



TNS Nipo
Grote Bickersstraat 74 1013 KS Amsterdam
t 020 5225 444
e info@tns-nipo.com www.tns-nipo.com

Rapport

Onderzoek naar de kwaliteit en toekomstbestendigheid van het LIS

Robbert Zandvliet, Eline Steenhuisen, Peggy Timmermans

G8688 | april 2015

Dit document is uitsluitend voor deze opdrachtgever opgesteld. Alle in het document vermelde gegevens zijn strikt vertrouwelijk. Publicatie en inzage aan derden, geheel of gedeeltelijk, is zonder schriftelijke toestemming van TNS NIPO beslist niet toegestaan. Door ons lidmaatschap zijn wij gehouden de gedragsregels na te leven van Esomar en de MarktOnderzoekAssociatie (MOA).

© TNS NIPO | ISO 9001, ISO 20252, ISO 26362, ISO 14001 en ISO 27001 gecertificeerd | rapport
nederlands.dotm

Inhoud

	Inleiding	1
1	Onderzoeksverantwoording	3
2	Wetenschappelijke waarde van het LIS	6
2.1	Representativiteit van het LIS	6
2.2	Betrouwbaarheid van de LIS-registraties	11
2.3	Validiteit van de LIS-registraties	13
3	Draagvlak voor het LIS onder SEH hoofden	15
3.1	Draagvlak LIS onder huidige SEH hoofden	15
3.2	Draagvlak LIS onder potentiële SEH hoofden	16
4	Toekomstbestendigheid van het LIS	19
5	Conclusies en aanbevelingen	21
	Bijlagen	23
Bijlage 1	Uitnodigingsbrief telefonische enquête	24
Bijlage 2	Telefonische vragenlijst	27
Bijlage 3	Uitnodigingsmail kwalitatieve gesprekken	39
Bijlage 4	Gespreksleidraad kwalitatieve gesprekken	42
	<i>Inhoud figuren en tabellen</i>	
1	<i>Centrale vraag en onderzoeksvragen</i>	3
2	<i>Aantal in 2013 behandelde letselgevallen per SEH, naar type (exacte opgave, geanonimiseerd)</i>	9
3	<i>Aantal in 2013 behandelde letselgevallen per SEH, naar type (intervalschatting, geanonimiseerd)</i>	9
4	<i>Aantal in LIS geregistreerde letselrecords per SEH, naar type (LIS-registratie 2013, geanonimiseerd)</i>	10

Inleiding

TNS NIPO heeft in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit en de toekomstbestendigheid van het Letsel Informatie Systeem (LIS). Het LIS, dat is ontwikkeld en wordt beheerd door VeiligheidNL, vormt een belangrijke gegevensbron voor VWS en andere ministeries voor het letselpreventiebeleid, bijvoorbeeld preventie van valongevallen, hersenletsels, sportblessures, fietsongevallen en geweld.

In het Letsel Informatie Systeem (LIS) staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval (privé-, verkeers-, sport- of arbeidsongeval), geweld of in verband met zelf toegebracht letsel zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH). De deelnemende ziekenhuizen leggen informatie over letsel patiënten vast in het LIS. De deelnemende ziekenhuizen vormen volgens VeiligheidNL een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling. Dit maakt een schatting van cijfers over letsels op nationaal niveau mogelijk.

Met behulp van de LIS-gegevens signaleert VeiligheidNL risicogroepen en -factoren en stelt prioriteiten die moeten leiden tot preventieve maatregelen om letsels te voorkomen. Ook ministeries, gemeenten, bedrijven, VWA en GGD bedienen zich regelmatig van informatie uit het LIS. Omdat de gegevens uit het LIS worden gebruikt voor beleidsmaatregelen, is het belangrijk dat ministeries en andere partijen van de kwaliteit van de LIS-gegevens op aan kunnen. Hoe betrouwbaar, valide en representatief zijn de in het LIS verzamelde gegevens?

Recentelijk is er voor sommige deelonderwerpen discussie ontstaan over de representativiteit van het LIS. Ook is tijdens de beleidsdoorlichting (2013) van het letselpreventiebeleid 2008-2012 de vraag gesteld in hoeverre VWS de representativiteit en kwaliteit van de LIS-data kan beoordelen.

VWS heeft de opdracht gegeven om de kwaliteit van het LIS door een onafhankelijk onderzoeksbureau te toetsen. TNS NIPO heeft een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het LIS door te kijken naar zowel de betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit van de LIS-gegevens als het draagvlak voor en de toekomstbestendigheid van het LIS. De resultaten van het onderzoek zijn in deze rapportage beschreven. Om het onderzoek uit te voeren heeft TNS NIPO nauw samengewerkt met VWS en VeiligheidNL.

Binnen de gezondheidszorg zien we een ontwikkeling waarbij zorg steeds regionaler wordt georganiseerd. De behoefte aan regionale informatie ziet VWS steeds groter worden. Het is daarom nog belangrijker dat het LIS informatie verschaft op lokaal of regionaal niveau over ongevallen en letsels. Hiervoor is het nodig om meer SEH's te laten aansluiten bij het LIS. Het is daarom belangrijk om te weten hoeveel draagvlak er is onder deelnemende en (nog) niet deelnemende ziekenhuizen voor deelname aan het LIS.

Om de kwaliteit van de LIS-gegevens te toetsen en inzicht te krijgen in de toekomstbestendigheid van het LIS hebben we de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Wat is op dit moment de kwaliteit van het LIS en zijn daarin verbeteringen nodig voor een toekomstbestendig LIS?*

De onderzoeksvraag wordt in deze rapportage beantwoord aan de hand van drie deelvragen en hebben we op de volgende pagina uitgewerkt.

1. Hoe wetenschappelijk is het LIS?
2. In hoeverre is er draagvlak voor het LIS?
3. In hoeverre is het LIS toekomstbestendig?

Hoe we dit hebben aangepakt leest u in het volgende hoofdstuk.

Leeswijzer

We starten met een onderzoeksverantwoording en eindingen met conclusies en aanbevelingen. In de tussenliggende hoofdstukken staat steeds een deelvraag centraal. Hoofdstuk 2 'wetenschappelijke waarde van het LIS' beschrijft de betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit van de LIS-gegevens. In hoofdstuk 3 'draagvlak voor het LIS onder SEH hoofden' staat beschreven hoe SEH hoofden van deelnemende en potentiële ziekenhuizen tegen deelname aan het LIS aankijken. In het 4^e hoofdstuk 'toekomstbestendigheid van het LIS' staat de mate waarin het LIS aansluit bij trends en behoeftes in de gezondheidszorg centraal.

1 Onderzoeksverantwoording

In onderstaande tabel leest u de centrale vraag die in dit onderzoek centraal staat met de onderliggende deelvragen en onderzoeksvragen die we hebben geformuleerd.

1 | Centrale vraag en onderzoeksvragen

Wat is op dit moment de kwaliteit van het LIS en zijn daarin verbeteringen nodig voor een toekomstbestendig LIS?



Bron: TNS NIPO, 2014

Om de wetenschappelijke waarde van het LIS te bepalen is onderzoek gedaan naar de representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit van het LIS. De vragen die TNS NIPO hiervoor in dit rapport heeft onderzocht, zijn als volgt:

- Representativiteit: kan de data worden gebruikt om uitspraken te doen over de totale populatie. Geeft de letselregistratie bij de SEH's die aan het LIS meewerken een representatief beeld van de aard en omvang van de letsels die bij *alle* SEH's in Nederlandse ziekenhuizen binnenkomen?
- Betrouwbaarheid: meten we steeds op dezelfde manier. Hoe wordt er door de invoerders met het registratiesysteem omgegaan en leidt een herhaling van registratie tot dezelfde bevindingen?
- Validiteit: meten we wat we willen meten. Registreert het LIS daardwerkelijk letsels en kunnen de letsels eenduidig worden gecodeerd?

Om het draagvlak voor het LIS te bepalen, is onderzoek gedaan naar het maatschappelijk belang van het LIS voor SEH hoofden, de meerwaarde van het LIS voor de SEH en de motivaties/barrières voor SEH hoofden om wel of niet aan het LIS deel te nemen in de toekomst.

Om de toekomstbestendigheid van het LIS te bepalen, is gekeken naar de wetenschappelijke waarde van het LIS en het draagvlak voor het LIS onder SEH hoofden. Tevens zijn de gesprekken met SEH hoofden gebruikt om trends en wensen in kaart te brengen.

De bovenstaande onderzoeksvragen zijn onderzocht met behulp van verschillende methodes.

Analyse betrouwbaarheid en validiteit deel 1 kwantitatief

Om antwoord te geven op de vraag of de LIS-gegevens betrouwbaar en valide zijn, is een kwantitatieve analyse gedaan. Hierbij zijn de LIS-registraties vergeleken met een LIS-vervolgonderzoek. Bij LIS-vervolgonderzoek wordt een steekproef van de in LIS geregistreerde slachtoffers van ongevallen benaderd met het verzoek mee te werken aan een (schriftelijke of internet) enquête ten behoeve van letselpreventie.

In een door VeiligheidNL gekoppeld bestand heeft TNS NIPO de gegevens uit het ALVO (2012) vervolgonderzoek vergeleken met de gegevens uit de LIS-registraties. Er is enerzijds gekeken naar vergelijkbare codes in de LIS-registratie als de vragenlijst (antwoordcategorieën). Anderzijds zijn de resultaten van de toedracht omschrijving en de bijbehorende codes in het LIS vergeleken met de toedracht omschrijving van de respondent uit het vervolgonderzoek. Deze drie resultaten zijn per respondent bekeken en geanalyseerd.

Het vergelijken van de LIS-registraties met het vervolgonderzoek is, vanwege de vertrouwelijkheid van de gegevens, door TNS NIPO bij VeiligheidNL uitgevoerd op 17 november 2014.

Analyse betrouwbaarheid en validiteit deel 2 kwalitatief

Om inzicht te krijgen in de betrouwbaarheid en validiteit van het LIS is het ook nodig om meer inzicht te krijgen in de manier waarop 'invoerders' met het registratiesysteem omgaan en waar zich risico's bevinden, een kwalitatief onderzoek leent zich hier goed voor. De omgang met het LIS en mogelijke risico's zijn in kaart gebracht door gesprekken te voeren met zowel SEH hoofden als invoerders binnen ziekenhuizen die op dit moment al gebruik maken van het LIS.

De werkplekgesprekken hebben in vijf verschillende aan het LIS deelnemende ziekenhuizen plaatsgevonden op 3, 4 en 5 november 2014. In totaal zijn 5 SEH hoofden geïnterviewd en 4 invoerders. Elk interview duurde gemiddeld 1 uur. De SEH hoofden en de invoerders kregen een gepaste vergoeding voor hun deelname. VeiligheidNL heeft de namen en e-mailadressen van de SEH hoofden van 11 van de 14 aan het LIS deelnemende ziekenhuizen beschikbaar gesteld voor een eenmalige uitnodiging per mail. Een drietal ziekenhuizen zijn op advies van VeiligheidNL bewust buiten beschouwing gelaten om hen niet te belasten met het onderzoek. Met de eerste vijf SEH hoofden die bereid waren tot deelnamen aan het onderzoek en ook beschikbaar waren in de betreffende periode zijn afspraken gemaakt voor de interviews.

Analyse representativiteit

De representativiteit van het LIS is gepoogd in kaart te brengen doorgericht gegevens over letselbehandelingen op te vragen bij *niet* aan LIS deelnemende SEH's. Hiervoor is gebruikgemaakt van telefonisch veldwerk. De methodologische aanpak van dit veldwerk wordt hieronder beschreven.

Allereerst is een pilot uitgevoerd onder 15 ziekenhuizen om te bekijken hoe hoog de bereidwilligheid was om deel te nemen aan een dergelijk onderzoek en of het de gewenste resultaten oplevert. Na

afloop van de pilot bleek de bereidheid tot deelname erg hoog, maar was het veel ziekenhuizen niet gelukt om de gevraagde aantallen op te leveren. De twee belangrijkste redenen hiervoor waren

1. verwarrende en elkaar tegensprekende definities rondom het begrip 'letsel' en
2. lastigheid om de gevraagde gegevens uit de registratiesystemen te ontsluiten.

Ondanks deze kanttekening is in overleg met VWS besloten om de dataverzameling voort te zetten. Ter verbetering is er in overleg met VeiligheidNL en het RIVM een definitie opgesteld over welke gegevens precies onder letsels worden verstaan in dit onderzoek.

VeiligheidNL heeft de contactgegevens (adres, telefoonnummer en contactpersoon) van alle SEH's in Nederland die niet deelnemen aan het LIS aangeleverd voor gebruik in dit specifieke onderzoek. TNS NIPO heeft alle SEH's in Nederland een brief namens TNS NIPO en VWS gestuurd. In de brief stond onder andere vermeld waarom en wanneer wij contact met de met SEH's gaan opnemen. Ook stond in de brief beschreven naar welke gegevens wij opzoek zijn voor het onderzoek. De SEH's hadden ongeveer 1 a 2 weken de tijd om deze gegevens te achterhalen.

Na het versturen van de brief heeft TNS NIPO alle SEH's telefonisch benaderd en de gegevens via een telefonische enquête achterhaald. Het onderzoek heeft van 7 t/m 31 oktober 2014 gelopen. In totaal hebben 51 van de 75 benaderbare SEH's deelgenomen aan het onderzoek (een respons van 68%).

Analyse draagvlak en toekomstbestendigheid

Om inzicht te krijgen in het draagvlak voor het LIS en gevoel te krijgen bij de toekomstbestendigheid van het LIS is een kwalitatieve analyse gedaan. Een kwalitatief onderzoek heeft een exploratief karakter en leent zich daarom uitermate goed om op diepgaande manier de belevingswereld van de doelgroep te verkennen door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeftes over het LIS.

Om een goed beeld te krijgen van het draagvlak zijn gesprekken gevoerd met SEH hoofden. Daarbij zijn zowel SEH hoofden van deelnemende ziekenhuizen geïnterviewd (werkplekgesprekken) als SEH hoofden van potentiële ziekenhuizen (telefonisch). De SEH hoofden van de potentiële ziekenhuizen zijn benaderd via de telefonische enquête over letselgegevens. De SEH hoofden zijn daarin gevraagd of zij bereid waren deel te nemen aan een telefonisch diepte interview. De telefonische interviews (in totaal 8) zijn gehouden van 28 oktober t/m 6 november 2014 en duurden ongeveer 45 minuten. De SEH hoofden kregen een gepaste vergoeding voor hun deelname.

2 Wetenschappelijke waarde van het LIS

De wetenschappelijke waarde van het LIS hebben wij in kaart gebracht door te kijken naar de representativiteit (paragraaf 2.1), de betrouwbaarheid (2.2) en de validiteit (2.3) van het LIS. De werkwijze die wij daarbij gehanteerd hebben lichten wij per paragraaf toe.

2.1 Representativiteit van het LIS

De representativiteitsvraag draait om de vraag of de letselregistraties bij de SEH's die aan het LIS meewerken een representatief beeld geven van de aard en omvang van de letsels die bij *alle* SEH's in Nederlandse ziekenhuizen binnenkomen. Om deze vraag te beantwoorden, is informatie over letselbehandelingen verzameld bij alle SEH's die *niet* aan het LIS deelnemen. De aanpak die daarbij gehanteerd is, wordt in onderstaand kader beschreven

De uitkomsten van dit deel van het onderzoek en de mogelijkheden tot analyse kunnen niet los worden gezien van het verloop van het veldwerk. Het is daarom goed om hierbij stil te staan, voordat wordt ingegaan op de resultaten.

Beschrijving van gehanteerde aanpak

- VeiligheidNL heeft de contactgegevens (adres, telefoonnummer en contactpersoon) van alle SEH's die niet deelnemen aan het LIS aangeleverd voor gebruik in dit specifieke onderzoek.
- TNS NIPO heeft deze SEH's een brief namens TNS NIPO en VWS gestuurd. In de brief stond onder andere vermeld waarom en wanneer TNS NIPO contact met de SEH's zou gaan opnemen. Ook stond in de brief beschreven naar welke gegevens wij op zoek waren. De SEH's hadden ongeveer 1 a 2 weken de tijd om deze gegevens te verzamelen. De brief is als bijlage 1 bij dit rapport opgenomen.
- Na het versturen van de brief heeft TNS NIPO al deze SEH's (die niet deelnemen aan het LIS) telefonisch benaderd en de gegevens via een telefonische enquête verzameld. In bijlage 2 is terug te vinden welke vragen in deze enquête zijn gesteld.
- Voordat het hoofdonderzoek is opgestart, is een pilot uitgevoerd onder 15 SEH's om te bekijken hoe hoog de bereidwilligheid was om deel te nemen aan een dergelijk onderzoek en of het de gewenste resultaten oplevert.
- Na afloop van de pilot bleek de bereidheid tot deelname weliswaar voldoende hoog, maar was het veel ziekenhuizen niet gelukt om de gevraagde aantallen letsels en uitsplitsingen op te leveren. De twee belangrijkste redenen hiervoor waren 1. verwarrende en elkaar tegensprekende definities rondom het begrip 'letsel' en 2. Het ontsluiten van de gevraagde gegevens uit de eigen registratiesystemen bleek lastig.
- Ondanks deze kanttekening is in overleg met VWS besloten om de dataverzameling voort te zetten. Ter verbetering is er in overleg met VeiligheidNL en het RIVM een aangepaste definitie opgesteld over welke gevallen precies onder 'letsels' worden verstaan in dit onderzoek.
- Het hoofdonderzoek heeft van 7 t/m 31 oktober 2014 gelopen. In totaal hebben 51 van de 75 benaderbare SEH's deelgenomen aan het onderzoek (een respons van 68%).

Verloop van het veldwerk

Het veldwerk onder de SEH's in het hoofdonderzoek verliep moeizaam. Net als in de pilotfase bleken veel SEH's weliswaar bereidwillig om aan het onderzoek mee te werken, maar gaven zij vaak aan de benodigde informatie rondom letselaantallen niet te verzamelen, op een andere manier te verzamelen of dat het hen te veel tijd en moeite zou kosten om de informatie te verzamelen.

De belangrijkste reden hiervoor is dat de SEH's in Nederland niet op uniforme wijze registreren. Ze registreren de voor hen relevante informatie op hun eigen manier in hun eigen systeem. Veel informatie (ook over letselbehandelingen) wordt dus wel geregistreerd, maar is niet eenvoudig en eenduidig te achterhalen en ook moeilijk te vergelijken. Dit geldt voor zowel het totaal aantal letselbehandelingen over een bepaalde periode als de uitsplitsingen naar aard/toedracht zoals die in het LIS plaatsvinden.

Definitie van het begrip 'letsel'

Wat SEH's onder letselbehandelingen verstaan en registreren bleek niet eenduidig. Sommige SEH's geven aan dat wat het LIS onder een letsel verstaat zij trauma noemen. Er zijn echter ook SEH's die 'trauma' definiëren zoals de landelijke traumaregistratie (LTR) dat doet. Het bleek niet voor alle SEH's mogelijk om die verschillende benaderingen van letsel en trauma te onderscheiden in hun registratiesysteem en aan ons aan te leveren, ondanks de definitie van 'letsel' die voorafgaand aan de telefonische benadering aan de SEH's werd voorgelegd.

Letsel volgens de definitie van het LIS:

Letsels ontstaan als gevolg van een ongeval of doordat mensen elkaar of zichzelf verwonden en hebben per definitie een externe oorzaak (de behandeling van een hartaanval is bijvoorbeeld geen letselbehandeling). Het gaat hier om alle letselbehandelingen, of ze nu wel of niet hebben geleid tot een ziekenhuisopname.

Trauma volgens de definitie van het LTR:

Lichamelijk letsel als gevolg van een trauma (externe oorzaken: wond, val, botbreuk, ongeval). Een trauma wordt geregistreerd indien het letsel binnen 48 uur na ontstaan op de SEH wordt waargenomen en naar aanleiding daarvan acute opname, overplaatsing naar een ander ziekenhuis of overlijden op de SEH plaatsvindt.

Weer andere SEH's registreren helemaal geen aantallen letsels- en/of trauma's. Deze SEH's leggen niet de oorzaak van de klacht vast, maar de klacht zelf. Deze SEH's gebruiken het begrip letsel niet in de registraties zoals het LIS deze definieert.

Het bleek voor de meerderheid van de SEH's niet (goed) mogelijk om de gevraagde informatie uit hun registratiesysteem te halen. Soms omdat de informatie simpelweg niet aanwezig is, soms omdat het hen teveel tijd zou kosten om de juiste aantallen (volgens de gegeven definitie) in hun registratiesysteem te achterhalen. Het is daardoor slechts van een beperkt aantal SEH's gelukt het aantal letselbehandelingen in 2013 volgens exacte opgave te achterhalen (15 van de 51). Nog eens 20 SEH's bleken slechts in staat om een (totaal)schatting te geven.

Implicaties

De onzekerheid over de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de verzamelde gegevens achten wij op basis van onze ervaringen tijdens de dataverzameling dusdanig groot dat wij het relevant achten om met de grootst mogelijke voorzichtigheid naar de uitkomsten te kijken:

- We beperken ons tot de totaalschatting van het aantal letselbehandelingen. Andere doeleinden van het LIS – het kunnen doen van representatieve uitspraken over behandelingen naar de aard van de letsels, regionale verschillen en trends in de tijd – liggen door de manier waarop het veldwerk is verlopen noodzakelijkerwijs buiten de scope van dit onderzoek.
- We achten het *niet* verantwoord om op basis van de resultaten van de dataverzameling een oordeel te geven over de mate waarin het LIS representatief is. Het brede spectrum aan (letsel)definities en registratiewijzen op de (niet-LIS) SEH's is hier debet aan. We beperken ons daarom tot een beschrijving van de resultaten van het veldwerk.

Resultaten

Zoals in het voorgaande is vermeld, hebben lang niet alle SEH's de gevraagde informatie rondom het aantal letselbehandelingen kunnen opgeven: 15 SEH's konden dit via een exacte opgave en 20 aan de hand van een schatting. De SEH's (dat wil zeggen: de door VeiligheidNL aangeleverde contactpersonen op de SEH's) die een exacte opgave konden geven, waren in staat om de volgende vraag te beantwoorden:

'Hoeveel letselgevallen zijn er in het jaar 2013 op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis behandeld?'

Bij een schatting konden SEH's deze vraag niet beantwoorden, maar gaven zij via een intervallschatting met vooropgestelde antwoordcategorieën wel antwoord op de volgende vraag:

'Kunt u dan misschien inschatten hoeveel letselgevallen er in het jaar 2013 op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis zijn behandeld?'

In het onderstaande gaan we in op de uitkomsten van het veldwerk. Dat doen we op beschrijvende wijze. We rapporteren het aantal behandelde letselgevallen aan de hand van twee parameters waarvan het vermoeden bestaat dat ze invloed hebben op de totaalschatting van het aantal letselbehandelingen:

- Type ziekenhuis: algemeen ziekenhuis (A), universitair MC (U)
- IC-niveau: 1, 2 en 3¹

Deze twee parameters hebben we gecombineerd: A1 is een algemeen ziekenhuis met een niveau 1 intensive care-afdeling, A2 met niveau 2, A3 met niveau 3 en U is een universitair ziekenhuis (nb. altijd in combinatie met IC-niveau 3).

Per combinatie beschrijven we hieronder het door de SEH gerapporteerde aantal behandelde letselgevallen. Dat doen we in eerste instantie alleen voor de 15 SEH's die een exacte opgave hebben afgegeven (tabel 2 – n=15).

¹ IC's functioneren op drie niveaus, waarbij niveau 1 een basisvoorziening is en niveau 3 hoog gespecialiseerde zorg biedt, waaronder specifieke zorg na een hart- of hersenoperatie. Het verschil tussen niveau 2 en 3 IC's is dat niveau 2 IC's niet in staat hoeven te zijn specifieke patiëntengroepen met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen. Voor niveau 3 IC's geldt dit wel (bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Grote intensive care-afdelingen werken continu aan kwaliteit*, 2011).

2 | Aantal in 2013 behandelde letselgevallen per SEH, naar type (exacte opgave, geanonimiseerd)

A1	A2	A3	U
2.385	7.763	13.900	7.116
2.716	9.951		
2.869	10.500		
4.157	13.354		
4.436	14.596		
8.260			
9.564			
10.907			

Bron: TNS NIPO, 2014

Uit de tabel valt op te maken dat de gerapporteerde aantallen behandelingen voor A1-ziekenhuizen sterk variëren: van 2.385 tot 10.907. Voor A2-ziekenhuizen liggen de aantallen doorgaans hoger, maar ook daar is er redelijk wat spreiding in de gerapporteerde aantallen. Voor A3- en U-ziekenhuizen is er in beide gevallen door slechts één SEH het behandelde aantal gerapporteerd.

Ook voor de geschatte aantallen (20 SEH's) hebben we de schattingen onderverdeeld naar type ziekenhuis (tabel 3 - n=20).

3 | Aantal in 2013 behandelde letselgevallen per SEH, naar type (intervalschatting, geanonimiseerd)

A1	A2	A3	U
1.000-2.000	5.000-6.000	5.000-6.000	9.000-10.000
2.000-3.000	5.000-6.000	Meer dan 10.000	
4.000-5.000	7.000-8.000	Meer dan 10.000	
4.000-5.000	Meer dan 10.000	Meer dan 10.000	
5.000-6.000	Meer dan 10.000	Meer dan 10.000	
6.000-7.000	Meer dan 10.000		
8.000-9.000	Meer dan 10.000		

Bron: TNS NIPO, 2014

Ook uit tabel 3 valt te herleiden dat A1-ziekenhuizen doorgaans kleinere aantallen letselbehandelingen te verwerken hebben dan A2-ziekenhuizen. A3-ziekenhuizen lijken nog wat grotere aantallen te verwerken, maar het is lastig om daar op basis van deze schatting een uitspraak over te doen.

Het is zinvol om de in LIS geregistreerde aantallen letselbehandelingen (records) hier per SEH uit de LIS-steekproef (14 SEH's) ter vergelijking tegenover te zetten. Dit hebben we in tabel 4 (n=14) gedaan, met ook hier een onderverdeling naar typen ziekenhuizen.

4 | Aantal in LIS geregistreerde letselrecords per SEH, naar type (LIS-registratie 2013, geanomiseerd)

A1	A2	A3	U
1.576		8.930	5.421*
2.635			9.898
3.053			12.136
3.818			
4.264			* = geen volledig registratiejaar
4.507			
5.020			
5.066			
5.414			
6.923			

Bron: TNS NIPO, 2014

In de LIS-steekproef bevinden zich relatief veel A1-ziekenhuizen² en geen A2-ziekenhuizen. Drie van de 14 LIS-SEH's zijn universitaire MC's.

Totaalschatting op basis van informatie niet-LIS SEH's

We hebben een poging gedaan om op basis van de verzamelde informatie onder niet aan LIS participerende SEH's een totaalschatting van het aantal letselbehandelingen in 2013 te maken. Daarvoor baseren we ons enerzijds op de exacte opgaves en anderzijds op de schattingen. Bij de schattingen hebben we bij de intervallschattingen telkens de middelste waarde genomen (dus 5.000-6.000 is omgerekend naar 5.500). Voor de schatting 'meer dan 10.000' is het aantal op 12.500 vastgesteld.

Vervolgens hebben we voor elk type ziekenhuis het gemiddeld aantal letselbehandelingen berekend. Dit levert de volgende gemiddelden op:

- A1: 5.300 (n=15)
- A2: 10.000 (n=12)
- A3: 12.000 (n=6)
- U: 8.300 (n=2)

In een volgende stap zijn de gemiddelden aan de hand van de populatiegegevens over typen ziekenhuizen in Nederland doorgerekend naar een totaalschatting. In Nederland waren er in 2013 38 A1-ziekenhuizen, 29 A2-ziekenhuizen, 17 A3-ziekenhuizen en 8 UMC's. Een kanttekening hierbij is dat er in aantal gevallen sprake is van samenvoegingen (nb. één ziekenhuis verspreid over twee locaties, maar waarbij het gerapporteerde letselaantal enkel op ziekenhuisniveau bekend is). Er zijn 92 ziekenhuizen. Volgens VeiligheidNL zijn er 98 SEH's (locaties).

Op basis van deze populatieaantallen komen we uit op de volgende totaalschatting: $38 \times 5.300 + 29 \times 10.000 + 17 \times 12.000 + 8 \times 8.300 = 760.000$ letselbehandelingen in 2013.

VeiligheidNL kwam voor het jaar 2011 op een totaalschatting van 800.000 letselbehandelingen, in 2012 op 770.000 letselbehandelingen en in 2013 op 630.000 letselbehandelingen. VeiligheidNL hanteert een nauwkeurigheidsmarge van +/- 10% rondom haar schatting. Onze schatting over 2013 ligt niet binnen deze marges.

² Volgens VeiligheidNL is dit een gevolg van een keuze na aanleiding van regionale spreiding van SEH's.

Resumerend

Nogmaals wijzen wij erop dat de door SEH's gerapporteerde aantallen met de grootst mogelijke voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden. Bovenstaande exercitie moet dan ook – vooral gezien het feit dat deels van schattingen gebruik is gemaakt – in dat licht worden gezien. Idealiter zouden wij in onze analyse ook de LMR-gegevens met betrekking tot letselopnames betrekken, aangezien de verhouding tussen beide eenheden (letselbehandeling en letselopname) de basis vormt voor de totaalschatting door VeiligheidNL. Het bleek (vooralsnog) echter niet mogelijk om te beschikken over (LMR-) gegevens voor individuele ziekenhuizen die niet tot het LIS behoren. Hierdoor is het niet mogelijk om op eenzelfde wijze als VeiligheidNL een totaalschatting te maken. We hebben daarom gebruikgemaakt van gemiddelden per type ziekenhuis.

Met betrekking tot de representativiteit van het LIS is het tot slot relevant om te vermelden dat VeiligheidNL momenteel bekijkt of extrapolatie van LIS-gegevens op basis van het aantal SEH-behandelingen in plaats van het aantal letselopnames tot verbetering van de representativiteit leidt. Ten tijde van het opstellen van deze rapportage is de uitkomst van deze verkenning nog niet bekend.

2.2 Betrouwbaarheid van de LIS-registraties

In deze paragraaf staat de betrouwbaarheid van de LIS-registraties centraal en dus de manier waarop invoerders met het registratiesysteem omgaan. Gebeurt dit op uniforme en consistente wijze? Betrouwbaarheid draait om de vraag of herhaling van registratie tot dezelfde bevindingen leidt. Wat kunnen we bijvoorbeeld concluderen over de betrouwbaarheid van de gegevens als er verschillende invoerders (baliemedewerkers, verpleegkundigen en artsen) met het systeem werken?

Om de betrouwbaarheid van de LIS-registraties in kaart te brengen:

1. Zijn bij vijf verschillende ziekenhuizen gesprekken gevoerd met hoofden van de SEH en met personen die de registraties doen.
2. Is de data die in het LIS staat geregistreerd gecontroleerd aan de hand van patiëntinformatie uit een aanvullend LIS-vervolg onderzoek (ALVO) vervolgonderzoek.

De LIS registratie vormt een vast onderdeel van de registratieroutine binnen de ziekenhuizen die van het LIS gebruik maken. De verschillende SEH's die bezocht zijn, hebben echter wel allemaal een net een andere routine en werkwijze in hun registratieproces.

- Zo zijn er SEH's die de patiënt direct bij binnenkomst registreren (aan de balie) in het LIS. Andere SEH's verzamelen de informatie gedurende de dag van verschillende patiënten en maken de LIS registraties pas aan het einde van de dag volledig. Er zijn SEH's waarbij er verschillende personen betrokken zijn bij het invoeren van de gegevens (de secretaresse, de verpleegkundige en arts) terwijl bij andere SEH's alleen de secretaresse, arts-assistent of de verpleegkundige de gegevens invoert. Deze verschillende registratieroutines kunnen een risico vormen voor de betrouwbaarheid van de LIS registraties.

De verschillende medewerkers die betrokken zijn bij de registratie in het LIS registreren niet precies op dezelfde wijze.

- De gedetailleerdheid en inhoud van de registratie is afhankelijk van de medewerker (en zijn functie) die de registratie in het LIS invoert. Een verpleegkundige informeert naar andere details dan een arts of een baliemedewerker. Daarnaast hebben we gemerkt dat niet elke medewerker even uitgebreid registreert. Sommige medewerkers geven zelf ook aan dat ze merken dat niet iedere collega even uitgebreid registreert. Het registreren door verschillende personen in wisselende functies vormt een risico voor de betrouwbaarheid van de LIS registraties.

De soms kritieke en complexe situaties op de SEH bemoeilijken een eenduidige en volledige registratie.

- Er zijn situaties op de SEH die acuut of complex zijn en dat kan een eenduidige en volledige registratie in het LIS lastig maken. De medewerkers geven aan soms onder grote tijdsdruk te werken. Het is dan niet altijd mogelijk om alle informatie die nodig is voor een volledige LIS registratie uit te vragen of te noteren. Er zijn ook situaties waarbij de patiënt niet alle benodigde informatie wil geven. Als een patiënt geen informatie wil geven of er is geen tijd om het uit te vragen, dan is de informatie onbekend. De soms kritieke en complexe situaties vormen een risico voor de betrouwbaarheid van de LIS registraties.

Controle op de volledigheid van de LIS registraties vindt op de SEH's plaats nog voordat de registraties naar VeiligheidNL worden gestuurd.

- Alle SEH's die we hebben gesproken, hebben een controle op de LIS registratie ingebouwd in hun routine. Een medewerker van de SEH loopt de registraties na en/of vult deze aan voordat ze naar VeiligheidNL verstuurd worden. Bij de ene SEH doet bijvoorbeeld een verpleegkundige van het nachtteam dit en bij de andere SEH is er een vaste secretaresse die alle registraties doorloopt. Deze controle draagt bij aan de betrouwbaarheid van de LIS registraties.

SEH's krijgen van VeiligheidNL een terugkoppeling op de LIS registraties die zij aanleveren. De SEH's bespreken deze informatie soms ook direct met de betrokken medewerkers.

- Een codeur van VeiligheidNL controleert alle LIS registraties die de SEH doet. Wanneer de codeur iets opvalt aan de aangeleverde gegevens krijgen de SEH's feedback van VeiligheidNL over de registraties die zij doen. Het kan bijvoorbeeld gaan om een te summiere registratie door een (specifieke) medewerker of een consequente verkeerde codering. Een SEH gaf in het gesprek aan dat het een codeur was opgevallen dat niet alle medewerkers van de betreffende SEH even uitgebreid registreren. Bij een andere SEH hoorden we dat zij teruggekoppeld kregen dat zij erg goed registreerden. De terugkoppeling van Veiligheid.NL en dat de SEH's aangeven deze terugkoppeling ook met de medewerkers te bespreken, draagt bij aan de betrouwbaarheid van de LIS registraties.

VeiligheidNL traint enkele medewerkers van de SEH over de wijze waarop ze moeten registreren. Daarnaast vinden intervisie bijeenkomsten plaats met andere SEH's en Veiligheid.NL waarbij men de lastige of complexe situaties bespreekt.

- De training en evaluaties van VeiligheidNL dragen er aan bij dat medewerkers, die de gegevens in het LIS invoeren, dit op dezelfde manier doen. Binnen deze training leren medewerkers welke informatie belangrijk is voor de registratie en waarom het registreren van deze informatie nuttig is. Ze leren ook hoe ze met specifieke en complexe situaties om moeten gaan. De training en evaluaties dragen ook bij aan het belang dat medewerkers hechten aan de registratie. Zeker voor verpleegkundigen is het heel belangrijk dat ze de relevantie van een (gedetailleerde) registratie begrijpen. Registreren op zich is niet de reden dat zij verpleegkundige zijn. Zowel de invoerders als de SEH hoofden laten zich tevreden uit over de trainingen en evaluaties van VeiligheidNL. De trainingen en evaluaties zorgen er ook voor dat de invoerders goed weten welke informatie ze nodig hebben van de patiënt. De trainingen en evaluaties dragen bij aan de betrouwbaarheid van het LIS.

Uit de gesprekken blijkt dat SEH's een andere invoerroutine (werkwijze) hebben. Ook registreren de verschillende medewerkers niet op dezelfde manier. Echter voert men de gegevens wel op dezelfde manier in. VeiligheidNL probeert (met succes) de registratie zo te structureren dat op dezelfde manier registreren mogelijk is en er zo min mogelijk ruimte voor ruis ontstaat. Hoewel het registreren van de

LIS-gegevens op de SEH enkele risico's met zich meebrengt voor de betrouwbaarheid van de registratie lijkt het erop dat VeiligheidNL voldoende en succesvolle acties (controles) en terugkoppeling onderneemt om deze risico's te verkleinen.

Analyse betrouwbaarheid LIS registraties n.a.v. vervolgonderzoek

Om te beoordelen of we deze conclusie kunnen onderbouwen, hebben we de resultaten van het ALVO vervolgonderzoek uit 2012 (gehouden onder patiënten) naast de in het LIS geregistreerde gegevens gelegd.

Per respondent (geanonimiseerd) is bekeken of het verhaal van de patiënt (uit de ALVO enquête) overeenkomt met de in het LIS geregistreerde toedracht. In vrijwel alle gevallen was dit zo; in 98,7% van de cases klopt het verhaal van de respondent met de in LIS geregistreerde toedracht. Daarnaast is per case bekeken of de in het LIS ingevoerde codes overeenkomen met de toedracht omschrijving in het LIS. Wederom is dit in vrijwel alle gevallen zo; in 98,7% (niet per se dezelfde) van de cases komen de codes die in het LIS zijn ingevoerd overeen met de toedracht omschrijving die in het LIS is beschreven.

Als laatste hebben we naar een aantal vaste antwoordcategorieën gekeken die zowel in de LIS registratie voorkomen als in het vervolgonderzoek. Ook daaruit blijkt dat er zelden sprake is van een mismatch.

- Geslacht: 0,5% mismatch
- Leeftijd: 1% mismatch
- Vervoermiddel ten tijde van ongeval: 2% mismatch

Een uitzondering hierop is het tijdstip ten tijde van het ongeval. Voor bijna tweederde van de respondenten miste deze data in de LIS registratie (64% onbekend). Voor de respondenten (patiënten) waar het tijdstip wel is ingevoerd in de LIS registratie komt dit in 6,5% van de gevallen niet overeen met de resultaten uit het vervolgonderzoek.

Uit ons onderzoek blijkt dat er risico's zijn die ertoe kunnen bijdragen dat de betrouwbaarheid van de gegevens in het LIS in het geding komt. Echter met de acties die VeiligheidNL onderneemt om betrouwbare gegevens te genereren en de uitkomst van de controle uit het vervolgonderzoek. Concluderen we dat het LIS doorgaans betrouwbare gegevens oplevert.

2.3 Validiteit van de LIS-registraties

In deze paragraaf staat de vraag centraal of het LIS registreert wat het zegt te registreren. We richten ons hier op de juistheid of geschiktheid van het systeem. Zijn het daadwerkelijk letsels die worden geregistreerd (hoe VLNL dit definieert) Komen er daadwerkelijk letsels in het systeem? En kunnen de letsels eenduidig worden gecodeerd? Als bijvoorbeeld blijkt dat het in de huidige situatie moeilijk is om alle binnenkomende letsels eenduidig te coderen of dat letsels relatief vaak onder 'overig' moeten worden weggeschreven, dan kan dat betekenen dat het LIS onvoldoende valide is. Om de validiteit van de LIS-registraties in kaart te brengen, zijn bij vijf verschillende ziekenhuizen die registreren voor het LIS gesprekken gevoerd met hoofden van de SEH's en invoerders van de gegevens.

SEH's registreren van alle patiënten die binnenkomen of het om een letsel patiënt gaat of niet.

- De SEH geeft allereerst in de LIS registratie aan of het om een letselpatiënt gaat of niet. De deelnemende SEH's weten wanneer er sprake is van een letselpatiënt (zoals door VeiligheidNL gedefinieerd). De SEH registreert dit in principe voor elke binnenkomende patiënt. Dit draagt bij aan de validiteit van het LIS.

Globaal registreren SEH's hetzelfde in het LIS.

- De huidige LIS registratie werkt veelal met uitklap velden. Vanuit de gesprekken krijgen wij de indruk dat de daarin beschikbare codes in deze velden grotendeels bekend zijn bij invoerders op de SEH. Naar ons idee registreren de SEH's daardoor meestal hetzelfde. Het komt voor dat de invoerder een keuze maakt tussen twee codes die allebei relevant zijn (bijvoorbeeld verkeer of sport: tijdens een verkeersongeval bij een amateurwielrenner), omdat het systeem het niet in alle ziekenhuizen toelaat om beide opties aan te geven. Hier bevinden zich risico's voor de validiteit van het LIS.

Registraties in het LIS kunnen onvolledig zijn. Vanuit de methode van onderzoek (kwalitatief) kunnen we niet concluderen in hoeverre de registraties onvolledig zijn.

- De volledigheid en inhoud van de registratie is afhankelijk van de medewerker die deze informatie achterhaalt bij de patiënt. Bovendien is de informatie die de patiënt wil/kan geven bepalend voor de registratie in het LIS. Als gegevens ontbreken, gaat de invoerder niet terug naar de oorspronkelijke bron (de patiënt). Als de patiënt de informatie niet wil geven, zal deze informatie dan ook ontbreken. Het risico is onoverkomelijk maar draagt niet bij aan de validiteit van het LIS.
- De SEH geeft de registraties door aan VeiligheidNL. De SEH's beantwoorden altijd de eerste vraag (of er sprake is van een letsel patiënt). Zodra deze vraag is beantwoord krijgt de LIS registratie een vinkje en kan de SEH deze registratie naar VeiligheidNL toesturen. Een medewerker van de SEH controleert de registraties (op volledigheid en logica) die de SEH vervolgens naar VeiligheidNL toestuurt. Ook een codeur van VeiligheidNL controleert de registraties op volledigheid en logica. Dit draagt bij aan de validiteit van het LIS.

Uit de gesprekken blijkt dat SEH's alle (zoals door VeiligheidNL gedefinieerde) letsels in het LIS registreren. De training van VeiligheidNL zorgt ervoor dat SEH's allemaal dezelfde definitie van het begrip 'letsel' aanhouden.

3 Draagvlak voor het LIS onder SEH hoofden

In dit hoofdstuk komt het draagvlak voor het LIS aan bod. We hebben zowel gekeken naar het draagvlak voor het LIS onder SEH hoofden die momenteel aan het LIS deelnemen als de SEH hoofden die dit momenteel niet doen. Veel draagvlak voor het LIS zorgt waarschijnlijk voor loyale gebruikers van het systeem die gemotiveerd zijn om de registraties goed uit te voeren. Weinig draagvlak brengt het risico met zich mee dat het tegenovergestelde gebeurt. Het aantrekken van ziekenhuizen die nu nog niet deelnemen aan het LIS is belangrijk in het kader van de regionalisering van de gezondheidszorg. Een cruciale vraag is daarom: wat trekt hen over de streep om deel te nemen aan het LIS?

Om het draagvlak voor het LIS te bepalen, is gekeken naar het maatschappelijk belang van het LIS voor SEH hoofden, de meerwaarde van het LIS voor de SEH en de motivaties/barrières voor SEH hoofden om aan het LIS deel te nemen. Behalve SEH hoofden zijn er nog andere stakeholders ten aanzien van het LIS, zoals Raad van bestuur en managers relevant om het draagvlak voor het LIS in kaart te brengen. Voor dit onderzoek is echter de keuze gemaakt voor hoofden van SEH's als onderzoeksgroep. De conclusies over het draagvlak voor het LIS is dan ook alleen daarop gebaseerd.

Om het draagvlak van het LIS te bepalen zijn bij vijf verschillende ziekenhuizen die registreren voor het LIS gesprekken gevoerd met hoofden van de SEH's en invoerders/gebruikers van het LIS, zoals ook al in 1.2 en 1.3 is beschreven. Daarnaast zijn er acht telefonische gesprekken gevoerd met hoofden van SEH's die op dit moment niet deelnemen aan het LIS.

SEH hoofden zien wel de maatschappelijke relevantie van het LIS, maar ervaren of verwachten geen directe meerwaarde van de LIS registratie voor het ziekenhuis. De SEH hoofden van de ziekenhuizen die niet deelnemen aan het LIS erkennen weliswaar het belang van het LIS, maar zien voor zichzelf niet direct een meerwaarde. Ze kunnen overtuigd worden als ze bovenop de huidige registraties niets extra's hoeven te doen. SEH hoofden van ziekenhuizen die deelnemen aan het LIS zijn positief over het LIS, maar ook zij zien slechts een beperkte meerwaarde voor de SEH. We verwachten niet dat SEH's gaan stoppen met de registraties die zij nu doen voor het LIS.

3.1 Draagvlak LIS onder huidige SEH hoofden

Onder SEH's die deelnemen aan het LIS bestaat er draagvlak voor het LIS. Echter heeft deelname aan het LIS volgens de SEH hoofden maar een beperkte meerwaarde voor het ziekenhuis.

- De SEH hoofden van de deelnemende ziekenhuizen zijn enthousiast over de LIS registratie en vinden dat zij met deze registratie een bijdrage leveren aan letselpreventie. Ze ervaren echter geen direct belang bij de LIS data en de LIS registraties voor het ziekenhuis zelf. Toen men destijds besloot deel te nemen aan het LIS was er wel een direct belang voor het ziekenhuis om deel te nemen, te weten de beschikbaarheid van management informatie en een financiële vergoeding.

De management informatie die het LIS biedt aan deelnemende SEH's was ooit een belangrijke reden om deel te nemen aan het LIS. De informatie die het LIS oplevert is nu nog steeds interessant voor SEH's, maar niet noodzakelijk voor het verbeteren van de SEH zelf (zoals het verbeteren van de interne processen van de SEH).

- De SEH hoofden geven aan dat de management informatie hen destijds waardevolle inzichten bracht. Echter geven zij nu aan dat ze deze management informatie niet meer gebruiken, omdat ze hiervoor nu hun eigen informatiesystemen gebruiken.

- Tegelijkertijd zien SEH hoofden ook wel dat de management informatie vanuit het LIS soms diepgaander is dan de informatie die ze uit het eigen systeem halen. Echter is deze informatie niet altijd relevant voor het ziekenhuis zelf maar bijvoorbeeld wel voor informatieverzoeken uit de media. Het LIS biedt hen informatie over trends op het gebied van letsels, bijvoorbeeld over de ontwikkeling van het aantal letsels dat kinderen oplopen tijdens het spelen op speeltoestellen. Een meerwaarde van de LIS data kan zijn dat de SEH snel informatie kan genereren om aan verzoeken vanuit de media of ministeries te voldoen, bijvoorbeeld over letsels met vuurwerk en alcoholmisbruik onder jongeren.

Een andere belangrijke motivatie voor SEH's om destijds aan het LIS deel te nemen was de financiële vergoeding.

- De financiële vergoeding voor deelname is volgens de SEH hoofden momenteel flink verminderd. Enkele SEH hoofden geven aan dat ze veel informatie paraat moeten hebben en zouden het logisch vinden om hier een vergoeding voor te krijgen. Dit is overigens niet alleen gerelateerd aan het LIS, maar aan alle informatieverzoeken en (verplichte) registraties die zij (steeds meer) moeten doen.

Hoewel deelname aan het LIS voor de huidige SEH geen direct belang dient, denkt men er niet aan om hiermee te stoppen. Aan de ene kant komt dit door de goede band die men heeft opgebouwd met VeiligheidNL en aan de andere kant ziet men de LIS registraties als een maatschappelijke plicht van het ziekenhuis om bij te dragen aan letselpreventie.

- De deelnemende SEH's hebben een goede band met VeiligheidNL. Er ligt een lange en nauwe samenwerking ten grondslag aan de LIS registraties. Enkele medewerkers van de SEH's zijn betrokken bij het optimaliseren en verbeteren van de LIS registraties en daarmee de resultaten. Zij denken er dan ook niet aan om hiermee te stoppen. De registratie van het LIS is volledig geïnternaliseerd in de werkwijze van de SEH.
- Een klein risico hierbij kan zijn dat een wijziging in het team, zoals een nieuw SEH hoofd van buitenaf, wellicht kritisch de meerwaarde van het LIS voor de SEH gaat bekijken.
- Zowel de SEH hoofden als de invoerders zien de LIS registratie als een maatschappelijke plicht van het ziekenhuis. Ze dragen hiermee bij aan letselpreventie en de volksgezondheid als geheel.

Uit de gesprekken blijkt dat de SEH hoofden van de ziekenhuizen die deelnemen aan het LIS positief zijn over deelname aan het LIS, maar dat zij slechts een beperkte meerwaarde zien voor de SEH.

3.2 Draagvlak LIS onder potentiële SEH hoofden

Ook de SEH's die nog niet deelnemen aan het LIS zijn zich bewust van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. De SEH hoofden zien het belang van het LIS voor letselpreventie en staan er ook voor open om meer te weten te komen over het LIS. De SEH hoofden zijn bereikt via een eerdere telefonische enquête over letselgegevens. Daarin hebben zij aangegeven te willen deelnemen aan een verdiepend interview over registraties in het ziekenhuis. Om representatieve uitspraken te doen over het draagvlak voor het LIS onder niet deelnemende ziekenhuizen, zal een representatieve groep SEH's ondervraagd moeten worden.

- De SEH hoofden geven aan dat ze openstaan voor het LIS mits dit geen extra werk met zich meebrengt voor de SEH. De SEH hoofden zien dat het LIS belangrijk is voor de preventie van letsels en de gezondheidszorg. Ook verwachten ze dat deelname aan het LIS de SEH meer

inzicht zou kunnen geven in oorzaken van letsels. Zo zouden SEH hoofden bijvoorbeeld best willen weten of motorletsels vaker in het oosten van het land voorkomen of elders in het land. Ook hebben SEH hoofden interesse in algemene informatie over de gezondheidszorg, bijvoorbeeld of het klopt dat de hoeveelheid lichte letsels op de SEH's teruglopen. De SEH hoofden zien dit dus wel als interessante informatie maar niet essentieel voor het functioneren van de SEH. Zij geven de suggestie dat de LIS data wellicht interessanter is voor stakeholders (gemeente etc.) of de publicatie van artsen dan voor de SEH zelf.

De SEH hoofden zien geen directe meerwaarde van de LIS registratie voor het ziekenhuis. De SEH beschikt over een eigen administratiesysteem dat registreert wat de SEH op dit moment wil weten. Dit eigen systeem geeft de SEH hoofden voldoende inzicht in sturingsinformatie.

- De SEH hoofden die niet deelnemen aan het LIS merken direct op dat ze nauwelijks meerwaarde zien van de registraties voor het ziekenhuis zelf (bijvoorbeeld voor het optimaliseren van de interne processen). De management informatie die ze vooral interessant vinden gaat over: stromen van aantallen patiënten, welke specialismes nodig waren bij de behandeling van de patiënten, waar komen patiënten vandaan en waar gaat de patiënt na de SEH naar toe.
- Deelname aan het LIS kan voor SEH hoofden tegenstrijdig zijn met de belangen van de SEH. Het ziekenhuis wil bijvoorbeeld snellere doorlooptijden maar door extra registraties wordt dit niet bereikt. En daarbij hoeft de LIS registratie niet in het belang van de patiënt te zijn. De SEH levert door de LIS registraties geen betere en snellere zorg aan de patiënten, aldus de SEH hoofden.
- De SEH hoofden geven in eerste instantie aan dat hen de management informatie uit het LIS niet heel interessant lijkt. Vooral algemene ziekenhuizen geven aan dat ze waarschijnlijk niets met deze 'extra' LIS informatie zouden doen (naast de eigen management informatie). Het spiegelen van de eigen situatie aan die van andere ziekenhuizen vinden sommige SEH hoofden wel interessant. Academische ziekenhuizen lijken de informatie interessanter te vinden en zijn ook meer benieuwd naar regionale en landelijke cijfers over letselinformatie.

De belangrijkste barrière voor de SEH hoofden om deel te nemen aan het LIS is de – in hun beleving – grote hoeveelheid registraties die zij op dit moment al doen.

- Ziekenhuizen krijgen in hun beleving veel verzoeken om gegevens vanuit verschillende hoeken aan te leveren (media, instellingen etc.). De ziekenhuizen zijn hier veel tijd mee kwijt naast de al verplichte registraties zoals voor de zorgverzekeraar, acute zorgregio's, interne registraties en traumaregistraties. Zij ervaren het aantal verzoeken om nog weer extra zaken te registreren (waar financieel niets tegenover staat) als enorm. De academische ziekenhuizen ervaren meer verzoeken dan de algemene ziekenhuizen (die we hebben gesproken). Er is veel weerstand onder de SEH hoofden tegen nog een registratie.

Tot slot geven SEH hoofden aan dat ze opzien tegen het 'meekrijgen' van hun medewerkers. Ze zijn bang voor extra werk en daarmee een extra investering in geld en tijd.

- SEH hoofden geven aan dat een verpleegkundige geen administrateur is. Ze zien er tegenop om het belang van een registratie in te laten zien. Een veel gehoorde klacht in het ziekenhuis is "*Niet weer een checklist*". Het SEH hoofd moet de medewerkers dus eerst overtuigen van het nut van de registratie. Wanneer dit in het belang is van het ziekenhuis of direct voor de patiënt (bijv. bij kindermishandeling) is, gaat dit makkelijker dan wanneer dit belang niet zo helder is (zoals bij het LIS).

- De SEH hoofden verwachten dat een extra registratie het ziekenhuis tijd en daarmee ook geld kost. Allereerst een investering in het opzetten van de registratie en het overtuigen van de medewerkers. Daarnaast verwachten de SEH hoofden dat de kosten per patiënt en medewerkerskosten hoger zullen worden omdat de medewerker meer tijd kwijt is per patiënt.

Uit de gesprekken blijkt dat de SEH hoofden van ziekenhuizen die niet deelnemen aan het LIS wel het belang van de LIS registraties zien, maar niet de meerwaarde voor hun eigen ziekenhuis. Ze staan wel open voor het LIS, mits zij daar bovenop de huidige registraties haast niets extra's voor hoeven doen.

4 Toekomstbestendigheid van het LIS

In dit hoofdstuk draait het om trends en ontwikkelingen in de zorg en wat dit zou kunnen betekenen voor de toekomstbestendigheid van het LIS. Onze bevindingen uit dit hoofdstuk baseren we op de interviews die we hebben gedaan met SEH's en VeiligheidNL, onze eigen expertise uit eerdere onderzoeken in de zorg.

De huidige veranderingen in de zorg vormen mogelijk een risico voor de toekomstbestendigheid van het LIS. De weg die VeiligheidNL is ingeslagen lijkt een geschikte manier om op een deel van deze veranderingen in te spelen en het LIS toekomstbestendiger te maken.

Eén van de mogelijke risico's die SEH hoofden zien ten aanzien van de toekomstbestendigheid van het LIS is het in toenemende mate door huisartsenposten afvangen van lichte letselbehandelingen. Ontwikkelingen in de zorg en het zorgbeleid kunnen ertoe leiden dat patiënten met lichte letsels er vaker voor zullen kiezen om naar de huisartsenpost te gaan in plaats van naar de SEH.

- Enkele SEH hoofden merken op dat er steeds minder 'klein leed' via zelfverwijzing op de SEH binnenkomt. Het lijkt er volgens de SEH hoofden op dat mensen er steeds vaker voor kiezen om naar de huisartsenpost te gaan. Vanwege de kosten, het verhogen van het eigen risico en de verschuiving van de tweede- naar eerstelijnszorg. In recente overheids campagnes wordt ook actief gestimuleerd om in plaats van de SEH de huisarts of huisartsenpost te bezoeken, wordt aangegeven in de interviews. Een bezoek aan de huisarts of huisartsenpost gaat namelijk nooit ten koste van het verplicht eigen risico. De SEH's kunnen daardoor deze lichte letsels wellicht mislopen in de registratie van het LIS. Deze verandering kan ervoor zorgen dat het LIS een minder volledig beeld weergeeft. Ook kan het zijn dat het een selectiever beeld oplevert (bijvoorbeeld omdat de ernstigere letsels wel in het LIS terecht komen). Op basis van dit onderzoek kunnen we dit niet concluderen wat de effecten precies zijn. Het minder volledig en minder dekkend worden van de letselregistratie op de SEH's is hiermee een mogelijk risico voor de toekomstbestendigheid van het LIS.

Een recente verandering in de zorg is de decentralisatie. We kunnen ons daarom voorstellen dat regionale partijen zoals gemeentes, zorginstellingen en politie steeds meer gebaat zijn bij regionale sturingsinformatie. SEH hoofden zien zelf ook dat deze regionale informatie belangrijker wordt maar zijn toch vooral gericht op het optimaliseren van de eigen interne organisatie.

- Uit eerdere onderzoeken weten we wel dat ziekenhuizen steeds meer bezig zijn met regionale samenwerking met partijen als de politie, gemeentes en huisartsen om de juiste zorg te leveren voor hun regio (bijv. in de vorm van de juiste preventie). We kunnen ons daarom voorstellen dat deze partijen op zoek zijn naar informatie die hen meer vertelt over de regio (bijvoorbeeld wat voor type mensen hebben we hier in de regio wonen, leeftijden en gezondheid). De informatie uit het LIS zoals aantallen letsels, maar ook de aard en oorzaak van letsels sluiten daar goed bij aan. Hier liggen dus kansen voor het LIS.
- SEH hoofden vinden andere informatie dan regionale informatie (op dit moment) belangrijker. De SEH hoofden geven zelf aan dat het behandelen of beter maken van de patiënt op de eerste plaats komt en dat men pas daarna denkt aan preventie. De sturingsinformatie die zij nodig hebben is gericht op het optimaliseren van de eigen interne organisatie.

Om deze regionale sturingsinformatie te kunnen opleveren en daarmee het LIS relevant te houden voor de toekomst, is het nodig dat meer SEH's zich aansluiten bij het LIS.

- Het is niet eenvoudig om niet deelnemende ziekenhuizen over de streep te trekken. VeiligheidNL zal de SEH hoofden moeten overtuigen dat het registreren in het LIS geen 'extra' registratie is en weinig vraagt van de medewerkers.
- Zowel deelnemende als niet deelnemende ziekenhuizen geven aan dat ze niet begrijpen waarom elke registratie een aparte handeling is. Het spreekt hen aan als de gewenste informatie uit het huidige systeem kan worden ontsloten zonder dat men daar iets extra's voor hoeft te doen. Het koppelen van informatie en systemen kan ervoor zorgen dat meer ziekenhuizen aan het LIS gaan deelnemen. Een klein risico hierbij is dat privacy een steeds groter maatschappelijke kwestie is en problematisch kan zijn voor het koppelen van registraties. Bovendien zijn SEH's terughoudend in het delen van patiënt informatie met andere ziekenhuizen.
- VeiligheidNL is een nieuwe weg ingeslagen door de benodigde letselinformatie uit de al bestaande registratie van de SEH te halen. Dit gebeurt via automatische tekst herkenning. De deelnemende ziekenhuizen zijn hier enthousiast over. Medewerkers worden nog wel getraind door VeiligheidNL in het stellen van de meest relevante vragen en verslaglegging, maar ze hoeven naast hun eigen registratie niet nog extra registraties te doen.

Als VeiligheidNL de ziekenhuizen kan overtuigen van de meerwaarde van het LIS voor zichzelf en de samenwerkende zorgpartners zullen meer ziekenhuizen zich aansluiten bij het LIS. De verwachting is dat VeiligheidNL met de nieuwe methode waarschijnlijk meer ziekenhuizen bereid krijgt om deel te nemen aan het LIS. Als het aantal deelnemende ziekenhuizen groter wordt, biedt dit kansen voor de toekomstbestendigheid van het LIS.

5 Conclusies en aanbevelingen

TNS NIPO heeft in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit en de toekomstbestendigheid van het Letsel Informatie Systeem (LIS). In het LIS, beheerd door VeiligheidNL, registreren deelnemende ziekenhuizen de slachtoffers die na een ongeval, geweld of zelf toegebracht letsel zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH). TNS NIPO heeft onderzoek gedaan naar de *wetenschappelijke waarde* van het LIS, het *draagvlak* voor het LIS en de *toekomstbestendigheid* van het systeem.

In dit hoofdstuk zijn voor elk van deze drie thema's de belangrijkste conclusies weergegeven. Door middel van bullets zijn waar mogelijk relevante aanbevelingen aan deze conclusies gekoppeld.

Wetenschappelijke waarde van het LIS

De wetenschappelijke waarde van het LIS is door TNS NIPO beoordeeld door te kijken naar de representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit van het registratiesysteem.

Representativiteit

Omdat de verzamelde data deels onvolledig en deels op schatting berust kan de representativiteit van het LIS op basis van het door TNS NIPO uitgevoerde onderzoek onvoldoende worden aangetoond.

- Nader onderzoek en nadere analyse zijn nodig voor gefundeerde uitspraken.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de gegevens in het LIS is voldoende. Hoewel de registratie in het LIS risico's met zich meebrengt, neemt VeiligheidNL voldoende maatregelen om deze risico's te ondervangen.

Validiteit

De validiteit van het LIS is voldoende. SEH's registreren letsels (zoals veiligheidNL deze definieert) die binnenkomen op de SEH in het LIS. De behandelde letsels die ontbreken in het LIS hangen veelal samen met de soms acute en kritieke situatie op de SEH.

- Naar de inschatting van TNS NIPO laat VeiligheidNL voldoende inspanningen zien om de risico's rondom betrouwbaarheid en validiteit te minimaliseren. Meer acties zullen niet ten goede komen aan het draagvlak voor het LIS bij de deelnemende SEH's.

Resumerend kan gesteld worden dat, waar het gaat om de wetenschappelijke waarde van het LIS, het beeld ten aanzien van de betrouwbaarheid en validiteit overwegend positief is. Over de representativiteit van het LIS kunnen op basis van dit onderzoek geen harde conclusies worden getrokken.

Draagvlak voor het LIS onder SEH hoofden

Het draagvlak onder SEH hoofden voor deelname aan het LIS is beperkt. SEH hoofden erkennen weliswaar de maatschappelijke relevantie van het LIS, maar ervaren of verwachten geen directe meerwaarde van de LIS-registratie voor het ziekenhuis. SEH hoofden van ziekenhuizen die deelnemen aan het LIS overwegen niet om te stoppen met de registratie door hun sterke band met VeiligheidNL die vaak ver terug gaat. SEH hoofden van ziekenhuizen die geen registraties doen voor het LIS benadrukken dat de registratie geen extra tijd mag kosten.

- Om het draagvlak onder SEH's te vergroten is het belangrijk om te benadrukken dat de registraties hen weinig extra tijd kosten. De weg die VeiligheidNL hierbij is ingeslagen (door middel van een autotextanalyse vanuit de eigen registratie) sluit hierbij goed aan. Hierdoor

hoeven de SEH's geen extra registraties uit te voeren en wordt de registratielast dus verminderd. TNS NIPO heeft met dit onderzoek niet precies kunnen achterhalen hoeveel SEH's zich in de toekomst zouden willen aansluiten bij het LIS. Om representatieve uitspraken te doen over het draagvlak voor het LIS onder niet deelnemende ziekenhuizen, zal een representatieve groep SEH's ondervraagd moeten worden.

- Een andere manier om het draagvlak onder SEH's te vergroten is door de samenwerking op te zoeken met andere registraties (zoals het LTR –Landelijke Trauma Registratie - dat door gesprekspartners als best practice wordt aangehaald). SEH's ervaren veel registratieverzoeken en het maakt het voor hen aantrekkelijker en makkelijker als ze door middel van informatie uit één registratiesysteem meerdere partijen kunnen bedienen. Ook hier is VeiligheidNL al mee aan de slag.

Toekomstbestendigheid

Veranderingen in de zorg zetten de kwaliteit van de registratie en de toekomstbestendigheid van het LIS onder druk en het vergroten van de steekproef is essentieel voor een toekomstbestendig LIS.

Vanwege de decentralisatie in de zorg kan er meer behoefte ontstaan aan regionale sturingsinformatie bij partijen zoals gemeentes, zorginstellingen en politie. Om in deze regionale informatiebehoefte te kunnen voorzien en daarmee het LIS relevant te houden voor de toekomst, is het belangrijk dat meer SEH's zich aansluiten bij het LIS.

- SEH hoofden zelf zien ook dat deze regionale informatie belangrijker wordt maar zijn toch vooral gericht op het optimaliseren van de eigen interne organisatie. Maak ziekenhuizen bewust van het belang van regionale sturingsinformatie voor het ziekenhuis. Benadruk daarnaast ook het belang van regionale informatie voor zorgpartners in de regio zoals gemeentes, politie en zorginstellingen. Laat zien welke rol het LIS speelt in het leveren van regionale sturingsinformatie voor het ziekenhuis en de zorgpartners uit de regio. Deelname aan het LIS kan het proces van samenwerking tussen regionale zorgpartners stimuleren.

De veranderingen in de zorg dragen er mogelijk ook aan bij dat het aantal lichte letselbehandelingen op de SEH terugloopt, omdat steeds meer patiënten hiervoor naar bijvoorbeeld een huisartsenpost gaan. Deze ontwikkeling kan, afhankelijk van de mate waarin deze 'afvang' door huisartsenposten plaatsvindt, invloed hebben op de volledigheid en dekking van de letselregistratie bij de SEH's.

- Wanneer patiënten met lichte letsels steeds vaker naar de huisarts of huisartsenpost gaan, mist de SEH deze letselpatiënten in hun eigen registratie. Om de kwaliteit van de registraties te kunnen waarborgen en effectief letselpreventiebeleid te (blijven) voeren, is het van belang dat ook andere zorgverleners letselpatiënten gaan registreren in het LIS. VeiligheidNL zou de steekproef om te beginnen bijvoorbeeld kunnen uitbreiden met huisartsenposten. Huisartsenposten die bij een ziekenhuis gevestigd zijn, kunnen wellicht door dezelfde registratie direct deelnemen aan het LIS.

Bijlagen

Bijlage 1 Uitnodigingsbrief telefonische enquête

Geachte heer/mevrouw,

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voert TNS NIPO een onderzoek uit naar letselgevallen in Nederland die worden behandeld bij de spoedeisende hulp (SEH). Het onderzoek richt zich primair op het aantal letselgevallen.

Door middel van deze e-mail vragen wij u om aan dit onderzoek mee te werken. Uw e-mailadres hebben wij ontvangen van VeiligheidNL en wordt alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Het doel van dit onderzoek is een kwaliteitsdoorlichting van de gegevensbasis van het Letsel Informatie Systeem (LIS). Het LIS, dat is ontwikkeld en wordt beheerd door VeiligheidNL, vormt een belangrijke gegevensbron voor VWS en andere ministeries voor het letselpreventiebeleid (bijvoorbeeld preventie van valongevallen, hersenletsels, sportblessures en fietsongevallen).

Het LIS is gebaseerd op een steekproef van SEH's. Dit betekent dat niet alle SEH's in Nederland bij dit systeem zijn aangesloten. Een van de vragen in het onderzoek is in hoeverre het LIS representatief is voor het totaal aantal ongevallen dat op de SEH's in Nederland behandeld wordt. Wij richten ons in dit onderzoek op de SEH's die niet bij het LIS zijn aangesloten.

Wat vragen wij aan u?

Binnenkort zal een onderzoeker van TNS NIPO telefonisch contact met u opnemen. Hij of zij zal u vragen naar het totaal aantal behandelingen bij de SEH van uw ziekenhuis in 2013.

Daarnaast zal de onderzoeker u vragen naar het totaal aantal behandelde letsels bij uw SEH in 2013, inclusief een uitsplitsing, voor zover mogelijk, naar het aantal behandelde letsels voortkomend uit:

- een verkeersongeval;
- een bedrijfsongeval;
- een sportblessure;
- een geweldsdelict;
- zelfmutilatie;
- een privé-ongeval;
- een ongeval met onbekende oorzaak.

Mogelijk gebruikt uw SEH een andere indeling voor de registratie van letsels. Dat nemen we vanzelfsprekend ook mee in ons onderzoek.

Letsels ontstaan als gevolg van een ongeval of doordat mensen elkaar of zichzelf verwonden en hebben per definitie een externe oorzaak (de behandeling van een hartaanval is bijvoorbeeld geen letselbehandeling). In dit onderzoek gaat het om ALLE letselbehandelingen, of ze nu wel of niet hebben geleid tot een ziekenhuisopname. De definitie van 'letsel' is dus ruimer dan de definitie van 'trauma'. Een traumabehandeling leidt per definitie tot een ziekenhuisopname, terwijl dit bij een letselbehandeling niet het geval hoeft te zijn. Een trauma is altijd een letsel, terwijl een letsel niet altijd een trauma is.

Wij hopen dat u wilt deelnemen aan dit onderzoek en dat u de gevraagde gegevens kunt verzamelen voordat wij contact met u opnemen. Eventueel kunt u een afspraak maken voor een nieuwe datum, mocht het niet gelukt zijn de gegevens vooraf verzameld te hebben.

Het telefoongesprek met onze onderzoeker duurt niet langer dan 5 minuten. De gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt en voor geen enkel ander doel. In de rapportage worden alleen geaggregeerde gegevens gebruikt die niet herleidbaar zijn naar individuele SEH's.

Heeft u vragen?

Als u vragen over dit onderzoek heeft, dan kunt u die stellen aan onze projectleider Robbert Zandvliet:
Robbert.Zandvliet@tns-nipo.com

Wij danken u alvast hartelijk voor uw deelname aan dit onderzoek.


Met vriendelijke groet,
TNS NIPO

Robbert Zandvliet
Expert Consultant

Bijlage 2 Telefonische vragenlijst

B1 : Introductie**Begin block****Q24 :****Single coded**

Goedemorgen, u spreekt met van onderzoeksbureau TNS NIPO.
Kan ik spreken met?

- 1 Ja, persoon aan de telefoon
 - 2 Ja, wordt doorverbonden
 - 3 Afspraak maken
 - 4 Nee, wil niet meewerken
-  **SCREEN OUT**

antwoord 3: naar CATI afsprakenscher
antwoord 4: Screen out

T1 : Introductie & screening**Text**

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderzoeken wij de representativiteit van het Letsel Informatie Systeem (LIS). Daarvoor inventariseren we hoeveel letselgevallen op de spoedeisende hulp worden behandeld bij SEH's die niet bij het LIS zijn aangesloten. Wij hebben u hier recentelijk een e-mail over gestuurd.

Q1 :**Single coded**

Heeft u deze e-mail ontvangen?

- 1 Ja
- 2 Nee

ASK ONLY IF Q1=2

Q2 :

Multi coded

Voor dit onderzoek is het belangrijk dat u de informatie in de e-mail heeft gelezen. In de e-mail vragen wij u om een aantal gegevens op te zoeken over de letselgevallen die in 2013 op de spoedeisende hulp zijn behandeld.

Kunt u mij vertellen of de volgende contactgegevens kloppen, zodat wij u de e-mail nogmaals kunnen toesturen?

ENQ: Pas zo nodig de contactgegevens aan en vertel ze dat je na enkele dagen weer contact met hem/haar opneemt om het interview af te nemen. Vertel de respondent ook zijn/haar spam mail in de gaten te houden.

Gegevens die wij van u hebben:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|-------|
| 6 | <input type="checkbox"/> | Naam contactpersoon | |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Naam ziekenhuis: | *Open |
| | | ↩ GO TO END QUESTIONNAIRE | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Plaats: | *Open |
| | | ↩ GO TO END QUESTIONNAIRE | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Naam SEH hoofd: | *Open |
| | | ↩ GO TO END QUESTIONNAIRE | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | E-mailadres: | *Open |
| | | ↩ GO TO END QUESTIONNAIRE | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Telefoonnummer: | |

ASK ONLY IF Q1=1

Q3 :

Single coded

Heeft u de informatie in de e-mail gelezen en was deze informatie duidelijk voor u?

- 1 Ja, gelezen en duidelijk
- 2 Ja, gelezen maar niet duidelijk
- 3 Nee, niet gelezen

ASK ONLY IF Q3=2

Q4 :

Open

Kunt u aangeven welke informatie niet duidelijk was voor u en wat er niet duidelijk aan was?

ENQ: Gebruik Q&A om vragen te beantwoorden en onduidelijkheid weg te nemen.

ASK ONLY IF Q3=2

Q23 :

Single coded

Enquêteur: Heeft de respondent de e-mail voldoende begrepen om door te gaan met het onderzoek?

- 1 ja
- GO TO Q6**
- 2 nee
- 99 weet niet

**Position fixed*

Indien 2 of 99 naar het afsprakenscherm in CATI met de volgende tekst:
Het is voor het onderzoek belangrijk dat u zich goed voorbereid. Graag maak ik een nieuwe telefonische afspraak met u, zodat u de brief nogmaals kan lezen en u goed op het interview kan voorbereiden.
Daarna onderzoek beëindigen.

ASK ONLY IF Q3=3 or Q23=2,99

Q22 :

Single coded

Het is voor het onderzoek belangrijk dat u zich goed voorbereid. Graag maak ik een nieuwe telefonische afspraak met u, zodat u de e-mail (nogmaals) kan lezen en goed op het interview kan voorbereiden.

ENQ: Maak een nieuwe afspraak

- 1 Afspraak maken
- 2 Weigering
- SCREEN OUT**

Scripter notes: na antwoord 1 naar CATI afsprakenscherm

Q6 :

Single coded

In de e-mail vragen wij u om het aantal behandelingen en behandelde letselgevallen op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis in 2013 in kaart te brengen. Tevens vragen wij u om de behandelde letselgevallen uit te splitsen naar de oorzaken van de letsels. Is het u gelukt om deze informatie te verzamelen?

Let op het verschil tussen 'letsel' en 'trauma'. Als alleen wordt gerapporteerd over traumapatiënten is dit een (te) enge definitie van letsels bij patiënten ontstaan door ongevallen. Een traumabehandeling leidt per definitie tot een ziekenhuisopname, terwijl dit bij een letselbehandeling niet het geval hoeft te zijn. Een trauma is altijd een letsel, terwijl een letsel niet altijd een trauma is.

Letsels ontstaan als gevolg van een ongeval of doordat mensen elkaar of zichzelf verwonden en hebben per definitie een externe oorzaak (de behandeling van een hartaanval is bijvoorbeeld geen letselbehandeling). In dit onderzoek gaat het om ALLE letselbehandelingen, of ze nu wel of niet hebben geleid tot een ziekenhuisopname.

- 1 Ja, ik heb alle gevraagde informatie verzameld
- 2 Ja, ik heb de gevraagde informatie deels verzameld (ENQ.: het kan bijvoorbeeld zijn dat het niet voor alle uitsplitsingen naar oorzaken is gelukt)
- 3 Ja, maar met een andere uitsplitsing dan in de e-mail werd gevraagd (ENQ.: bijv. naar andere oorzaken, naar herkomst, naar (door)verwijzing of naar mate van urgentie)
- 4 Nee, dat is nog niet gelukt (ENQ.: bijv. door drukte)
- 5 Nee, dat is niet gelukt want de informatie is niet beschikbaar / niet toegankelijk

ASK ONLY IF Q6=4

Q8 :

Open

Waarom is het u niet gelukt om deze informatie te verzamelen? Wilt u zo specifiek mogelijk in uw antwoord zijn.

ASK ONLY IF Q6=4

Q25 :

Single coded

Ik zou graag een afspraak met u willen maken wanneer u het aantal behandelingen en behandelde letselgevallen op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis in 2013 in kaart heeft gebracht, uitgesplitst op oorzaak van de letsels.

Enq. licht evt toe: Let op het verschil tussen 'letsel' en 'trauma'. Als alleen wordt gerapporteerd over traumapatiënten is dit een (te) enge definitie van letsels bij patiënten ontstaan door ongevallen. Een traumabehandeling leidt per definitie tot een ziekenhuisopname, terwijl dit bij een letselbehandeling niet het geval hoeft te zijn. Een trauma is altijd een letsel, terwijl een letsel niet altijd een trauma is.

Letsels ontstaan als gevolg van een ongeval of doordat mensen elkaar of zichzelf verwonden en hebben per definitie een externe oorzaak (de behandeling van een hartaanval is bijvoorbeeld geen letselbehandeling). In dit onderzoek gaat het om ALLE letselbehandelingen, of ze nu wel of niet hebben geleid tot een ziekenhuisopname.

- 1 afspraak maken
 - 2 weigering deelname
- ↩ **GO TO Q28**

Scripter notes: antwoord 1: naar CATI afsprakenschermb
antwoord 2: screen out

B1 : Introductie

End block

B2 : Start onderzoek

Begin block

ASK ONLY IF Q6=1,2,3

Q7 :

Open

Welke bronnen of registraties heeft u gebruikt om deze informatie te verzamelen?

Q10 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel behandelingen hebben er in het jaar 2013 op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis plaatsgevonden?

(ENQ.: het gaat hier om alle behandelingen op de SEH in 2013, dus niet alleen om de behandelde letselgevallen)

Antwoordoptie weet niet toevoegen

Q11 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel letselgevallen zijn er in het jaar 2013 op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis behandeld?

(ENQ.: hier gaat het dus wél alleen om de letselgevallen)

Let op het verschil tussen 'letsel' en 'trauma'. Als alleen wordt gerapporteerd over traumapatiënten is dit een (te) enge definitie van letsels bij patiënten ontstaan door ongevallen. Een traumabehandeling leidt per definitie tot een ziekenhuisopname, terwijl dit bij een letselbehandeling niet het geval hoeft te zijn. Een trauma is altijd een letsel, terwijl een letsel niet altijd een trauma is.

Letsels ontstaan als gevolg van een ongeval of doordat mensen elkaar of zichzelf verwonden en hebben per definitie een externe oorzaak (de behandeling van een hartaanval is bijvoorbeeld geen letselbehandeling). In dit onderzoek gaat het om ALLE letselbehandelingen, of ze nu wel of niet hebben geleid tot een ziekenhuisopname.

Antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord vraag 11 niet groter dan vraag 10

ASK ONLY IF Q11>99998

Q27 :

Single coded

Kunt u dan misschien inschatten hoeveel letselgevallen er in het jaar 2013 op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis zijn behandeld?

Enq.: lees antwoorden op indien nodig.

- 1 0 - 1.000
- 2 1.001 - 2.000
- 3 2.001 - 3.000
- 4 3.001 - 4.000
- 5 4.001 - 5.000
- 6 5.001 - 6.000
- 7 6.001 - 7.000
- 8 7.001 - 8.000
- 9 8.001 - 9.000
- 10 9.001 - 10.000
- 11 Meer dan 10.000
- 99 weet niet

*Position fixed

ASK ONLY IF Q6=1,2

Q12 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen betroffen een verkeersongeval?

Scripter notes: antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord niet groter dan vraag 11

ASK ONLY IF Q6=1,2

Q13 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen betroffen een bedrijfsongeval?

(ENQ let op: een letselgeval kan tot meerdere 'oorzaakgroepen' behoren. Denk aan een bedrijfsongeval in het verkeer.)

Antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord niet groter dan vraag 11

ASK ONLY IF Q6=1,2

Q14 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen betroffen een sportongeval?

Antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord niet groter dan vraag 11

ASK ONLY IF Q6=1,2

Q15 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen betroffen een geweldsdelict?

Antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord niet groter dan vraag 11

ASK ONLY IF Q6=1,2

Q16 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen betroffen zelfmutilatie?

Antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord niet groter dan vraag 11

ASK ONLY IF Q6=1,2

Q17 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen betroffen een privé-ongeval?

Antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord niet groter dan vraag 11

ASK ONLY IF Q6=1,2

Q18 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen betroffen ongevallen met een onbekende oorzaak?

Antwoordoptie 'weet niet' toevoegen
Antwoord niet groter dan vraag 11

ASK ONLY IF Q6=3

Q26 :

Multi coded

Hoe kunt u het aantal letselgevallen dat in 2013 op de spoedeisende hulp van uw ziekenhuis is behandeld uitsplitsen?

- 1 Naar andere oorzaken dan in de e-mail genoemd
- 2 Naar herkomst of (door)verwijzing (bijv. huisarts, eigen initiatief of ambulance)
- 3 Naar mate van urgentie
- 4 Anders, namelijk

**Open*

ASK ONLY IF Q6=3

Q19 :

Multi coded

Naar welke aspecten van de letsels kunt u een uitsplitsing maken voor het aantal behandelde letselgevallen op de spoedeisende hulp? Noemt u de verschillende aspecten alstublieft één voor één.

(ENQ.: doorgaan totdat respondent geen oorzaak meer noemt)

Enq.: als er bijvoorbeeld wordt uitgesplitst naar herkomst, dan is het 1e aspect bijvoorbeeld huisarts, het 2e aspect eigen initiatief, het 3e aspect ambulance, etc.

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1e aspect | *Open |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2e aspect | *Open |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3e aspect | *Open |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 4e aspect | *Open |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 5e aspect | *Open |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 6e aspect | *Open |
| 7 | <input type="checkbox"/> | 7e aspect | *Open |
| 8 | <input type="checkbox"/> | 8e aspect | *Open |
| 9 | <input type="checkbox"/> | 9e aspect | *Open |

Maak een open vraag van alle antwoorden na: 'oorzaak'

B4 : uitsplitsing letsel

Begin repeater block

- | | |
|---|-----------|
| 1 | 1e aspect |
| 2 | 2e aspect |
| 3 | 3e aspect |
| 4 | 4e aspect |
| 5 | 5e aspect |
| 6 | 6e aspect |
| 7 | 7e aspect |
| 8 | 8e aspect |
| 9 | 9e aspect |

ASK ONLY IF Q6=3

Q20 :

Numeric

Max 99998

Hoeveel in 2013 behandelde letselgevallen zijn geregistreerd onder [lees antwoord 19 in]?

Lees om de beurt de antwoorden in van vraag 19
vraag herhalen totdat alle bij Q19 genoemde aspecten zijn afgehandeld
Antwoord niet groter dan vraag 11

B4 : uitsplitsing letsel

End repeater block

B2 : Start onderzoek

End block

B3 : Afsluiting

Begin block

Q21 :

Single coded

Dan zijn we nu aangekomen bij mijn laatste vraag aan u.
Zou u meer informatie over het LIS willen ontvangen?

- 1 ja
- 2 nee

Q28 :

Single coded

TNS NIPO verzamelt op dit moment niet alleen gegevens over de registratie van letsels bij alle SEH's. Wij voeren tevens verdiepende interviews uit naar het werken met registratiesystemen en het draagvlak hiervoor op de spoed eisende hulp.

Als u deelneemt aan dit verdiepende onderzoek wordt u telefonisch geïnterviewd door een onderzoeker van TNS NIPO. Het interview zal ongeveer 45 minuten duren en u ontvangt hiervoor een vergoeding van 100,00 euro.

Het onderzoek zal plaatsvinden in week 44 en 45 van dit jaar (dit is vanaf 27 oktober tot en met 5 november). Bent u geïnteresseerd in deelname aan het verdiepende telefonisch onderzoek?

- 1 ja
- 2 nee

Indien ja:

- Mag ik het telefoonnummer noteren waarop u het best te bereiken bent? (invulveld)
- Mag ik voor de zekerheid ook een e-mail adres noteren om een bevestiging toe te sturen? (invulveld)
- Heeft u nu al de voorkeur voor een bepaalde dag of dagdeel, dan noteer ik dat vast. (invulveld)

B3 : Afsluiting

End block

Bijlage 3 Uitnodigingsmail kwalitatieve gesprekken

Betreft: Onderzoek kwaliteit LIS

Geachte heer/ mevrouw,

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voert TNS NIPO een onafhankelijk onderzoek uit naar de kwaliteit van het Letsel Informatie Systeem (LIS). Het LIS, dat is ontwikkeld en wordt beheerd door VeiligheidNL, vormt een belangrijke gegevensbron voor VWS en andere ministeries voor het letselpreventiebeleid (bijvoorbeeld preventie van valongevallen, hersenletsels, sportblessures en fietsongevallen). De resultaten uit dit onderzoek gebruikt VWS mede om te bepalen of verbetering van het LIS nodig is.

De ziekenhuizen die op dit moment het LIS van invoergegevens voorzien, vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland. Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk. De wens bestaat nu om ook regionale uitspraken te doen, zodat beter wordt ingespeeld op de decentralisatie van het gezondheidsbeleid.

De SEH van uw ziekenhuis vervult op dit moment voor het LIS een belangrijke taak omdat u het systeem van belangrijke invoergegevens voorziet. Wij zouden het daarom zeer op prijs stellen als u wilt deelnemen aan dit onderzoek in de vorm van een diepte interview. NB. Uw emailadres heeft TNS NIPO ontvangen van VeiligheidNL en gebruiken wij enkel en alleen voor dit onderzoek.

In de gesprekken staan de volgende vragen centraal:

- Op welke manier heeft u de invoer van de LIS gegevens georganiseerd binnen uw ziekenhuis?
- Wat gaat goed bij de invoer? Waar loopt u tegenaan?
- In hoeverre is het gemakkelijk om alle gegevens kwijt te kunnen in het LIS?
- Wat waren voor u redenen om aan LIS deel te gaan nemen?
- Wat zijn concrete ontwikkelingen in de zorg waar het LIS op zou moeten inspelen?

Wat houdt het onderzoek concreet in?

Een ervaren kwalitatieve onderzoeker van TNS NIPO komt bij u langs om in een gesprek van circa 60 minuten met u over het LIS te spreken. Daarna zal dezelfde onderzoeker met één van uw medewerkers in gesprek gaan over het registreren van gegevens in het LIS. Het is daarbij belangrijk dat we ook een idee krijgen hoe dit in de praktijk gaat en daarvoor is het belangrijk dat deze medewerker daadwerkelijk gegevens invoert in het LIS.

Het onderzoek bestaat uit:

- Een gesprek met u van circa 60 minuten
- Een gesprek met één van uw medewerkers van circa 60 minuten

Voor deelname aan het onderzoek ontvangt uw team een gepaste vergoeding. Wij willen u vragen om deel te nemen aan het onderzoek.

Wij hopen dat u samen met een collega wilt deelnemen aan dit onderzoek. Als u wilt deelnemen, kunt u via onderstaande link uw beschikbaarheid en telefoonnummer doorgeven. U wordt dan gebeld door een medewerker van TNS NIPO die met u een afspraak maakt voor het interview.

<link>

Heeft u nog vragen?

Als u vragen over dit onderzoek heeft, dan kunt u die stellen aan Peggy Timmermans:
Peggy.Timmermans@tns-nipo.com of via 020-5225779

Wij danken u alvast hartelijk voor uw deelname aan dit onderzoek.
Met vriendelijke groet,
TNS NIPO

Peggy Timmermans

Bijlage 4 Gespreksleidraad kwalitatieve gesprekken

GESPREKSLEIDRAAD

Ziekenhuizen die deelnemen aan het LIS

Doel gesprekken

- In kaart brengen van het draagvlak voor LIS
- Meer zicht krijgen op de betrouwbaarheid en validiteit van het LIS
- Meer zicht krijgen op de toekomstbestendigheid van het LIS

Gespreksleidraad als 'check'

De gespreksleidraad wordt gebruikt als handvat om de gesprekken vorm te geven en 'check' of we alle onderwerpen hebben behandeld. De gespreksleidraad wordt flexibel gebruikt, afhankelijk van de gesprekspartner. De vragen worden niet letterlijk één voor één voorgelegd. Het streven is namelijk om de gesprekken voor de gesprekspartner aan te laten voelen als een 'gewoon' gesprek. De meeste waarde van de interviews zit in het doorvragen tijdens de gesprekken. Het doorvragen is niet altijd en overal opgenomen in de gespreksleidraad.

Introductie - 10 minuten

- Kennismaking en uitleg doel onderzoek

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voert TNS NIPO een onafhankelijk onderzoek uit naar de kwaliteit van het Letsel Informatie Systeem (LIS). Het LIS, dat is ontwikkeld en wordt beheerd door VeiligheidNL, vormt een belangrijke gegevensbron voor VWS en andere ministeries voor het letselpreventiebeleid (bijvoorbeeld preventie van valongevallen, hersenletsels, sportblessures, fietsongevallen en geweld). De resultaten uit dit onderzoek gebruikt VWS mede om te bepalen of verbetering van het LIS nodig is. De ziekenhuizen die op dit moment het LIS van invoergegevens voorzien, vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland. Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk. De wens bestaat nu om ook regionale uitspraken te doen, zodat beter wordt ingespeeld op de verdere decentralisatie van het gezondheids- en verkeersveiligheidsbeleid. In de gesprekken staan de volgende vragen centraal: Wat waren voor u redenen om aan LIS deel te gaan nemen? Wat zijn concrete ontwikkelingen in de zorg waar het LIS op zou moeten inspelen? Op welke manier heeft u de invoer van de LIS-gegevens georganiseerd binnen uw ziekenhuis? Meer voor invoerders: Wat gaat goed bij de invoer? Waar loopt u tegenaan? In hoeverre is het gemakkelijk om alle gegevens kwijt te kunnen in het LIS? Komt het voor dat gegevens niet geregistreerd worden in LIS? In hoeverre worden uw suggesties meegenomen door VeiligheidNL?

- *Voicerecorder:* Toestemming vragen voor de opname op band & uitleg waarom we opnemen
- *Anonimiteit:* De bevindingen uit alle gesprekken rapporteren we terug in één rapport, dit gebeurt niet per persoon/ziekenhuis

- Vertrouwen, vrijuit kunnen spreken, geen goede of foute antwoorden
- Afstemmen tijd van het gesprek
- Kunt u zich kort voorstellen? Kunt u aangeven op welke manier u met het LIS te maken heeft? < INT: invloedssfeer in kaart brengen >

Overwegingen LIS – 5 minuten

- Wat zijn de eerste associaties die bij u boven komen als u denkt aan het LIS?
- Kunt u vertellen op welke manier het ziekenhuis in aanraking kwam met het LIS? Wat weet u daar (nog) van? Op welke manier was u destijds betrokken?
- Weet u nog wat redenen waren om deel te nemen aan het LIS?
 - o Wat waren overwegingen?
 - o Welke kansen zag het ziekenhuis/SEH?
 - o En welke belemmeringen?
- Wat levert deelname aan het LIS op dit moment het ziekenhuis/SEH op? Welke voordelen ziet u?
- <Indien nog niet aan bod gekomen> Welke maatschappelijke rol / bijdrage heeft het LIS volgens u (ook in potentie)?
- En welke nadelen ziet u voor deelname aan het LIS?

Organisatie registratieproces – 30 minuten

<INT: Met invoerders verwachten we hier dieper op in te gaan dan met hoofden SEH's>

- Wat verstaat u eigenlijk onder een letsel?
 - o Wat is de definitie van letsel volgens u (verschil letsel / trauma)?
- Kunt u vertellen hoe de SEH binnen dit ziekenhuis de registratie van letselgevallen organiseert? En hoe past het registreren in het LIS binnen deze organisatie?
 - o Welke routine bestaat voor de invoer?
 - o Wanneer vindt de invoer plaats? (binnenkomst / einde dienst / eens per week)
 - o Welke partijen zijn erbij betrokken?
 - o Wie (welke personen) voert of voeren het in?
- Hoeveel tijd heeft het gekost om deze routine te ontwikkelen? Wat ging goed? Waar liep u tegen aan?
- Hoe vindt u dat de invoer van de gegevens in het LIS nu gaat? Wat gaat goed?
- Wat zijn zaken die u lastig vindt bij de organisatie van het registratieproces? En wanneer het gaat om het LIS?
- Wordt achteraf de kwaliteit van de invoer gecontroleerd?

<Specifiek voor invoerders>

- Kunt u me vertellen hoe de invoer precies in zijn werk gaat?
 - Wat voor informatie voert u in?
 - Hoe komt u aan deze informatie?
 - Wie verzamelt deze informatie?

 - Hoe voert u de informatie in?
 - Waar kunt u de informatie kwijt?
 - o Zijn het codes of open velden of een combinatie? Wat vindt u daarvan?
 - Hoe gebruikt u de codes / welke codes gebruikt u?

 - Hoeveel tijd heeft u voor de registratie in het LIS? Wat vindt u daarvan?
 - In hoeverre kan het LIS fouten bevatten?
 - In hoeverre bent u getraind in het werken en registreren in het LIS?

 - Hoe moeilijk/makkelijk is het om *alle* gegevens in te voeren?
 - o Welke informatie kun je niet kwijt?
 - Hoe moeilijk/makkelijk is het om de gegevens *eenduidig* in te voeren (te coderen)?
-
- Hoe zorgt u/invoerders voor een juiste invoer?
 - Waar loopt u tegenaan bij het invoeren van de gegevens? Wat is makkelijk? Wat is moeilijk?
 - In hoeverre kunt u/invoerders alle informatie / gegevens kwijt?

 - Welke situaties maken het moeilijk om het 'goed' in te voeren?
 - In hoeverre zijn er controles ingebouwd om de registraties te controleren? Hoe gaat dat?

 - In hoeverre vinden controles plaats (check: data / software controles)?
 - In hoeverre heeft u het idee dat alle personen op dezelfde wijze werken?
 - o Welke verschillen ziet u? (tijd, werkwijze)

 - Wat zou de registratie vergemakkelijken voor u?
 - Wat zou de registratie verbeteren volgens u?

Betrouwbaarheid – 5 minuten

- In hoeverre denkt u dat andere ziekenhuizen die in LIS registreren dit op dezelfde wijze doen als dat dit binnen uw SEH gebeurt?
- In hoeverre denkt u dat de ziekenhuizen die in LIS registreren dit op de 'juiste' wijze doen?
- Hoe betrouwbaar is het LIS volgens u?
- In hoeverre denkt u dat er invoer gemist wordt in uw eigen SEH?
 - o En in andere ziekenhuizen?

Management informatie uit het LIS – 5 minuten

- In hoeverre maakt u gebruik van management-informatie uit het LIS?
- Welke informatie verkrijgt u op dit moment uit het LIS?
- En op welke manier gebruikt u de informatie? Wie gebruiken het?
- Aan welke informatie heeft u behoefte?
- Waar grijpt u mis?
 - o In hoeverre bent u op de hoogte van de sturingsinformatie?
- Welke oplossingen ziet u voor zich?

Toekomst – 5 minuten

- Wat levert het LIS u op dit moment op?
- In hoeverre is dat voldoende voor deelname in de toekomst?
- Waar moet volgens u rekening mee worden gehouden bij de uitbreiding van het LIS?
- Wat zou LIS kunnen opleveren voor partijen om het lokale/regionale gezondheids- en verkeersveiligheidsbeleid te kunnen verbeteren?
- Hoe kunnen ziekenhuizen het beste aanhaken bij het LIS? Wat moet er dan (misschien) veranderen?

Afsluiting

Bedanken voor gesprek

GESPREKSLEIDRAAD

Ziekenhuizen die NIET deelnemen aan het LIS

Doel gesprekken

- In kaart brengen van het draagvlak voor LIS
- Zicht krijgen op de manier waarop ziekenhuizen nu registreren
- Meer zicht krijgen op de toekomstbestendigheid van het LIS

Gespreksleidraad als 'check'

De gespreksleidraad wordt gebruikt als handvat om de gesprekken vorm te geven en 'check' of we alle onderwerpen hebben behandeld. De gespreksleidraad wordt flexibel gebruikt, afhankelijk van de gesprekspartner. De vragen worden niet letterlijk één voor één voorgelegd. Het streven is namelijk om de gesprekken voor de gesprekspartner aan te laten voelen als een 'gewoon' gesprek. De meeste waarde van de interviews zit in het doorvragen tijdens de gesprekken. Het doorvragen is niet altijd en overal opgenomen in de gespreksleidraad.

Introductie

- Kennismaking en uitleg doel onderzoek – 10 min

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voert TNS NIPO een onafhankelijk onderzoek uit naar de kwaliteit van het Letsel Informatie Systeem (LIS). Het LIS, dat is ontwikkeld en wordt beheerd door VeiligheidNL, vormt een belangrijke gegevensbron voor VWS en andere ministeries voor het letselpreventiebeleid (bijvoorbeeld preventie van valongevallen, hersenletsels, sportblessures, fietsongevallen en geweld). Zoals u wellicht weet, worden letselgevallen in Nederland geregistreerd in het Letsel Informatie Systeem (LIS). Niet alle SEH's in Nederland zijn bij dit systeem aangesloten. De ziekenhuizen die op dit moment het LIS van invoergegevens voorzien, vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland. Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk. De wens bestaat nu om ook regionale uitspraken te doen, zodat beter wordt ingespeeld op de verdere decentralisatie van het gezondheids- en verkeersveiligheidsbeleid. Het doel van dit gesprek is om meer gevoel te krijgen bij de manier waarop u op dit moment letsels registreert en hoe u aankijkt tegen het LIS.

- *Voicerecorder:* Toestemming vragen voor de opname op band & uitleg waarom we opnemen
- *Anonimiteit:* De bevindingen uit alle gesprekken rapporteren we terug in één rapport, dit gebeurt niet per persoon/ziekenhuis
- Vertrouwen, vrijuit kunnen spreken, geen goede of foute antwoorden
- Afstemmen tijd van het gesprek (3/4 uur)
- Kunt u zich kort voorstellen? (achtergrond)

Reactie op deelname onderzoek opleveren gegevens (de SEH hoofden die we spreken hebben allen deelgenomen aan blok C – NB: eventueel aantal of schatting noteren) – 5 min

- Hoe vond u het om deze gegevens (aantallen letsels) te achterhalen?
 - o Hoe moeilijk of makkelijk vond u het? En waarom?
 - o Waar liep u tegen aan?
 - o In hoeverre kon u de gevraagde informatie uit uw eigen systemen halen?
 - o Welke gegevens (codes) heeft u hier voor gebruikt?
- Op welke manier bent u omgegaan met de definitie van het begrip *letsel*?

Organisatie registratieproces -10 min

- Kunt u vertellen hoe de SEH binnen uw ziekenhuis de registratie van letselgevallen organiseert? *<Indien SEH geen letsels registreert overgaan op wat wel wordt geregistreerd behandelingen/trauma's of opnames>*
 - o Welke begrippen gebruikt u als het gaat om letsels?
 - o Hoe definieert u het begrip letsel?
 - o In hoeverre registreert u ook de opnames?
 - o Welke routine bestaat er voor de invoer?
 - o Op welke manier gebeurt het?
 - o Wanneer vindt de invoer plaats?
 - o Welke partijen zijn erbij betrokken?
 - o Wie (welke personen) voert of voeren het in?
 - o In hoeverre maakt u gebruik van meerdere registratiesystemen
 - Wat vindt u daarvan?
- Hoe vindt u dat de invoer van de gegevens nu gaat? Wat gaat goed?
 - o Wat zijn zaken die u lastig vindt bij de organisatie van het registratieproces?
 - o Wat zou de registratie vergemakkelijken voor u?
 - o Wat zou de registratie verbeteren volgens u?

Management informatie (5 min)

- In hoeverre maakt u gebruik van management informatie uit uw registratiesystemen?
- Welke informatie verkrijgt u op dit moment?
- En op welke manier gebruikt u de informatie? Wie gebruiken het?
 - o Wat doe je met deze informatie?
- Aan welke informatie heeft u (nog meer) behoefte?
 - o Waar grijpt u mis?
 - o Wat zou u willen?

- In hoeverre heeft u nu al inzicht in:
 - o De opvang van patiënten op de eigen SEH afdeling?
 - o Aantal behandeling van patiënten op de eigen SEH afdeling?

Draagvlak LIS en de toekomst - 20 min

- Hoe kijkt u aan tegen een meer uniforme manier van registeren?
 - o Check: intern, met andere ziekenhuizen
- Hoe kijkt u aan tegen standaardisatie van de verschillende systemen?
- Wat zijn de eerste woorden/associaties/beelden die bij u boven komen als u denkt aan het LIS (Letsel Informatie Systeem)?

<INT: uitleg wat het LIS is: zie blaadje van Veiligheid NL, ik lees u eerst een algemeen stukje voor>

- Wat vindt u ervan als u dit zo hoort?
- Wat voor mogelijke voor- en nadelen ziet u?
- Hoe kijkt u aan tegen deelname? Wat zou u verwachten van deelname?
- Waar verwacht u tegenaan te lopen als u zou deelnemen?
- Op welke manier kan het LIS een meerwaarde zijn voor u, voor ziekenhuis, voor gezondheidsbeleid?
- Onder welke voorwaarden zou u deelnemen aan het LIS?

Zoals aangegeven worden er op dit moment uitspraken gedaan op nationaal niveau. De wens bestaat nu om ook regionale uitspraken te doen, zodat beter wordt ingespeeld op de verdere decentralisatie van het gezondheidsbeleid. Doel is dus om meer ziekenhuizen bij het LIS te laten aansluiten.

- Wat vindt u van de wens om meer regionale uitspraken te kunnen doen?
 - o Hoe ziet u dat in de toekomst?
 - o Hoe kan het LIS daar volgens u op inspelen?
- (In hoeverre denkt u dat het LIS nu en in de toekomst kan bijdragen aan de gezondheidszorg?)
- Hoe zou u het vinden om ook de toedracht van het ontstaan van letsel vast te leggen? Persoon en binnenkomst gegevens? De diagnose
- Waar moet volgens u rekening mee worden gehouden bij de regionalisering van het LIS?
- Hoe kunnen ziekenhuizen het beste aanhaken bij het LIS? Wat moet er dan (misschien) veranderen?

Afsluiting

Bedanken voor gesprek