

Indicatorenset spoedzorg

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 22 mei 2025

Meer informatie op:

OmniQ (portaal van DHD) voor aanlevering kwaliteitsgegevens (beschikbaar voor leden van de NVZ en NFU): <https://extranet.dhd.nl/producten/OmniQ>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: www.nvz-ziekenhuizen.nl

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: www.nfu.nl

Zelfstandige Klinieken Nederland: www.zkn.nl

Zorginstituut Nederland: <http://www.zorginzicht.nl>

Samengesteld door:

Federatie Medisch Specialisten

Landelijk Netwerk Acute Zorg

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Patiëntenfederatie Nederland

Zelfstandige Klinieken Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

Contactinformatie:

Landelijk Netwerk Acute Zorg

secretariaatlnaz@lnaz.nl

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud

1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
3 Vast te leggen gegevens	5
4 Indicatoren	6
5 Wijzigingstabel	12
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	13

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer	Indicator-naam	Bron	Transparantie
1	Aantal multitrauma patiënten	Landelijke Traumaregistratie	Verplicht
2	Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in traumacentrum	Landelijke Traumaregistratie	Verplicht alleen voor de 10 traumacentra
3	Mogelijkheid RAAA-procedure	Ziekenhuisinformatiesysteem	Verplicht

Clausule

Indien het RIVM in het kader van haar jaarlijkse bereikbaarheidsanalyse (of vergelijkbare uitvraag van normen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen) indicatoren over verslagjaar 2025 uitvraagt, die ook in de Indicatorenset Spoedzorg 2025 van de Transparantiekalender staan opgenomen, dan worden de betreffende indicatoren geschrapt van de Transparantiekalender 2025.

Mei 2025: De indicatoren 4 t/m 10 zijn uit onderhavige indicatorgids 2025 geschrapt vanwege bovenstaande clausule.

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

Doel van deze indicatorset is: interne sturing (leren & verbeteren), verkrijgen van transparantie over verleende zorg en het afleggen van externe verantwoording.

Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor: zorgaanbieders en zorgverleners, zorgverzekeraars, toezichthouders, waaronder de IGJ en Nza.

De indicatoren zijn gebaseerd op: Kwaliteitsstandaard, namelijk: Kwaliteitskader Spoedzorgketen en Levelcriteria voor traumacentra.

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit mensen met een acute zorgvraag.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via de website [zorginzicht](#) is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorset spoedzorg bestond in 2024 uit de volgende organisaties: Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NIVV), Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVvA) en LNAZ-Landelijke Beraadsgroep Traumachirurgen (LBTC).

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:¹

T.b.v. verplichte indicatoren

Variabele²	Naam	Waarde- bereik / format	Bron	Extra?³	Afspraken gegevens- uitwisseling⁴
V01	Aantal multitrauma patiënten	Aantal (een geheel getal)	LTR	Nee	
V02	Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in traumacentrum	Percentage	LTR	Nee	
V03	Mogelijkheid RAAA-procedure	Ja/Nee	ZIS	Nee	

¹ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

² Geef de variabele een code zodat je ernaar kunt verwijzen bij de indicatoren. Bijvoorbeeld V01, V02.

³ Geef hier 'ja' aan als de variabele alléén voor deze indicatorset moet worden vastgelegd, en dus verder niet in het primaire proces wordt gebruikt.

⁴ Als er afspraken zijn gemaakt over gegevensvastlegging en/of -uitwisseling, vermeld deze dan hier, zodat iedereen dezelfde codering hanteert.

4 Indicatoren

Indicatornaam	Aantal multitrauma patiënten	
Indicatornummer	1	
Operationalisatie	Aantal multitraumapatiënten (Injury Severity Score ≥16) opgevangen op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van de ziekenhuislocatie in het verslagjaar.	
Informatie voor cliënten	Multitraumapatiënten zijn ernstig gewonde patiënten. Het is van (levens)belang dat deze patiënten behandeld worden in de ziekenhuizen met 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen en voorzieningen. Dit is omschreven in de NVT levelcriteria. Daarbij is een volumenorm gesteld. Deze indicator geeft inzicht of de SEH van de ziekenhuislocatie deze minimum norm per jaar haalt.	
Relevantie en toepasbaarheid	NVT-norm benoemt volumenorm en geeft aan dat om hoogwaardige traumazorg te leveren een minimum aantal multitraumapatiënten in een level 1 ziekenhuis moeten worden behandeld.	
Type indicator	Structuur	
Achtergrond van de indicator	<ul style="list-style-type: none">• Kjellstrom, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. Cerebrovasc Dis, 2007. 23(2-3): p. 231-41.• Kosar, S., et al., Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multitrauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a• prospective, multicentre, non-randomised clinical trial. J Trauma Manag Outcomes, 2009. 3: p.• Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Levelcriteria Traumatologie van de Vereniging voor Traumachirurgie. Periode 2014-2018. Stelfox, H.T., et al., Quality indicators for evaluating• trauma care: a scoping review. Arch Surg, 2010. 145(3): p. 286-95.• VWS, Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. 2006.• ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013	
Doel van het meten en publiceren	De twee multitrauma indicatoren die zijn opgenomen in deze set gaan over 'de juiste patiënt, op de juiste plek'. Dit is van groot belang voor de uitkomst van de patiënt (mate van restinvaliditeit en zelfs overlijden).	
Transparantie	Verplicht	
Rekenregels en definities		
Datatype	Aantal (een geheel getal)	
Teller(s) ⁵	N.v.t.	
Noemer	N.v.t.	
Vraag	Hoeveel multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) zijn opgevangen op de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van de ziekenhuislocatie in het verslagjaar?	
Antwoordopties	Aantal	
Definitie	Conform Landelijke Traumaregistratie	
Aggregatieniveau	Ziekenhuis concernniveau	
In-/exclusiecriteria	Conform Landelijke Traumaregistratie	

⁵ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Indicator naam	<i>Aantal multitrauma patiënten</i>
populatie	
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Landelijke Traumaregistratie
Norm	NVT levelcriteria norm
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	

Indicatornaam	<i>Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in het regionaal traumacentrum.</i>
Indicatornummer	2
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.
Relevantie en toepasbaarheid	Richtlijnen geven aan dat om hoogwaardige traumazorg te leveren, multitraumapatiënten in een traumacentrum moeten worden behandeld.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	<ul style="list-style-type: none"> • Kjellstrom, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. <i>Cerebrovasc Dis</i>, 2007. 23(2-3): p. 231-41. • Kosar, S., et al., Cost-effectiveness of an integrated 'fast track' rehabilitation service for multitrauma patients involving dedicated early rehabilitation intervention programs: design of a prospective, multicentre, non-randomised clinical trial. <i>J Trauma Manag Outcomes</i>, 2009. 3: p. • Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie. Levelcriteria Traumatologie van de Vereniging voor Traumachirurgie. Periode 2014-2018. Stelfox, H.T., et al., Quality indicators for evaluating trauma care: a scoping review. <i>Arch Surg</i>, 2010. 145(3): p. 286-95. • VWS, Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. 2006. • ZN. Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg. 2013
Doel van het meten en publiceren	De twee multitrauma indicatoren die zijn opgenomen in deze set gaan over 'de juiste patiënt, op de juiste plek'. Dit is van groot belang voor de uitkomst van de patiënt (mate van restinvaliditeit en zelfs overlijden).
Transparantie	Verplicht; deze data worden alleen ingevuld door het regionale traumacentrum!
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller(s)⁶	De multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die direct zijn gepresenteerd in het regionale traumacentrum. Alleen patiënten vervoerd per ambulance, helikopter of met onbekend vervoer worden meegenomen. Patiënten met herkomst ander ziekenhuis (overplaatsingen), eigen vervoer (zelfverwijzers) of ander vervoer worden NIET meegenomen.
Noemer	De multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die direct zijn gepresenteerd in alle ziekenhuizen in de traumaregio. Alleen patiënten vervoerd per ambulance, helikopter of met onbekend vervoer worden meegenomen. Patiënten met herkomst ander ziekenhuis (overplaatsingen), eigen vervoer (zelfverwijzers) of ander

⁶ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

Indicator naam	<i>Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in het regionaal traumacentrum.</i>
	vervoer worden NIET meegenomen.
Vraag	Welk percentage van alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score >15) die worden opgenomen in de regio wordt direct in het regionale traumacentrum gepresenteerd?
Antwoordopties	Percentage
Definitie	Conform Landelijke Traumaregistratie
Aggregatieniveau	Ziekenhuisconcern niveau
In-/exclusiecriteria populatie	Conform Landelijke Traumaregistratie
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Landelijke Traumaregistratie
Norm	Norm; minimaal 90% van de multitraumapatiënten wordt direct in het regionaal traumacentrum gepresenteerd.
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	

Indicator naam	<i>Mogelijkheid RAAA behandeling</i>
Indicator nummer	3
Operationalisatie	Wordt in de instelling acute aortachirurgie bedreven in geval van een ruptuur of symptomatisch aneurysma?
Informatie voor cliënten	De behandeling van RAAA patiënten door een ervaren team in een ziekenhuislocatie met adequate ketenzorg verlaagt de perioperatieve mortaliteit. Hoger volumina dragen bij aan ervaring en organisatie.
Relevantie en toepasbaarheid	<p>In de richtlijn van de NVvH staat dat bij geschikte anatomie en voldoende expertise een RAAA bij voorkeur met EVAR wordt behandeld (bewijskracht gradatie B). EVAR gaat gepaard met een lagere perioperatieve mortaliteit dan de open procedure (bewijskracht gradatie B). NVvH stelt als norm dat er in een ziekenhuis de mogelijkheid is tot het verrichten van EVAR of dat er een samenwerkingsverband, c.q. verwijsmogelijkheid is.</p> <p>De reden voor de lagere perioperatieve mortaliteit is het geringere operatietrauma. Bovendien herstellen patiënten sneller.</p> <p>Ook internationaal zijn deskundigen het er over eens dat áls EVAR mogelijk is dat EVAR dan ook toegepast moet worden. Echter niet tot elke prijs: team ervaring met EVAR is belangrijk want een mislukte EVAR geeft een hoge kans op sterfte.</p> <p>Het NVvV Aortadocument d.d.05-11-2021 onderstreept het belang van routine en ervaring voor de behandeling van o.a. RAAA. Hogere volumina biedt exposure van het team aan deze pathologie, ten aanzien van correctie d.m.v. EVAR en open chirurgie. Daarnaast wordt bij hogere volumina de ketenzorg binnen de ziekenhuislocatie gewaarborgd (radiologie, anesthesie, intensive care, afdeling en belendende specialismen).</p>
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	<ul style="list-style-type: none"> • IMPROVE trial investigators. Endovasculair or open repair strategy for ruptured abdominal aortic aneurysm: 30 days outcomes from IMPROVE randomised trial BMJ. 2014;348:f7661. • Karthikesalingam A, Holt PJ, Vidal-Diez A, Ozdemir BA, Poloniecki JD, Hinchliffe RJ, et al. Mortality from ruptured abdominal aortic aneurysms: clinical lessons from a comparison of outcomes in England and the USA. Lancet. 2014;383(9921):963-9. • NVvH. Normering Chirurgische Behandelingen 8.1. • Reimerink JJ, Hoornweg LL, Vahl AC, Wisselink W, van den Broek TA, Legemate DA, et al. Endovascular repair versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: a multicenter randomized controlled trial. Annals of surgery. 2013;258(2):248-56. • van Beek SC, Reimerink JJ, Vahl AC, Wisselink W, Reekers JA, van Geloven N, et al. Effect of regional cooperation on outcomes from ruptured abdominal aortic

Indicatornaam	<i>Mogelijkheid RAAA behandeling</i>
	aneurysm. The British journal of surgery. 2014;101(7):794-801. •
Doel van het meten en publiceren	Zorg dragen voor de kwaliteit en beschikbaarheid van de meest passende behandeling in het ziekenhuis waar een RAAA wordt behandeld.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	ja/nee
Teller(s)⁷	N.v.t.
Noemer	N.v.t.
Vraag	Voldoet uw instelling aan de volgende eisen voor behandeling van RAAA: - 24/7 endovasculair gecertificeerd vaatchirurg beschikbaar? - wordt het minimale aantal aorta aneurysma behandelingen van 40 per jaar behaald?
Antwoordopties	Ja/nee
Definitie	Direct uitvoeren betekent dat de hiervoor geschikte patiënt aansluitend aan de CTA de EVAR of open aorta chirurgie behandeling kan ondergaan.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria populatie	
Rekenregels en casemixcorrecties	
Databron (registratie)	Ziekenhuisinformatiesysteem
Norm	n.v.t.
Meetperiode	Peildatum 31-12-2025
Aanleverfrequentie	één keer per jaar
Eerste aanleverdatum	

⁷ Wanneer er meerdere tellers zijn, dan is dit duidelijk in de nummering aangegeven. Bijvoorbeeld 1a, 1b enz.

5 Wijzigingstabel

Indicator	Wijziging
Aantal multitrauma patiënten	De norm is ongewijzigd gebleven
Percentage van alle multitraumapatiënten direct opgenomen in het regionaal traumacentrum	De norm is ongewijzigd gebleven, de toelichting is aangevuld
Mogelijkheid RAAA behandeling	De norm is ongewijzigd gebleven
Pag. 3	Clausule is net als voor het verslagjaar 2024 van toepassing

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
Informatie voor cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
Achtergrond van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Doel van het meten en publiceren	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing – in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Rekenregels en definities	
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De operationalisatie is dan hoe de indicator wordt

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachttijd in dagen'.
	gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"
Antwoordopties	Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.
Definitie	Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.
Aggregatieniveau	Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.
In-/exclusiecriteria populatie	Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.
Databron (registratie)	De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland
Norm	Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.
Meetperiode	De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.
Aanleverfrequentie	De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.
Eerste	Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachttijd in dagen'.
aanleverdatum	het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum wordt opgenomen op de Transparantiekalender.