

Activiteitenverslag college kwaliteit der geneesheer-specialisten in de urgentiegeneeskunde : 2014

Leden: Lydie Decelle), Adeline higuët (voorzitter sinds 16/12/2014), Ria de Soir (voorzitter tot 15/12/2014) , Hachimi-Idrissi Saïd, Philippe Meert (ondervoorzitter)Barbara Vantroyen, Jan Stroobants (expert), Michel Vergnion, Frank Verschuren (expert tot 3/2014), Lambert Stamatakis (tot 3/2014), JB Gillet (tot 11/2014).

Jaarverslag: Ria de Soir

Gedurende het jaar 2014 vergaderde het college kwaliteit urgentiegeneeskunde vijf maal respectievelijk in Leuven en nadien in het St. Luc Ziekenhuis. (18/2- 23/4- 17/6 – 2/9 – 16/12).

Op de vergadering werd het voorzitterschap overgenomen door dr Adeline Higuët.

Verslagen in bijlage.

Conform aan de ons toevertrouwde opdracht door de federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu behandelde het College drie opdrachten:

- 1. Uitwerken van kwaliteitsindicatoren voor “stroke “ .
- 2. Uitwerking van kwaliteitsindicatoren voor België
- 3. Aanbevelingen omtrent de “overcrowding op de spoedgevallendiensten”.

De onkosten verslagen van de collegevergaderingen evenals de verschillende onkostennota's voor 2014 bevinden zich in bijlage.

Coördinatie van de werkgroep die het De **project :KPI voor “stroke”** uitwerkte werd toevertrouwd aan Prof. Hachimi-Idrissi. De werkgroep deed hiervoor tevens beroep op externe experts en ging in op de uitnodiging van het Vlaams Indicatorenproject. Er werd een draft uitgewerkt door de werkgroep die op elke vergadering aan de leden van het College werd voorgesteld. De werkgroep finaliseerde zijn visietekst en plant in 2015 een bevraging in de ziekenhuizen. Het is de bedoeling om als besluit een aantal aanbevelingen te formuleren.

- **Incidentie en kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt**

In 2011 waren er in België rond de mensen die een eerste CVA kregen, en naar schatting wordt 50% tot 70% van de CVA-patiënten opgenomen in het ziekenhuis. In België sterft 5,9% van de patiënten met een infarct binnen 30 dagen in het ziekenhuis en 25,2% van de patiënten met een bloeding.[50] Naar verwachting stijgt het aantal mensen met een CVA, op basis van demografische ontwikkelingen, de komende jaren met 40%. Wat zou het is aandeel van de patiënten die overlijdt in het ziekenhuis is nog niet bekend. Patiënten die een CVA overleven hebben vaak restverschijnselen en moeten langdurig revalideren. Door adequaat en tijdig aanpak kan men het overlijden voorkomen ne verminderen en daardoor en is de kans op vermindering van het functioneren lager. Daarom bestaat de waarde voor patiënten met een CVA uit zowel vermindering van de sterfte in de acute fase door een hoge kwaliteit van zorg als ook verbetering van

functioneren op langere termijn en preventie van een nieuw CVA. Een efficiënte en patiëntgerichte aanpak in de gehele zorgketen is nodig om het functioneren op langere termijn te verbeteren en om recidieven te voorkomen.

- **Beloop van de ziekte en zorgpad**

In de acute fase is het bij een herseninfarct van belang dat de patiënt zo snel mogelijk gediagnosticeerd en behandeld wordt. Door middel van een CT-scan wordt het type CVA vastgesteld.

De voorkeursbehandeling van het onbloedige (ischemisch) CVA is trombolyse, waarbij het van belang is dat deze behandeling zo snel mogelijk wordt ingezet na het optreden van het CVA ('time is brain') en uiterlijk binnen 4,5 uur. Hierbij speelt zowel de tijd die nodig is om de symptomen te herkennen, hulp in te roepen en de tijd om met de ambulance bij het ziekenhuis te komen (onset-to-door time) als de tijd tussen aankomst bij het ziekenhuis en de start van de behandeling een rol (door-to-needle time). Uit onderzoeken blijkt dat vooral het proces in het ziekenhuis door een efficiënte organisatie vaak sneller kan worden doorlopen. Nieuwe behandeltechnieken voor het onbloedige CVA die zich richten op een combinatie van trombolyse en endovasculaire revascularisatie (multimodal reperfusion therapy) zijn op dit moment in ontwikkeling.

Het 'ideale zorgpad' is het zorgpad in vier onderdelen opgesplitst: de acute opvang, acute behandeling, vervolg van de behandeling en nazorg. Bij de acute opvang en acute behandeling staan de belangrijkste ijkpunten voor procesindicatoren voor de spoedeisende hulp weergegeven: het moment van de beroerte ('onset'), het bereiken van de deur van het ziekenhuis ('door') en het starten van de behandeling ('needle').

2. KPI's CVA

Als eerste maken we een selectie van KPI's die relevant zijn voor de spoedeisende CVA zorg in België. Hierbij maken we een eerste selectie uit alle indicatoren die genoemd worden in onderstaande bronnen:

1. Quality Measures Clearing House, Agency for Healthcare Research and Quality,
2. U.S. Department of Health and Human Services.
3. Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies.
4. Variations in Quality Indicators of Acute Stroke Care in 6 European Countries,
5. The European Implementation Score (EIS) Collaboration, Wiedmann, S. et al.,
6. 2011.
7. Indicatoren Zichtbare Zorg, Bron Ziekenhuis.
8. Kenniscentrum CVA België.

Uit deze bronnen selecteren we op basis van vier criteria welke indicatoren relevant zijn voor de spoedeisende CVA zorg in België:

- De indicatoren moeten betrekking hebben op de integrale spoedeisende CVA zorg.
- De indicator moet een duidelijke relatie hebben met de kwaliteit (uitkomsten) van de geleverde (acute) zorg. Dat betekent dat de indicator direct dient te raken aan de genoemde centrale doelstelling van de spoedeisende CVA zorg.
- De indicator moet internationaal of nationaal in richtlijnen en/of literatuur erkend zijn als relevante indicator.
- De indicator moet afdoende valide (daadwerkelijk meten wat bedoeld is om te meten) en betrouwbaar (bij herhaalde metingen dezelfde uitkomst geven) zijn.

Vervolgens maken we uit de lijst met relevante indicatoren een verdere selectie die de uiteindelijke kwaliteitsvisie vormt. Uitgangspunten hierbij zijn dat de kwaliteitsvisie direct implementeerbaar is in 2014 en dat zo veel mogelijk gebruikgemaakt wordt van betekenisvolle uitkomstmaten.

De kern is dat met een beperkte set indicatoren zo krachtig mogelijk de centrale doelstellingen van de spoedeisende CVA zorg kunnen worden geborgd en bewaakt.

Aanvullend aan bovenstaande criteria betekent dat:

- De indicatoren moeten op korte termijn (dat wil zeggen in 2014) beschikbaar en bruikbaar zijn. Dit betekent dat een afdoende valide en betrouwbare meting met de bestaande middelen en bronnen haalbaar is.
- Indicatoren waarvan a priori al verwacht kan worden dat er geendifferentiatie tussen zorgaanbieders valt te verwachten kunnen vervallen. Dit betekent dus dat er sommige indicatoren kunnen worden benoemd die wel wenselijk zijn, maar nu nog niet openbaar of beschikbaar zijn.

2.1 Selectie relevante structuurindicatoren

Structuurindicatoren worden bij uitstek gebruikt om de randvoorwaarden voor het leveren van hoge kwaliteit zorg te borgen. Het gaat hierbij om beschikbaarheid van faciliteiten die nodig zijn voor spoedeisende CVA zorg, het personeel dat nodig is om adequate CVA zorg te leveren, de aanwezigheid van specifieke CVA protocollen en de afstemming in de zorgketen.

Uit de aanwezige structuurindicatoren in de literatuur hebben we een selectie gemaakt van relevante KPI's voor België.

1. Aanwezigheid Stroke Unit

- Afdeling binnen het ziekenhuis gespecialiseerd in opvang en behandeling van CVA.
- Multidisciplinaire behandeling op Stroke
- Units reduceert de kans op overlijden, patiënten herstellen sneller en kunnen vaker naar huis worden ontslagen.

2. Beschikbaarheid CVA

- behandelteam
- Beschikbaarheid van neuroloog,
- gespecialiseerd CVA-verpleegkundige
- en neurochirurg. Tevens
- beschikbaarheid CT, radiologie
- laborant en radioloog.
- Zowel expertise als beschikbaarheid van personeel in het ziekenhuis draagt bij aan tijdige en adequate behandeling van CVA.

2.2 Selectie relevante procesindicatoren

De procesindicatoren voor spoedeisende CVA zorg zeggen iets over de doorlooptijd van het zorgpad en het percentage optimaal behandelde patiënten. Voor onbloedige CVA's is trombolysie de voorkeursbehandeling. Er wordt gekeken naar de tijd tot behandeling en het percentage patiënten dat uiteindelijk de behandeling krijgt. Ook wordt er gekeken naar secundaire preventie en mobilisatie.

Uit de aanwezige procesindicatoren in de literatuur hebben we een selectie gemaakt van relevante KPI's voor België.

3. Percentage onbloedige CVApatiënten

- getrombolysed

- Het percentage patiënten,
- opgenomen met een onbloedig CVA,
- De behandeling van een onbloedig CVA is gericht op herstel van zo veel mogelijk beschadigde functies, de verbetering van de kwaliteit van leven en op het voorkomen van een recidief. In de acute 5 dat trombolysen ondergaat. fase wordt een CVA bij voorkeur behandeld met trombolysen.

voorkomen van een recidief. In de acute 5 dat trombolysen ondergaat. fase wordt een CVA bij voorkeur behandeld met trombolysen.

4. 'Door-to-needle'-tijd CVA

De tijd tussen eerste contact verpleegkundig en medisch personeel en de start van de trombolysen.

Het effect van een trombolysenbehandeling is afhankelijk van de tijd tussen de binnenkomst op de spoedeisende hulp en het starten van de behandeling. Elke minuut telt: hoe eerder de behandeling begint, des te beter het resultaat is.

5. Slikscreening na CVA

Percentage patiënten dat direct na opname een slikscreening met zuurstofsaturatiemeting ondergaat en of radiografie van het thorax.

Een slikstoornis kan leiden tot een slechtere functionele gezondheidsuitkomst, langere of blijvende institutionalisering, een verhoogde kans op overlijden en hogere gezondheidszorgkosten.

6. Mobilisatie binnen 24 uur na CVA

Het percentage patiënten waarbij binnen 24 uur na opname begonnen is met mobiliseren.

Inactiviteit leidt tot afname in cardiovasculaire conditie, spierzwakte en deprivatie. Tevens wordt het vroegtijdig mobiliseren van patiënten met een CVA als een belangrijke factor gezien die de kans op complicaties zoals luchtweg- en blaasinfecties, diep veneuze trombose en decubitus kan verkleinen en herstel van functionaliteit kan bevorderen.

7. Frequentie oefentherapie na CVA

Aantal CVA-patiënten gedurende het verblijf in het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleegtehuis dat aanbevolen hoeveelheid oefentherapie heeft ontvangen.

Inactiviteit leidt tot afname in cardiovasculaire conditie, spierzwakte en deprivatie.

8. Tijdigheid TIA-diagnostiek

Percentage patiënten met een TIA

Vooral in de eerste weken tot maanden na een transient ischemic attack (TIA) is het belangrijk dat onderzocht is en waarvoor het risico van een beroerte met blijvende gevolgen groot. Tijdige diagnostiek kan de kans op blijvende gevolgen verkleinen. Een behandelplan is opgesteld binnen 48 uur.

9. Tijd TIA/CVA tot carotisingreep

De tijd tussen de eerste symptomen van een TIA en het uitvoeren van een carotisingreep.

Na een TIA of een niet-invaliderend CVA kan ter voorkoming van een invaliderend CVA of overlijden een carotis endarteriectomie (CEA) verricht worden.

Een vroege timing (binnen 14 dagen) sorteert hierbij het grootste effect

10. ECG tijdens ziekenhuisopname

CVA

Percentage CVA-patiënten dat tijdens opname een

elektrocardiogram (ECG) ondergaat.

Ongeveer 20% van de CVA's wordt veroorzaakt door een cardiale emboliebron. Tijdige opsporing van hartritmestoornissen met behulp van een ECG en start van behandeling kan een recidief CVA voorkomen.

11. Aspirine in acute fase

Percentage patiënten met herseninfarct dat binnen 48 uur aspirine voorgeschreven krijgt.

Aspirine reduceert de kans op een herseninfarct. Ook neemt de kans op volledig herstel na CVA toe door aspirinegebruik. Aspirine wordt bij voorkeur binnen 48 uur na optreden van de eerste symptomen van een herseninfarct toegediend.

12. Medicatie bij ontslag na CVA

Percentage CVA-patiënten dat bij ontslag zowel plaatjesremmers of orale antistolling als cholesterolverlagers voorgeschreven krijgt.

Cholesterolverlagers en plaatjesremmers of antistolling zijn effectief ter voorkoming van een recidief CVA en ter voorkoming van nieuwe vasculaire ziekten.

13. Medicatie bij ontslag na CVA als gevolg van atriumfibrilleren

Percentage CVA-patiënten met atriumfibrilleren dat bij ontslag orale behandeling van CVA-patiënten met atriumfibrilleren met orale antistolling reduceert de kans op een recidief CVA.

14. Snelle beeldvorming na CVA

Het percentage patiënten dat binnen 24 uur na CVA beeldvorming van de hersenen ontvangt.

Om adequate behandeling te starten moet diagnostische beeldvorming van de hersenen plaatsvinden middels een CT of MRI. Tijdige behandeling reduceert de kans op sterfte en verbetert de functionele gezondheid.

15. Leefstijladvies na CVA

Percentage CVA-patiënten dat adequaat advies heeft gekregen over een gezonde leefstijl.

Leefstijlfactoren als roken, overgewicht, overmatige alcoholconsumptie en inactiviteit geven een verhoogd risico op een (recidief) CVA.

2.3 Selectie relevante uitkomstindicatoren

Uitkomstindicatoren geven aan wat de kwaliteit van het hele CVA zorgproces is. Belangrijke uitkomstindicatoren van spoedeisende CVA zorg zijn mortaliteit en functionele gezondheidsstatus.

Uit de aanwezige uitkomstindicatoren in de literatuur hebben we een selectie gemaakt van relevante KPI's voor België.

16. Bloedingscomplicatie na trombolyse

Percentage patiënten met een bloedingscomplicatie na trombolyse.

Toedienen van trombolyse bij patiënten met een ischemisch CVA verhoogt de kans

op bloedingscomplicaties. Adequate indicatiestelling met behulp van behandelcriteria kan het aantal bloedingscomplicaties reduceren.

17. Mortaliteit na CVA

(ziekenhuis/30 dagen/180 dagen)

Percentage patiënten dat binnen de vastgestelde periode na CVA

CVA is één van de belangrijkste oorzaken van sterfte. De gecorrigeerde mortaliteit geeft een indicatie voor de effectiviteit van de behandeling en de kwaliteit van CVA-zorg. overlijdt.

18. Functionele gezondheidstoestand

90 dagen na CVA

Functionele gezondheidstoestand 90 dagen na opname voor een CVA: afhankelijkheid van hulp door derden voor ADL-activiteiten.

De behandeling van patiënten met een CVA heeft tot doel het beperken van de neurologische schade, het voorkómen van complicaties en het revalideren tot een zo goed mogelijke functionele toestand. Na ongeveer 3 maanden heeft het belangrijkste neurologische herstel plaatsgevonden. De functionele gezondheidstoestand is daarmee een uitkomstmaat voor de geleverde kwaliteit van zorg.

De functionele gezondheidstoestand kan worden gekwantificeerd met behulp van de 'Modified Rankin Scale'. Een alternatieve operationalisatie is om de functionele status af te leiden van de verblijfplaats van de patiënt, waarbij 'thuiswonend' (met of zonder thuiszorg) wordt gezien als de meest wenselijke uitkomst, en 'wonend in verpleeghuis' of 'overleden' als de minst wenselijke uitkomsten.

19. Functionele gezondheid 90

dagen na CVA – self-reported

Functionele gezondheid gemeten met behulp van Patient Reported Outcome Measures (PROMs).

Met behulp van PROMs wordt de functionele gezondheid door patiënten zelf gekwantificeerd aan de hand van vragen over de dagelijkse bezigheden, mobiliteit en gebruik van de handen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de Stroke Impact Scale 16 (SIS-16).

De behandeling van patiënten met een CVA heeft tot doel het beperken van de neurologische schade, het voorkómen van complicaties en het revalideren tot een zo goed mogelijke functionele toestand. De functionele gezondheid is daarmee een uitkomstmaat voor de geleverde kwaliteit van zorg.

2.4 Selectie indicatoren 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg'

Uit de relevante kwaliteitsindicatoren is een selectie gemaakt van KPI's die worden opgenomen in deze kwaliteitsvisie. Deze selectie heeft plaatsgevonden op basis van de selectiecriteria die in het begin van dit hoofdstuk genoemd zijn. Hieronder wordt eerst een argumentatie gegeven voor de selectie van de indicatoren voor de 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg' gevolgd door een uitwerking van elke geselecteerde indicator.

Uitwerken van kwaliteitsindicatoren in België

Voor de uitwerking van dit item werd eveneens een werkgroep opgericht. Deze werkgroep werkte aan een draft voor de uitwerking van kwaliteitsindicatoren. Het is een project dat in een vervolg zal kennen. Ook hier werd beroep gedaan op externe experts. Op het Conclaf van urgentiegeneeskunde kwam dit item eveneens aan bod.

Verslag van deze werkgroep in bijlage.

Conclaf urgentiegeneeskunde:

Het College georganiseerde in 2013 op vraag van de minister een symposium om een toekomstvisie voor urgentiegeneeskunde te formuleren aan de hand van een visietekst. Het College engageerde zich tijdens het quo Vadis in juni 2013 om jaarlijks een congres te organiseren. Om praktische redenen kon dit congres niet meer plaatsvinden in 2014 doch dit symposium werd in 2014 gebudgetteerd. Het conclaf urgentiegeneeskunde 2015 zal doorgaan van donderdag 19 maart tot vrijdag 20 maart in Antwerpen (en NIET op 20 en 21 maart).

Net als in Kasterlee (2009) worden alle Bureauleden van BeCEP/BeSEDIM uitgenodigd, alsook de leden van het College Kwaliteit en de leden van de Nederlandstalige en Franstalige kamer van de erkenningscommissie urgentiegeneeskunde. De debatten verliepen volgens een zelfde formule.

Op vrijdag 20/3/2015 werd er een meeting georganiseerd ter plaatse met het Kabinet van de minister, het Kenniscentrum en enkele organisaties die bij het beleid van urgentiegeneeskunde in ons land zijn betrokken.

De resultaten van dit symposium werden via een persmededeling verspreid.

PERSMEDEDELING CONCLAAF URGENTIEGENEESKUNDE 2015

Op 19 en 20 maart vond in Antwerpen het 5 jaarlijkse conclaf van de urgentiegeneeskunde in België plaats. Tijdens deze bijeenkomst, georganiseerd door de bureaus van de beroepsvereniging van spoedartsen, de wetenschappelijke vereniging, het college kwaliteit en de erkenningscommissies, werd naar consensus gezocht over de onderwerpen die de spoedartsen het meest relevant vinden voor de volgende 5 jaar: organisatie en financiering, communicatie en opleiding. Volgende krachtlijnen werden vooropgesteld:

- De rol van spoedgevallendiensten moet duidelijker gepositioneerd worden als “centra voor niet-planbare zorg” in plaats van diensten waarin enkel maar wordt gereanimeerd. Er werken verschillende competenties in teamverband, aangepast aan de zwaarte van de pathologie en de werkbelasting. De mogelijkheid om artsen met de competentie in de huisartsgeneeskunde op te nemen in het team is een optie voor diensten met een voldoende grote case mix. Huisartsgeneeskunde is echter niet hetzelfde als spoedgevalleneeskunde en in die optiek is het opnemen van huisartsenwachtposten in spoedgevallendiensten niet wenselijk.

- Er is dringend nood aan studie rond Europese benchmarking, zowel voor wat betreft het gebruik van deze sector als de kost in relatie tot de totale kost van de gezondheidszorg en het bruto nationaal product, samen met de impact op de algemene gezondheidsstatus van de bevolking, alvorens uitspraken kunnen gebeuren rond over- of onderconsumptie van dit type zorg. In eigen land moet de kostenevolutie binnen het segment van de planbare en niet-planbare zorg ook tegenover mekaar worden afgemeten. In tijden van rationalisering moeten deze berekeningen helpen om verantwoorde keuzes te maken over wat de burger wel of niet mag verwachten.
- Met het oog op de toekomstige ziekenhuisfinanciering worden voor de niet-planbare zorg methodes aangereikt die opportunistische selectie van patiënten (bv. op basis van aard van aandoening) voorkomen. Workload en competenties moeten transparant gefinancierd worden. Men moet vermijden dat de implementatie van de beste zorg voor acute patiënten wordt gehypothekeerd door de financieringsmethode en dat elke verdachtmaking van overconsumptie reeds op voorhand onmogelijk wordt. Het feit dat op spoedgevallendiensten geen autoprescriptie gebeurt, zal dit alles zeker gemakkelijker maken.
- Vaak worden nieuwe technieken en methodes eenzijdig gelanceerd vanuit een bepaald zorgsegment of de maatschappij met belangrijke impact op de niet-planbare zorg, zonder overleg met de representatieve experts uit het vakgebied. Formele reglementering betreffende advies voorafgaand aan besluitvorming, is absoluut noodzakelijk op alle niveaus.
- De evaluatie rond projecten als kwaliteit en opleiding dient ook permanent door het terrein te gebeuren om er voor te waken dat de doelstelling en de methodes wel degelijk gericht zijn op een verminderde mortaliteit en morbiditeit voor de acute patiënt. Hoewel de bevoegdheden hieromtrent gedefederaliseerd zijn door de 6^{de} staatshervorming, streven de spoedartsen naar nationale uniformiteit, parallel aan de financiering. Een Europese validering is zelfs wenselijk.

Meer duiding over deze themata is terug te vinden in de samenvatting van werkzaamheden van de werkgroepen. De representatieve verenigingen van urgentiegeneeskunde staan klaar om met alle partners in de gezondheidszorg en de overheden, deze zaken te bespreken.

Namens BeSEDIM
(wetenschappelijke vereniging spoedartsen)
Prof. Dr. Said Hachimi Idrissi

Namens BeCEP
(beroepsvereniging spoedartsen)
Dr. Jan Stroobants

Namens het college kwaliteit urgentiegeneeskunde
Dr. Adeline Higuët

De onkostennota's, evenals de verschillende bewijsstukken en facturen kan u in bijlage vinden. Evenals de onkostennota's voor de twee werkgroepen (stroke en kwaliteitsindicatoren) . Deze werkgroepen werkten buiten de collegevergaderingen en zorgden voor werkdrachts. Beide documenten zullen verderlopen in 2015.

Ik blijf uiteraard ter uwer beschikking om jullie alle bijkomende informatie te bezorgen die u nog zou wensen.

Met collegiale hoogachting en vriendelijke groeten,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. de Soir'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'R'.

Mede namens het college kwaliteit.

Dr . Ria de Soir