn verwerkt. Hierbij is de volgende indeling gehanteerd:

1. Algemeen,
2. Expertise arts op de SEH
3. De aanvullende opdracht EPA-experiment
4. Geriatrische expertise op de SEH
5. Overige punten.

1. Algemeen

Tien van de elf partijen hebben in hun reacties expliciet aangegeven dit hele concept kwaliteitskader te ondersteunen. ZN gaat in haar reactie alleen in op de twee onderwerpen waar nog geen consensus over was.

Een aantal partijen (InEen, STZ, LNAZ, Patiëntenfederatie Nederland, NVSHA) vermeldt expliciet in hun reactie verheugd te zijn dat de Kwaliteitsraad (zoals InEen het verwoordde) “een gewogen besluit heeft genomen waardoor het kader ingeschreven kan worden in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland.” De LNAZ geeft aan dat “deze inschrijving zal bijdragen aan de implementatie van de afspraken zoals opgenomen in het kader en daarmee aan een betere kwaliteit van de spoedzorg in Nederland.” De Patiëntenfederatie geeft aan dat “met een vastgesteld kader het voor patiënten duidelijk is op welke zorg gerekend kan worden en bovenal welke afspraken in de keten zijn gemaakt.”

Enkele partijen hebben ook hun waardering voor de uitvoering van het traject uitgesproken. Een van de partijen (STZ) sprak de waardering uit voor de zorgvuldigheid die is betracht in de procedure. Het LNAZ sprak haar waardering uit voor de genomen moeite om nog eens naar het hele kwaliteitskader te kijken. De NVSHA complimenteerde de Kwaliteitsraad met de zorgvuldige afweging tussen de verschillende belangen.

De FMS geeft in zijn reactie aan dat het document uitgebreid besproken is met betrokken wetenschappelijke verenigingen en dat zij reageren namens alle wetenschappelijke verenigingen, waaronder de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG).

De NFU maakt de aantekening dat het jammer is dat het niet gelukt is om het kader echt kwalitatief aan te scherpen. Zij blijft de norm van 1 jaar klinische ervaring voor de arts op de SEH mager vinden.

Over de norm ‘geriatische expertise op de SEH’ zegt ZN het niet eens te zijn met de norm zoals nu verwoord in het kader dat ter consultatie voorligt. Daarnaast maakt ZN over de norm ‘arts op de SEH’ een opmerking. De reacties worden verderop in dit document inhoudelijk besproken.

Reactie

De Kwaliteitsraad heeft van deze opmerkingen onder dankzegging kennisgenomen. Deze algemene opmerkingen hebben niet geleid tot aanpassingen van het kwaliteitskader. Dat geldt ook over de opmerking van de NFU over aanscherping van de normen. De Kwaliteitsraad is van mening dat met de huidige formulering een goede balans is gevonden tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

2. Expertise arts op de SEH

Alle partijen geven aan te kunnen instemmen met de combinatie van de aanbeveling (SEH-arts KNMG of een medisch specialist op de SEH¹) en de norm (Arts op de SEH¹). De NVSHA geeft aan van mening te blijven dat de ‘aanbeveling’ leidend dient te zijn en als norm gesteld zou moeten worden. De NFU geeft aan de werkervaringseis voor de arts op de SEH van 1 jaar nog te ‘mager’ te vinden.

Verschillende partijen erkennen dat een norm op basis van competenties de meest wenselijke is, maar een adequaat competentiesysteem nog onvoldoende uitontwikkeld is en dat (zoals de STZ het formuleerde) in afwachting daarvan volstaan kan worden met de thans geformuleerde norm. De STZ ziet hier graag ter aanvulling/verduidelijking ook de Intensive Care benoemd.

De FMS geeft aan dat het woord stage zoals dat in de norm bij anesthesiologie is toegevoegd geen recht doet aan de [opleidings]ervaring die wordt beoogd en inhoudelijk een andere betekenis en implicatie heeft dan de te verwerven ervaring in de anesthesiologie zoals beschreven in de eerdere formulering. De FMS verzoekt dan ook om het woord stage weer te verwijderen.

In het kwaliteitskader staan geen termijnen vermeld waarbinnen de normen behaald dienen te worden. Die staan in het bijbehorende implementatieplan. De NVZ/SAZ² doet het voorstel om de oorspronkelijke uiterste implementatiedatum van 1 januari 2023 te handhaven om ziekenhuizen de gelegenheid te geven om artsen (arts-assistenten) te werven.

Reactie

Het woord stage in de norm is weggehaald en ook de Intensive Care is als niet-poortspecialisme toegevoegd.

De uiterste implementatiedatum voor de norm ‘Arts op de SEH’ is gesteld op 1 januari 2022. In de BIA staat dat 12 SEH’s per 2023 niet aan ‘de norm’ zouden kunnen voldoen; Hier wordt nog verwezen naar een eerdergenoemde norm van 2 jaar klinische ervaring, waarvan 1 jaar in een poortspecialisme. Aangezien deze norm nu naar beneden is bijgesteld (naar minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan een halfjaar in een poortspecialisme en waarbij deze ervaring ook opgedaan kan worden bij anesthesiologie of intensive care) acht de Kwaliteitsraad de nieuwe uiterste implementatiedatum van 1 januari 2022 van deze norm voor ziekenhuizen haalbaar.

¹ Zie voor precieze formulering norm en aanbeveling in het vastgestelde Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

² De NVZ en SAZ hebben ervoor gekozen om een gezamenlijke reactie te geven.

3. De aanvullende opdracht EPA-experiment

Drie partijen hebben hierover een opmerking gemaakt.

- De FMS vindt het goed dat de Kwaliteitsraad nader onderzoek vraagt naar een norm geformuleerd op competenties. Zij gaat graag samen met de NVZ aan de slag om in een aantal ziekenhuizen hiertoe pilots met beoordelingen op basis van EPA's te starten.
- De NVSHA deelt de mening dat EPA's toenemend belangrijk zijn in het moderne opleiden en doet, ondanks een aantal bezwaren gericht tegen experimenteren, de navolgende vier voorstellen. Ten eerste dat de uitkomsten van de experimenten worden meegenomen in de volgende herziening (gepland in 2023) zodat er voldoende tijd is voor het ontwikkelen en inzetten van de EPA. Ten tweede dat de betrokken partijen ervoor zorgen dat er met EPA's ook voldoende ervaring wordt opgedaan buiten de opleidings situatie (dus in 'niet-opleidingsziekenhuizen'). Ten derde dat het EPA-experiment het brede (wetenschappelijke) domein spoedeisende geneeskunde zou moeten betreffen en ten vierde dat de inbreng van de andere partijen bij het ontwikkelen van de EPA (waaronder de NVSHA) geborgd wordt.
- ZN geeft aan dat zorgverzekeraars willen meewerken aan de experimenten, mits dit mogelijk is binnen de financiële afspraken van het HLA en de huidige krappe arbeidsmarkt. Daarom verzoeken zorgverzekeraars het Zorginstituut, om op het moment van publicatie van deze nieuwe versie van het kader, aan te geven wat de verwachte meerkosten zijn voor het uitvoeren van deze experimenten en hoe dit past in de afspraken die gemaakt zijn in de hoofdlijnakoorden. In de ogen van zorgverzekeraars moet binnen de experimenten te zijner tijd ook duidelijk zijn dat de kwaliteitseisen niet boven de redelijke beschikbaarheidseisen van de zorg mogen gaan, maar hier een goede balans in gevonden moet worden. Dit is vooral een gegeven gelet op de huidige krappe arbeidsmarkt.

Reactie

Ad 2. | In de formulering van de opdracht aan de FMS en de NVZ (zie paragraaf 6.1) staat (en stond) al expliciet de uitvoering van EPA-experimenten "in goede afstemming met de andere partijen" te doen. Hiermee wordt dus ook de NVSHA bedoeld. De niet-opleidingsziekenhuizen zijn ook onderdeel van de spoedzorgketen en moeten dus ook in het EPA-experiment betrokken worden. De te ontwikkelen EPA moeten daarnaast het brede domein van de spoedeisende geneeskunde betreffen.

In de opdracht (zie paragraaf 11.6) staat dat de Landelijke Spoedzorgtafel de norm op basis van de uitkomsten van de evaluatie via een addendum op het kwaliteitskader (tripartiet) moet aanpassen, tenzij de evaluatie van de experimenten de meerwaarde van de EPA's niet aantoonst. Als deadline is gesteld 1 juli 2022.

Ad 3. | Aan de opdrachtformulering in paragraaf 11.6 is toegevoegd dat de experimenten dienen te worden uitgevoerd binnen de huidige financiële kaders en mogelijkheden van de arbeidsmarkt.

4. Geriatrie expertise op de SEH

In Een, NHG, AZN, LNAZ, V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, FMS, NVSHA, NFU en de STZ geven aan zowel de norm als de aanbeveling te ondersteunen. De STZ geeft aan verheugd te zijn over de nieuwe formuleringen. De NVZ/SAZ geeft aan de aanbeveling te ondersteunen en doet een suggestie voor aanpassing van de norm. ZN heeft een uitgebreidere reactie op de norm.

- De STZ geeft aan dat geriatrie expertise van meerwaarde is op de SEH en dat dit middels taakherschikking georganiseerd kan worden, zoals beschreven is in de aanbeveling, mits er een achterwacht vanuit de klinische geriatrie of internisten-ouderengeneeskunde is. De STZ is daarom verheugd dat de norm op het niveau van Verpleegkundig Specialist (VS) uit de eerdere conceptrichtlijn is verdwenen en vervangen is door de norm van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde.
- De FMS stelt dat de formulering van de norm in de consultatie-versie op verschillende manieren kan worden uitgelegd. De veldnorm kan daarbij een eigen leven gaan leiden en ertoe leiden dat de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde bij alle ouderen betrokken wordt terwijl de ouderengeneeskunde in een getrappt model moet worden vormgegeven. De FMS geeft daarom uitgebreide onderbouwing voor het voorstel om dat ook in de norm zelf tot uiting te laten komen door het woord *specialistisch* toe te voegen.
De FMS verzoekt de uiterlijke datum voor realisatie in het Implementatieplan voor deze norm te stellen op 1 januari 2022.
- De NVSHA geeft aan dat de norm die nu wordt voorgesteld door de Kwaliteitsraad voldoet aan de eisen die de dagelijkse praktijk van de spoedeisende geneeskunde stelt aan deze expertise.
De NVSHA merkt op dat het van belang is dat binnen dit achterwacht-systeem het noodzakelijk is dat de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde deze groep patiënten ook zelf kan opnemen op een voor hen geschikte afdeling.
- De NVZ/SAZ geeft expliciet aan akkoord te zijn de bijbehorende aanbeveling voor aanvullende inzet van³ Verpleegkundig Specialist (VS)/Physician Assistant (PA)/Arts met geriatrie expertise. Zij vindt het belangrijk dat dit een aanbeveling blijft en geven aan dat dat kan omdat de geriatrie expertise op de SEH via de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde geborgd is.
De NVZ/SAZ stelt voor om in de norm naast de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde ook de specialist ouderengeneeskunde op te nemen omdat de invulling van de norm ook regionaal georganiseerd mag worden. Veel ziekenhuizen werken namelijk al intensief samen met een VVT-instelling. In deze ketensamenwerking kunnen ziekenhuizen goed gebruik maken van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde om invulling te kunnen geven aan deze norm, zo stellen zij. Ook inhoudelijk gezien biedt deze inzet een meerwaarde omdat het buiten kantooruren heel veel gaat om care vraagstukken.
De NVZ/SAZ stelt in haar brief: “In de BIA bleek dat 30% van de ziekenhuizen (n=26) nog niet kon voldoen aan deze norm. E.e.a. hangt uiteraard samen met de arbeidsmarkt. De implementatie van deze norm hangt dus af van een realistische termijn voor implementatie. De NVZ stelt daarom een deadline voor van 2024 om voldoende tijd te hebben om artsen te werven c.q. afspraken in de regio te maken.”
De NVZ/SAZ stelt dat de Kwaliteitsraad de uitkomsten van de BIA niet meegewogen heeft bij het formuleren van de norm voor de inzet van de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde. De verwachte jaarlijkse meerkosten van deze norm zouden maximaal € 14,7 miljoen zijn, zo geeft de NVZ/SAZ aan en zou de implementatie van deze norm dus afhangen van de afspraken die ziekenhuizen met zorgverzekeraars hierover kunnen maken.
- De NFU geeft aan behoefte te hebben aan verduidelijking van wat wordt bedoeld met beschikbaarheid. De norm wordt geïnterpreteerd als dat geriatrie expertise binnen 24 uur beschikbaar moet zijn. De NFU stelt dat dit te mager is.
- ZN geeft aan dat zorgverzekeraars om diverse redenen niet eens zijn met de norm zoals verwoord in het conceptkader dat ter consultatie voorligt. Zorgverzekeraars geven aan voorkeur te hebben voor inzet van een verpleegkundig specialist op de SEH in plaats van een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde om de balans tussen kwaliteit, beschikbaarheid en doelmatigheid te borgen.

³ Zie voor precieze formulering aanbeveling en norm in het vastgestelde Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

ZN stelt in haar reactie dat deze norm taakherschikking onmogelijk maakt en er geen bewijs is dat deze norm leidt tot betere kwaliteit. In de huidige krappe arbeidsmarkt is dit in hun ogen onwenselijk. Uit de monitor taakherschikking van de NZa blijkt zelfs dat de kwaliteit van de zorg verbetert door de inzet van de verpleegkundig specialist.

ZN stelt in haar reactie dat het uitsluiten van een beroepsgroep in de huidige krappe arbeidsmarkt mogelijk de toegankelijkheid van de zorg verslechtert, wat een negatief effect kan hebben op de uitkomsten van de zorg. Volgens ZN “zijn patiënten van mening dat een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde en een verpleegkundig specialist uit het oogpunt van kwaliteit in deze context gelijkwaardige beroepen zijn, zo zou blijken uit het keurmerk ‘seniorvriendelijk ziekenhuis’, die ook als bron is opgenomen in het kader zelf.”

ZN geeft aan dat “gegeven (i) de afspraken in het HLA om de kosten in de zorg te beheersen, (ii) de recentelijk afgesloten ziekenhuis-CAO en (iii) het ontbreken van bewijs dat een klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde betere kwaliteit van zorg levert dan de verpleegkundig specialist, het onwenselijk is om jaarlijks 9,1 miljoen te investeren. Dit zijn de extra meerkosten die het uitsluiten van de verpleegkundig specialist volgens de BIA jaarlijks met zich meebrengt.”

Reactie

Ad 1. | De Kwaliteitsraad heeft van deze opmerkingen onder dankzegging kennisgenomen. Deze opmerkingen hebben niet geleid tot aanpassingen van het kwaliteitskader.

Ad 2. | De Kwaliteitsraad ondersteunt de gedachtegang van de FMS en heeft het woord specialistisch toegevoegd: het gaat om medisch specialistische geriatrische expertise voor de problematiek en heeft de uiterste implementatiedatum voor realiseren van de norm gesteld op 1 januari 2022.

Ad 3. | Omdat ziekenhuizen verschillende werkwijzen hebben bij het opnemen van klinische patiënten kan zoals de NVSHA vraagt hier geen norm over worden opgenomen. Het is aan ziekenhuizen zelf hoe zij hun procedures inrichten voor het opnemen van een klinische patiënt, bijvoorbeeld via de SEH direct op zaal of op een speciaal daartoe ingerichte AOA [acute opname afdeling].

Ad 4. | Inzet van de Verpleegkundig Specialist (VS)/Physician Assistant (PA)/Arts met geriatrische expertise op de SEH bij een patiënt met geriatrische problematiek is in vergelijking met de consultatieversie zoals de NVZ/SAZ vraagt inderdaad een aanbeveling gebleven.

Aan de norm is de specialist ouderengeneeskunde niet toegevoegd. De inzet van de specialist ouderengeneeskunde op een SEH kan zeker meerwaarde hebben, maar deze arts kan de klinische geriater of internist ouderengeneeskunde niet vervangen. Er is een duidelijk verschil in (opleidings-) achtergrond en de aard van de vakgebieden en dus in de expertise op gebied van acute ouderengeneeskunde. Het gaat in dit kader vooral om de inzet van de medisch specialistische expertise van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde bij de diagnostiek en behandeling in de SEH-setting of het eventueel afzien daarvan.

De BIA betreft een rapport van de NZa van 18 december 2018 inzake de kosten en de beschikbaarheid van (geriatrische) expertise op de SEH. Het aangedragen punt van de NVZ/SAZ gaat over de in de BIA genoemde norm ‘2B’ inzake de inzet van klinisch-geriaters/internisten-ouderengeneeskunde op de SEH. In 2018 zouden 26 van de 87 ziekenhuizen niet aan deze norm kunnen voldoen. In 2020 is dat aantal teruggelopen naar 15 en in 2023 zijn er nog 4 ziekenhuizen die aangeven niet te kunnen voldoen aan deze norm. Het betreffen vooral de kleine SEH's die in de avond, nacht en weekenden niet aan de norm kunnen voldoen. Het daadwerkelijke aantal SEH's is sinds dit onderzoek in 2018 gedaald. Bovendien is een aantal van deze veelal kleine SEH's inmiddels gesloten. Nu ook gesteld is dat de bereikbaarheid en beschikbaarheid regionaal georganiseerd mag worden en er steeds vaker regionaal samengewerkt wordt, moet implementatie van de norm per 1 januari 2022 haalbaar zijn.

Uit de BIA blijkt inderdaad dat de verwachte jaarlijkse meerkosten van deze norm € 14,7 miljoen is. Dit is € 9,1 miljoen meer dan bij normering van de inzet van de verpleegkundig specialist (€ 5,6 miljoen). Omdat deze kosten lager kunnen uitvallen als er regionale afspraken worden gemaakt, zo stelt de BIA, is dit zo ook in de norm opgenomen. De BIA geeft aan dat de opbrengsten van de inzet van geriatrische expertise niet zijn meegenomen en dat door inzet van geriatrische expertise ook zeer waarschijnlijk zorgt voor het sneller bereiken van passende zorg en voor het voorkomen van onnodige zorg (o.a. minder diagnostiek en vervolgonderzoek, minder complicaties).

Ad 5. | In de norm staat over beschikbaarheid letterlijk: “Deze klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde is 24/7 bereikbaar voor telefonische consultatie en 24/7 beschikbaar om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling.” Het is een professionele inschatting of een patiënt door deze klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde gezien moet worden op de SEH. De Kwaliteitsraad heeft gemeend dit aan de professional te moeten overlaten. Duidelijk is dat de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde de patiënt op de SEH moet zien als de patiëntenzorg daar om vraagt.

Ad 6. | De Kwaliteitsraad is het met ZN eens dat normstelling taakherschikking niet onmogelijk mag maken mits de kwaliteit van de ketenzorg voldoende geborgd is. De norm op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van een klinisch geriater of een internist ouderengeneeskunde maakt taakherschikking ook niet onmogelijk. De norm sluit geen beroepsgroep uit. Het inzetten van een Verpleegkundig Specialist (VS)/Physician Assistant (PA)/Arts met geriatrische expertise is een aanbeveling gebleven. De stelling van ZN is dat er “geen bewijs is dat de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde betere kwaliteit van zorg levert dan de verpleegkundig specialist” miskent de expertise van de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. De Kwaliteitsraad ziet wel dat de inzet van de Verpleegkundig Specialist (VS)/Physician Assistant (PA)/Arts met geriatrische expertise de kwaliteit van de zorg verbetert afhankelijk van aard van de zorgvraag. Naast de norm is daarom ook de aanbeveling opgenomen om de Verpleegkundig Specialist (VS)/Physician Assistant (PA)/Arts met geriatrische expertise in te zetten daar waar dit ondanks de huidige krappe arbeidsmarkt mogelijk is. De aanbeveling van de inzet Verpleegkundig Specialist (VS)/Physician Assistant (PA)/Arts met geriatrische expertise is niet als norm geformuleerd omdat op dit moment niet van alle ziekenhuizen kan worden verwacht dat zij deze inzet (mede ingegeven door de huidige krappe arbeidsmarkt) kunnen realiseren. Om wel het juiste beeld te schetsen is de volgorde omgedraaid en de aanbeveling als eerste geplaatst en als tweede de norm. Zoals ook eerder beschreven is in de norm over de inzet van de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde het woord ‘specialistische’ toegevoegd. Door te spreken over ‘specialistische geriatrische problematiek’ wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd als de patiëntenzorg daar om vraagt, terwijl tegelijkertijd de toegankelijkheid en betaalbaarheid wordt geborgd door alleen deze zorg in te zetten als dat nodig is.

5. Overige punten

Naast bovengenoemde opmerkingen zijn door verschillende partijen een aantal inhoudelijke punten over andere onderdelen van het Kwaliteitskader aangegeven. De wijze van verwerking zijn hieronder aangever per punt vermeld.

- Het Kwaliteitskader gaat uit van regie op regionaal niveau. Alle partijen delen deze visie. De STZ geeft aan het specifiek van belang te vinden dat de diverse partijen ook juist regionaal op gelijkwaardig niveau samenwerken.

De Kwaliteitsraad vindt het van belang dat partijen samen leren en het Kwaliteitskader verder doorontwikkelen, ook op regionaal niveau. Daarom heeft de Kwaliteitsraad de sector een aantal opdrachten meegegeven die dat ondersteunen.

- De STZ geeft aan graag betrokken te blijven bij de implementatie en de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader.

Het is aan de NVZ om met haar leden af te stemmen hoe hun vertegenwoordiging geborgd wordt.

- De STZ geeft aan dat de eis voor tenminste 1 SEH verpleegkundige (in norm van paragraaf 4.2) in strijd met de directe beschikbaarheid voor de verpleegkundige triage en inadequaat is voor de opvang van vitaal bedreigde patiënten. De STZ ziet hierin graag uitbreiding; temeer omdat de SEH in de meeste ziekenhuizen ook een brandweerfunctie vervult voor spoedeisende situaties in huis (SIT, reanimatie).

De formulering van deze norm is door de elfpartijen in eerdere fase al tot stand gekomen. Het is inderdaad van belang dat een ziekenhuis zorgt dat de directe beschikbaarheid geborgd is. Het is aan ieder ziekenhuis zelf om dit te organiseren. De formulering van de tweede zin in de norm “Deze SEH-verpleegkundige is altijd direct beschikbaar voor de fysieke (her)triage” vraagt daarom. De Kwaliteitsraad heeft geen aanleiding gezien om de formulering van de norm aan te passen.

- De STZ ziet graag de evaluatietask van de spoedzorgketen meer expliciet bij de ROAZ neergelegd.

De STZ refereert aan de door de elfpartijen geformuleerde tekst in paragraaf 11.4 (was paragraaf 11.3 in de consultatieversie). De Kwaliteitsraad geeft in het definitieve kwaliteitskader de sector een aantal opdrachten mee, zie paragraaf 11.6. Een van de eerste opdrachten is het oprichten van een Landelijke Spoedzorgtafel (hierna: LSZT). Het is aan de LSZT om over de evaluatietask van de spoedzorgketen af te stemmen met de LNAZ. Daarom is dit aan paragraaf 11.4 toegevoegd.

- De STZ haalt de norm in paragraaf 7.2: “Bij een interklinische overplaatsing geldt dat het zorgniveau van het verwijzende ziekenhuis gehandhaafd blijft. De RAV en het ziekenhuis hebben afspraken over de noodzakelijke instructies aan personeel (mondeling en schriftelijk), (aanvullende) personele begeleiding vanuit het ziekenhuis en directe telefonische bereikbaarheid van de verwijzer tijdens het vervoer.” De STZ geeft aan dat in het kader van de uit- en doorstroom in de keten ook behoefte zal zijn aan een step-down model waarin patiënten na initiële opvang, stabilisatie en behandeling zo spoedig mogelijk dienen te worden verwezen naar een ziekenhuis(locatie) van een lichter niveau en/of in dichtere nabijheid voor de patiënt. In dat geval is sprake van ongepast gebruik van mensen en middelen om tijdens het transport het niveau nog te handhaven van het uitplaatsende ziekenhuis.

De Kwaliteitsraad heeft deze norm die eerder door de elfpartijen (tripartiete) is overeengekomen in dit stadium niet heroverwogen. Het is aan de LSZT om eventuele aanpassing bij de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader mee te nemen.

- Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen kent ook een bijbehorend Implementatieplan. In dit plan zijn data voor implementatie van de normen geformuleerd. Deze data zijn afhankelijk gesteld van de datum van vaststelling van het Kwaliteitskader. Aanvankelijk was april 2019 als datum benoemd. Uitgaande van inschrijving in het register in januari 2020, verzoekt de LNAZ dit als datum van vaststelling te benoemen, zodat er hierover geen verwarring kan ontstaan.

De datum van vaststelling van het Kwaliteitskader is 11 februari 2020.

- V&VN geeft aan dat door het tweemaal gebruik van het woord 'kinderaantekening' in de norm over de competenties van de SEH-verpleegkundige in paragraaf 6.1 verwarring kan ontstaan.

Door V&VN is een voorstel voor herformulering gedaan waarin de opleidingsnaam vervangen is voor een meer generiek geformuleerd opleidingseis zonder dat de norm inhoudelijk is veranderd. De Kwaliteitsraad heeft dit voorstel overgenomen.

- De FMS geeft aan dat de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie hebben opgemerkt dat de voetnoot in de consultatieversie over de Levelcriteria Traumachirurgie 2013 niet helemaal juist is, hetgeen kan leiden tot misverstand over de status van de Levelcriteria. De FMS vraagt deze voetnoot aan te passen.

Voetnoot 48 op bladzijde 41 is aangepast. Het betreft een technische aanpassing waardoor het duidelijker beschreven staat dat de beschikbaarheid van de anesthesioloog en de radioloog op de SEH door de NVA en de NVvR zijn onderschreven, maar dat het nog een monodisciplinair vastgestelde richtlijn betreft

- De FMS geeft aan dat de NIV in april 2019 tijdens hun ALV de aanrijdtijd voor internisten (tijdsnorm is max. 30 minuten) inmiddels heeft vastgesteld. Dit is nog niet verwerkt in de consultatieversie. De FMS vraagt de Kwaliteitsraad dit alsnog aan te passen in de laatste regel van de tabel in paragraaf 6.1.

Na formele bevestiging door de NIV is 'Interne geneeskunde' uit de regel verwijderd.

- Het NHG hecht eraan nogmaals te benadrukken dat hoewel zij de normen in het document inhoudelijk onderschrijft er diverse normen zijn die nog nadere uitwerking behoeven en er diverse knelpunten bij verdere implementatie zijn waar over nagedacht moet worden. Dit betreft met name normen waarbij regionale afspraken moeten worden gemaakt en normen omtrent gegevensuitwisseling in de spoedzorg.

Het is aan de Landelijke Spoedzorgtafel om de regie te voeren op de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader. De door het NHG genoemde punten kunnen daar geadresseerd worden.

- Het NHG benadrukt haar visie met betrekking tot regionale samenwerking: er moet per regio gekeken worden naar de geschikte organisatiestructuur om zorg in de regio te organiseren. Het NHG geeft aan dat dit vaak niet in ROAZ verband is maar in veelal kleinere regionale samenstellingen bijvoorbeeld met huisartsen coöperaties en lokale ziekenhuis/zen. Dit sluit aan op hun met de LHV en Ineen gedeelde visie wat betreft de rol van de regio, zo geven zij aan.

De Minister voor Medische Zorg heeft aangekondigd in het voorjaar 2020 te komen met een houtschoolschets over de organisatie van de spoedzorg. Regionale samenwerking zal ongetwijfeld een onderdeel daarvan zijn.