



Zorginstituut Nederland

Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Landelijke afspraken over de organisatie
van en eisen aan de Spoedzorgketen

17 JANUARI 2020

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

Voorwoord

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar samenwerken om iedere patiënt met een spoedzorgvraag goede kwaliteit van zorg te bieden, 24 uur per dag en 7 dagen per week.¹ Het kwaliteitskader is een landelijk kader met ruimte voor ontwikkeling en regionale invulling. Het beschrijft de minimale vereisten voor de regionale organisatie van de spoedzorg. Het kwaliteitskader is opgesteld door alle betrokken partijen. Twee normen zijn onder 'doorzettingsmacht' opgesteld door de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut, omdat men hierover geen overeenstemming kon bereiken.

Het resultaat is er nu: het eerste landelijke kwaliteitskader voor de spoedzorgketen, waarin betrokken partijen met elkaar hebben vastgelegd hoe zij samen goede spoedzorg vormgeven. De patiënt weet nu waarop hij kan rekenen.

Doel en reikwijdte

Het kwaliteitskader vertrekt vanuit de huidige wet- en regelgeving en richt zich op de kwaliteit van de spoedzorg die zorgverleners in ketenverband leveren. Het beschrijft normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de onderlinge samenwerking. Het kwaliteitskader richt zich niet op de kwaliteit van zorg door individuele aanbieders als daarbij geen sprake is van samenwerking met andere zorgaanbieders, daarvoor zijn andere kwaliteitsstandaarden vanuit de betreffende beroepsgroepen. Het kwaliteitskader is gericht op huisartsen-spoedzorg, ambulancezorg, zorg door mobiele medische teams (MMT) en spoedeisende ziekenhuiszorg. De ambitie van partijen is om in een volgende versie van het kwaliteitskader verbinding te maken met de partijen die de andere vormen van spoedzorg leveren.

Proces

Nadat het Zorginstituut in 2014 indicatoren had vastgesteld voor zes spoedzorgindicaties, werd duidelijk dat er behoefte was aan een Kwaliteitskader over de spoedzorgketen waarin alle betrokkenen met elkaar vastleggen hoe zij samen goede spoedzorg vormgeven. Begin 2015 zijn de relevante partijen in de spoedzorg, gefaciliteerd door Zorginstituut Nederland, gestart met het in kaart brengen van de kwaliteit van de spoedzorgketen. Een belangrijk onderdeel hiervan vormde het onderzoek naar het pad van de patiënt door de spoedzorgketen voor verschillende ingangsklachten (patient journeys). Dit onderzoek werd verricht in de Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio's. De bevindingen uit dit onderzoek (beschreven in de bijlage 6) en de resultaten van het bureauonderzoek van SiRM naar de beschikbare normen en richtlijnen voor de spoedzorgketen vormden de basis voor het kwaliteitskader.

Begin 2018 is de eerste versie van het Kwaliteitskader aangeboden aan het Zorginstituut, met een aantal voorbehouden van sommige partijen op zowel inhoud als op financiële impact. Het Zorginstituut heeft vervolgens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gevraagd om de handhaafbaarheid van het kwaliteitskader te toetsen. De IGJ achtte deze eerste versie van het kader niet volledig handhaafbaar, waarna de veldpartijen het kwaliteitskader op onderdelen hebben geconcretiseerd. Het Zorginstituut heeft daarnaast de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een QuickScan uit te voeren naar de mogelijke financiële gevolgen van het kwaliteitskader. De NZa zag in de QuickScan van februari 2018 alleen een risico op meerkosten voor drie nieuwe normen die betrekking hebben op de personele inzet op de SEH. Op verzoek van het Zorginstituut is vervolgens door de NZa een Budget Impact Analyse (BIA) uitgevoerd, die in januari 2019 is gepubliceerd.

Op basis van de informatie uit de BIA, hebben partijen de norm over de eisen aan de arts op de SEH aangepast door het nader omschrijven van de competenties en het terugbrengen van de ervaringseis van twee naar één jaar. Daarnaast zijn op voorstel van partijen nog enige andere verbeteringen doorgevoerd. Ondanks dat partijen erg ver waren gekomen, lukte het uiteindelijk niet om overeenstemming te bereiken over twee normen: de norm over het vaststellen van de bekwaamheden van de arts op de SEH en de norm over geriatrische expertise op de SEH. Daarop besloot het Zorginstituut zijn doorzettingsmacht in te zetten en de Kwaliteitsraad te vragen om het definitieve kwaliteitskader op te stellen, inclusief de twee normen.

¹ Het woord 'patiënt' staat afhankelijk van de context voor: patiënt, zorgvrager, cliënt, burger of consument. Daar waar 'hij' (m) staat, bedoelen we ook 'zij' (v).

² Zoals de acute psychiatrie en acute verloskunde.

De tekst van het oorspronkelijke kader is daarbij grotendeels letterlijk overgenomen. Daar waar zinvol of nodig, zijn formuleringen en opbouw van het document aangepast om de leesbaarheid te vergroten. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is vervolgens vastgesteld door het Zorginstituut en werd daarmee als kwaliteitsstandaard opgenomen in het openbare Register van het Zorginstituut. Dit Register maakt zichtbaar wat cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars tripartiet hebben afgesproken over wat goede zorg is en vormt de basis voor toezicht en verantwoording.

Uitgangspunten

De Kwaliteitsraad onderschrijft de gezamenlijke ambitie en uitgangspunten van de partijen uit hoofdstuk 2. Bij het opstellen van kwaliteitskaders neemt de Kwaliteitsraad het perspectief van de burger en de daarmee samenhangende publieke waarden als vertrekpunt. Aansluitend daarop heeft de Kwaliteitsraad ook rekening gehouden voor doelmatigheid en haalbaarheid van normen en aanbevelingen. Tot slot hanteert de Kwaliteitsraad zijn recent gepubliceerde visie op kwaliteit als leidraad.³ In deze visie staat 'samen leren en verbeteren' centraal. Dat betekent dat er naast het vaststellen van normen er ook voldoende ruimte moet zijn voor (regionale) context, toekomstige ontwikkelingen en het samen leren en innoveren.

Oproep

Het valt de Kwaliteitsraad op dat het huidige Kwaliteitskader vooral de nadruk legt op het vastleggen van normen voor de onderlinge samenwerking. Dat was nodig. Maar spoedzorg is volop in beweging en kwaliteit gaat niet alleen over borgen van goede zorg van nu, maar vooral ook over het samen ontwikkelen van de zorg van de toekomst.⁴ Kwaliteit is niet alleen de foto van vandaag, maar ook de film van morgen.

De Kwaliteitsraad roept partijen dan ook op om op basis van het goede werk dat er nu ligt, de volgende stap naar een lerende sector te maken, en met elkaar af te spreken hoe zij het proces van 'samen leren en verbeteren' gaan vormgeven. De groep die zich bezig heeft gehouden met het huidige Kwaliteitskader moet zich dan samen met mogelijke andere relevante partijen ontwikkelen tot een Landelijke Spoedzorgtafel, die zich niet alleen bezighoudt met de implementatie en doorontwikkeling van dit Kwaliteitskader, maar ook de regie neemt over de volgende stappen in het samen vormgeven van spoedzorg van goede kwaliteit voor iedere burger. De in dit Kwaliteitskader geformuleerde opdrachten in hoofdstuk 11 passen bij deze dynamische invulling van samen werken aan nieuwe kwaliteit.

³ Visie van de Kwaliteitsraad op Kwaliteit van Zorg: Samen Leren en Verbeteren. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/10/01/visie-van-de-kwaliteitsraad-op-kwaliteit-van-zorg>

⁴ Samen betekent hierbij overigens 'samen' in de volle breedte van het woord, dus niet alleen zorgaanbieders en professionals, maar juist ook patiënten, burgers, verzekeraars en beleidsmakers.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	4
Betrokken organisaties	6
Managementsamenvatting	7
1 Inleiding	12
1.1 Doel van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen	12
1.2 Reikwijdte	13
1.3 Implementatieplan	13
1.4 Onderhoud en doorontwikkeling	13
1.5 Leeswijzer	13
2 De spoedzorg in Nederland, ambities en uitgangspunten	15
2.1 Huidige organisatie van spoedzorg in Nederland	15
2.2 Gebruik van spoedzorg in Nederland	16
2.3 Gezamenlijke ambitie en uitgangspunten	18
3 Melding	20
3.1 Ondersteuning voor patiënt bij inschatten urgentie zorgvraag	20
3.2 Spoedzorgverleners 24/7 bereikbaar en beschikbaar*	21
3.3 Intensieve samenwerking tussen HAP en SEH in elke regio	23
4 Triage	24
4.1 24/7 gebruik van geprotocolleerde triagesystematiek	25
4.2 Zorgverleners bevoegd en bekwaam om de triage uit te voeren*	26
5 Zorgcoördinatie	27
5.1 Mogelijkheid tot consulteren van een medische achterwacht	28
5.2 Duidelijkheid over meest geschikte locatie en zorgverlener	28
6 Diagnostiek en behandeling	32
6.1 Aanbieder spoedzorg beschikt over juiste en tijdige bemensing	32
6.2 Aanbieder spoedzorg beschikt over juiste faciliteiten	36
6.3 Geprotocolleerde diagnostiek en behandeling	37
7 Coördinatie uitstroom	38
7.1 Goede opvang en vervolgzorg thuis na uitstroom 24/7 mogelijk	39
7.2 Goede vervolgzorg in een (tijdelijk) verblijf na uitstroom is 24/7 mogelijk	40
8 Keteninformatie	41
8.1 Beschikbaarheid actuele patiëntgegevens	41
8.2 Wensen van de patiënt zijn beschikbaar	43
8.3 Informatie voor patiënten en naasten	44
8.4 Zorgvuldige overdracht van patiënt	45
9 Ketenevaluatie	47
9.1 Structurele bespreking casuïstiek	48
9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen o.b.v. proces- en uitkomstindicatoren	49
9.3 Uitvoering spoedzorg bijsturen	50

* Inclusief weggevallen normen

10 Conclusies	51
11 Implementatie, aanbevelingen en opdrachten	53
11.1 Landelijke Spoedzorgtafel	53
11.2 Implementatie	53
11.3 Aanbevelingen voor doorontwikkeling door wetenschappelijke verenigingen	53
11.4 Aandacht voor onderzoek naar evaluatie Spoedzorgketen	54
11.5 Up-to-date houden van het Kwaliteitskader	54
11.6 Opdracht van de Kwaliteitsraad aan de sector	55
Bijlagen	
Bijlage 1. Definities en afkortingen	56
Bijlage 2. Betrokken organisaties	59
Bijlage 3. Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld	61
Bijlage 4. Onderhoudsplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen	64
Bijlage 5. Verdeling ingangsklachten over regio's	65
Bijlage 6. Aangedragen thema's in 'patient journeys' en verwerking	66
Bijlage 7. Literatuurverwijzing	70

Betrokken organisaties



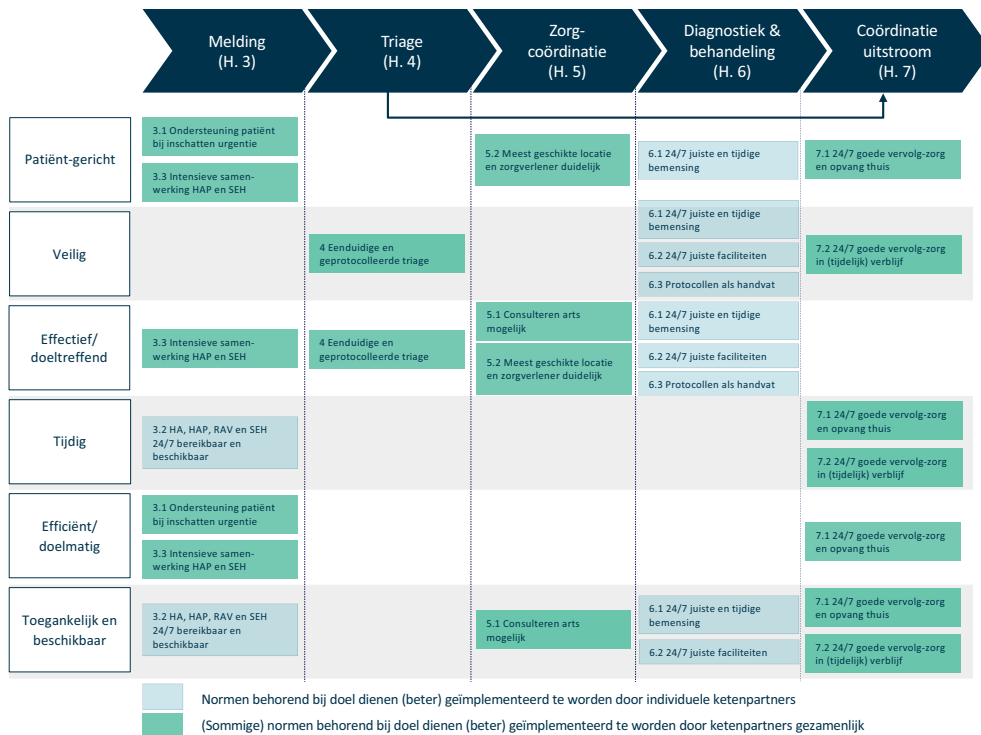
Managementsamenvatting

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is opgesteld door partijen in de spoedzorg en beschrijft de normen, richtlijnen en aanbevelingen die de kwaliteit van de spoedzorgketen bevorderen. Dit kwaliteitskader is gericht op de gewenste minimale kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams (MMT) en de spoedeisende ziekenhuiszorg. Het is de ambitie van partijen om in een volgende versie van het kwaliteitskader verbinding te maken met de partijen die de andere vormen van spoedzorg zoals de acute psychiatrie en acute verloskunde.


In het belang van de patiënt zijn zorgverleners erop gericht om een acute zorgvraag zoveel mogelijk te voorkomen. Indien een patiënt toch een spoedzorgvraag heeft, is de overkoepelende ambitie van het kwaliteitskader dat de patiënt 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit ontvangt. Dit betekent dat de zorg *patiëntgericht, veilig, effectief/doeltreffend, tijdig, efficiënt/doelmatig, en toegankelijk* en *beschikbaar* is. De doelen opgenomen in dit kwaliteitskader dragen bij aan deze ambitie.

Voor iedere stap van de spoedzorgketen hebben partijen doelen gesteld. De normen, richtlijnen en aanbevelingen in dit kwaliteitskader dragen bij aan het behalen van deze doelen. In onderstaande twee figuren zijn deze doelen opgenomen. Per stap in de keten is weergegeven welke doelen daarvoor geformuleerd zijn: het nummer voor het doel betreft het paragraafnummer. Ook is aangegeven aan welke ambities de doelen vooral invulling geven.

De ‘groene’ doelen vragen om een *ketenbrede inspanning*: (een deel van) de normen, richtlijnen en aanbevelingen bij deze doelen dienen in ketenverband (beter) geïmplementeerd te worden. De ‘lichtblauwe’ doelen dienen (beter) geïmplementeerd te worden door individuele ketenpartners. In dit kwaliteitskader zijn per doel normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de ketenpartijen opgenomen die bijdragen aan het behalen van het doel.



	Keteninformatie (H. 8)	Ketenevaluatie (H. 9)
Patiënt-gericht	8.1 Actuele patiëntgegevens beschikbaar 8.2 Wensen van patiënt beschikbaar 8.3 Informatie verstrekken aan patiënt en naasten	9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen
Veilig	8.1 Actuele patiëntgegevens beschikbaar 8.4 Zorgvuldige overdracht patiënt	9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen 9.3 Uitvoering acute zorg bijsturen
Effectief/ doeltreffend	8.2 Wensen van patiënt beschikbaar 8.4 Zorgvuldige overdracht patiënt	9.1 Structureel bespreken casuïstiek 9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen 9.3 Uitvoering acute zorg bijsturen
Tijdig	8.1 Actuele patiëntgegevens beschikbaar	9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen
Efficiënt/ doelmatig	8.1 Actuele patiëntgegevens beschikbaar	9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen 9.3 Uitvoering acute zorg bijsturen
Toegankelijk en beschikbaar	8.3 Informatie verstrekken aan patiënt en naasten	9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen

 (Sommige) normen behorend bij doel dienen (beter) geïmplementeerd te worden door ketenpartners gezamenlijk

De rest van deze managementsamenvatting beschrijft per stap van de keten de normen, richtlijnen en aanbevelingen uit het kwaliteitskader die de meeste impact hebben op het behalen van de doelen. Daarbij is de nadruk gelegd op de ketenbrede doelen.

Melding

Ten behoeve van patiëntgerichte en doelmatige spoedzorg hebben patiënten met een (spoed) zorgvraag en hun naaste(n) 24/7 de mogelijkheid om (online) ondersteuning te ontvangen bij het inschatten van de urgentie van de zorgvraag. Zo kunnen zij bepalen of zij gebruik moeten maken van (spoed)zorg of dat hun zorgvraag kan wachten tot de volgende dag. De huisarts of huisartsenpost (HAP), Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en spoedeisende hulp (SEH⁵) zijn 24/7 bereikbaar en beschikbaar voor patiënten met een (spoed) zorgvraag.

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

⁵ De in dit kwaliteitskader opgenomen normen voor de SEH zijn ook van toepassing voor die locaties/afdelingen in het ziekenhuis die zijn gericht op de opvang, triage en behandeling van (niet verwezen) patiënten, die normaliter op een SEH opgevangen zouden worden, en acute zorg nodig hebben en zichzelf geen SEH noemen, maar wel zo functioneren.

Triage

Veilige en doelmatige spoedzorg vraagt om het toepassen van systematische triage wanneer een patiënt zich meldt met een spoedzorgvraag om zo goed mogelijk inzicht te krijgen in de aard en urgentie van de zorgvraag van de patiënt. Ketenpartners stemmen hierbij hun triagesystemen zoveel mogelijk op elkaar af: Indien ketenpartners verschillende triagesystemen gebruiken, zorgen ze ervoor dat ze de benadering en taal (met name ten aanzien van de ingangsklachten) van het andere triagesysteem begrijpen.

Zorgcoördinatie

Patiëntgerichte, effectieve en doeltreffende spoedzorg vraagt om het gezamenlijk organiseren van de acute zorg en de inzet van de juiste zorgverlener op het juiste moment, ofwel goede zorgcoördinatie.

Partijen stellen als nieuwe norm dat ambulancezorgprofessionals en de huisarts/HAP elkaar 24/7 kunnen consulteren en dat ambulancezorgprofessionals en huisartsen 24/7 een SEH-arts KNMG, medisch specialist en MMT-arts in de regio kunnen consulteren om informatie en advies te vragen over de patiënt met een spoedvraag die zij aantreffen. Daarbij maken ketenpartijen in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) afspraken over het ondersteunen van de consultatie van de SEH-arts KNMG of medisch specialist door het delen van digitale informatie/beelden ten behoeve van de prehospital triage vanuit de ambulance.⁶

Naast het consulteren van een arts is het voor effectieve zorgverlening van groot belang dat het voor degene die de zorg coördineert duidelijk is wat de meest geschikte locatie en zorgverlener is voor de patiënt.

Partijen hebben hierover het volgende met elkaar afgesproken:

- Ziekenhuizen maken in ROAZ-regio's inzichtelijk welke ziekenhuizen in de regio specifieke competenties en/of faciliteiten voor bepaalde toestandsbeelden bieden. Zij spreken af of de ambulance patiënten eerst naar de dichtstbijzijnde SEH of rechtstreeks naar de SEH van het ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten vervoert. Ze baseren zich daarbij op de afspraken die wetenschappelijke verenigingen hierover gemaakt hebben en die overgenomen zijn in dit kwaliteitskader en het Landelijk Protocol Ambulancezorg. Het belang van de patiënt staat hierbij voorop. Bij potentieel levensbedreigende situaties waarvoor specifieke competenties/faciliteiten nodig zijn, vervoert de ambulance de patiënt altijd naar het ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten, tenzij er voor het toestandsbeeld op landelijk niveau andere afspraken gemaakt zijn.
- Bij de HAP, RAV en SEH is bekend voor welke toestandsbeelden verwijzing naar een SEH/Ziekenhuis met specifieke competenties en/of faciliteiten nodig is en welke ziekenhuizen in de regio deze benodigde specifieke competenties en/of faciliteiten bieden. De RAV en SEH beschikken daarnaast over en maken gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit).⁷

Diagnostiek en behandeling

Om veilige, effectieve en toegankelijke spoedzorg te bieden, beschikken aanbieders van spoedzorg (huisarts, HAP, ambulancezorg en SEH/Ziekenhuis) zowel overdag als tijdens ANW-uren tijdig over personeel met de juiste kennis en vaardigheden en over de benodigde faciliteiten voor het goed diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag. De aanbeveling is dat op elke SEH gedurende openingstijden een SEH-arts KNMG of een medisch specialist die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft, aanwezig is.

Indien hier niet aan kan worden voldaan geldt dat op elke SEH gedurende openingstijden tenminste een arts⁸ aanwezig moet zijn met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of anesthesiologie of intensive care.

Verder zijn voor diverse specialismen afspraken gemaakt over binnen welke tijd na oproep een specialist aanwezig dient te zijn op de geopende SEH.

⁶ Deze afspraken zijn in aanvulling op bestaande afspraken in de regio over de inzet van aanvullende, specialistische hulpverleners ter plaatse, waaronder first responders en specialistisch IC-vervoer.

⁷ Bijvoorbeeld via het Acuut Zorgportaal.

⁸ Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige.

Coördinatie uitstroom

Voor het realiseren van patiëntgerichte, doelmatige spoedzorg die toegankelijk en beschikbaar is, is een soepele uitstroom uit de spoedzorgketen essentieel. Partijen (huisarts, HAP, RAV, SEH, ziekenhuis en zorgverzekeraars) hebben hierover met elkaar afgesproken om zich in te spannen om uitstroom uit de spoedzorgketen zowel overdag als 's avonds en in de weekenden mogelijk te maken door⁹:

- Mogelijkheid tot goede opvang en nazorg thuis, waaronder snelle beschikbaarheid van verpleging en verzorging aan huis.
- Een door een apotheek beheerde medicatie uitgiftepunt in de directe nabijheid van elke HAP en SEH, van waaruit de patiënt 24/7 medicatie tot in ieder geval de eerstvolgende werkdag mee kan krijgen.
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van tijdelijk verblijf met generalistische geneeskundige zorg, zoals spoedopname in een eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ). In iedere ROAZ-regio is spoedopname in een eerstelijnsverblijf 24/7 mogelijk door de beschikbaarheid van voldoende capaciteit en coördinatie rondom de opnameprocedure. Alle zorgaanbieders in een ROAZ-regio hebben 24/7 inzicht in de beschikbaarheid en de capaciteit van de vervolgzorg vanuit de huisartsenzorg/HAP, de SEH of het ziekenhuis.
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van verblijf met medisch specialistische zorg door de beschikbaarheid van opnamecapaciteit in het ziekenhuis waar de spoedzorg plaatsgevonden heeft of in een ander ziekenhuis (evt. met specifieke bemensing en faciliteiten) of een tweedelijns revalidatiekliniek. Partijen zorgen dat er (lokale/(sub)regionale) afspraken in de ROAZ-regio zijn over overplaatsing naar een ander ziekenhuis/centrum.

Keteninformatie

Goede overdracht van de patiënt met een spoedzorgvraag tussen ketenpartners draagt bij aan patiëntgerichte en veilige spoedzorg. Partijen hebben met elkaar afgesproken dat:

- De huisarts, HAP, RAV, MMT en SEH de actuele medische gegevens die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar delen. In de [Richtlijn gegevensuitwisseling](#) is beschreven welke informatie de ketenpartijen met elkaar delen.
- Iedere zorgverlener in de spoedzorgketen bij het uitvoeren van triage, diagnostiek en behandeling inzicht heeft in de eventuele vastgelegde behandelbeperkingen en wensen van de patiënt, waaronder het reanimatiebeleid.
- De overdracht zodanig is dat voor de patiënt en zijn naasten duidelijk is, wie aanspreekpunt is voor vragen, wie inhoudelijk verantwoordelijk is voor de behandeling en wie de coördinatie en regie voert van de behandeling.
- Er een expliciete (schriftelijke) overdracht van taken en verantwoordelijkheden aan de opvolgend zorgverlener is. Zorgverleners maken hierbij gebruik van een standaard instrument, bijvoorbeeld de SBAR. Indien de opvolgend zorgverlener informatie nodig heeft voor zijn handelen die hij nog niet ontvangen heeft, dan vraagt hij deze informatie actief op bij de overdragende zorgverlener.

Ketenevaluatie

Partners in de spoedzorgketen doorlopen in de ROAZ-regio een continu verbeterproces en sturen waar nodig bij om de effectiviteit van de spoedzorg te bevorderen. De afspraken in het kwaliteitskader zijn daarbij leidend. Hierbij is inzicht nodig in het functioneren van de spoedzorgketen als geheel.

Ketenpartners bieden dan ook op regionaal niveau inzicht in de geleverde spoedzorg, evalueren de spoedzorg structureel met elkaar en sturen waar nodig bij:

- Er vindt overleg plaats tussen de ketenpartners in de spoedzorgketen om casuïstiek te bespreken en op basis hiervan de ketenzorg te evalueren en verbeteren. Ketenpartners maken hiervoor gebruik van klachteninformatie van patiënten en informatie over (keten)incidenten. De ketenpartners betrekken bij het bespreken van de casuïstiek alle organisaties die betrokken zijn bij de spoedzorg(uitstroom) en zij betrekken patiëntervaringen, bijvoorbeeld door middel van de klachteninformatie.

⁹ Bij de uitstroom uit de acute zorgketen is vaak sprake van samenwerking met apothekers en aanbieders van (acute) verpleegkundige zorg aan huis. Zij zijn niet betrokken bij het opstellen van dit kwaliteitskader. In deze versie is daarom volstaan met aanbevelingen over de beschikbaarheid van deze voorzieningen.

- Op basis van de inzichten vanuit de klachteninformatie van patiënten, meldingen van ketenincidenten, calamiteiten, feedback tussen professionals en de structuur, proces- en uitkomstindicatoren stellen professionals verbetervoorstellen voor de keten op. Deze voorstellen voor verbetering van de spoedzorgketen worden ter besluitvorming voorgelegd aan de betrokken partijen in het ROAZ. Het bureau van het ROAZ faciliteert en bevordert het proces dat hiervoor nodig is.

Conclusies

Het kwaliteitskader betreft een landelijk kader voor de spoedzorg en biedt ruimte en richting aan ketenpartners om regionaal invulling te geven aan de organisatie van de spoedzorg.

Om te zorgen dat de normen, richtlijnen en aanbevelingen uit het kwaliteitskader ook leiden tot een daadwerkelijke verbetering van de kwaliteit van de spoedzorgketen, is het volgende van belang:

- Duidelijke afspraken over de implementatie. In het 'Implementatieplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen' wordt voor de nieuwe veldnormen beschreven welke acties nodig zijn voor implementatie.
- Een periodieke update van het kwaliteitskader. Het onderhoudsplan gaat in op het onderhoud en eventuele herziening.
- Doorontwikkeling van het kwaliteitskader: Om de kwaliteit van de spoedzorg te meten en steeds verder te kunnen verbeteren, is verdere ontwikkeling van normen door wetenschappelijke verenigingen en onderzoek naar evaluatie van de spoedzorgketen nodig.
- Uitvoering van de opdrachten beschreven in hoofdstuk 11.

1. Inleiding

Dit Kwaliteitskader bevat het overzicht van bestaande veldnormen, nieuwe veldnormen zoals afgesproken door de partijen én aanbevelingen. Allen gericht op het samen organiseren van goede spoedzorg. Als in de regio bij de implementatie wordt gekozen om in samenwerking invulling te geven aan een norm, moet onderbouwd uitgelegd worden waarom. De onderbouwing moet de specifieke situatie betreffen en duidelijk maken hoe tot deze beslissing is gekomen. De beslissing en onderbouwing worden vastgelegd in regionale ketenafspraken.

1.1 Doel van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving heeft in 2003 de acute zorgvraag als volgt gedefinieerd: “Een patiënt/slachtoffer of omstander vraagt om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert.”

De keten start vanaf het moment waarop de patiënt zich meldt met zijn spoed- ofwel ongeplande zorgvraag. De spoedbeleving van de patiënt is daarbij leidend. Dit Kwaliteitskader richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die zorgverleners in ketenverband leveren: de gewenste kwaliteit van de keten en de schakels in de keten. Het Kwaliteitskader richt zich *niet* op de kwaliteit van zorg van een individuele aanbieder als daarbij geen sprake is van samenwerking met andere zorgaanbieders in de keten.

Dit Kwaliteitskader is gericht op de gewenste kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, medisch specialistische spoedzorg geboden door het MMT en medisch specialistische spoedzorg/ziekenhuiszorg. Het beschrijft bestaande landelijke normen en richtlijnen, nieuwe normen én aanbevelingen die de kwaliteit van deze spoedzorgketen bevorderen.

Het Kwaliteitskader betreft een ambitieus realistisch landelijk kader dat beschrijft op welke zorg een patiënt met een spoedzorgvraag kan rekenen. Dit Kwaliteitskader stelt minimale eisen (normen) aan de organisatie en invulling van de spoedzorgketen, biedt ruimte en richting om daar regionaal invulling aan te geven, faciliteert en ondersteunt de besluitvorming op ROAZ-niveau¹⁰, doet aanbevelingen voor doorontwikkeling en geeft aanvullend nog een aantal opdrachten aan de partijen betrokken bij de spoedzorg.

Voor de nieuwe normen die in dit Kwaliteitskader beschreven zijn, is een implementatieplan met tijdslijnen opgesteld. Dit implementatieplan is als apart document opgesteld.

Patiënten weten op basis van het Kwaliteitskader waar zij op kunnen rekenen bij een spoedzorgvraag. Voor branche- en beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen biedt het een kader voor op te stellen of aan te scherpen richtlijnen en normen. Zorgverzekeraars kunnen het Kwaliteitskader mede gebruiken bij de afspraken die zij met aanbieders in de spoedzorgketen maken. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan het Kwaliteitskader gebruiken bij het toezicht houden op de kwaliteit van zorg. Voor specifiek de aanbevelingen merken de partijen op dat deze niet beschouwd kunnen worden als een handhaafbare norm.

¹⁰ Het ROAZ is een netwerkoverleg van hulpverleningsorganisaties in de acute zorg. Het ROAZ betreft geen entiteit met doorzettingsmacht, maar deelnemers aan het ROAZ dienen constructief mee te werken aan onderlinge afspraken en dragen elk een eigen verantwoordelijkheid voor de totstandkoming van die afspraken en de uitvoering ervan (Staatsecretaris Van Rijn, 2017).

1.2 Reikwijdte

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft de voor de patiënt wenselijke organisatie van spoedzorg wanneer hij zich meldt met een spoedzorgvraag. Het Kwaliteitskader is gericht op de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, medisch specialistische spoedzorg geleverd door de Mobiele Medische Teams (MMT) en de medisch specialistische spoed(ziekenhuis)zorg.

Buiten scope van dit Kwaliteitskader vallen de acute psychiatrie (GGz), de acute verloskunde, de spoedeisende farmaceutische zorg, acute verpleegkundige zorg aan huis, acute verpleeghuiszorg.

- De ketenpartners in de acuut psychiatrisch hulpverlening en geboortezorg waren niet betrokken bij het opstellen van deze versie van het Kwaliteitskader, omdat voor deze vormen van spoedzorg ten tijde van het opstellen van het Kwaliteitskader separate trajecten liepen.¹¹
- Ook de spoedeisende farmaceutische zorg, de acute verpleegkundige zorg aan huis en de acute verpleeghuiszorg vallen buiten de scope van deze versie van het Kwaliteitskader. Echter, uit de 'patient journeys' bleek dat het niet ter beschikking hebben van spoedeisende farmaceutische zorg en acute verpleegkundige zorg aan huis een goede uitstroom belemmeren. In deze versie van het Kwaliteitskader is volstaan met aanbevelingen over de beschikbaarheid van deze voorzieningen.

1.3 Implementatieplan

In het apart opgestelde 'Implementatieplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen' is voor de nieuwe veldnormen beschreven welke acties nodig zijn voor implementatie gekoppeld aan tijdslijnen. Het implementatieplan gaat per norm in op:

- Het tijdpad voor implementatie;
- De randvoorwaarden voor implementatie: welke acties van andere partijen zijn nodig;
- Te ondernemen acties door partijen zelf;
- Welke partijen verantwoordelijk zijn voor de acties.

1.4 Onderhoud en doorontwikkeling

Het onderhoudsplan zoals de elf partijen dat destijds hebben opgesteld is opgenomen als bijlage 4. Deze en de andere afspraken die de elf partijen al hadden gemaakt en de opdrachten van de Kwaliteitsraad aan de sector zijn opgenomen in hoofdstuk 11.

1.5 Leeswijzer

In dit inleidende hoofdstuk is de aanleiding toegelicht voor het opstellen van dit kader en het proces dat tot aan vaststelling is doorlopen. Naast de visie van de Kwaliteitsraad op de kwaliteit in de Spoedzorgketen is de doelstelling van dit kader geformuleerd. Ook staat de reikwijdte van dit kader beschreven: waar het wel en waar niet over gaat. Tot slot zijn nog een paar overige relevante punten benoemd.

Hoofdstuk 2 'De spoedzorg in Nederland' gaat in op de huidige organisatie van de spoedzorg in Nederland (de spoedzorgketen en spoedzorgaanbieders) en geeft een beeld van het gebruik aan spoedzorg in Nederland. Ditzelfde hoofdstuk eindigt met het overzicht van de partijen en personen die betrokken zijn geweest bij het opstellen van dit kader en de ambities en uitgangspunten waren. Het formuleren van deze gezamenlijke ambitie en uitgangspunten met behulp van veel inzet van betrokkenen heeft geleid tot dit Kwaliteitskader.

Vanaf hoofdstuk 3 gaat het over de inhoud van de spoedzorg. Voor de verschillende stappen¹² in de spoedzorgketen (melding, triage, zorgcoördinatie, diagnostiek en behandeling en de coördinatie van de uitstroom) en de ketenbrede onderdelen (keteninformatie en ketenevaluatie) zijn in de hoofdstukken 3 t/m 9 doelen geformuleerd die bijdragen aan het behalen van de ambitie. In ieder hoofdstuk wordt zijn per doel normen en aanbevelingen voor de ketenpartijen opgesteld¹³ die bijdragen aan het behalen van de doelstelling van dit Kwaliteitskader.

¹¹ De [Generieke module Acute Psychiatrie \(2017\)](#) beschrijft de samenwerkingsafspraken en normen voor de acuut psychiatrische hulpverlening. De [Zorgstandaard Integrale Geboortezorg \(2016\)](#) beschrijft de afspraken en normen voor de geboortezorg.

¹² Zie voor toelichting op de stappen en de ketenbrede onderdelen paragraaf 2.1.

¹³ Zie ook definitielijst in bijlage 1: Definities en afkortingen.

Voor het overzicht zijn de normen en aanbevelingen steeds gerubriceerd naar de onderdelen (waarop ze van toepassing zijn): Huisartsenpraktijk, Huisartsenpost, Huisartsenpraktijk/HAP, Ambulancezorg, MMT, HAP/SEH, SEH, SEH/Ziekenhuis, Ziekenhuis of Keten.

Per norm wordt steeds aangegeven wat de status (bestaande veldnorm, richtlijn, nieuwe veldnorm, aanbeveling etc.) ervan was bij het tripartiet vaststellen.

Status van norm/indicator	Toelichting
Wettelijke norm	De norm is opgenomen in een wet.
Bestaande veldnorm	De norm is opgenomen in een door partijen onderschreven richtlijn, module, protocol, kwaliteitskader, samenwerkingskader, regeling, nota of handleiding.
Bestaande veldnorm (gemeten met indicator)	Zie definitie 'bestaande veldnorm'. De norm wordt bovendien gemeten met een indicator (opgenomen op de Transparantiekalender).
NHG-standaard/ NHG-richtlijn/ LHV-richtlijn	Een beschreven richtlijn in een NHG-standaard of -richtlijn of in een LHV-richtlijn. De richtlijn is bedoeld ter ondersteuning van de praktijk van de huisarts. De huisarts kan, indien nodig, beargumenteerd van de richtlijn afwijken.
Nieuwe veldnorm	De norm is beschreven in een standpunt- of visiedocument en/of is benoemd als gewenste norm in de patiënt journeys en/of Expertgroep en/of Stuurgroep ¹⁴ .
Aanbeveling	Een aanbeveling die volgt vanuit de patiënt journeys en/of Expertgroep en/of Stuurgroep. De status 'aanbeveling' is toegekend, indien: <ul style="list-style-type: none"> - normstelling niet gewenst is, omdat de beschreven inhoud/organisatie van zorg mogelijk niet in iedere regio gewenst is; - normstelling in dit stadium niet mogelijk is, omdat hiervoor acties nodig zijn van partijen die niet betrokken waren bij de opstelling van dit kwaliteitskader.

Hoofdstuk 9 biedt de mogelijkheid om samen te leren en te ontwikkelen. Dit gaat over de ketenevaluatie. Naast de normen en aanbevelingen wordt daar ook ingegaan op proces- en uitkomstindicatoren voor spoedzorg. De nadruk ligt op evaluatie van normen die de meeste impact hebben op het bereiken van de ambitie van het Kwaliteitskader: Iedere patiënt met een spoedzorgvraag ontvangt 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit: de juiste zorg op de juiste plek.

In hoofdstuk 10 wordt geconcludeerd, waarna hoofdstuk 11 inzoomt op de implementatie en wordt verwezen naar het 'Implementatieplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen'. In dat hoofdstuk staat wat nu al aandacht vraagt van wetenschappelijke verenigingen, dat partijen onderzoek willen doen om samen te evalueren en wat de afspraken zijn over het up-to-date houden van dit Kwaliteitskader.

¹⁴ Zie bijlage 2: Betrokken organisaties

2. De spoedzorg in Nederland, ambities en uitgangspunten

2.1 Huidige organisatie van spoedzorg in Nederland

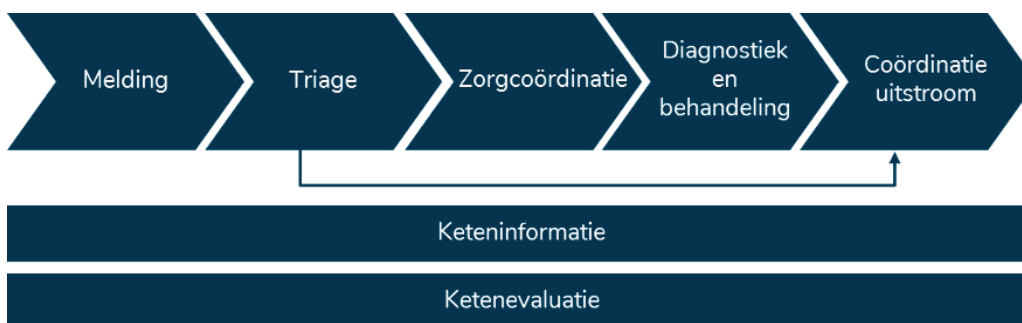
De spoedzorgketen

De spoedzorgketen begint bij de melding van een ongeplande zorgvraag van de patiënt: in de eerste lijn (huisarts of huisartsenpost (HAP)), via een 112-melding bij de meldkamer ambulancezorg (MKA) of als een patiënt zich als 'zelfverwijzer' bij de Spoedeisende Hulp (SEH) meldt.

Na deze melding vindt primaire triage plaats en kan besloten worden tot diagnostiek en behandeling met eventueel daaraan voorafgaand, indien nodig, vervoer naar een andere zorgaanbieder.

De spoedzorg eindigt op de plek waar de spoedzorgvraag adequaat beantwoord is en de patiënt de spoedzorgketen uitstroomt (zie Figuur 1).

Figuur 1. Stappen in de spoedzorgketen



Er zijn verschillende soorten spoedzorg te onderscheiden die geleverd worden door verschillende aanbieders van spoedzorg.¹⁵

Aanbieders van spoedzorg in Nederland

Huisartenspoedzorg

Huisartsen leveren in omvang het grootste deel van de spoedzorg. In totaal zijn er circa 9.000 huisartsen actief in Nederland (Nivel, 2015). Voor de huisartsenzorg tijdens ANW-uren zijn de meeste huisartsen georganiseerd in een huisartsendienstenstructuur (HDS). Een HDS bestaat uit één of meerdere huisartsenposten. In totaal zijn er circa 120 huisartsenposten in Nederland georganiseerd in 52 HDS'en (InEen-website, 2019).

Ambulancezorg

Ambulancezorg is regionaal georganiseerd en wordt geleverd door regionale ambulancevoorzieningen (RAV's). Er zijn in totaal 25 RAV-regio's in Nederland. In iedere regio is op grond van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg een RAV aangewezen om ambulancezorg te verlenen. Deze RAV's beschikken in totaal over 813 ambulances, verdeeld over 238 standplaatsen (AZN, 2019).¹⁶ De meldkamer ambulance (MKA) maakt onderdeel uit van de RAV en is verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie.

Medisch specialistische spoedzorg geboden door het MMT

In totaal zijn er verspreid over Nederland vier parate Mobile Medische Teams (MMT's) (met beschikking over een helikopter en een auto) en twee beschikbare MMT's (beschikking over een auto) (LNAZ, 2015). Een MMT biedt prehospital medisch specialistische zorg. Een verpleegkundig meldkamercentralist kan

¹⁵ Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 in paragraaf 1.2 is de reikwijdte van dit kwaliteitskader de huisartenspoedzorg, ambulancezorg, acute medisch specialistische zorg geleverd door het MMT en medisch specialistische spoedzorg/ziekenhuiszorg en de gewenste kwaliteit daarvan.

¹⁶ Voor het verlenen van spoedeisende medische hulpverlening vanaf het water werken RAV's nauw samen met partijen die het vervoer en zorg op het water regelen, zoals de Koninklijke Nederlandse Redding Maatschappij en de Kustwacht (AZN, 2017).

op basis van de melding en/of een aanvraag van de ambulancezorgprofessionals ter plaatse en de landelijke inzetcriteria naast een ambulance-eenheid ook een MMT inzetten. Waar in dit Kwaliteitskader staat het MMT, wordt bedoeld op de parate MMT's. Voor beschikbare MMT's worden afwijkende afspraken gemaakt.

Medisch specialistische spoedzorg/ziekenhuiszorg

In aanvulling op de spoedzorg geleverd door huisartsen, ambulancezorg en spoedzorg geleverd door het MMT bieden ziekenhuizen medisch specialistische spoedzorg aan patiënten met een spoedzorgvraag.

In Nederland zijn 87 SEH-locaties (peildatum maart 2019), waarvan circa 10 procent onderdeel is van een Universitair Medisch Centrum (UMC)-SEH, ruim 30 procent onderdeel is van een Samenwerkend Topklinisch opleidingsZiekenhuis (STZ)-SEH is en circa 60 procent onderdeel is van een algemeen ziekenhuis (NZA, 2017; Gaakeer et al., 2016).

Voor een aantal specifieke toestandsbeelden zijn er in Nederland ziekenhuizen met specifieke bemensing en faciliteiten. Er zijn bijvoorbeeld traumacentra voor de behandeling van patiënten met zeer ernstig traumatelesel, brandwondencentra voor patiënten met ernstige brandwonden en Percutane Coronaire Interventie (PCI)-centra voor cardiale patiënten met volledige afsluiting van een kransslagader (een 'STEMI').

2.2 Gebruik van spoedzorg in Nederland

De aantallen

In Figuur 2 is een beeld geschetst van de aantallen in de spoedzorgketen (opgave AZN 2019; InEen, 2016; Gaakeer et al., 2016; Nivel, 2015).

Huisartsenzorg

Het jaarlijkse aantal bezoeken aan de huisartsenpraktijk is circa 65 miljoen (Nivel, 2015). Het is niet bekend welk aandeel hiervan een bezoek in verband met een spoedzorgvraag betreft.

Het jaarlijkse aantal visites van en bezoeken aan de HAP is 2,5 miljoen. Daarnaast zijn er jaarlijks 1,8 miljoen telefonische consulten met de HAP (InEen, 2019).

Huisartsen (praktijk en HAP) sturen in totaal jaarlijks circa 980.000 patiënten met spoed door naar de SEH (Gaakeer et al., 2016).

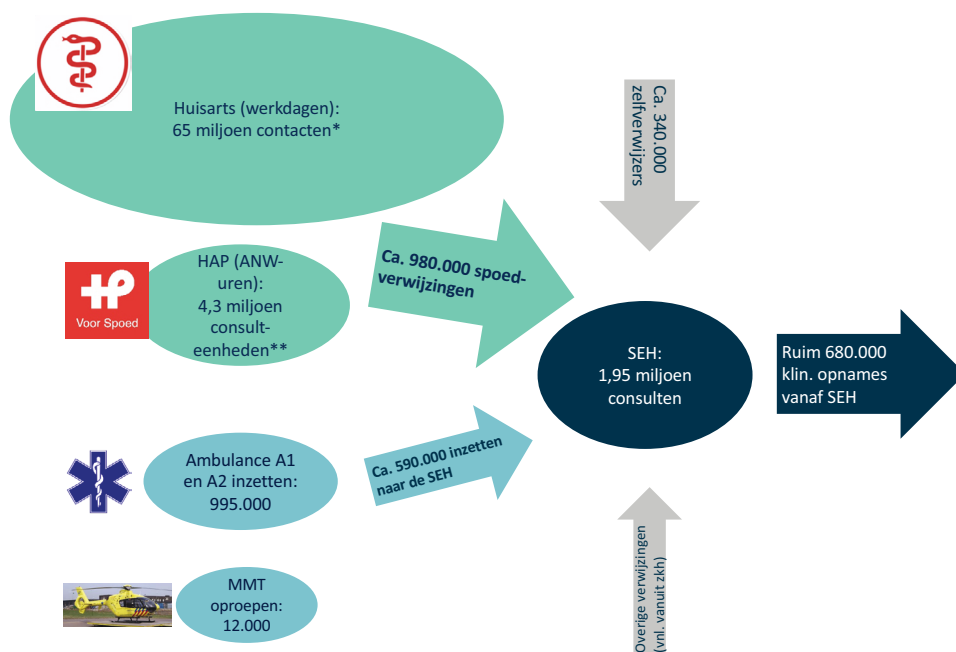
Ambulancezorg

Er zijn ruim 995.000 spoedeisende ambulance-inzetten (A1 en A2) en ruim 327.000 planbare ambulance-inzetten (B). Van deze ruim 1,3 miljoen inzetten gaan naar schatting 750.000 inzetten naar het ziekenhuis, waarvan 590.000 naar de SEH. Een deel van de ambulance-inzetten, zowel spoedeisend als planbaar, is op verzoek van de huisarts (bron: AZN, 2019).

Medisch specialistische spoedzorg/ziekenhuiszorg

Het jaarlijkse aantal consulten op de SEH bedraagt circa 2 miljoen. Vanaf de SEH vinden jaarlijks ruim 680.000 klinische opnames plaats (Gaakeer et al., 2016).

Figuur 2. Aantallen in de spoedzorgketen



* Bij een groot deel van deze contacten is geen sprake van spoed. Het aantal contacten waarbij sprake is van een acute zorgvraag is niet bekend.

**Bestaande uit circa 2,2 miljoen consulten, 356.000 visites en 1,8 miljoen telefonische consulten. Bij de berekening van de consulteenheden geeft InEen de verschillende consulttypes een andere geweging. Een consult krijgt een geweging van 1, een visite een geweging van 1,5 en een telefonisch consult een geweging van 0,5. Deze geweging komt overeen met de berekening van consulteenheden door de NZa.

Verdeling van spoedzorgvragen over urgenties

Circa de helft van de ambulance-inzetten betreft een spoedeisende inzet bij een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt (A1-urgentie). Circa een kwart van de inzetten betreft een inzet waarbij geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade (A2-urgentie). Het overige deel van de inzetten betreft planbaar (B-) vervoer van patiënten die liggend vervoerd moeten worden en onderweg zorg nodig kunnen hebben.

Bij de HAP en SEH betreft het grootste deel van de spoedzorgvragen acute basiszorg. Het gaat hierbij om niet-levensbedreigende situaties en niet-planbare zorg, zoals een gebroken been of acute, niet-levensbedreigende buikpijn. Tien tot vijftien procent van de spoedzorgvragen betreft spoedeisende zorg, waarbij handelen met spoed nodig is om te voorkomen dat vitale functies in gevaar komen. Voor één tot tweeënhalve procent van de spoedzorgvragers is onmiddellijke actie vereist, omdat de vitale functies bedreigd zijn (InEen, 2016; NVZ, 2013).

De urgenties van de zorgvragen op de HAP zijn de afgelopen jaren toegenomen (InEen, 2016). Daarnaast is het aantal lichte behandelingen op de SEH afgenomen.¹⁷ Deze ontwikkelingen worden mede veroorzaakt door een toenemende substitutie van de SEH naar de HAP door versterking van de samenwerking tussen beiden (NZa, 2017).

¹⁷ De door de NZa gehanteerde definitie van 'lichte behandeling' is een behandeling die ook in de eerste lijn bij de huisarts of HAP plaats zou kunnen vinden.

2.3 Gezamenlijke ambitie en uitgangspunten

In deze paragraaf staan de gezamenlijke ambitie en uitgangspunten beschreven die voor de elf partijen de basis vormen voor dit Kwaliteitskader.

Ambitie

In het belang van de patiënt zijn zorgverleners erop gericht om een spoedzorgvraag zoveel mogelijk te voorkomen. Indien een patiënt toch een spoedzorgvraag heeft, ontvangt hij 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit. De zes domeinen van goede zorg, aangepast op de spoedzorg (IOM, 2001; Wkkgz) zijn:

- *Patiëntgericht*: De spoedbeleving van de patiënt is het uitgangspunt en staat niet ter discussie. De (na)zorg is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt en voor de patiënt en zijn naasten is helder op welke (na)zorg zij kunnen rekenen. De zorgverlener neemt de rechten van de patiënt zorgvuldig in acht en behandelt de patiënt met respect.
- *Veilig*: Spoedzorg wordt geleverd door bevoegde en bekwame zorgverleners. De zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid en baseren hun handelen op de professionele standaard.¹⁸ De zorgverlener levert slechts zorg die - als dit niet nodig is - niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de patiënt. Patiënt(gegevens) worden snel en volledig overgedragen.
- *Effectief/doeltreffend*: De spoedzorg die de patiënt ontvangt is passend voor zijn zorgvraag.
- *Tijdig*: De patiënt met een behoefte aan spoedzorg ontvangt de spoedzorg tijdig en op de juiste plaats in de keten.
- *Efficiënt/doelmatig*: Zorgverleners leveren, individueel en in ketenverband, kwalitatief hoogstaande spoedzorg op een zo doelmatig mogelijke manier (met zo min mogelijk tijd en middelen).
- *Toegankelijk en beschikbaar*: De patiënt heeft bij een spoedeisende zorgvraag 24/7 toegang tot kwalitatief goede spoedzorg. Er zijn geen belemmeringen voor het ontvangen van spoedzorg.

Uitgangspunten

Om deze ambitie te realiseren hebben patiënten, zorgaanbieders in de spoedzorgketen en zorgverzekeraars uitgangspunten geformuleerd rondom de patiënt en zijn naaste, het netwerk en de afspraken. Deze uitgangspunten zijn in hoofdstuk 3 tot en met 9 nader uitgewerkt in doelen, normen, richtlijnen en aanbevelingen.

De patiënt en zijn naaste(n)

- Het belang van de patiënt (en zijn naaste) staat in de organisatie van de spoedzorg centraal: de spoedzorg is vraag gestuurd.
- De toegang tot de spoedzorg is voor de patiënt duidelijk/herkenbaar, tijdig, bereikbaar en beschikbaar.
- Ongeacht waar en hoe de patiënt zich meldt, dient hij op de meest aangewezen plek spoedzorg te ontvangen.
- In de spoedzorgketen is aandacht voor de wensen en behandelbeperkingen van de patiënt.
- Patiënten en hun naaste(n) ontvangen duidelijke informatie – zodat zij weten wat ze kunnen verwachten – en een helder (behandel)advies.
- De zorg is erop gericht dat de patiënt zodanig behandeld en/of gerustgesteld wordt, dat hij zo snel mogelijk weer naar huis kan of door kan stromen naar planbare (vervolg)zorg.

Het netwerk

- Zorgaanbieders zijn in hun regionale netwerk afzonderlijk verantwoordelijk voor het gezamenlijk organiseren en bieden van tijdige, doelmatige en goede kwaliteit van spoedzorg.
- Zorgverleners doen dit vanuit het principe van de netwerkgeneeskunde: zorgverleners in het netwerk voegen op verschillende momenten in de keten waarde toe voor de patiënt:
- Binnen kantooruren zijn de huisarts en eventueel de wijkverpleegkundige de meest geschikte hulpverlener(s) om spoedzorg te coördineren en te verlenen. Zij kennen de patiënt en zijn omgeving goed. Buiten kantooruren verleent of coördineert de HAP de spoedzorg die het meest passend is voor de zorgvraag.

¹⁸ Zorgverleners kunnen indien nodig beargumenteerd van de professionele standaard afwijken.

- Indien sprake is van spoedeisende situatie waarbij de vitale functies bedreigd (kunnen) worden en/of zorg waarbij liggend vervoer nodig is, biedt de RAV, het MMT of (de SEH van) het ziekenhuis voor de patiënt vanwege aanwezige kennis, coördinatie, kunde en infrastructuur de meest passende zorg.
- Soms geldt dat de patiënt gespecialiseerdere zorg nodig heeft en daarvoor is aangewezen op specifiek aanwezige kennis, kunde en infrastructuur, die niet overal aanwezig is.
- Zorgverleners ontvangen feedback van ketenpartners op hun handelen en ketenpartners werken samen in een lerend systeem door samen de Plan Do Check Act (PDCA) cyclus te doorlopen.

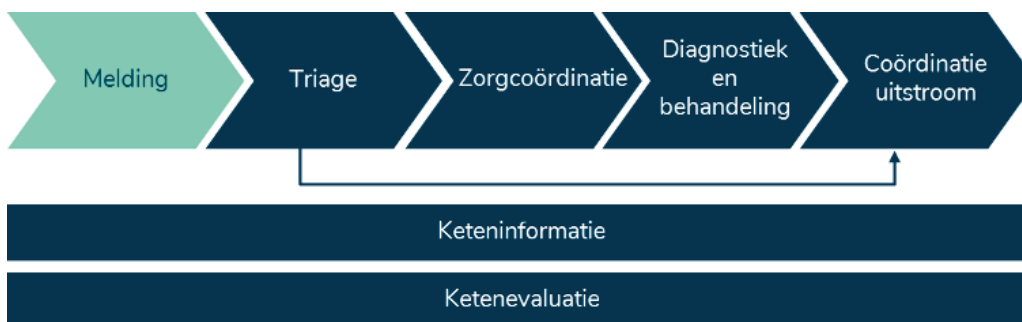
De afspraken

- Zorgaanbieders maken afspraken over tijdige, doelmatige en goede kwaliteit van zorg. Het is voor de relevante zorgverleners duidelijk welke aanbieder voor welk toestandbeeld spoedzorg kan bieden. Zorgverleners erkennen daarbij elkaars professionele oordeel.
- Het is op ieder moment in de spoedzorgketen voor de patiënt en zorgverleners duidelijk wie de regie heeft: er zijn goede afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling en zorgverleners zorgen voor heldere communicatie van deze afspraken naar de patiënt.
- Voor het bepalen van de zorgvraag, de urgentie, de benodigde spoedzorg en de in te schakelen zorgverleners maken zorgverleners gebruik van een geprotocolleerde triagesystematiek.
- Zorgverleners dragen de patiënt 'warm' over aan de volgende zorgverlener, tenzij de veiligheid van de patiënt op een andere manier kan worden gewaarborgd. Zij dragen ook gegevens van de patiënt direct over aan de volgende zorgverlener.
- Elke zorgverlener in de spoedzorgketen kan, met toestemming van de patiënt, tijdig beschikken over de – voor de acute situatie – relevante gegevens van de patiënt: een (elektronisch) patiëntdossier.

3. Melding

De start van de spoedzorgketen betreft de melding van een patiënt of zijn omgeving met een spoedzorgvraag. Ongeacht waar en hoe de patiënt zich meldt, dient hij op de meest aangewezen plek spoedzorg te ontvangen, ook wanneer in eerste instantie wellicht een ‘suboptimale’ ingang gekozen is.

Figuur 3. Melding: stap in de spoedzorgketen



In dit hoofdstuk wordt de gewenste organisatie van de hulpverlening, wanneer een patiënt zich meldt met een spoedvraag, beschreven aan de hand van drie doelen:

- Paragraaf 3.1: Patiënten met een (spoed)zorgvraag en hun naaste(n) hebben 24/7 de mogelijkheid om (online) ondersteuning te ontvangen bij het inschatten van de urgentie van de zorgvraag.
- Paragraaf 3.2: Spoedzorgverleners zijn 24/7 telefonisch en/of fysiek bereikbaar en beschikbaar voor het in behandeling nemen van een melding van een spoedzorgvraag (ook als deze niet levensbedreigend is).
- Paragraaf 3.3: In elke regio werken HAP en SEH intensief samen tijdens ANW-uren om ervoor te zorgen dat een patiënt die zich meldt/gemeld wordt zo snel mogelijk op de meest aangewezen plek passende zorg ontvangt.

3.1 Ondersteuning voor patiënt bij inschatten urgentie zorgvraag

Doel

Patiënten met een spoedzorgvraag en hun naaste(n) hebben 24/7 de mogelijkheid (online) ondersteuning te ontvangen bij het inschatten van de medische urgentie van de zorgvraag

Patiënten met een zorgvraag en hun naaste(n) hebben 24/7 de mogelijkheid om (online) ondersteuning te ontvangen bij het inschatten van de urgentie van de zorgvraag, zodat zij kunnen bepalen of zij (met spoed) zorg in moeten schakelen, dat inschakeling van zorg niet nodig is of dat inschakeling van zorg kan wachten tot de volgende dag.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Zorgaanbieders bieden patiënten met een zorgvraag d.m.v. websites en/of apps 24/7 de mogelijkheid om ondersteuning te ontvangen bij het bepalen of zij (spoed)zorg in moeten schakelen. ^{19 20}	Aanbeveling	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
De zorgaanbieder verstrekt de patiënt, teneinde hem in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken tussen verschillende zorgaanbieders, op diens verzoek informatie over de door de zorgaanbieder aangeboden zorg.	Wettelijke norm	Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg

¹⁹ De website ‘www.thuisarts.nl’ is een initiatief van het NHG. Uit onderzoek van Spoelman et al. (2016) blijkt dat de lancering van de website www.thuisarts.nl geleid heeft tot een daling van 12% in consulten in 2 jaar.

²⁰ Zorgverleners leveren bijvoorbeeld relevante informatie voor de app ‘Moet ik naar de dokter?’ aan bij Moet Ik Naar De Dokter (MINDD) en wijzen patiënten op het bestaan van de app. De app ‘Moet ik naar de dokter?’ wordt aangeboden door Zilveren Kruis.

3.2 Spoedzorgverleners 24/7 bereikbaar en beschikbaar

Doel

Spoedzorgverleners zijn 24/7 telefonisch en/of fysiek bereikbaar en beschikbaar voor het in behandeling nemen van een melding van een spoedzorgvraag.

De huisartsenpraktijk en HAP, RAV en SEH zijn 24/7 goed (telefonisch) bereikbaar en beschikbaar voor de patiënt en zijn omgeving bij een spoedvraag. De huisartsenpraktijk, HAP, RAV en SEH werken waar nodig samen om de melding van de spoedzorgvraag zo goed mogelijk in behandeling te nemen. Onderstaand zijn de normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de telefonische en fysieke bereikbaarheid en beschikbaarheid opgenomen.

Telefonische bereikbaarheid en beschikbaarheid

Norm	Status van norm	Bron
Huisartsenpraktijk		
De patiënt is op de hoogte gesteld (bijvoorbeeld door middel van een praktijkfolder en/of -website) van de organisatie van de huisartsenvoorziening overdag en tijdens ANW-uren.	LHV-richtlijn	LHV-Richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenvoorziening (2013); Expertgroep (2017)
Als een patiënt de huisartsenvoorziening belt, krijgt hij in geval van spoed binnen 30 seconden een medisch deskundig persoon aan de telefoon. De spoedlijn is hiertoe gescheiden van de praktijklijn en van de intercollegiale lijn.	LHV-richtlijn	LHV-Richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenvoorziening (2013)
Huisartsenpost		
Als een patiënt de spoedlijn van de HAP (voor acute hulp) belt, wordt de telefoon in 98% van de gevallen binnen 30 seconden opgenomen.	Bestaande veldnorm	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013)
Bij de niet-spoedlijn van de HAP wordt in 75% van de gevallen binnen 2 minuten opgenomen. In 98% van de gevallen wordt binnen 10 minuten opgenomen.	Bestaande veldnorm	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013)
Ambulancezorg		
Ambulancezorg is 24 uur per dag, 7 dagen in de week telefonisch bereikbaar via de MKA.	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
De MKA biedt de mogelijkheid aan de melder om meer informatie over de melding te versturen met behulp van nieuwe technologieën, zoals apps en filmpjes.	Aanbeveling	Expertgroep (2017)

Fysieke bereikbaarheid en beschikbaarheid

Norm	Status van norm	Bron
Huisartsenpraktijk		
Nadat een melding van een spoedgeval ontvangen is, spant de huisarts zich in om onder normale omstandigheden binnen een kwartier aanwezig te zijn bij de hulpvrager dan wel spant de voorziening huisartsenzorg zich in voor een adequate overname door een andere zorgverlener/instantie.	LHV-richtlijn	LHV - Richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenvoorziening (2013)
Huisartsenpost		
Minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de HAP kan binnen 30 minuten per auto de HAP bereiken.	Bestaande veldnorm	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013)
Bij spoedgevallen (U0 of U1) schakelt de HAP de ambulance in en/of gaat hij/zij onmiddellijk naar de patiënt: 90% binnen 20 minuten, 98% binnen 30 minuten aanwezig. In het geval van een U2 is de HAP in 90% van de gevallen binnen 1 uur en in 98% van de gevallen binnen 2 uur aanwezig bij de patiënt. ²¹	Bestaande veldnorm	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013), Uniformering inzetverdelingsafspraken HAP RAV (2017)
Ambulancezorg		
De RAV zorgt ervoor dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen ²² een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is.	Wettelijke norm	Regeling bij Tijdelijke wet ambulancezorg
De RAV streeft ernaar dat in het geval van een A2-inzet de ambulance zoveel mogelijk binnen 30 minuten bij de patiënt arriveert.	Aanbeveling	AZN-sectorrapport (2017)
Wanneer ergens spoedzorg noodzakelijk is, wordt deze door de dichtstbijzijnde vrije/inzetbare ambulance-eenheid verleend, ook al heeft deze een standplaats in een andere regio. Dit betekent dat een RAV een inspanningsverplichting heeft tot het leveren van burenhulp aan een RAV uit een naburige regio of dat een RAV assistentie ontvangt van een aangrenzende regio.	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
MMT		
Voor prehospital medisch specialistische spoedzorg door een paraat MMT (met auto/helikopter) moet na aanname van de melding door de MKA een paraat MMT overdag (bij daglicht) binnen 2 minuten en in de nachtsituatie (wanneer het donker is) binnen 5 minuten kunnen uitrukken naar de plek van het ongeval. Het MMT bestaat uit een medisch specialist, een gespecialiseerde verpleegkundige en een chauffeur/piloot.	Bestaande veldnorm	Beleidsregel BR/REG-17180a - Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag (2017)
SEH		
Iedere Nederlander kan in beginsel binnen 45 minuten een SEH-afdeling van een ziekenhuis bereiken. Deze bereikbaarheidsnorm ²³ betreft de toetaaltdie nodig is om met een ambulance de patiënt te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.	Wettelijke norm	Beleidsregels Wet Toelating Zorginstellingen (2017)
Als de patiënt gemeld wordt op de SEH, ontvangt een SEH-medewerker hem. De triage van de SEH-verpleegkundige start maximaal vijf minuten na binnenkomst van de patiënt. Binnen tien minuten na binnenkomst heeft de SEH-verpleegkundige de urgentieclassificatie van de patiënt bepaald en geregistreerd. Deze norm geldt 24/7 voor iedere geopende SEH.	Bestaande veldnorm	Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp (2008)

21 U0= uitval ABCD – resuscitatie (reanimatie), U1= instabiele ABCD – direct levensgevaar (onmiddellijk), U2 = bedreiging ABCD of orgaanschade (zo snel mogelijk), U3= reële kans op schade/humane redenen (binnen enkele uren), U4= verwaarloosbare kans op schade (binnen een etmaal), U5= geen kans op schade (volgende werkdag). (Bron: <https://de-nts.nl/nts/basisprincipes-nts/>).

22 Nederland gebruikt in de ambulancezorg drie urgentieniveau's, die landelijk worden toegepast, namelijk A1- en A2-urgenties voor spoedeisende ambulancezorg en B-urgentie voor planbare ambulancezorg. De bijbehorende responstijd voor A1-urgentie is 15 minuten, voor A2-inzetten is de responstijd 30 minuten (Bron: Nivel, AZN (juni 2019) Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen. Een verantwoording voor de urgentie-indeling.).

23 Deze bereikbaarheidsnorm ziet toe op de bereikbaarheid van SEH's. Hierop wordt sinds 2003 door het RIVM op toegezien in de analyse gevoelige ziekenhuizen. Doorrekening geschiedt hierbij door het RIVM op basis van een theoretisch model. Het is een spreidingsnorm en geen prestatienorm (RIVM 2015).

3.3 Intensieve samenwerking tussen HAP en SEH in elke regio

Doel

In elke regio werken HAP en SEH intensief samen tijdens ANW-uren om ervoor te zorgen dat een patiënt die zich meldt/gemeld wordt zo snel mogelijk op de meest aangewezen plek passende zorg ontvangt.

In totaal zijn er bijna 120 huisartsenposten in Nederland (InEen, 2015). Daarnaast zijn er 95 SEH-locaties (NZa, 2017). Bij ruim 60% van de HAP's is sprake van een colocatie met de SEH, zodat de HAP en SEH-zelfverwijzers op de SEH en patiënten op de HAP kunnen doorgeleiden naar de juiste zorgverlener.^{24,25}

Ook als de HAP en SEH zich niet op één locatie bevinden, werken de HAP en SEH intensief samen tijdens ANW-uren. Hierbij valt te denken aan opening van de HAP tijdens de volledige ANW-uren, goede afspraken tussen de HAP en SEH over de triage (van onder andere zelfverwijzers) en het ter beschikking stellen van eerstelijnsdiagnostiek van het ziekenhuis voor de HAP tijdens ANW-uren (NZa, 2017).

Norm	Status van norm	Bron
HAP/SEH		
HAP en SEH werken waar mogelijk vanuit één locatie en maken duidelijke afspraken over de melding en triage.	Aanbeveling	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017); Samenwerking tussen SEH en HAP (2017)
HAP[s] en SEH[s] in de regio hebben afspraken over samenwerking gemaakt, waaronder over de verantwoordelijkheidsverdeling bij de melding, de triage, overdracht en verwijzing van onder andere zelfverwijzers. ²⁶	Nieuwe veldnorm (normstelling van bestaande adviezen)	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017); Samenwerking tussen SEH en HAP (2017)

²⁴ De SEH verwijst het merendeel van de niet-urgente zelfverwijzers terug naar de HAP (Thijssen et al., 2015; Thijssen, 2016).

²⁵ Voor actuele cijfers wordt verwezen naar de meest recente Monitor Acute Zorg van de NZa. Opening van de HAP tijdens ANW-uren en goede afspraken over de triage van zelfverwijzers dragen bij aan het verminderen van het aantal lichte patiënten en zelfverwijzers op de SEH (NZa, 2017).

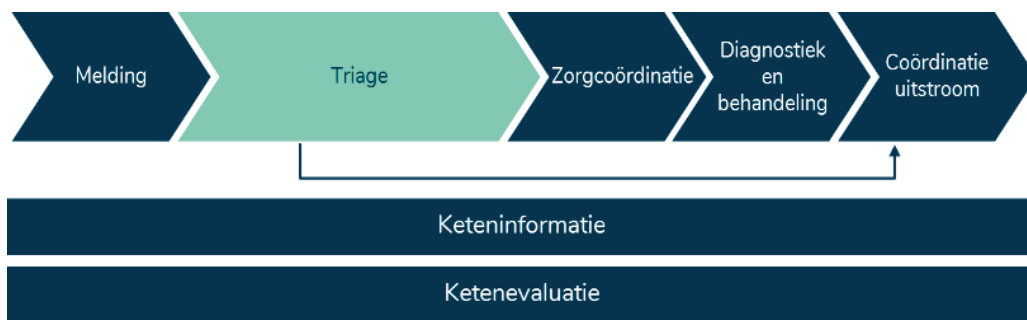
²⁶ Opening van de HAP tijdens ANW-uren en goede afspraken over de triage van zelfverwijzers dragen bij aan het verminderen van het aantal lichte patiënten en zelfverwijzers op de SEH (NZa, 2017).

4. Triage

Triage is een essentiële stap om een patiënt met een spoedzorgvraag met de juiste snelheid op de juiste plaats de juiste zorg te kunnen bieden. Het zorgt er ook voor dat patiënten die in eerste instantie de ‘suboptimale’ keteningang hebben gekozen alsnog snel op de juiste plaats terecht kunnen komen. Dit zorgt voor doelmatigheid in de keten en draagt bij aan betere gezondheidsuitkomsten voor de patiënt.

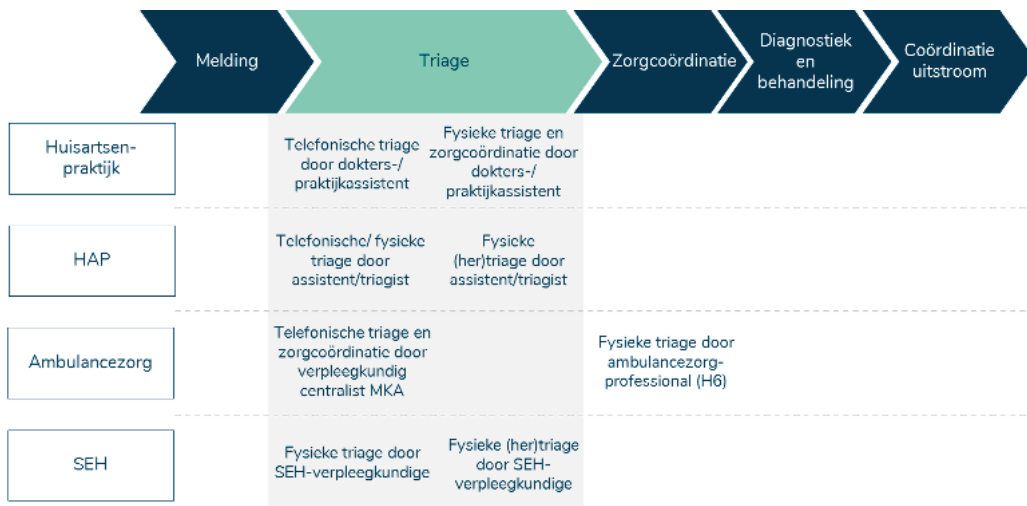
Als een patiënt zich meldt met een spoedvraag vindt telefonische en/of fysieke (her)triage plaats om te bepalen welke zorg de patiënt nodig heeft, op welk moment (de urgentie) en van welke zorgverlener(s).

Figuur 4. Triage: stap in de spoedzorgketen



Triage wordt uitgevoerd door speciaal getrainde dokters-/praktijkassistenten in de huisartsenpraktijk en assistenten/triagisten op de HAP (met autorisatie door de huisarts), verpleegkundig centralisten op de MKA, ambulancezorgprofessionals, SEH-verpleegkundigen en (huis)artsen (zie Figuur 5).²⁷

Figuur 5. Mogelijkheden voor telefonische en/of fysieke triage



²⁷ Ook een MMT voert in sommige gevallen triage uit, bijvoorbeeld bij grote incidenten of bij meerdere gewonden.

In dit hoofdstuk is de gewenste organisatie van de triage beschreven aan de hand van het volgende doel:

Doel

Zorgverleners in de spoedzorgketen maken voor de telefonische en fysieke (her)triage 24/7 gebruik van geprotocolleerde triagesystematiek en zijn bevoegd en bekwaam om de triage uit te voeren.

Zorgverleners in de spoedzorgketen zijn bevoegd en bekwaam om telefonische en fysieke (her)triage uit te voeren en gebruiken een geprotocolleerde triagesystematiek als een hulpmiddel.

Beredeneerd afwijken van de urgentie en/of vervolgebeld wat volgt vanuit de triagesystematiek kan op grond van specifieke omstandigheden en professioneel inzicht nodig zijn.

In onderstaande overzichten zijn de normen en aanbevelingen voor de *tragesystematiek* en de *vaardigheden van de hulpverleners* opgenomen.

4.1 24/7 gebruik van geprotocolleerde triagesystematiek

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Partijen in de spoedzorgketen passen systematische triage toe wanneer een patiënt zich meldt met een spoedzorgvraag. Zij stemmen hierbij hun triagesystemen op elkaar af: indien zij verschillende triagesystemen gebruiken, zorgen ze ervoor dat ze de benadering en taal (met name ten aanzien van de ingangsklachten) van het andere triagesysteem begrijpen.	Aanbeveling	Patient journeys (2016)
Huisartsenpraktijk		
De huisartsenpraktijk gebruikt bij vermoeden van spoed bij de triage de actuele versie van de NHG-TriageWijzer of een gelijkwaardig triagesysteem dat aan de eisen van de beroepsgroep voldoet.	Aanbeveling ²⁸	Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk – NHG-praktijk-accreditering versie 2.1 (2015); Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
Ambulancezorg		
De verpleegkundig centralist op de MKA past deskundige triage toe: eenduidige triage die afgestemd is op de behoeften van de patiënt. De gehanteerde triagesystemen voldoen aan de landelijk vastgestelde criteria. ²⁹	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
Ambulancezorgprofessionals maken voor de fysieke triage gebruik van de protocollen hiervoor in het Landelijk Protocol Ambulancezorg.	Bestaande veldnorm	Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 8.1 (2016)
SEH		
Het systematische triagesysteem wat gebruikt wordt op de SEH dient te voldoen aan de onderstaande minimale eisen: - Betrouwbaar, valide en hanteerbaar voor alle patiënten - Effectief - Toepasbaar in Nederland - Kwaliteitswaarborging van de scholing.	Bestaande veldnorm	Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp (2008)
De SEH-verpleegkundige voert hertriage uit indien de gezondheidstoestand van de patiënt verandert of de wachttijd is overschreden (conform triagesysteem of op basis van lokaal geldende afspraken).	Bestaande veldnorm	Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp (2008)

²⁸ Andere partijen dan de NHG zien deze aanbeveling graag als norm opgenomen in het Kwaliteitskader. Bespreking over een eventuele normering van deze aanbeveling zal plaatsvinden bij de revisie van het kader.

²⁹ De landelijk vastgestelde criteria zijn gepubliceerd op de website www.ambulancezorg.nl. Binnen de ambulancesector vindt een doorontwikkeling van de triagemethodiek plaats om verdere kwaliteitsverbetering te realiseren. In het kader van deze kwaliteitsverbetering wordt binnen de sector aan de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en ProQA nader vorm en inhoud gegeven. De ambulancesector streeft ernaar op termijn te komen tot een eenduidig triagesysteem.

4.2 Zorgverleners bevoegd en bekwaam om de triage uit te voeren

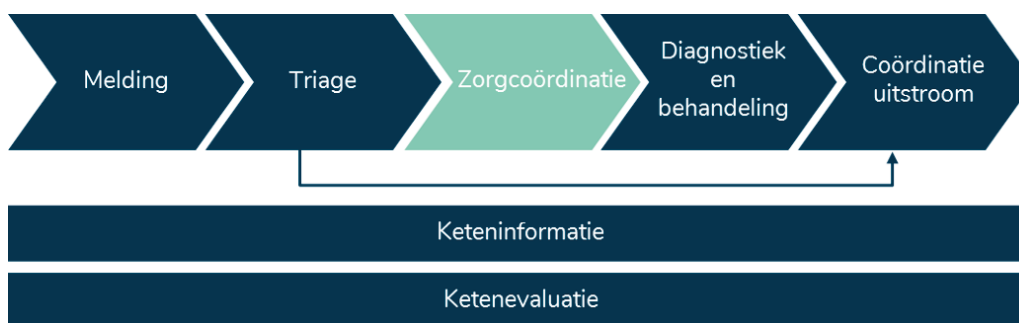
Norm	Status van norm	Bron
Huisartsenpraktijk		
De medewerkers in de huisartsenpraktijk die betrokken zijn bij de triage zijn gekwalificeerd voor hun taak.	Normstelling van praktijk accrediteringsnorm	Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk (2015); Patient journeys (2016)
De huisarts is verantwoordelijk voor het toezicht op de triage en de zelfstandig afgehandelde gesprekken door de assistente.	Normstelling van praktijk accrediteringsnorm) ²⁸	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013); Patient journeys (2016)
HAP		
De medewerkers in de HAP die betrokken zijn bij de triage zijn gekwalificeerd voor hun taak: zij hebben minimaal een MBO niveau 4 diploma tot triagist in de zorg.	Bestaande veldnorm	Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk (2015); Regeling diplomering triagist (2019)
Als de triagist het triagegesprek met de patiënt zelfstandig afhandelt, autoriseert een (superviserend) huisarts de uitkomst van het triagegesprek. Op de HAP dient gemiddeld per jaar 90% van de zelfstandig door de triagist afgehandelde contacten binnen 1 uur en 98% binnen 2 uur door de huisarts geautoriseerd te worden.	Bestaande veldnorm	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013)
Ambulancezorg		
De MKA is verantwoordelijk voor het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie en zorginstructie, 7 dagen in de week, 24 uur per dag. De verpleegkundig centralist op de MKA stelt vast of de inzet van een ambulance noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie. De verpleegkundig centralisten op de MKA zijn bevoegd en bekwaam om triage uit te voeren en zorg te coördineren.	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
SEH		
(Tenminste) één SEH-verpleegkundige is per dienst verantwoordelijk voor de fysieke triage. Deze SEH-verpleegkundige is altijd direct beschikbaar voor de fysieke (her)triage. De SEH-verpleegkundige handelt volgens het opgestelde beroepsdeelprofiel .	Bestaande veldnorm	Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp (2008)

5. Zorgcoördinatie

Als een hulpverlener triage uitgevoerd heeft, volgt daaruit welke zorgverleners de beste zorg leveren voor de patiënt op basis van zijn kenmerken en binnen welke tijd.

Dit kan bijvoorbeeld huisartsenzorg, acute verpleegkundige zorg aan huis of een ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten zijn. Hierbij kan mobiele zorg nodig zijn. Mobiele zorg wordt over het algemeen geleverd door de ambulancezorg. De verpleegkundig centralist op de MKA bepaalt welke ambulancezorgverlening het meest passend is en zet vervolgens ambulancezorgprofessionals (met vervoersmiddel) in. De ambulancezorgprofessionals verlenen eerste hulp ter plaatse en vervoeren de patiënt vervolgens, indien nodig. Tijdens het vervoer vindt indien van toepassing zorgverlening en/of bewaking van de vitale functies plaats.

Figuur 6. Zorgcoördinatie: stap in de spoedzorgketen



Om een patiënt met een spoedzorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats voor de juiste zorg te krijgen, coördineert de hulpverlener die de triage (en eerste hulp) uitgevoerd heeft de vervolgzorg: hij schakelt de juiste zorgverleners in. Het is hierbij van belang dat de hulpverlener kan afstemmen met andere zorgverleners, beschikt over actuele informatie van de patiënt en dat hij zorgt voor een goede overdracht naar de zorgverleners (zie ook hoofdstuk 8).

Dit hoofdstuk beschrijft de gewenste organisatie van de zorgcoördinatie aan de hand van twee doelen:

- Paragraaf 5.1: De huisartsenzorg en ambulancezorg hebben de mogelijkheid om een medische achterwacht te consulteren tijdens het uitvoeren van de zorgcoördinatie.
- Paragraaf 5.2: Op basis van de triage is helder welk type zorgverlener ingeschakeld dient te worden en/of naar welke zorgaanbieder de patiënt toegebracht dient te worden.

5.1 Mogelijkheid tot consulteren van een medische achterwacht

Doel

De huisartsenzorg en ambulancezorg hebben de mogelijkheid om een medische achterwacht te consulteren tijdens het uitvoeren van de zorgcoördinatie.

Het tijdens de zorgcoördinatie kunnen consulteren van een medisch achterwacht verbetert de zorgcoördinatie door de huisartsenzorg en ambulancezorgprofessionals³⁰

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
De medisch manager ambulancezorg is bereikbaar voor huisartsen bij triage en zorgcoördinatie.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
Ziekenhuizen hebben voor huisartsen en ambulancezorg bij de triage en zorgcoördinatie een 24/7 bereikbaarheid georganiseerd van een SEH-arts KNMG ³¹ , medisch specialist of MMT-arts.		
In de elf ROAZ-regio's hebben alle ketenpartijen die betrokken zijn bij de spoedzorgketen hier afspraken over gemaakt. ^{32 33}		
RAV/HA/HAP		
Indien gewenst, betreft de ambulancezorg een huisarts bij de triage en zorgcoördinatie. In geval van spoed is de voorziening huisartsenzorg direct beschikbaar voor consultatie door de ambulancezorg, indien nodig al voorafgaand aan het vervoer van de patiënt.	LHV-richtlijn	Richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenvoorziening (2013); Samenwerkingskader HAP + RAV (2016)
Keten		
In de elf ROAZ-regio's hebben ketenpartijen afspraken gemaakt over het ondersteunen van de consultatie van de SEH-arts KNMG of medisch specialist door het delen van digitale informatie/beelden ten behoeve van de prehospital triage vanuit de ambulance.	Nieuwe veldnorm	Expertgroep (2017)

5.2 Duidelijkheid over meest geschikte locatie en zorgverlener

Doel

Op basis van de triage is helder welk type zorgverlener ingeschakeld dient te worden en/of naar welke zorgaanbieder de patiënt toegebracht dient te worden.

Uit de triage kan volgen dat de patiënt huisartsenzorg, ambulancezorg, medisch specialistische zorg of een andere vorm van zorg nodig heeft.

Als het toestandsbeeld duidelijk is, is voor de juiste vervolgstap inzicht nodig

Als vanuit de triage en eerste diagnostiek wel duidelijk is wat het toestandsbeeld is, zijn een aantal randvoorwaarden van belang om als huisarts zo snel mogelijk de juiste medisch specialistische zorg in te kunnen schakelen en als ambulancezorgprofessional de patiënt zo snel mogelijk naar het juiste ziekenhuis te kunnen vervoeren en de juiste medisch specialistische zorg in te laten zetten:

- De HAP³⁴ en RAV inzicht nodig in de profielen van de ziekenhuizen in de regio. Helder moet zijn welke SEH welk acuut portfolio aanbiedt.

³⁰ Het kan leiden tot minder vervoer, meer behandeling ter plekke en minder verschillende zorgverleners voor de patiënt (Van den Broek et al., 2014; Bespreking Patient journeys).

³¹ Arts die de KNMG-opleiding spoedeisende geneeskunde met succes hebben voltooid en de titel "spoedeisendehulparts KNMG/SEH-arts KNMG" mogen voeren.

³² Het begrip ROAZ-regio is in deze flexibel, omdat het ook kan gaan om omliggende ketenpartners die (geografisch) geen onderdeel uitmaken van het ROAZ.

³³ Deze afspraken zijn in aanvulling op de bestaande afspraken in de regio over de inzet van aanvullende, specialistische hulpverleners ter plaatse, waaronder first responders en specialistisch IC-vervoer.

³⁴ In de dagpraktijk belt de huisarts de spoedlijn van een poortspecialisme in het ziekenhuis. Indien de benodigde faciliteiten en/of bemensing niet beschikbaar zijn in het ziekenhuis wat de huisarts belt, dient de medisch specialist bij de huisarts aan te geven in welk ziekenhuis de faciliteiten en/of bemensing aanwezig zijn en neemt de huisarts contact op met het medisch specialisme in het desbetreffende ziekenhuis.

- De HAP en RAV moeten op de hoogte van de aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialismen tijdens ANW-uren in de ziekenhuizen.
- De HAP en RAV moeten weten of (specifieke) opvangcapaciteit beschikbaar is.

Wanneer het toestandbeeld bij triage niet duidelijk is

Wanneer uit de triage blijkt dat een patiënt medisch specialistische zorg nodig heeft, is soms niet duidelijk wat het toestandbeeld is en welk type zorg de patiënt nodig heeft: aanvullende diagnostiek kan nodig zijn.

Voor de fysieke (her)triage en zorgcoördinatie op de SEH geldt, dat als de SEH-verpleegkundige de fysieke (her)triage uitgevoerd heeft, duidelijk is wat de urgentie is.

Wanneer het toestandbeeld bij triage wel duidelijk is

Voor sommige groepen van toestandbeelden (zie onderstaande figuur) dient de SEH/het ziekenhuis te beschikken over specifieke bemensing en faciliteiten. In deze figuur is beschreven:

- voor welke toestandbeelden de ambulancezorg naar de SEH/het ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten dient te vervoeren,
- voor welke toestandbeelden dit (voorlopig) ook het geval is tenzij op regionaal en/of landelijk niveau andere afspraken zijn/worden gemaakt en
- voor welke toestandbeelden de ambulancezorg naar de dichtstbijzijnde SEH/de SEH waar het snelst zorg wordt geboden, kan vervoeren.

Figuur 7. Toestandbeelden waarvoor SEH/Ziekenhuis dient te beschikken over specifieke bemensing en faciliteiten

	Vervoer naar zkh met specifieke bemensing en faciliteiten ¹	Vervoer naar zkh met specifieke bemensing en faciliteiten ¹ , tenzij andere afspraken	Vervoer naar dichtstbijzijnde SEH/ SEH waar snelst zorg wordt geboden
Cardiologie		Acuut Myocard Infarct (AMI)	Overige toestandbeelden
Chirurgie, waaronder (multi)trauma	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma (RTS 11 of PTS 9 en 10) • Multitrauma (ISS>15, RTS<11, PTS<9) 	<ul style="list-style-type: none"> • Geruptureerd acuut abdominaal aneurysma (RAAA) • Nek-/wervelletsel: wervelfractuur 	<ul style="list-style-type: none"> • Brandwonden (ter stabilisatie, daarna evt. overplaatsing naar brandwondencentrum)² • Overige toestandbeelden
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> • Cardio Vasculair Accident (CVA) met intra-arteriële behandeling (IAT) • Verdenking sub-arachnoidale bloeding (SAB) met gedaald bewustzijn en braken 		<ul style="list-style-type: none"> • CVA³ • Verdenking SAB o.b.v. acute hoofdpijn • Overige toestandbeelden
Kinder-geneeskunde			Intensive care behoeftig kind: eerste opvang en stabilisatie ⁴
Overige specialismen			Alle toestandbeelden

¹ Normen (worden) opgesteld, zie Bijlage 3.

² Ook bij een Totaal Verbrand Lichaamsoppervlak (TVLO) > 10% dient de patiënt over het algemeen eerst in het dichtstbijzijnde ziekenhuis ABCD gestabiliseerd te worden. Vervolgens vindt overleg plaats met het brandwondencentrum over eventuele overplaatsing (Landelijk Protocol Ambulancezorg, versie 8.1; Richtlijn Eerste Opvang Brandwondenpatiënten, 2014).

³ De bemensing en faciliteiten op de SEH dienen te voldoen aan de Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg. Op de SEH dient met behulp van beoordelingsfaciliteiten beoordeeld te worden of IAT nodig is. Indien IAT nodig blijkt, dient de patiënt met spoed vervoerd te worden naar een IA behandelcentrum.

⁴ Ieder ziekenhuis is 24/7 verantwoordelijk voor en in staat tot de eerste opvang en stabilisatie van IC-behoefte kinderen (eventueel daarna overplaatsen naar de Pediatric Intensive Care Unit (PICU)).

Voor een aantal van deze (groepen) van toestandsbeelden zijn normen opgesteld en geaccordeerd voor de benodigde faciliteiten en vaardigheden op de SEH. Deze normen per specialisme en toestandsbeeld zijn meer uitgebreid weergegeven in Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld.

Naast bovenstaande toestandsbeelden zijn er nog andere toestandsbeelden waarvoor normen en richtlijnen zijn opgesteld, maar die nog tripartiet moeten worden besproken en vastgesteld. Ook deze zijn meer uitgebreid weergegeven in Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Er is een werkend systeem (7x24 uur) in iedere regio waarin op voorhand duidelijk is naar welke instelling de patiënt vervoerd kan c.q. moet worden.	Bestaande norm	Beleidsregels Wet Toelating Zorginstellingen 2017
Ziekenhuizen hebben in ROAZ-regio's inzichtelijk gemaakt welke ziekenhuizen in de regio specifieke competenties en/of faciliteiten voor bepaalde toestandsbeelden bieden. De aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialisten tijdens ANW-uren zijn inzichtelijk gemaakt. Bij potentieel levensbedreigende situaties waarvoor specifieke competenties/ faciliteiten nodig zijn, vervoert de ambulance de patiënt altijd naar het ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten.	Nieuwe veldnorm	Expertgroep (2017)
Huisartsenpraktijk/HAP		
De huisarts kan als resultaat van de triage of in vervolg op een consult met spoed een Verpleegkundig Specialist of Physician Assistant inzetten of de patiënt verwijzen naar de SEH. In de dagpraktijk belt de huisarts hiervoor de specialist in het ziekenhuis. ³⁵	Aanbeveling	Expertgroep (2017)
Bij de HAP is 24/7 per toestandsbeeld bekend welke ziekenhuizen in de regio de benodigde specifieke competenties en/of faciliteiten bieden. De HAP is daarnaast op de hoogte van de aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialisten tijdens ANW-uren.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016), Expertgroep (2017)
Ambulancezorg		
De HAP en RAV leggen in samenwerkingsafspraken vast in welke situaties de MKA een visite-auto van de HAP inzet en onder welke voorwaarden: Als de verpleegkundig centralist op de MKA op basis van de triage inschat dat voor de betreffende patiënt een consult op de HAP of een visite vanuit de HAP de beste invulling is, draagt hij de patiënt over aan de triagist van de HAP die vervolgens de urgentie bepaalt.	Aanbeveling	Samenwerkings-kader HAP+RAV (2016), Uniformering inzetverdelingsafspraken HAP RAV (2017)
Ambulancezorg doet een digitale vooraankondiging bij het ziekenhuis waar de patiënt zal arriveren. Bij instabiele patiënten doet ambulancezorg een telefonische vooraankondiging.	Nieuwe veldnorm (aanscherping van bestaande normen)	Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (2014); MMT inzet- en cancelcriteria (2013); Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
Voor het besluit om al dan geen MMT in te zetten, maakt de verpleegkundig centralist op de MKA gebruik van de MMT inzet- en cancelcriteria .	Bestaande veldnorm	MMT inzet- en cancelcriteria (2013)
De ambulancezorgprofessional vervoert een bekende patiënt, indien de toestand van de patiënt dit toelaat, naar het ziekenhuis waar hij onder behandeling is. Als hier geen plek is voor eerste opvang, vervoert de ambulancezorgprofessional de patiënt naar een ander ziekenhuis. ³⁶	Aanbeveling	Patient journeys (2016)
In het <i>Landelijk Protocol Ambulancezorg</i> , dat door alle RAV's wordt gebruikt, is opgenomen voor welke toestandsbeelden vervoer naar een SEH/Ziekenhuis met specifieke competenties en/of faciliteiten nodig is.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016), Expertgroep (2017)

³⁵ Indien de benodigde faciliteiten en/of bemensing niet beschikbaar zijn in het ziekenhuis wat de huisarts belt, dient de specialist aan te geven in welk ziekenhuis de faciliteiten en/of bemensing aanwezig zijn en neemt de huisarts contact op met het specialisme in het desbetreffende ziekenhuis.

³⁶ De ziekenhuizen delen de relevante informatie over de patiënt met elkaar. Als dit medisch noodzakelijk is of als de arts een langdurige opname verwacht, wordt de patiënt na de eerste opvang/behandeling zo snel mogelijk teruggeplaatst naar het ziekenhuis waar hij onder behandeling is (met toestemming van de patiënt).

Norm	Status van norm	Bron
In de regionale ambulancezorgprotocollen is per toestandbeeld opgenomen welke ziekenhuizen in de regio de benodigde specifieke competenties en/of faciliteiten bieden. ³⁷	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016), Expertgroep (2017)
De RAV is op de hoogte van de aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialismen tijdens ANW-uren.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016), Expertgroep (2017)
De RAV beschikt over en maakt gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit). ³⁸	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
SEH/Ziekenhuis		
Op een colotatie HAP+SEH gaan patiënten die per ambulance binnenkomen direct door naar de SEH.	Aanbeveling	Handboek samenwerking HAP en SEH (2010); Patient journeys (2016)
Zorgverleners op de SEH beschikken 24/7 over en maken gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit). ³⁹	Nieuwe veldnorm	Programma eSpoed (2012); Patient journeys (2016); Acuu Zorgportaal (2017);

³⁷ Om ervoor te zorgen dat deze informatie snel inzichtelijk is voor de RAV is het aan te bevelen om in de app per regio een overzicht op te nemen voor de koppeling tussen toestandbeeld en het passende ziekenhuis/SEH.

³⁸ Bijvoorbeeld via het Acuu Zorgportaal.

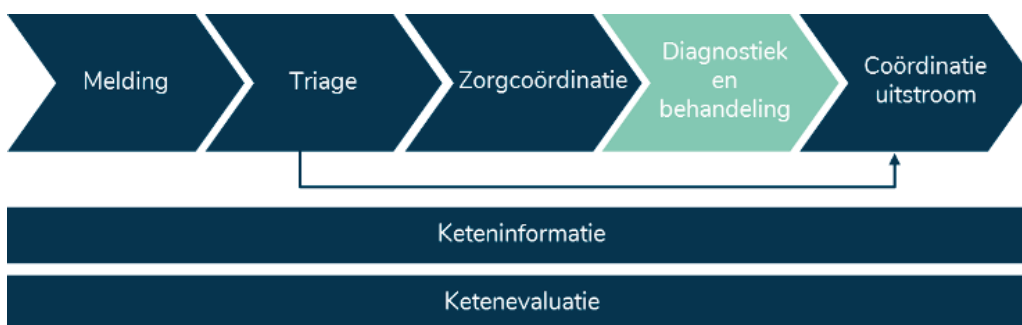
³⁹ Bijvoorbeeld via afstemming met de RAV.

6. Diagnostiek en behandeling

De resultaten van triage en zorgcoördinatie kunnen leiden tot diagnostiek en behandeling. De diagnostiek is een belangrijke stap in het proces van spoedzorg: het bepaalt de keuze voor de in te zetten behandeling.

De diagnostiek kan plaatsvinden in de huisartsenpraktijk, op de HAP, op de plaats van het incident (bijvoorbeeld bij de patiënt thuis) of op de SEH.

Figuur 8. Diagnostiek en behandeling: stap in de spoedzorgketen



In dit hoofdstuk wordt de benodigde diagnostiek en behandeling in de spoedzorg door de huisarts, HAP, ambulancezorg en SEH/Ziekenhuis beschreven aan de hand van drie doelen:

- Paragraaf 6.1: Aanbieders van spoedzorg beschikken 24/7 over de juiste en tijdige bemensing voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag.
- Paragraaf 6.2: Aanbieders van spoedzorg beschikken 24/7 over de juiste faciliteiten voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag.
- Paragraaf 6.3: Zorgverleners gebruiken voor de diagnostiek en behandeling de beschikbare protocollen, richtlijnen en standaarden als handvat.

Voor een deel van de nieuwe normen in dit hoofdstuk geldt dat voldaan moet worden aan bepaalde randvoorwaarden vóór invoering van de norm. Deze randvoorwaarden zijn beschreven in het Implementatieplan behorend bij het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

6.1 Aanbieder spoedzorg beschikt over juiste en tijdige bemensing

Doel

Aanbieders van spoedzorg beschikken 24/7 over de juiste en tijdige bemensing voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag.

Aanbieders van spoedzorg (huisarts, HAP, ambulancezorg en SEH/Ziekenhuis) beschikken zowel overdag als in ANW-uren tijdig over personeel met de juiste kennis en vaardigheden voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag.

Norm	Status van norm	Bron
Huisartsenpraktijk/HAP		
Het medisch handelen van de huisarts is gefundeerd op de huisarts-geneeskundige kernwaarden. De huisarts past hiertoe het diagnostisch, therapeutisch en het preventief arsenaal van het vakgebied doelgericht en evidence based toe. Zie het competentieprofiel van de huisarts voor meer informatie.	Bestaande veldnorm	Competentieprofiel van de huisarts (2016)

Norm	Status van norm	Bron
Ambulancezorg		
Ambulancezorgprofessionals voldoen aan de wettelijke en sectorale opleidings- en bekwaamheidseisen. Het wettelijke ' Besluit functionele zelfstandigheid ' beschrijft nadere regels voor voorbehouden handelingen voor ambulanceverpleegkundigen.	Bestaande veldnorm en wettelijke norm	Nota Goede Ambulancezorg (2018); Besluit functionele zelfstandigheid
De ambulancezorgprofessional onderzoekt de patiënt ter plaatse, stelt een werkdiagnose/toestandsbeeld vast en behandelt de patiënt. Indien vervoer noodzakelijk is, bereidt de ambulancezorg-professional de patiënt hierop voor. Tijdens het vervoer continueert de ambulancezorgprofessional de zorg en behandeling. De ambulancechauffeur zorgt ervoor dat het vervoer op een verantwoorde manier plaatsvindt.	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
SEH		
Op elke SEH is gedurende openingstijden een SEH-arts KNMG ⁴⁰ of een medisch specialist aanwezig die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft. ⁴¹	Aanbeveling	Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009); Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
Indien aan deze aanbeveling niet kan worden voldaan geldt de hiernavolgende norm.		
Indien aan bovenstaande aanbeveling niet kan worden voldaan, geldt de volgende norm:	Nieuwe veldnorm	Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009); De basis moet goed! (2012); Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017); Kwaliteitsraad, mede o.b.v. input van de elf partijen.
Op elke SEH is gedurende openingstijden tenminste een arts ⁴² aanwezig met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care.		
Ervaringsduur is slechts een beperkte maat voor de inschatting van bekwaamheid. Entrusted Professional Activities (EPA's) zijn ontwikkeld voor opleidingsdoeleinden en lijken veelbelovende instrumenten om bekwaamheid beter in te schatten, ook in de spoedzorg.	Opdracht	Kwaliteitsraad (2019)
Daarom geeft de Kwaliteitsraad aan de FMS en de NVZ opdracht om in goede afstemming met de andere partijen de komende twee jaren te experimenteren met EPA's in de spoedzorg. Op basis van de uitkomsten van de evaluatie past de Landelijke Spoedzorgtafel ⁴³ via een addendum op het Kwaliteitskader de norm aan, tenzij de evaluatie de meerwaarde van de EPA's niet aantoonst (deadline 1 juli 2022).		
De arts ⁴⁴ op de SEH heeft ervaring met spoedeisende hulpverlening en is in staat om bij patiënten van alle leeftijden: - De vitale bedreiging direct te onderkennen - De patiënt te reanimeren en te stabiliseren op volgorde van behandelprioriteit - De ernst van het klinisch beeld snel en accuraat te kunnen bepalen - Te bepalen of de benodigde zorg aan de patiënt de mogelijkheden van de eigen expertise, de eigen afdeling of het eigen ziekenhuis of overstijgen - Er zorg voor te dragen dat de patiënt de best mogelijke zorg ontvangt en de zorg niet verslechtert tijdens evaluatie, reanimatie en verplaatsing van de patiënt naar een andere omgeving dan de SEH.	Bestaande veldnorm (normstelling van advies Commissie Breedveld)	Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009)
In het ziekenhuis is (gedurende openingstijden van de SEH) een arts ⁴⁵ aanwezig die binnen maximaal 5 minuten na oproep op de SEH kan zijn (of daar al is) om de luchtweg te zeker en te reanimeren.	Bestaande veldnorm (normstelling van advies Commissie Breedveld)	Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009)

40 Arts die de KNMG-opleiding spoedeisende geneeskunde met succes hebben voltooid en de titel "spoedeisendehulparts KNMG/SEH-arts KNMG" mogen voeren.

41 De cursus Advanced Life Support richt zich op het herkennen van ernstig zieke volwassenen, het voorkomen van verslechtering van het klinisch beeld en de behandeling van cardiopulmonaal arrest. De cursus Advanced Pediatric Life Support is gericht op het herkennen van ernstig zieke kinderen, het voorkomen van verslechtering en behandeling van het cardiopulmonaal arrest bij kinderen. Indien andere cursussen worden gehanteerd, dienen deze aantoonbaar van gelijke kwalitatieve waarde te zijn.

42 Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige.

43 Zie ook hoofdstuk 11.

44 Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige.

45 Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige.

Norm	Status van norm	Bron
Voor de arts ⁴⁶ op de SEH is van ieder poortspecialisme ⁴⁷ bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar voor overleg.	Bestaande veldnorm (normstelling van advies Commissie Breedveld)	Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009)
Op elke SEH is tijdens openingstijden minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige aanwezig die naast aantoonbare werkervaring op de SEH minimaal het volgende onderwijs heeft gevolgd: een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar, een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van SEH, en specifieke trainingen op het gebied van triage, een training in een systematische opvang van een trauma patiënt en een training in de systematische opvang van een vitaal bedreigd kind.	Bestaande veldnorm (normstelling van advies Commissie Breedveld)	Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009); Expertgroep (2017)
SEH/Ziekenhuis		
Aanvullend op de expertise van de dienstdoende arts op de SEH kan bij geriatrische problematiek een Verpleegkundig Specialist (VS)/Physician Assistant (PA)/Arts met geriatrische expertise ingezet worden. Deze functionaris heeft tenminste aantoonbare geriatrische expertise opgedaan via bij- en nascholing. De VS kan ook een aanvullende verpleegkundige opleiding tot geriatrie-verpleegkundige hebben gevolgd.	Aanbeveling	Kwaliteitsaspecten en normering keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis (2017); Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017); Kwaliteitsraad, mede op basis van de input van de elf betrokken partijen.
Als bij beoordeling op de SEH blijkt dat er sprake is van specialistische geriatrische problematiek, kan de dienstdoende arts of bovengenoemde VS of PA indien nodig een beroep doen op een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Deze klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde is 24/7 bereikbaar voor telefonische consultatie en 24/7 beschikbaar om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling. De beschikbaarheid kan ook regionaal worden georganiseerd.	Nieuwe veldnorm	Kwaliteitsraad, mede op basis van de input van de betrokken partijen

⁴⁶ Met het woord arts wordt bedoeld tenminste een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding), dan wel een hoger gekwalificeerde geneeskundige.

⁴⁷ Poortspecialist volgens de NZa: "De medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch-specialistische zorg. Als poortspecialismen worden de volgende specialismen onderscheiden: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heelkunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatalogie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde." (NZa beleidsregel https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21815_22/3/)

Norm	Status van norm	Bron
<p>Bij een geopende SEH is in geval van een trauma, indien nodig, binnen de volgende tijd na oproep een specialist aanwezig.^{48 49}</p> <p>- Anesthesiologie: Anesthesioloog binnen kantooruren 15 minuten. Buiten kantooruren voor een level 1 ziekenhuis 24/7 15 minuten, 30 minuten in een level 2 en 45 minuten in een level 3 ziekenhuis.</p> <p>- Chirurgie: Level 1 ziekenhuis: binnen kantooruren traumachirurg aanwezig, buiten kantooruren AIOS (min. 3e jaars) aanwezig en een NVT-traumachirurg binnen 15 minuten. Level 2 ziekenhuis: binnen kantooruren chirurg binnen 15 minuten, buiten kantooruren ANIOS Heelkunde aanwezig en NVT-traumachirurg binnen 15 minuten. Level 3 ziekenhuis: binnen kantooruren chirurg binnen 15 minuten en buiten kantooruren binnen 30 minuten.</p> <p>- Neurologie: Neuroloog binnen kantooruren 15 minuten, buiten kantooruren 30 minuten. Voor een level 1 ziekenhuis geldt 24/7 15 minuten.</p> <p>- Radiologie: Radioloog kan binnen 15 minuten na doorsturen naar PACS via beveiligd internet starten met beelden beoordelen, tenzij aanwezigheid noodzakelijk; in dat geval kan radioloog binnen kantooruren binnen 15 minuten en buiten kantooruren binnen 30 minuten na oproep aanwezig zijn.</p> <p>- OK-team: Level 1 ziekenhuis: OK-team 24/7 binnen 15 minuten na oproep, level 2 ziekenhuis 24/7 binnen 30 minuten na oproep. Voor level 3 ziekenhuizen bestaat geen tijdsnorm.</p>	Bestaande veldnormen in geval van een trauma	Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009); Levelcriteria Trauma chirurgie (2013)
<p>Voor een Cardiac Care Unit (CCU) geldt 24/7 dat een cardioloog binnen 30 minuten na oproep aanwezig is.</p> <p>Voor een Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) geldt:</p> <p>- tijdens kantooruren: is een cardioloog-intensivist binnen 30 minuten aanwezig.</p> <p>- buiten kantooruren: is een cardioloog binnen 30 minuten aanwezig met supervisie van cardioloog-intensivist.</p>	Bestaande veldnorm	Leidraad EHH, CCU en ICCU (2017);
<p>Ieder ziekenhuis is 24/7 verantwoordelijk voor en in staat tot de eerste opvang en stabilisatie van IC-behoefte kinderen:</p> <p>- Er zijn schriftelijk vastgelegde procedures voor de acute opvang van kinderen.</p> <p>- De benodigde middelen en getrainde/bevoegde medewerkers zijn beschikbaar.</p> <p>Iedere Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) heeft werkafspraken met de ziekenhuizen in zijn regio over verantwoordelijkheid voor de eerste opvang, overdracht en transport van IC-behoefte kinderen en de zorg na ontslag uit de PICU.</p>	Bestaande veldnorm	Kwaliteits-criteria Kindergeneeskunde (2014) – nog niet tripartiet vastgesteld (zie implementatie plan)
<p>Naast de hierboven beschreven normen voor de beschikbaarheid van juiste en tijdige bemensing, zijn er voor sommige (groepen van) toestandsbeelden (zie Figuur 7) specifieke normen en indicatoren opgesteld.</p> <p>Deze normen en indicatoren per specialisme en toestandsbeeld zijn meer uitgebreid weergegeven in Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld.</p>	Bestaande veldnormen	Zie vermelding in overige externe bronnen (zie Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld)
<p>Voor de specialismen Cardiologie en Kindergeneeskunde⁵⁰ zijn vooralsnog geen tijdsnormen opgesteld.</p>		Elf partijen ⁵¹

48 Voor een omschrijving van de hieronder genoemde level 1, 2 en 3 ziekenhuizen zie Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld. De in deze tabel genoemde beschikbaarheid van de anesthesioloog en de radioloog op de SEH zijn door de NVA en de NVvR onderschreven. De Levelcriteria Traumachirurgie 2013 is een monodisciplinair vastgestelde richtlijn. De NVT-levelcriteria zijn door de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie eind 2018 herzien, maar nog niet multidisciplinair vastgesteld.

49 Door opname van de bestaande richtlijnen over tijdsnormen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen worden de richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen veldnormen. Niet alle specialismen hebben tijdsnormen opgesteld.

50 In een aantal regionale richtlijnen is opgenomen dat een kinderarts binnen 15 minuten na oproep op de SEH aanwezig moet zijn (Richtlijn OLVG en Richtlijn regio's Noord-Holland en Flevoland).

51 Door opname van de bestaande richtlijnen over tijdsnormen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen worden de richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen veldnormen. Niet alle specialismen hebben tijdsnormen opgesteld. De elf partijen bevelen deze betreffende wetenschappelijke verenigingen aan alsnog op landelijk niveau tijdsnormen op te stellen.

6.2 Aanbieder spoedzorg beschikt over juiste faciliteiten

Doel

Aanbieders van spoedzorg beschikken 24/7 over de juiste faciliteiten voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag.

Aanbieders van spoedzorg (huisarts, HAP, ambulancezorg en SEH/Ziekenhuis) beschikken zowel overdag als in ANW-uren over de juiste faciliteiten voor het diagnosticeren en behandelen van een spoedzorgvraag.

Norm	Status van norm	Bron
Huisartsenpraktijk/HAP		
De huisarts heeft zowel in de zorg tijdens kantooruren als tijdens de ANW-diensten op de huisartsenpost voldoende mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek, desgewenst inclusief interpretatie van de diagnostiek.	Aanbeveling	NHG-Standpunt Huisarts en Spoedzorg (2013); Patient journeys (2016)
Ambulancezorg		
Voor het leveren van ambulancezorg zet de RAV 24/7 kwalitatief hoogwaardig en functioneel materieel in (zie nadere beschrijving in de Nota). ⁵²	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
SEH/Ziekenhuis		
Bij iedere geopende SEH zijn laboratorium- en röntgenfaciliteiten direct toegankelijk.	Bestaande veldnorm	De basis moet goed! (2012); Levelcriteria Traumachirurgie (2013)
Bij iedere geopende SEH is in het ziekenhuis een afdeling voor de observatie en diagnostiek van patiënten "met acute problematiek" beschikbaar.	Aanbeveling	De basis moet goed! (2012)
Bij iedere geopende SEH zijn ondersteunende specialismen binnen 30 minuten na oproep bereikbaar: - apotheek - klinische chemie - medische microbiologie	Nieuwe veldnorm (Aanscherping en normstelling van advies Gezondheidsraad)	De basis moet goed! (2012); Expertgroep (2017)
Naast de hierboven beschreven normen voor de faciliteiten op de SEH, zijn er voor sommige (groepen van) toestandsbeelden (zie Figuur 7) specifieke normen en indicatoren opgesteld. Deze normen en indicatoren per specialisme en toestandsbeeld zijn meer uitgebreid in Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld.	Bestaande veldnormen	Zie vermelding in overige externe bronnen (zie Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld)

⁵² De RAV's die aangewezen zijn als samenwerkingspartner van een MICU-coördinatiecentrum zijn verantwoordelijk voor de aanschaf en het onderhoud van een IC-ambulance conform de daarvoor ontwikkelde technische richtlijnen, de inzet van bekwame chauffeurs die aanvullend zijn opgeleid voor het vervoeren van IC-patiënten in een MICU en de beschikbaarheid van de MICU-wee

6.3 Geprotocolleerde diagnostiek en behandeling

Doel

Zorgverleners gebruiken voor de diagnostiek en behandeling de beschikbare protocollen, richtlijnen en standaarden als handvat.

Zorgverleners maken voor de diagnostiek en behandeling gebruik van de beschikbare richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden en organisatiebeschrijvingen⁵³, zoals die opgesteld zijn door de wetenschappelijke verenigingen dan wel professionele vakverenigingen.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, waaronder de professionele standaard (richtlijn, module, norm, zorgstandaard ⁵⁴ , protocol, organisatiebeschrijving).	Wettelijke norm	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Hoofdstuk 2, Artikel 2.2); Zorgverzekeringswet
Ziekenhuis		
Als bij de diagnostiek of behandeling in het ziekenhuis blijkt dat de patiënt zorg nodig heeft van een ander specialisme of in een ander ziekenhuis, zorgt de behandelend zorgverlener dat de patiënt snel alsnog de zorg op de juiste plaats ontvangt.	Nieuwe veldnorm	Expertgroep (2017)
Bij een opname in het ziekenhuis vraagt de zorgverlener een actueel medicatie-afleveroverzicht op bij de openbare apotheek en stelt de zorgverlener een actueel medicatieoverzicht op.	Bestaande veldnorm	Medicatieverificatie bij opname en ontslag (2008) (zie ook VIPP-programma (2017))

⁵³ Zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel z van de Zorgverzekeringswet.

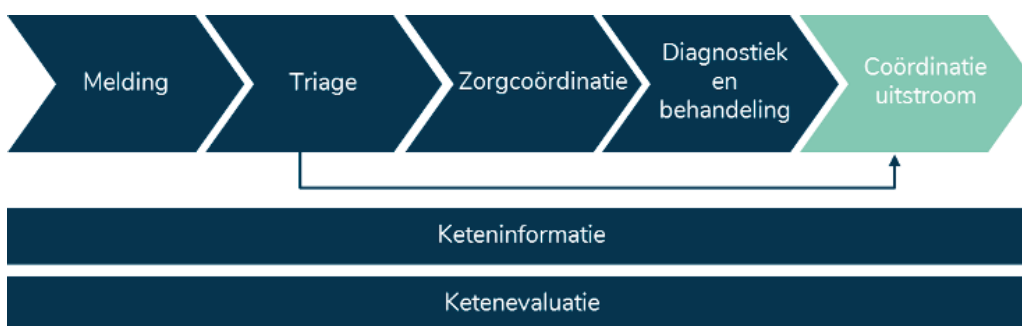
⁵⁴ Zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel z van de Zorgverzekeringswet.

7. Coördinatie uitstroom

In dit hoofdstuk wordt de uitstroom beschreven die kan plaatsvinden naar huis, eventueel met verpleegkundige zorg en/of behandeling, of naar een (tijdelijk) verblijf elders.

De spoedzorgketen start bij de melding van een spoedzorgvraag en eindigt als de patiënt niet (meer) aangewezen is op het spoedzorgaanbod en weer terug naar huis kan of kan doorstromen naar niet-spoedzorg. Uitstroom kan al vroeg in de keten plaatsvinden, bijvoorbeeld nadat triage of eerste hulp ter plaatse plaatsgevonden heeft. Uitstroom kan ook later in de keten plaatsvinden, bijvoorbeeld nadat een spoedbehandeling plaatsgevonden heeft.

Figuur 9. Coördinatie uitstroom: stap in de spoedzorgketen



Als de patiënt geen medisch specialistische zorg maar nog wel generalistische geneeskundige zorg nodig heeft, kan de vervolgzorg geleverd worden in een Eerstelijnsverblijf (ELV) of Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ). Als alsnog medisch specialistische zorg nodig is, kan vervolgzorg geleverd worden in het ziekenhuis of in een revalidatiekliniek. Soms heeft een patiënt die in de spoedzorgketen terecht komt al een Wet langdurige zorg (Wlz)-indicatie (thuis of in verpleeghuis). Meestal vindt de vervolgzorg dan in het verpleeghuis plaats.⁵⁵

In dit Kwaliteitskader wordt niet ingegaan op normen voor de doorstroom vanuit de SEH naar de Intensive Care (IC), operatiekamer (OK) en klinische afdeling binnen het ziekenhuis.

De gewenste organisatie van de genoemde vormen van uitstroom uit de spoedzorgketen wordt beschreven aan de hand van twee doelen:

- Paragraaf 7.1: Patiënten kunnen in iedere regio 24/7 uitstromen uit de spoedzorgketen *naar huis* met goede opvang en vervolgzorg.
- Paragraaf 7.2: Patiënten kunnen in iedere regio 24/7 uitstromen uit de spoedzorgketen *naar een (tijdelijk) verblijf* waar goede vervolgzorg wordt geleverd.

Bij de uitstroom uit de spoedzorgketen is vaak sprake van samenwerking met apothekers en aanbieders van (spoed) verpleegkundige zorg aan huis. Zij zijn niet betrokken bij het opstellen van het Kwaliteitskader. In dit kader is daarom ontstaan met aanbevelingen over de beschikbaarheid van deze voorzieningen. Bij een volgende versie zullen de betreffende organisaties betrokken worden.

⁵⁵ In het geval van een psychische hulpvraag kan uitstroom naar een GGZ-instelling of naar huis met psychische zorg nodig zijn.

7.1 Goede opvang en vervolgzorg thuis na uitstroom 24/7 mogelijk

Doel

Patiënten kunnen in iedere regio 24/7 uitstromen uit de spoedzorgketen naar huis met goede opvang en vervolgzorg.

Goede opvang en vervolgzorg thuis na uitstroom uit de spoedzorgketen is 24/7 mogelijk. Om dit te realiseren, is de spoed verpleegkundige zorg en behandeling aan huis 24/7 beschikbaar en is er een medicatie uitgiftepunt aanwezig in de directe nabijheid van iedere HAP en ieder ziekenhuis met SEH. Bij het medicatie uitgiftepunt kan een patiënt met een spoedzorgvraag tot in ieder geval de eerstvolgende werkdag medicatie mee krijgen.

Norm	Status van norm	Bron
Partijen spannen zich in om spoed (specialistische) verpleegkundige zorg en behandeling aan huis 24/7 mogelijk te maken door de snelle beschikbaarheid van verpleging en verzorging aan huis.	Aanbeveling	Patient journeys (2016)
In aanvulling op de huisartsgeneeskundige zorg zet een huisarts zo nodig een specialist ouderengeneeskunde in, zowel voor patiënten met als zonder een Wlz-indicatie. Afhankelijk van de vraagstelling van de huisarts en de gevoelde beperkingen van de patiënt, biedt de specialist ouderengeneeskunde specifieke medische zorg.	Aanbeveling	Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde (2017); Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
Bij iedere HAP en SEH is in de directe nabijheid een door de apotheek beheerde medicatie uitgiftepunt aanwezig, van waaruit de patiënt 24/7 medicatie tot in ieder geval de eerstvolgende werkdag mee kan krijgen.	Aanbeveling	De basis moet goed! (2012); Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
Er is in het ziekenhuis een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject voor (kwetsbare) patiënten, inclusief het nazorgtraject op de polikliniek.	Nieuwe norm	KNMG Standpunt ouderenzorg (2010); Toetsingskader Overdracht ZH – VVT (2013)
In iedere ROAZ-regio worden de inzet van zorg thuis en de verblijfsvormen vanuit één punt gecoördineerd. ⁵⁶	Aanbeveling	Patient journeys (2016)
De patiënt ontvangt wanneer hij overgedragen wordt naar een andere zorgverlener duidelijke informatie over het vervolg van de overdragende zorgverlener. Als uit de triage geen diagnostiek en behandeling volgen, krijgt de patiënt instructies en geeft de zorgverlener aan wie de patiënt bij vragen of verergering van de klachten kan bellen (zie ook paragraaf 8.3).	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)

⁵⁶ Of enkele beperkte punten. Minister Schippers heeft zorgverzekeraars de opdracht gegeven om, in overleg met de zorgaanbieders, zorg te dragen voor het regionaal beschikbaar komen van één 'loket' waar huisartsen en ziekenhuizen 24/7 terecht kunnen wanneer zij een bed zoeken, zowel voor (vervolg)zorg na ontslag uit het ziekenhuis als voor instroom direct vanuit de eerste lijn.

7.2 Goede vervolgzorg in een (tijdelijk) verblijf na uitstroom is 24/7 mogelijk

Doel

Patiënten kunnen in iedere regio 24/7 uitstromen uit de spoedzorgketen naar een (tijdelijk) verblijf waar goede vervolgzorg wordt geleverd.

Zowel tijdens kantooruren als tijdens ANW-uren spannen ketenpartijen zich in om uitstroom uit de spoedzorgketen mogelijk te maken door de beschikbaarheid van bedden (inclusief personeel) waar patiënten (tijdelijk) kunnen verblijven voor de noodzakelijke vervolgzorg. Zorgverzekeraars spelen hierbij ook een belangrijke rol door middel van de zorginkoop. In onderstaande overzichten wordt onderscheid gemaakt tussen het tijdelijk verblijf met generalistische geneeskundige zorg (eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg) en het tijdelijk verblijf met medisch specialistische zorg (ziekenhuis, revalidatiekliniek).

Verblijf met generalistische geneeskundige zorg

Norm	Status van norm	Bron
Zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de ROAZ-regio spannen zich in om 24/7 inzicht te hebben in de beschikbaarheid en de capaciteit van de vervolgzorg vanuit de huisartsenzorg/HAP, de SEH of het ziekenhuis (zowel bij vervolgzorg na ontslag uit het ziekenhuis als direct vanuit de eerste lijn, onder andere voor ouderen. ⁵⁷	Aanbeveling	Patient journeys (2016)
In iedere ROAZ-regio spannen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich in om spoedopname in een tijdelijk verblijf (eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg) 24/7 mogelijk te maken door de beschikbaarheid van voldoende capaciteit en coördinatie rondom de opnameprocedure.	Aanbeveling	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
Partijen spannen zich in om spoedopname in een verpleeghuis 24/7 mogelijk te maken voor personen met een Wlz-indicatie.	Aanbeveling	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)

Verblijf met medisch specialistische zorg

Norm	Status van norm	Bron
Goede electieve tweedelijnszorg, na uitstroom uit de spoedzorgketen, is zowel overdag als tijdens ANW-uren mogelijk door de beschikbaarheid van opnamecapaciteit in het ziekenhuis waar de spoedzorg plaatsgevonden heeft of in een ander ziekenhuis.	Nieuwe veldnorm	Expertgroep (2017)
Bij een interklinische overplaatsing geldt dat het zorgniveau van het verwijzende ziekenhuis gehandhaafd blijft. De RAV en het ziekenhuis hebben afspraken over de noodzakelijke instructies aan personeel (mondeling en schriftelijk), (aanvullende) personele begeleiding vanuit het ziekenhuis en directe telefonische bereikbaarheid van de verwijzer tijdens het vervoer.	Nieuwe veldnorm	Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 8.1 (2016); Stuurgroep (2017)
In de ROAZ-regio zijn afspraken over vervoer en overdracht naar een tijdelijk verblijf waar medisch specialistische zorg verleend wordt, zoals een traumacentrum of brandwondencentrum.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)
Opname in een tweedelijns revalidatiekliniek (o.l.v. medisch specialist) is binnen 24 uur mogelijk door voldoende beschikbaarheid van revalidatiezorg en coördinatie rondom de opnameprocedure.	Aanbeveling	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)

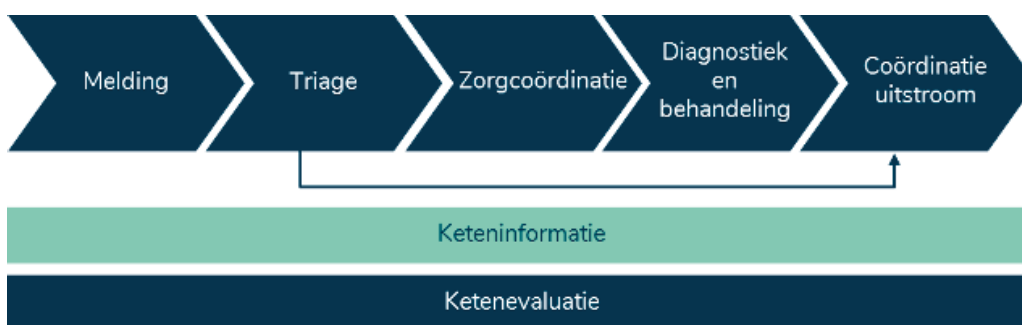
⁵⁷ Bij het realiseren van voldoende capaciteit spelen zorgverzekeraars een belangrijke rol d.m.v. de zorginkoop (Minister van VWS, 2017).

8. Keteninformatie

De beschikbaarheid van actuele gegevens van de patiënt tijdens iedere schakel in de spoedzorgketen, zowel uit de eerste als tweedelijnszorg, is essentieel en onmisbaar om kwalitatief hoogstaande spoedzorg te kunnen leveren (NHG en Nictiz, 2014; patient journeys). Het gaat hierbij onder andere om informatie over de voorgeschiedenis, medicatiegebruik en behandelwensen en -beperkingen.

Daarnaast is het van belang dat bij iedere schakel in de spoedzorgketen voor de patiënt en zijn naasten duidelijk is wie de coördinatie en regie voert.

Figuur 10. Keteninformatie: onderdeel van de spoedzorgketen



In iedere stap van de spoedzorgketen voldoet de zorgverlening daarom aan de volgende doelen voor informatiebeschikking en -verstrekking:

- Paragraaf 8.1: Iedere zorgverlener in de spoedzorgketen beschikt over actuele gegevens van de patiënt, zowel uit de eerste als tweedelijns zorg.
- Paragraaf 8.2: De wensen van de patiënt ten aanzien van behandeling en eventuele behandelbeperkingen zijn, indien relevant, vastgelegd en beschikbaar voor iedere zorgverlener in de spoedzorgketen van de patiënt.
- Paragraaf 8.3: Zorgverleners verstrekken patiënten en hun naasten informatie wanneer zij zich melden met een spoedzorgvraag en bij ieder overdrachtsmoment.
- Paragraaf 8.4: Zorgverleners dragen de patiënt zorgvuldig over aan een volgende zorgverlener in de spoedzorgketen en maken daarbij gebruik van een standaard instrument.

8.1 Beschikbaarheid actuele patiëntgegevens

Doel

Iedere zorgverlener in de spoedzorgketen beschikt over actuele gegevens van de patiënt, zowel uit de eerste als tweedelijnszorg.

Om actuele gegevens van de patiënt beschikbaar te maken voor iedere zorgverlener in de spoedzorgketen, is het elektronisch delen van actuele gegevens over de patiënt nodig. In het Informatieberaad werken de overheid en zorgsector samen om stapsgewijs meer samenhang in de zorgbrede informatievoorziening aan te brengen (Informatieberaad, 2017).

Ook lijkt de instemming van de Eerste Kamer met het wetsvoorstel over 'Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens' op 4 oktober 2016 een stap in de richting van de wettelijke verankering van het elektronisch delen van actuele gegevens over de patiënt te zijn.

Het wetsvoorstel stelt kaders voor het uitwisselen van medische gegevens. Bepaalde onderdelen, zoals het digitaal inzage-recht en de gespecificeerde toestemming van patiënten, gaan pas in 2019 in. Dan moet duidelijk zijn of de informatie-uitwisseling technisch uitvoerbaar en betrouwbaar is en hoe de gespecificeerde toestemming van patiënten gaat werken (Eerste Kamer, 2016). Volgens de Wgbo (artikel 457, lid 2) mag informatie van

de patiënt worden gedeeld met zorgverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Zorgaanbieders en zorgverleners zijn systematisch en aantoonbaar bezig met het verbeteren van de patiëntveiligheid rondom de overdracht van medicatiegegevens en hebben de verantwoordelijkheden en bevoegdheden hieromtrent goed vastgelegd.	Wettelijke norm	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg; Wet BIG; Richtlijn medicatieoverdracht (2008)
De huisarts, HAP, SEH, RAV en MMT delen de actuele medische en andere relevante gegevens waaronder de gegevens van een contactpersoon die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar. In de Richtlijn gegevensuitwisseling is beschreven welke informatie de ketenpartijen met elkaar delen. De webpagina Informatiestandaarden acute zorg geeft toegang tot de gepubliceerde informatiestandaarden acute zorg, welke gebaseerd zijn op deze Richtlijn gegevensuitwisseling .	Nieuwe veldnorm	Richtlijn Gegevens-uitwisseling acute zorg (2014); Richtlijn gegevensuitwisseling Huisarts Specialist (2017) Informatiestandaard acute zorg (2017)
De zorgverlener informeert de opvolgende zorgverlener schriftelijk (digitaal) over relevante gegevens betreffende zijn of haar handelen (in het geval van spoedzorg vaak eerst mondeling en achteraf schriftelijk).	Bestaande norm	KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling (2010)
Zorgverleners, zoals triagisten en huisartsen op de HAP, ambulancezorgprofessionals met inbegrip van de verpleegkundig centralist MKA, verpleegkundig specialisten en SEH-artsen KNMG doen bij het Landelijk Schakelpunt (LSP) een verzoek tot inzage in de aan de patiënt verstrekte medicatie bij apotheken. Het LSP levert de informatie vervolgens binnen enkele seconden aan. ⁵⁸	Nieuwe veldnorm	Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg (2014); VZVZ (2017)
Voorschrijvers hebben bij ieder contact met de patiënt een actueel medicatieoverzicht beschikbaar. De voorschrijver is verantwoordelijk voor het registreren van alle door hem geïnitieerde wijzigingen in de medicatie.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016); Stuurgroep (2017)
Huisartsenpraktijk/HAP		
De gegevens die tijdens de waarneming door een andere huisarts zijn vastgelegd, zijn beschikbaar bij de huisarts.	Bestaande veldnorm	Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (2014)
Voor het te allen tijde kunnen opvragen van een "spoedeisende hulp samenvatting" uit het medisch dossier bij de eigen huisarts is het noodzakelijk dat deze gegevens 24 uur/dag en 7 dagen per week beschikbaar en toegankelijk zijn. ⁵⁹	Bestaande veldnorm	Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (2014)
Ambulancezorg		
Informatie van de patiënt en de aan hem verleende zorg wordt door de ambulancezorgprofessionals (met inbegrip van verpleegkundig centralist MKA) vastgelegd en opgenomen in een patiëntendossier.	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
Na de verleende ambulancezorg, waaronder de 'eerste hulp geen vervoer', is er altijd een schriftelijke terugkoppeling naar de eigen huisarts en zo nodig naar de HAP, conform de richtlijn E-spoed.	Nieuwe veldnorm	Samenwerkingskader HAP + RAV (2016); Patient journeys (2016)
Ziekenhuis		
Het ziekenhuis informeert bij overdracht de opvolgende zorgverlener over: <ul style="list-style-type: none"> - de gestelde diagnose - het vastgestelde behandel/zorgplan - het actuele medicatieoverzicht - de vastgestelde respons van behandelingen/begeleiding - ontslag - bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis. 	Bestaande norm	Kwaliteit in zicht (2011); Toetsingskader Overdracht ZH – VVT (2013)

⁵⁸ De informatie over verstrekte medicatie is alleen beschikbaar bij het LSP als de patiënt hiervoor toestemming aan de apotheek gegeven heeft (VZVZ, 2017).

⁵⁹ Een huisarts kan deze informatie alleen beschikbaar stellen bij het LSP als hij hiervoor een opt-in (toestemming) van de patiënt heeft (VZVZ, 2017).

8.2 Wensen van de patiënt zijn beschikbaar

Doel

De wensen van de patiënt ten aanzien van behandeling en eventuele behandelbeperkingen zijn, indien relevant, vastgelegd en beschikbaar voor iedere zorgverlener in de spoedzorgketen van de patiënt.

Iedere zorgverlener in de spoedzorgketen heeft inzicht nodig in de wensen van de patiënt ten aanzien van behandelwensen en -beperkingen, zodat hij deze mee kan nemen bij het bepalen van de in te zetten diagnostiek en behandeling. Het is hiervoor van belang dat de huisarts, met toestemming van de patiënt, de behandelwensen en -beperkingen van de patiënt opneemt in (de professionele samenvatting van) het medisch dossier van de patiënt en deze informatie up-to-date houdt.

Norm	Status van norm	Bron
Huisarts		
De huisarts neemt indien relevant, met toestemming van de patiënt, de behandelwensen en -beperkingen van de patiënt op in (de professionele samenvatting van) het medisch dossier van de patiënt en houdt deze informatie up to date.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)
Keten		
Iedere zorgverlener in de spoedzorgketen controleert bij het uitvoeren van triage, diagnostiek en behandeling of de patiënt behandelbeperkingen en/of -wensen heeft, bijvoorbeeld met betrekking tot het reanimatiebeleid. ⁶⁰	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)

⁶⁰ Zolang ambulancezorg nog geen inzicht in het terughoudend beleid heeft, draagt de huisarts/HAP eventuele afspraken over terughoudend beleid over aan de ambulancezorg-professionals (Samenwerkingskader HAP+RAW, 2016).

8.3 Informatie voor patiënten en naasten

Doel

Zorgverleners verstrekken patiënten en hun naasten informatie wanneer zij zich melden met een spoedzorgvraag en bij ieder overdrachtsmoment.

Het is voor de patiënt van belang dat zorgverleners in iedere stap van de spoedzorgketen informatie verstrekken over de wachttijd, welke zorgverlener hen zal helpen en eventueel welke diagnostiek er plaats zal vinden. Daarnaast communiceren zorgverleners over de keuzemogelijkheden. Hierbij voorzien de zorgverleners de patiënt van de benodigde informatie en dragen zij zorg voor verwachtingsmanagement.⁶¹

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
De patiënt is bij en na elk contact met een voorschrijver adequaat geïnformeerd over de medicatie.	Bestaande veldnorm	Richtlijn medicatieoverdracht (2008)
Na de overdracht is voor de patiënt duidelijk wie aanspreekpunt is voor vragen, wie inhoudelijk verantwoordelijk is voor de behandeling en wie de coördinatie en regie voert van de behandeling.	Nieuwe veldnorm	KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling (2010); Patient journeys (2017)
De patiënt ontvangt wanneer hij overgedragen wordt naar een andere zorgverlener duidelijke informatie van de zorgverlener die overdraagt over het vervolg van de behandeling.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)
Als uit de triage geen diagnostiek en behandeling volgen, krijgt de patiënt eventuele benodigde instructies en geeft de zorgverlener aan wie de patiënt bij vragen of vergering van de klachten kan bellen.	Nieuwe veldnorm	Samenwerkingskader HAP + RAV (2016); Patient journeys (2016)
Ambulancezorg		
Ambulancezorgprofessionals informeren patiënten en/of hun naasten zo goed mogelijk over de spoedzorg die zij (gaan) ontvangen en het ambulancezorgproces is voor alle betrokkenen (patiënten, ketenpartners) inzichtelijk.	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
Ambulancezorgprofessionals informeren de patiënt duidelijk waarom zij besluiten wel of niet te vervoeren en wat de vervolgzorg is.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)
SEH		
De SEH-verpleegkundige verstrekt de patiënt na de triage informatie over de urgentiecode en de daarbij behorende wachttijd. De SEH-verpleegkundige benoemt hierbij ook de 'hertrriage' en legt uit wat dit is. Mondelinge informatie wordt ondersteund met aanvullend informatie-materiaal, zoals posters in de wachtkamer en/of een informatiefolder.	Bestaande veldnorm	Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp (2008)
De zorgverlener op de SEH wijst de patiënt op het bestaan van de website SEHzorg.nl en de app SEH zorg.	Aanbeveling	Stuurgroep (2017)
SEH		
Bij ontslag uit het ziekenhuis ontvangt de patiënt informatie over zijn lichamelijke toestand, de behandeling die hij heeft ondergaan, de medicatie en de nazorg en controle.	Wettelijke norm	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

⁶¹ Waar in deze paragraaf staat 'patiënt', wordt bedoeld voor patiënten jonger dan twaalf jaar en patiënten die niet in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen op de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt (zie de WGBO, artikel 465 voor meer informatie).

8.4 Zorgvuldige overdracht van patiënt

Doel

Zorgverleners dragen de patiënt zorgvuldig over aan een volgende zorgverlener in de spoedzorgketen en maken daarbij gebruik van een standaard instrument

Bij ieder overdrachtsmoment dragen zorgverleners de patiënt zorgvuldig over aan de volgende zorgverlener in de spoedzorgketen. Zij maken hierbij gebruik van een standaard instrument, bijvoorbeeld de Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR)-methode.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Er is een expliciete (schriftelijke) overdracht van taken en verantwoordelijkheden aan de opvolgende zorgverlener (intern of extern). Zorgverleners maken hierbij gebruik van een standaard instrument, bijvoorbeeld de SBAR. De opvolgende zorgverlener vraagt bij ontbrekende informatie actief informatie op bij de voorgaande zorgverlener die nodig is voor zijn of haar handelen.	Bestaande norm	KNMG Handreiking Verantwoordelijkheids-verdeling (2010); Communicatie tussen hulpverleners volgens het SBAR-proces (2009); Patient journeys (2016)
Huisartsen, huisartsenposten en RAV's dragen snel en betrouwbaar gegevens over aan collega-zorgverleners in de spoedzorgketen.	Bestaande veldnorm	Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg (2014)
Verpleegkundigen en verzorgenden gebruiken de kernset 'e-Overdracht in care' om de zorg van patiënten vast te leggen en over te dragen naar een andere zorginstelling.	Aanbeveling	E-overdracht (2012)
Huisartsenpraktijk/HAP		
De huisarts wacht na inschakeling van een ambulance bij een A1-urgentie bij de patiënt tot het arriveren van de ambulance. Bij een A2-urgentie en besteld vervoer blijft de huisarts bij de patiënt tot het arriveren van de ambulance, tenzij de veiligheid van de patiënt op een andere manier kan worden gewaarborgd. De huisarts zorgt voor een passende overdracht aan de ambulancezorgprofessionals.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017) ⁶²
HAP en SEH		
Bij de colocatie HAP en SEH belt de triagist of huisarts bij een overdracht naar de SEH en draagt hij de patiënt fysiek en schriftelijk over aan de SEH-verpleegkundige. Zodra de patiënt is overgedragen aan de SEH valt hij of zij onder de verantwoordelijkheid van de SEH-arts KNMG of de dienstdoende specialist.	Nieuwe veldnorm	
Ambulancezorg		
Een juiste en volledige overdracht van mondelinge/schriftelijke informatie aan zorgverleners (waaronder de huisarts) en mantelzorgers is essentieel. De RAV draagt er zorg voor dat, indien nodig, patiënten verantwoord worden overgedragen of dat andere zorgverleners worden ingeschakeld.	Bestaande veldnorm	Nota Goede Ambulancezorg (2018)
Wanneer de ambulancezorgprofessional besluit tot 'eerste hulp geen vervoer' en vervolgzorg door de huisarts nodig acht, draagt de ambulancezorgprofessionals op basis van de SBAR-methode (of via een andere methode) over aan de huisarts, zodat de huisarts op basis van het advies van de ambulancezorgprofessional kan besluiten of en zo ja welke vervolgzorg nodig is."	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016); Expertgroep (2017) ⁶²
Ambulancezorg doet een digitale vooraankondiging (indien nodig, inclusief ECG's en dergelijke) bij het ziekenhuis waar de patiënt zal arriveren. Bij instabiele patiënten doet de ambulancezorg een telefonische vooraankondiging.	Nieuwe veldnorm (aanscherping van bestaande normen)	Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (2014); MMT inzet- en cancelcriteria (2013); Patient journeys (2016); Expertgroep (2017)
MMT		
De overdracht tussen de MMT-arts en ambulancezorg-professional gebeurt volgens de geldende veldnorm, waarmee de (juridische) verantwoordelijkheid overgaat van de ene hulpverlener op de andere.	Bestaande veldnorm	MMT inzet- en cancelcriteria (2013)

⁶² Dit wordt ook aanbevolen in het Samenwerkingskader HAP en RAV (2016).

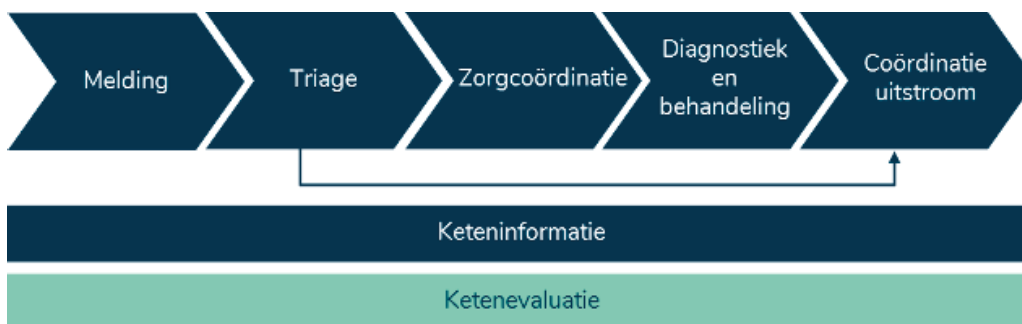
Norm	Status van norm	Bron
SEH		
Het ontslagbericht vanuit de SEH naar de huisarts volgt in principe direct maar uiterlijk binnen 24 uur.	NHG en FMS richtlijn	NHG/FMS-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts en specialist (2017)
Ziekenhuis		
De richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts en specialist beschrijft welke informatieoverdracht bij verwijzingen plaatsvindt tussen de specialist en de huisarts. Partijen handelen conform deze richtlijn.	NHG en FMS richtlijn	NHG/FMS-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts en specialist (2017)
Bij complexe/oudere patiënten die als 'kwetsbaar' ⁶³ zijn gescreend, neemt de zorgverlener in het ziekenhuis de dag vóór ontslag contact op met de huisarts of wijkverpleegkundige en eventuele verpleeghuisarts voor overdracht. De zorgverlener communiceert deze overdracht van de regie duidelijk naar de patiënt.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)
Op de dag van ontslag uit het ziekenhuis is een kort digitaal bericht aan de opvolgende zorgverlener gestuurd met daarin duidelijk de naam en het intercollegiale telefoonnummer van de medisch specialist die in het ziekenhuis het aanspreekpunt is.	Nieuwe norm	KNMG Standpunt ouderenzorg (2010); Toetsingskader Overdracht ZH – VVT (2013)

⁶³ Zie ook definitielijst in bijlage 1 Definities en afkortingen.

9. Ketenevaluatie

De betrokken ketenpartners in de spoedzorg werken binnen de eigen organisatie aan het monitoren en evalueren van hun functioneren. Omdat de spoedzorg ketenzorg betreft, is inzicht nodig in het functioneren van de gehele spoedzorgketen om de kwaliteit van zorg voor de spoedpatiënt continu te kunnen verbeteren. Het is daarom van belang dat ketenpartners op regionaal niveau inzicht bieden in de geleverde spoedzorg en deze zorg structureel met elkaar evalueren en waar nodig verbeteren. Feedback ('Check' in de PDCA-cyclus) vindt plaats op verschillende niveaus.

Figuur 11. Ketenevaluatie: onderdeel van de spoedzorgketen



Op het niveau van de individuele zorgverlener vindt de feedback plaats aan de hand van evaluatie van casuïstiek:

- Paragraaf 9.1: Ketenpartners in de spoedzorgketen evalueren casuïstiek met elkaar als onderdeel van de PDCA-cyclus.

Op het niveau van het ketennetwerk vindt de feedback plaats aan de hand van proces- en uitkomstindicatoren over het functioneren van de spoedzorgketen:

- Paragraaf 9.2: Ketenpartners in de spoedzorgketen evalueren het functioneren van de spoedketen aan de hand van proces- en uitkomstindicatoren waarvoor de ketenpartners gegevens verzamelen.

Om in de regio een doorlopend verbeterproces te kunnen doorlopen in de spoedzorgketen, sturen ketenpartners waar nodig bij (het onderdeel 'Act' in de PDCA-cyclus):

- Paragraaf 9.3: Ketenpartners sturen de uitvoering van de spoedzorg waar nodig bij.

9.1 Structurele bespreking casuïstiek

Doel

Ketenpartners in de spoedzorgketen evalueren casuïstiek met elkaar als onderdeel van de PDCA-cyclus.

Ketenpartners in de spoedzorgketen bespreken structureel concrete casuïstiek met elkaar. Hierbij betrekken zij informatie over (keten)incidenten en klachteninformatie van patiënten. Het doel van het bespreken van concrete casuïstiek is om te evalueren in hoeverre er verbeterpunten in de keten zijn, zodat de zorgverleners de spoedzorg doorlopend verder kunnen verbeteren.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Zorgaanbieders treffen schriftelijk een regeling voor een effectieve en laagdrempelige opvang/verzameling en afhandeling van klachten van patiënten en zijn aangesloten bij een geschilleninstantie (zie hoofdstuk 4 van de Wkkgz voor meer informatie).	Wettelijke norm	Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg
In het veiligheidsmanagementsysteem van zorgaanbieders is het melden van ketenincidenten mogelijk. De meldingen van ketenincidenten kunnen uit de systemen van de zorgaanbieders gedestilleerd worden en zo door ketenpartners gebruikt worden om casuïstiek te bespreken en de ketenzorg verder te verbeteren.	Aanbeveling	Expertgroep (2017)
Zorgverleners bespreken casuïstiek met de ambulancezorg: zij geven ambulancezorg feedback informatie over de kwaliteit van de zorgverlening en in hoeverre ambulancezorg de juiste diagnoses stelt - met inachtneming van de privacyregelgeving en verplichtingen vanuit het medisch beroepsgeheim. Deze feedbackinformatie levert de SEH aan de RAV met onder andere de conclusie, diagnose en opmerkingen naar aanleiding van de overdracht en geleverde zorg door de ambulancezorg.	Aanbeveling	Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (2014); Samenwerkingskader HAP+RAV (2016); Expertgroep (2017)
Er vindt regelmatig overleg plaats tussen de ketenpartners in de spoedzorgketen om casuïstiek te bespreken, onder andere op basis van incidentmeldingen en calamiteiten. De ketenpartners betrekken hierbij alle organisaties die betrokken zijn bij de spoedzorg(uitstroom) en patiëntervaringen. ⁶⁴ Patiëntervaringen kunnen onder andere betrokken worden door gebruik te maken van klachteninformatie en incidentmeldingen.	Nieuwe veldnorm	Patient journeys (2016)
HAP en SEH		
Bij een colotatie HAP en SEH hoort de verwijzer op de HAP van de SEH of de patiënt inderdaad medisch specialistische zorg nodig had en hoe het verdere verloop was.	Aanbeveling	Handboek samenwerking HAP en SEH (2010)

⁶⁴ De minister geeft in haar brief aan partijen hierbij te ondersteunen door middel van ondersteuning van de ROAZ'en met het VWS-Praktijkteam 'Zorg op de juiste plek' en het delen van goede voorbeelden uit de praktijk.

9.2 Evalueren functioneren spoedzorgketen o.b.v. proces- en uitkomstindicatoren

Doel

Ketenpartners in de spoedzorgketen evalueren het functioneren van de spoedketen aan de hand van proces- en uitkomstindicatoren, waarvoor de ketenpartners gegevens verzamelen.

Ketenpartners maken met elkaar inzichtelijk hoe zij patiënten met een spoedzorgvraag de juiste zorg op de juiste plek hebben geboden. Partijen in het ROAZ hebben hierbij de taak om het spoedzorgaanbod in de regio in kaart te brengen, activiteiten tussen aanbieders van spoedzorg af te stemmen en inzicht te verkrijgen in de “witte vlekken” in het zorgaanbod/de bereikbaarheid (Minister van VWS, 2005). Om de verleende spoedzorg ketenbreed te kunnen evalueren, leveren zorgaanbieders proces- en uitkomstindicatoren aan.

De proces- en uitkomstindicatoren voor de spoedzorgketen dragen, naast de bespreking van casuïstiek op basis van onder andere klachteninformatie en informatie over (keten)incidenten (zie paragraaf 9.1), bij aan een structurele evaluatie van de geleverde spoedzorg door de ketenpartners. De indicatoren voor specifieke toestandsbeelden in de spoedzorg zijn opgenomen in de Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Ketenpartners in de spoedzorgketen evalueren het functioneren van de spoedzorgketen, mede aan de hand van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en sturen de uitvoering van de spoedzorg waar nodig bij.	Nieuwe veldnorm	Stuurgroep (2017)
In de regio monitoren HAP en SEH jaarlijks de presentatie van de verschillende urgenties bij beiden met als doel om het effect van de mate van samenwerking tussen de HAP en SEH op de gepresenteerde urgenties bij beiden te evalueren en om hierop te sturen.	Aanbeveling	Stuurgroep (2017)
In de ROAZ-regio brengen partijen de totale doorlooptijd (van melding t/m uitstroom) voor verschillende typen ingangsklachten in kaart. Op basis van een gezamenlijke periodieke analyse en evaluatie van de doorlooptijd, werken partijen verbetervoorstellen uit om de doorlooptijd te optimaliseren. ⁶⁵	Aanbeveling	Patient journeys (2016); Stuurgroep (2017)

⁶⁵ Voor een inspirerend voorbeeld voor het meten van de tijd tussen de melding van een beroerte bij de meldkamer tot de benodigde trombolysiebehandeling in het ziekenhuis, zie <https://www.skjpr.nl/actueel/id31620-ketenoptimalisatie-leidt-tot-kostbare-tijdsinstroom-bij-beroerte.html>.

9.3 Uitvoering spoedzorg bijsturen

Doel

Ketenpartners sturen de uitvoering van de spoedzorg waar nodig bij.

Op basis van het inzicht dat ketenpartners ontvangen door middel van de Check-onderdelen van de PDCA-cyclus (zie paragraaf 9.1 en 9.2), sturen zij op regionaal niveau de uitvoering van de spoedzorg waar nodig bij ('Act'). De nadruk ligt hierbij op de evaluatie van de normen die de meeste impact hebben op het bereiken van de ambitie van het Kwaliteitskader: Iedere patiënt met een spoedzorgvraag ontvangt 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit.

Norm	Status van norm	Bron
Keten		
Basisziekenhuizen ⁶⁶ , topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen ⁶⁷ , RAV's en huisartsenposten nemen op een constructieve manier deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde Regionale Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Zij komen de gemaakte afspraken in het overleg na.	Bestaande veldnorm	Beleidsregels Wet Toelating Zorginstellingen 2017

⁶⁶ In de Nederlandse praktijk wordt de driedeling Algemene ziekenhuis, Topklinisch ziekenhuis en Universitair medische centrum gehanteerd.

⁶⁷ Zie paragraaf 1.2 Reikwijdte: de ketenpartners in de acuut psychiatrisch hulpverlening en geboortezorg waren niet betrokken bij het opstellen van deze versie van het Kwaliteitskader.

10. Conclusies

De ambitie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is dat iedere patiënt met een spoedzorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit ontvangt. Dit betekent dat de spoedzorg patiëntgericht, veilig, effectief/doel-treffend, tijdig, efficiënt/doelmatig, en toegankelijk en beschikbaar is.

In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen hebben partijen met elkaar beschreven welke doelen zij nastreven om deze ambitie te realiseren. Een overzicht van alle doelen per stap in de keten en aan welke ambities zij vooral invulling geven, is opgenomen als figuur op de volgende pagina.

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere patiënt met een spoedzorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het kwaliteitskader is een landelijk kader voor de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de organisatie van de spoedzorg. Het kwaliteitskader is opgesteld door bij de spoedzorg betrokken organisaties.

Met het tripartiet vaststellen betreft dit kwaliteitskader een landelijk kader voor de spoedzorg terwijl het tegelijkertijd ruimte en richting biedt aan de ketenpartners om regionaal invulling te geven aan de organisatie van de spoedzorg. Het kwaliteitskader faciliteert en ondersteunt hiermee de besluitvorming op ROAZ-niveau.

Het kwaliteitskader biedt een overzicht van de veldnormen en richtlijnen die reeds bestaan. Daarnaast bevat het nieuwe veldnormen en aanbevelingen. De normen specifiek voor (groepen van) toestandsbeelden opgenomen in 'Bijlage 3: Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld' van het kwaliteitskader zijn bestaande normen.

In het 'Implementatieplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen' zijn de nieuwe veldnormen opgenomen en beschreven welke acties op welke termijn door welke partijen nodig zijn. Zie voor meer informatie hierover hoofdstuk 11 'Implementatie, aanbevelingen en opdrachten' en het betreffende implementatieplan.

Figuur 12. Overzicht van alle doelen per stap in de keten en aan welke ambities zij vooral invulling geven.⁶⁸

	Melding (H. 3)	Triage (H. 4)	Zorgcoördinatie (H. 5)	Diagnostiek & behandeling (H. 6)	Coördinatie uitstroom (H. 7)	Keteninformatie (H. 8)	Ketenevaluatie (H. 9)
Patiëntgericht	<p>3.1. Patiënten kunnen gebruik maken van 24/7 mogelijkheid om (online) ondersteuning te ontvangen bij inschakelen urgentie</p> <p>3.2. In elke regio werken HAP en SEH intensief samen om te zorgen dat patiënt na melding z.s.m. juiste zorg ontvangt.</p>	<p>4.1. Zorgverleners maken 24/7 gebruik van geprotocolleerde triage en bekwamen om de triage uit te voeren</p> <p>4.2. Zorgverleners maken 24/7 gebruik van geprotocolleerde triagesystematiek en zijn bekwamen om de triage uit te voeren</p>	<p>5.2. O.b.v. triage helder of en zo ja, naar welke zorgaanbieder patiënt gebracht moet worden ingeschakeld dient te worden</p> <p>5.1. HA en ambulancezorg hebben mogelijkheid om arts te consulteren tijdens zorgcoördinatie</p> <p>5.2. O.b.v. triage helder of en zo ja, naar welke zorgaanbieder of welke zorgverlener ingeschakeld dient te worden</p>	<p>6.1. Ambeders beschikken 24/7 over juiste en tijdige bemensing</p> <p>6.2. Ambeders beschikken 24/7 over juiste faciliteiten</p> <p>6.3. Zorgverleners gebruiken protocollen als handvat.</p> <p>6.1. Ambeders beschikken 24/7 over juiste en tijdige bemensing</p> <p>6.2. Ambeders beschikken 24/7 over juiste faciliteiten</p> <p>6.3. Zorgverleners gebruiken protocollen als handvat.</p>	<p>7.1. Patiënten kunnen 24/7 uitstromen naar huis met goede opvang en vervolgzorg</p> <p>7.2. Patiënten kunnen 24/7 uitstromen naar tijdelijk verblijf met goede vervolgzorg</p>	<p>8.1. Iedere zorgverlener beschikt over actuele patiëntgegevens</p> <p>8.2. Wensen van patiënt s.v. behandelwensen en -beperkingen zijn (indien relevant) vastgelegd en beschikbaar</p> <p>8.3. Zorgverleners verstrekken info aan patiënt en naasten bij melding en ieder overdrachtsmoment</p> <p>8.1. Iedere zorgverlener beschikt over actuele patiëntgegevens</p> <p>8.2. Wensen van patiënt s.v. behandelwensen en -beperkingen zijn (indien relevant) vastgelegd en beschikbaar</p> <p>8.4. Zorgverleners dragen patient zorgvuldig over en maken daarbij gebruik van standaardinstrument</p>	<p>9.1. Iedere zorgverlener beschikt over actuele patiëntgegevens</p> <p>9.2. Ketenpartners evalueren het functioneren van de spoedzorgketen</p> <p>9.3. Ketenpartners sturen de uitvoering van de acute zorg waar nodig bij</p> <p>9.1. Ketenpartners evalueren de keten met SEH</p> <p>9.2. Ketenpartners evalueren het functioneren van de spoedzorgketen</p> <p>9.3. Ketenpartners sturen de uitvoering van de acute zorg waar nodig bij</p> <p>9.2. Ketenpartners evalueren het functioneren van de spoedzorgketen</p> <p>9.3. Ketenpartners sturen de uitvoering van de acute zorg waar nodig bij</p> <p>9.2. Ketenpartners evalueren het functioneren van de spoedzorgketen</p> <p>9.3. Ketenpartners sturen de uitvoering van de acute zorg waar nodig bij</p> <p>9.2. Ketenpartners evalueren het functioneren van de spoedzorgketen</p> <p>9.3. Ketenpartners sturen de uitvoering van de acute zorg waar nodig bij</p>
Veilig							
Effectief/ doeltreffend	<p>3.3. In elke regio werken HAP en SEH intensief samen om te zorgen dat patiënt na melding z.s.m. juiste zorg ontvangt.</p>						
Tijlig	<p>3.2. HA, HAP, RAV en SEH zijn bereikbaar en beschikbaar voor in behandeling nemen melding</p>						
Efficiënt/ doelmatig	<p>3.1. Patiënten kunnen gebruik maken van 24/7 mogelijkheid om (online) ondersteuning te ontvangen bij inschakelen urgentie</p> <p>3.3. In elke regio werken HAP en SEH intensief samen om te zorgen dat patiënt na melding z.s.m. juiste zorg ontvangt.</p>						
Toegankelijk en beschikbaar	<p>3.2. HA, HAP, RAV en SEH zijn bereikbaar en beschikbaar voor in behandeling nemen melding</p>						

68 Om de leesbaarheid te vergroten heeft hetzelfde doel steeds dezelfde kleur. De kleuren hebben verder geen betekenis. Het nummer voor het doel betreft het paragraafnummer uit dit kwaliteitskader.

11. Implementatie, aanbevelingen en opdrachten

Om de afspraken in het Kwaliteitskader te realiseren, hebben de elf partijen afspraken gemaakt over de implementatie van de normen en aanbevelingen, over de doorontwikkeling van de spoedzorgketen en over dit kader. Deze afspraken staan in dit hoofdstuk. Daarnaast geeft de Kwaliteitsraad ook een aantal opdrachten mee aan de sector.

11.1 Landelijke Spoedzorgtafel

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is opgesteld door AZN, FMS, InEen, LNAZ, NFU, NHG, NVSHA, NVZ, PFN, V&VN en ZN. Deze elf partijen zijn samen eigenaar van dit kwaliteitskader.

De Kwaliteitsraad roept deze partijen op om op basis van het goede werk dat er nu ligt, de volgende stap naar een lerende sector te maken, en met elkaar af te spreken hoe zij het proces van 'samen leren en verbeteren' gaan vormgeven.

Deze groep moet zich samen met mogelijke andere relevante partijen ontwikkelen tot een Landelijke Spoedzorgtafel. Een nieuwe Landelijke Spoedzorgtafel die zich niet alleen bezighoudt met de implementatie en doorontwikkeling van dit Kwaliteitskader, maar ook de regie neemt over de volgende stappen in het samen vormgeven van goede spoedzorg voor iedere burger.

De verderop in dit hoofdstuk geformuleerde opdrachten passen bij deze dynamische invulling van samen werken aan nieuwe kwaliteit. Het is aan deze Landelijke Spoedzorgtafel om de regie te pakken in het samen vormgeven van de zorg van de toekomst.⁶⁹ Kwaliteit gaat niet alleen om de foto van vandaag, maar vooral ook om de film van morgen.

11.2 Implementatie

In het 'Implementatieplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen' is voor de nieuwe veldnormen beschreven welke acties nodig zijn voor implementatie. Het implementatieplan gaat per norm in op:

- Het verwachte tijdspad voor implementatie;
- De randvoorwaarden voor implementatie: welke acties van andere partijen zijn nodig;
- Te ondernemen acties voor implementatie door partijen zelf;
- Welke partijen verantwoordelijk zijn voor de acties.
- Zie voor dit Implementatieplan het betreffende document.

In dit Kwaliteitskader zijn ook verschillende aanbevelingen opgenomen. Dit zijn aanbevelingen voortgekomen uit de 'patient journeys'-onderzoeken, uit de Expertgroep, de Stuurgroep⁷⁰ of de Kwaliteitsraad. Het is aan de sector om aan de slag te gaan met deze aanbevelingen. De Landelijke Spoedzorgtafel zal hierop toezien.

11.3 Aanbevelingen voor doorontwikkeling door wetenschappelijke verenigingen

Tijdens de ontwikkeling van dit Kwaliteitskader kwamen normen aan de orde die aandacht vragen van de wetenschappelijke verenigingen:

- Om spoedzorg van goede kwaliteit te kunnen verlenen op de SEH dienen artsen op de SEH, indien nodig, snel te kunnen beschikken over specifieke medisch specialistische expertise. Sommige wetenschappelijke verenigingen hebben tijdsnormen opgesteld over binnen welk tijdstip na oproep de medisch specialist op de SEH aanwezig moet zijn. Deze tijdsnormen zijn opgenomen in paragraaf 6.1 van dit Kwaliteitskader. De elf partijen roepen de wetenschappelijke verenigingen die nog geen tijdsnormen opgesteld hebben op om dit alsnog te doen en om hiervoor af te stemmen met hulpverleners op de SEH. Deze oproep geldt

⁶⁹ Samen betekent hierbij overigens 'samen' in de volle breedte van het woord, dus niet alleen zorgaanbieders en professionals, maar juist ook patiënten, burgers, verzekeraars en beleidsmakers.

⁷⁰ Zie bijlage 2: Betrokken organisaties

in het bijzonder voor de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).

Als de normen tripartiet zijn vastgesteld, kunnen deze worden opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

- Voor sommige (groepen) van toestandsbeelden zijn specifieke bemensing en/of faciliteiten op de SEH nodig om de juiste spoedzorg te kunnen leveren. Sommige wetenschappelijke verenigingen hebben in samenwerking met de ambulancezorg en SEH hiervoor normen opgesteld. De elf partijen vragen de wetenschappelijke verenigingen die nog geen normen in samenwerking met de ambulancezorg en SEH opgesteld hebben, maar waarbij voor het toestandsbeeld wél specifieke bemensing en/of faciliteiten op de SEH nodig zijn, de normen alsnog op te stellen. Als de normen tripartiet zijn vastgesteld, kunnen deze worden opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

11.4 Aandacht voor onderzoek naar evaluatie Spoedzorgketen

De elf partijen hebben tijdens het opstellen van het Kwaliteitskader uitgesproken dat evaluatie van de spoedzorgketen gewenst is. Onderzoek is nodig om te bepalen hoe deze evaluatie uit te voeren. Onderzoek naar de manier waarop:

- de ketenpartijen kunnen evalueren of de spoedzorgketen waarde heeft toegevoegd voor de patiënt. Belangrijk is te weten welke indicatoren daarvoor gebruikt kunnen worden.
- de ketenpartijen op ROAZ-niveau samen kunnen leren en verbeteren. De klachteninformatie van patiënten en uitkomsten van evaluatie van (keten)incidenten en calamiteiten geven al veel inzicht in welke verbeterpunten gewenst zijn. Belangrijk is te weten welke indicatoren gebruikt kunnen worden om ketenbreed (regionaal) te evalueren. Inzichten die opgedaan zijn bij evaluaties in de regio's kunnen ook relevant zijn voor andere ROAZ-regio's. Deze kunnen via het LNAZ gedeeld worden en meegenomen worden bij het herzien van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.
- op landelijk niveau samen geleerd en verbeterd kan worden. Het toepassen van het Kwaliteitskader in de ROAZ-regio's geeft inzicht in op welke gebieden behoefte is aan evaluatie en welke indicatoren daarom gewenst zijn. Deze inzichten kunnen via het LNAZ op landelijk niveau kenbaar gemaakt worden.
- Het is aan de Landelijke Spoedzorgtafel om hier regie over te voeren.

11.5 Up-to-date houden van het Kwaliteitskader

Gedurende de implementatie van het Kwaliteitskader kunnen zich nieuwe ontwikkelingen in het (spoed) zorglandschap voordoen die om nieuwe afspraken of herziening van de afspraken in dit Kwaliteitskader vragen.

De elf partijen hebben aangegeven dat het daarbij kan gaan om onder andere:

- De mogelijke doorontwikkeling naar een breed zorgcoördinatiecentrum voor onder andere de ambulancezorg, huisartsenzorg, wijkverpleging en ggz) om de ketenbrede samenwerking en coördinatie van zorg te verbeteren (AZN, 2017).
- De ontwikkelingen omtrent de keuze voor één triagesysteem of de integratie van de verschillende triagesystemen (NTS en ProQA) om de eenduidigheid van de triage van verschillende ketenpartners te vergroten (AZN, 2017).
- Herziening van bestaande richtlijnen door wetenschappelijke verenigingen: wanneer een nieuwe versie van een richtlijn tripartiet vastgesteld wordt, zal deze nieuwe richtlijn gelden.^{71,72}

Daarnaast dient het Kwaliteitskader Spoedzorgketen aan te sluiten en daar waar overlap is overeen te komen met andere kwaliteitskaders (in ontwikkeling) die relevant zijn voor de spoedzorgketen en tripartiet zijn vastgesteld door relevante betrokken partijen.

⁷¹ Tijdens het deskresearch bleek dat verschillende richtlijnen al vóór 2010 opgesteld zijn. Partijen bevelen verenigingen aan deze richtlijnen te updaten.

⁷² Zie ook afspraken in het Bijlage 4: Onderhoudsplan.

Tenslotte is het van belang om partijen uit de spoedzorgketen die bij de voorliggende versie niet betrokken zijn, te betrekken bij volgende versies:

- Partijen uit de acute psychiatrie en acute verloskunde.
- Partijen uit de spoedeisende farmaceutische zorg, de acute verpleegkundige zorg aan huis en de acute verpleeghuiszorg (voornamelijk relevant voor de afspraken rondom de uitstroom).

Nieuwe of hernieuwde tripartiet vastgestelde afspraken moeten in een volgende versie van het kwaliteitskader worden opgenomen.

Het kwaliteitskader vraagt daarom om een periodieke update en doorontwikkeling. Dit is geformaliseerd in een onderhoudsplan. Dit plan is opgenomen als Bijlage 4: Onderhoudsplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

Het is aan de Landelijke Spoedzorgtafel om hier regie over te voeren.

11.6 Opdracht van de Kwaliteitsraad aan de sector

De Kwaliteitsraad geeft een aantal concrete opdrachten mee aan de sector:

- Richt een Landelijke Spoedzorgtafel (hierna: LSZT) waarin in ieder geval de elf partijen vertegenwoordigd zijn (gereed 1 juli 2020).
- De LSZT maakt een plan van aanpak om de implementatie van de aanbevelingen te stimuleren (gereed per 1 oktober 2020).
- De LSZT maakt een plan van aanpak dat beschrijft hoe regio's, zorginstellingen en zorgverleners op landelijk niveau met elkaar gaan leren (gereed per 1 januari 2021).
- De LSZT maakt een plan van aanpak om de partijen uit de spoedzorgketen die bij de voorliggende versie niet betrokken waren⁷³, te betrekken bij de volgende versies.
- De LSZT bewaakt en ondersteunt de voortgang van de implementatie van het Kwaliteitskader.
- De LSZT maakt hierbij afspraken over het eigenaarschap en onderhoud (periodieke update en doorontwikkeling) van het Kwaliteitskader.
- De LSZT bewaakt de (blijvende) aansluiting bij andere tripartiet vastgestelde kaders.
- De LSZT voert de regie op het komen tot een plan van aanpak om te experimenteren met EPA's in de spoedzorgketen (ook in niet-opleidingsziekenhuizen) met als doel om over twee jaar bij de herziening in het Kwaliteitskader op basis van de ervaringen in de experimenten een nieuwe norm op basis van competenties op te nemen.
- De Kwaliteitsraad geeft de FMS en de NVZ de opdracht om onder regie van de LSZT in goede afstemming met de andere partijen de komende twee jaren te gaan experimenteren met EPA's in de spoedzorg. Deze experimenten dienen te worden uitgevoerd binnen de huidige financiële kaders en mogelijkheden van de arbeidsmarkt.
- Op basis van de uitkomsten van de evaluatie past de LSZT via een addendum op het Kwaliteitskader (tripartiet) de norm aan, tenzij de evaluatie de meerwaarde van de EPA's niet aantoonst (deadline 1 juli 2022).
- De LSZT ondersteunt waar nodig de LNAZ bij de regionale (door-)ontwikkeling van kwaliteitsvisities door de ROAZ.
- De LSZT bewaakt en ondersteunt de voortgang van het maken van een cliëntenversie van dit Kwaliteitskader. Patiëntenfederatie Nederland speelt daarbij een belangrijke rol (gereed per 1 juli 2020).
- De LSZT zet in op het samen realiseren van een digitaal systeem waarmee in iedere regio 7x24 uur op voorhand duidelijk is naar welke instelling de patiënt vervoerd kan c.q. moet worden.
- De LSZT bewaakt de voortgang rondom de oproep van de elf partijen voor doorontwikkeling door wetenschappelijke verenigingen van de tijdsnormen waarbinnen de medisch specialist na oproep op de SEH moet zijn en normen voor het toestandbeeld waarbij specifieke bemensing en/of faciliteiten op de SEH nodig zijn.
- De LSZT denkt na over vormen van nieuwe kwaliteitstandaarden die nog meer dan het huidige kwaliteitskader het lerend vermogen van de sector versterken.

⁷³ Partijen uit de acute GGZ, acute verloskundige zorg en de spoedeisende farmaceutische zorg, de acute verpleegkundige zorg aan huis en de acute verpleeghuiszorg (voornamelijk relevant voor de afspraken rondom de uitstroom).

Bijlage 1: Definities en afkortingen

Definities

Acute zorg: Een situatie waarin aan iemand zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen (RVZ, 2003).

Acute zorgvraag: Een patiënt/slachtoffer of omstander vraagt om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert (RVZ, 2003).

Ambulancezorgprofessional: Ambulanceverpleegkundige, bachelor medische hulpverlener of verpleegkundig specialist acute zorg.

Arts op de SEH: Met het begrip arts op de SEH wordt bedoeld een basisarts (arts-assistent al dan niet in opleiding) die werkzaam is op de SEH. Deze arts wordt gesuperviseerd door een medisch specialist of een SEH-arts KNMG. De medisch specialist of SEH-arts KNMG begeleidt en adviseert de arts-assistent. Dit kan ook op afstand, bijvoorbeeld telefonisch, plaatsvinden. De medisch specialist of een SEH-arts KNMG blijft eindverantwoordelijk voor de zorg aan een patiënt.

Hertriage: Het opnieuw uitvoeren van systematische triage indien óf de gezondheidstoestand van de patiënt verandert óf de maximaal toegestane wachttijd (conform triagesysteem of op basis van lokaal geldende afspraken) is overschreden.

Interklinische overplaatsing: Vervoer van een patiënt van de ene naar de andere instelling voor gezondheidszorg, waarbij de instellingen niet onder dezelfde koepelnaam vallen.

Kwetsbaar: Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, vroegtijdig overlijden) (SCP, 2011).

SEH-arts KNMG: arts die de KNMG-opleiding spoedeisende geneeskunde met succes heeft voltooid en de titel “spoedeisendehulparts KNMG/SEH-arts KNMG” mogen voeren.

Spoedeisende hulp (SEH): Zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars (Minister van VWS, 2012).

Spoedzorg: Zorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is (NHG, 2013). Spoedzorg is hiermee breder dan ‘acute zorg’.

Spoedzorgvraag: zie ‘acute zorgvraag’.

Toestandsbeeld: Triage gaat uit van het denken in toestandsbeelden, niet in diagnoses. Het toestandsbeeld is de omschrijving van de conditie van de patiënt aan de hand van de klachten en symptomen. In de acute zorg richt de triagist zich in het bijzonder op het beschrijven van de klachten en symptomen van de vitale functies en de bedreiging van ledematen of organen (NTS, 2012).

Triage: Het maken van een inschatting van de benodigde urgentie en inzet van hulpverlening (NHG, 2015). Triage kan telefonisch of fysiek (face-to-face) plaatsvinden. Zie de inleiding van hoofdstuk 4 voor een schematische weergave van de mogelijke triagemomenten.

Tripartiet: Als normen tripartiet zijn vastgesteld, zijn deze vastgesteld door patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Warme overdracht: De overdragende zorgverlener draagt de patiënt één op één over aan de opvolgende zorgverlener en blijft bij de patiënt tot de opvolgende zorgverlener gearriveerd is.

Zelfverwijzer: Een patiënt die zich zonder verwijzing van de huisarts, HAP, ambulancezorgprofessional of ziekenhuiszorgverlener bij de SEH meldt.

Afkortingen

AMI	Acuut Myocard Infarct
ANW-uren:	Avond-, nacht- en weekenduren
AZN	Ambulancezorg Nederland
BSA	Basisset Ambulancezorg
CCU	Cardiac Care Unit
CVA	Cerebro Vasculair Accident
EHH	Eerste Hart Hulp
ENPC	opleiding waarbij het zieke kind (trauma en non-trauma) centraal staat
FMS	Federatie Medisch Specialisten
FNT	Federatie van Nederlandse Trombosediensten
HAP	Huisartsenpost
HDS	Huisartsendienstenstructuur
IAT	Intra-arteriële behandeling
ICCU	Intensive Cardiac Care Unit
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IOM	Institute of Medicine
ISS	Injury Severity Score. Bij een ISS van > 15 spreekt men van multitrauma.
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LSP	Landelijk Schakelpunt
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MINDD	Moet Ik Naar De Dokter
MMT	Mobiel Medisch Team
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NMT	Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
NOV	Nederlandse Orthopedische Vereniging
NTS	Nederlandse Triagesysteem
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVMMA	Nederlandse Vereniging Medisch Managers Ambulancezorg
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVSHV	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen

NVT	Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie
NVT	Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVvN	Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
NVvR	Nederlandse Vereniging voor Radiologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK	Operatiekamer
PCI	Percutane Coronaire Interventie
PDCA	Plan Do Check Act
PICU	Pediatrie Intensive Care Unit
RAAA	Geruptureerd acuut abdominaal aneurysma
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SEH	Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis (zie ook definit)
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
Twaz	Tijdelijke Wet Ambulancezorg
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland (huidig InEen)
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VZVZ	Vereniging Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie
WKKGZ	Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WTzi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2 Betrokken organisaties

Organisaties

Bij het opstellen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen zijn de volgende landelijke organisaties betrokken:

Ambulancezorg Nederland (AZN)

Federatie Medisch Specialisten (FMS)

InEen

Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Patiëntenfederatie Nederland

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De organisaties zijn betrokken door deelname aan een Stuurgroep en Expertgroep. De LHV heeft ervoor gekozen om niet deel te nemen in de Stuurgroep en Expertgroep; de huisartsen zijn vertegenwoordigd door InEen en het NHG.

Stuurgroep en Expertgroep

De Stuurgroep bestond uit vertegenwoordigers van de elf betrokken organisaties en vervulde de volgende rol tijdens het project:

- Bewaken van de voortgang van het project en verantwoordelijk voor tijdige oplevering van het Kwaliteitskader.
- Signaleren gevoeligheden in proces en inhoud.
- Verzamelen opmerkingen in de achterban op conceptversies van het Kwaliteitskader en gebundelde aanlevering bij SiRM.
- Besluiten nemen.

In de Expertgroep namen zowel zorgaanbieders (waaronder artsen) als patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars deel. De leden van de Expertgroep zijn voorgedragen door de betrokken organisaties en namen op persoonlijke titel deel. De Expertgroep heeft het concept Kwaliteitskader op de inhoud getoetst en gaf een inschatting van het draagvlak voor de beschrijvingen onder de betrokken professionals.

Deelnemers aan Stuurgroep en Expertgroep onder voorzitterschap van de LNAZ

Onderstaand overzicht toont de deelnemers aan de Stuurgroep en Expertgroep per betrokken organisatie.

Organisatie	Lid Stuurgroep	Lid Expertgroep	Deelgenomen aan bijeenkomst met medisch experts
Ambulancezorg Nederland (AZN)	Piet Huizinga	Margreet Hoogeveen	Gerard Innemee
Federatie Medisch Specialisten (FMS)	Dennis den Hartog	Bas Huisman	- Ludo Beenen (<i>radioloog</i>) - Nico Hoogerwerf (<i>anesthesioloog</i>) - Bas Huisman (<i>internist</i>) - Karin Kaasjager (<i>internist</i>) - Martin Schalijs (<i>cardioloog</i>) - Paolo Valerio (<i>kinderarts</i>)
InEen	Anoeska Mosterdijk	Astrid Scholl	
Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)	Frank de Groot	Katja Damen	Katja Damen
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	Hans Fiolet	Klaus Wendt	Klaus Wendt
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Femke Hohmann/ Alja Sluiter	Markus Kruyswijk	Markus Kruyswijk
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)	David Baden/ Ties Eikendal	Hester Ticheler	Jeroen Zewald
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Sylvia Shackleton-Dijkstra	Ellen van Eunen	
Patiëntenfederatie Nederland	Jan Benedictus/Edith Dekker	Jan-Willem Mulder	
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Menoës Geraets/ Willemijn Mullender	Lennert Breedveld	Lennert Breedveld
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Denise van der Klauw/ Geertjan Mellema/Maaike Schapendonk	Bas Geerdes	Bas Geerdes

Marjolein de Booy van Zorginstituut Nederland woonde de vergaderingen als toehoorder bij. Arold Reusken (LNAZ) is voorzitter van de Stuurgroep en Expertgroep. Ondersteuning werd verzorgd door SiRM.

Bijlage 3 Normen en indicatoren per specifiek toestandsbeeld

Inleiding

Soms geldt dat de patiënt gespecialieerdere zorg nodig heeft en daarvoor is aangewezen op specifiek aanwezige kennis, kunde en infrastructuur die niet op iedere SEH/in ieder ziekenhuis aanwezig is. Voor sommige toestandsbeelden dient de SEH/het ziekenhuis daarom te beschikken over specifieke bemensing en faciliteiten:

(Multi)trauma: de NVT onderscheidt drie levels van ziekenhuizen voor traumapatiënten:

- Level 1 ziekenhuis: kan alle ernstig gewonde patiënten 24/7 opvangen en behandelen.
- Level 2 ziekenhuis: heeft belangrijke rol in de opvang en (chirurgische) behandeling van stabiele slachtoffers van een ongeval. Speelt soms een rol in de opvang en initiële (chirurgische) behandeling van instabiele slachtoffers waarna desgewenst overplaatsing volgt naar een level 1 ziekenhuis.
- Level 3 ziekenhuis: speelt geen rol in primaire opvang en behandeling van traumapatiënten na een hoogenenergetisch ongeval.

De toestandsbeelden/specialismen waarbij door de commissie Breedveld (2009) aangegeven is dat de patiënt vervoerd moet worden naar een profiel-SEH:

- interventies aan het hartneuro-interventies
- (verdenking) gebarsten aneurysma aorta abdominalis

Enkele andere toestandsbeelden uit de Basisset Ambulancezorg (BSA), waarvoor medische professionals op basis van de richtlijnen aangeven dat behandeling in een SEH/ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten gewenst is.

Overzicht bestaande normen en indicatoren per specialisme/toestandsbeeld

Hieronder is door de elf ketenpartijen per specialisme/toestandsbeeld aangegeven welke andere bestaande normen en indicatoren(-overzichten) onder andere (ook) geldend zijn.

Specialisme cardiologie

Acuut Myocard Infarct (AMI)		
Zie de Transparantiekalender voor het meest recente overzicht van indicatoren.	Indicatoren	Transparantiekalender
Overige toestandsbeelden onder het specialisme 'cardiologie'		
Ambulancezorg kan vervoeren naar iedere SEH	Opstellen van normen is niet gewenst	Expertgroep

Specialisme chirurgie, waaronder (multi)trauma

Heupfractuur		
Zie de Transparantiekalender voor het meest recente overzicht van indicatoren.	Indicatoren	Transparantiekalender
Trauma		
Ambulancezorg vervoert patiënten met RTS < 11 of PTS < 9 en 10 naar een level 1 of level 2 ziekenhuis.	Bestaande veldnorm	Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 8.1 (2016)
Multitrauma		
Zie de Transparantiekalender voor het meest recente overzicht van indicatoren.	Indicatoren	Transparantiekalender
Ambulancezorg vervoert patiënten met RTS < 11 of PTS < 9 naar een traumacentrum (level 1 ziekenhuis).	Bestaande veldnorm	Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 8.1 (2016)
(Verdenking) geruptureerd acuut abdominaal aneurysma (RAAA)		
Zie de Transparantiekalender voor het meest recente overzicht van indicatoren.	Indicatoren	Transparantiekalender
Nek-/wervelletsel: wervelfractuur		
Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie	Normen zijn nog niet tripartiet vastgesteld	(zie het implementatieplan)
Overige toestandsbeelden onder het specialisme 'chirurgie'		
Ambulancezorg kan vervoeren naar iedere SEH	Opstellen van normen is niet gewenst	Expertgroep

Specialisme neurologie

Cerebro Vasculair Accident (CVA)		
Zie de Transparantiekalender voor het meest recente overzicht van indicatoren.	Indicatoren	Transparantiekalender
Zie de Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg (2015) voor het overzicht van normen.	Bestaande veldnormen	Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg (2015)
CVA: aanvullende normen voor Intra-Arteriële Therapie (IAT)-centra		
Zie de Transparantiekalender voor het meest recente overzicht van indicatoren.	Indicatoren	Transparantiekalender
Zie de Criteria voor een IAT-centrum (2016) voor het overzicht van normen.	Bestaande veldnormen	
(Verdenking) subarachnoidale bloeding (SAB)		
Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie beschikbaar	Normen zijn nog niet tripartiet vastgesteld	(zie het implementatieplan)
Overige toestandsbeelden onder het specialisme 'neurologie'		
Ambulancezorg kan vervoeren naar iedere SEH	Opstellen van normen is niet gewenst	Expertgroep

Specialisme psychiatrie (combinatie somatiek en psychiatrie)

Toestandsbeeld met combinatie somatiek en psychiatrie

[Generieke module Ziekenhuispsychiatrie \(2017\)](#)⁷⁴

Indicatoren zijn nog niet tripartiet vastgesteld

(zie het implementatieplan)

Specialisme Kindergeneeskunde

Kinderen

Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde beschikbaar,

Normen zijn nog niet tripartiet vastgesteld

(zie het implementatieplan)

Toestandsbeelden overige specialismen (interne geneeskunde, pulmonologie, urologie)

Ambulancezorg kan vervoeren naar iedere SEH

Opstellen van normen is niet gewenst

Expertgroep

⁷⁴ De indicatoren zijn beschreven in Tabel 1 – Overzicht kwaliteitsindicatoren van de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie (pagina 6 t/m 10).

Bijlage 4 Onderhoudsplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is opgesteld door AZN, FMS, InEen, LNAZ, NFU, NHG, NVSHA, NVZ, PFN, V&VN en ZN. Deze elf partijen zijn met elkaar eigenaar van deze kwaliteitstandaard. Partijen wensen afspraken te maken over het onderhoud van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

Zij constateren daarbij dat zij met elkaar een aantal jaren hebben gewerkt aan het opstellen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Nu deze tot stand is gebracht willen zij de eerstvolgende jaren gebruiken om hun energie te steken in de implementatie van het kwaliteitskader. Gelet hierop hebben zij het volgende afgesproken:

1. Partijen zullen op zijn vroegst in 2023 komen met een (integrale) herziening van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

In ander verband dan de spoedzorgketen, kunnen partijen komen tot nieuwe of aangepaste tripartiet richtlijnen of kaders (standaarden) of kan nieuwe wetgeving tot stand komen. De zorg is immer dynamisch. Het kan hierbij gaan om richtlijnen, kaders of wetgeving waarnaar wordt verwezen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Om in te kunnen spelen op deze ontwikkelingen spreken partijen het volgende af:

2. Partijen zullen met elkaar het Kwaliteitskader Spoedzorgketen onderhouden.
Dat wil zeggen dat indien er nieuwe wetgeving is, of een nieuwe richtlijnen, kaders of standaarden tripartiet door bij de spoedzorgketen betrokken partijen worden vastgesteld en strijdig zijn met een norm (of normen) in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, deze norm (of normen) in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen zal/zullen worden herzien. Dit onder voorbehoud als partijen constateren dat deze herziening strijdig is met de uitgangspunten van goede ketenzorg.

De Landelijke Spoedzorgtafel zal de regie voeren over de herziening en het onderhoud.

Bijlage 5 Verdeling ingangsklachten over regio's

Voor elf ingangsklachten is in de elf ROAZ-regio's onderzocht hoe het pad van de patiënt door de spoedzorgketen (patient journey) verloopt.

Nr.	Ingangsklacht	Regio 1	Regio 2
1	Benaauwdheid	Acute Zorgregio Oost	Netwerk Acute Zorg Noordwest
2	Pijn op de borst	Netwerk Acute Zorg Euregio	Traumacentrum West
3	Verwardheid	Netwerk Acute Zorg Limburg	Trauma Zorgnetwerk Midden-Nederland
4	Collaps/flauwvallen	Netwerk Acute Zorg Euregio	Acute Zorgregio Oost
5	Motorische problematiek/ uitvalsverschijnselen	Trauma Zorgnetwerk Midden- Nederland	Traumacentrum Zuid West Nederland
6	Val van oudere patiënt	Netwerk Acute Zorg Zwolle	Netwerk Acute Zorg Noordwest
7	Brandwonden	Acute Zorg Netwerk Noord Nederland	Traumacentrum Zuid West Nederland
8	Acute buikpijn	Netwerk Acute Zorg Zwolle	Netwerk Acute Zorg Limburg
9	Trauma capitis met afwijkend gedrag	TraumaNet AMC	Netwerk Acute Zorg Brabant
10	Hoge koorts	Acute Zorg Netwerk Noord Nederland	Netwerk Acute Zorg Brabant
11	Hoge koorts bij baby	TraumaNet AMC	Traumacentrum West

Zorgverleners in de spoedzorg hebben samen met een verzekeraar en patiëntvertegenwoordiger in iedere ROAZ-regio gezamenlijk twee 'patient journeys' doorlopen.

Per schakel/beslissingsmoment is antwoord gegeven op de volgende vragen:

- Wat gebeurt er in de ideale situatie (proces)?
- Wat moet aanwezig zijn (structuur)?
- Wie is daarvoor verantwoordelijk (regie)?
- Welke snelheid is nodig om een optimale kwaliteit van zorg te leveren (uitkomst)?

De informatie uit die trajecten is input geweest voor dit Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

Bijlage 6 Aangedragen thema's in 'patient journeys' en verwerking

Aangedragen thema's in patient journeys	Opgenomen in kwaliteitskader?	Zo ja, in welke paragraaf?
Waar mogelijk behandelings thuis (mits goede structuur en duidelijke afspraken).	Ja	Paragraaf 2.2, 7.1
Patiënten beter ondersteunen bij het maken van een inschatting van de urgentie en spoedzorgingang: App, website, training ter ondersteuning	Ja	Paragraaf 3.1
Patiënten beter ondersteunen bij het maken van een inschatting van de urgentie en spoedzorgingang: duidelijk voor patiënt welke ingang hij moet kiezen en wat het telefoonnummer is. Suggestie: één spoednummer.	Deels	Paragraaf 3.1, 3.2, 3.3 (voorstelling één spoednummer bleek geen draagvlak)
Goede bereikbaarheid van spoedzorgingangen (tijdsnormen borgen), met name verbetering gewenst voor telefonische bereikbaarheid van huisarts en HAP. Extra mankracht bij telefonische triage HAP's.	Ja	Paragraaf 3.2
Verkorten wachttijd op HAP	Ja	Paragraaf 3.2
Minder zelfverwijzers op de SEH	Ja	Paragraaf 3.3
Integreren HAP/SEH in spoedpost, waaronder triage	Ja	Paragraaf 3.3
Mogelijkheid voor SEH om niet-urgente patiënten te weigeren en verwijzen	Ja	Paragraaf 3.3
Gezamenlijke spoedpost	Ja	Paragraaf 3.3
Bij geringere spoedpost HAP/SEH/EH/HAP geïntegreerde triage. Mogelijk sneller als het gebeurt door specialist (SEH-arts).	Ja	Paragraaf 3.3, hoofdstuk 4
Toepassing van een geïntegreerde triagesystematiek, met name verbetering gewenst voor huisartsenpraktijk: opleiden triage assistenten huisarts.	Ja	Hoofdstuk 4
Daarnaast voor SEH verbetering van bruikbaarheid en kwaliteit NTS gewenst en voor meekamer strengere triage.	Ja	Hoofdstuk 4
Meer regionale samenwerking en afstemming over onder andere de inhoud van tragesystemen.	Ja	Hoofdstuk 4
Betere opleiding voor fysieke triage	Ja	Hoofdstuk 4
Verkleinen verschillen in triage tussen ziekenhuizen (wie doet wat en hoe?)	Ja	Hoofdstuk 4
Protocollen tussen de verschillende ketenpartners afstemmen (huisartsen, RAV's en SEH's)	Ja	Hoofdstuk 4
Pre-hospitale partners vaker specialist betrekken voor inschatting ernst en waar patiënt heen moet (en goede bereikbaarheid van deze specialist)	Ja	Paragraaf 5.1
Laagdrempelige communicatie van ambulancediensten met specialisten én huisarts	Ja	Paragraaf 5.1
Voor ambulancediensten duidelijker wat te doen met patiënt met sociale problematiek en/of zorgproblemen.	Deels	Paragraaf 5.1
Kennis en kunde van ambulancediensten i.a.v. pijnbestrijding vergroten & verbeteren pre-hospitale diagnostiek.	Deels	Paragraaf 5.1
Inzet van vroegdiagnostiek	Ja	Paragraaf 5.1
Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en HAP's en ambulancedienst	Ja	Paragraaf 5.1, 5.2
Actueel inzicht in het acute zorglandschap: welk ziekenhuis verleent welke zorg (profiel) en hoe staat het met de huidige capaciteit (drukte)?	Ja	Paragraaf 5.2
Altijd een vooraanmelding van de ambulance richting het ziekenhuis, indien nodig laagdrempelig contact met ziekenhuis/specialist	Ja	Paragraaf 5.2
Bekende patiënt naar eigen ziekenhuis brengen, anders iig. na eerste opvang/behandeling snel terugplaatsen (als patiënt dit zelf ook wil).	Ja	Paragraaf 5.2
Inzet van multi-disciplinaire teams voor specifieke patiëntengroepen	Ja	Paragraaf 5.2
Ook 's nachts is een ervaren arts aanwezig bij de SEH die de diagnostiek doet en er is een 24/7 beschikbaarheid van achterwacht van specialisten.	Ja	Paragraaf 6.1
Tijdens dag- en ANW-uren meer dezelfde behandeling mogelijk en minder verschillen in de deskundigheid en aanwezigheid van artsen.	Ja	Paragraaf 6.1
Beschikbaarheid van diagnostische faciliteiten en kennis/kunde bij de huisarts, HAP en SEH, 24x7 & meer optimale diagnostiek mogelijkheden	Ja	Paragraaf 6.1, 6.2
Vrijdagmiddag en maandagmiddag zijn probleemtijden. Daar de capaciteit, mensen en middelen op aanpassen.	Deels	Paragraaf 6.1, 6.2
Beschikbaarheid en bereikbaarheid van de juiste, benodigde mensen en middelen voor de behandeling.	Ja	Paragraaf 6.1, 6.2, 6.3

Aangedragen thema's in patient journeys	Opgenomen in kwaliteitskader?	Zo ja, in welke paragraaf?
Beschikbaarheid en bereikbaarheid van de juiste, benodigde middelen voor de diagnostiek en behandeling -- patiënt zo snel mogelijk op juiste plaats	Ja	Paragraaf 6.2
Voldoende beschikbaarheid AOA (acute opname afdeeling), eerstelijnsbedden, observatieafdeling	Ja	Paragraaf 6.2
Gestandaardiseerde/protocolleerde diagnostiek en behandeling: Standaarden en protocollen specificeren voor specifieke patiëntengroepen	Ja	Paragraaf 6.3
Goede bereikbaarheid van apotheken, ook in ANW -uren	Ja	Paragraaf 7.1
Bij elk ziekenhuis met een SEH moet een medicatie-uitgiftepunt zijn, al dan niet zijnde een apotheek, zodat de medicatie-uitgifte dichterbij de voorschrijver wordt georganiseerd: medicatie meegeven kunnen worden tot de volgende werkdag.	Ja	Paragraaf 7.1
Goede afstemming van o.a. ambulance met de thuiszorg	Ja	Paragraaf 7.1
24/7 toegang tot de verzorging (geen gebrek aan capaciteit of onduidelijke regelgeving): o.a. acute opname in verpleeghuis (noodbedden), regionale afspraken met verpleeghuizen en zorghotels, voldoende beschikbaarheid (acute) thuis hulp (waaronder voldoende wijkverpleegkundigen), voldoende beschikbaarheid revalidatiezorg.	Ja	Paragraaf 7.1, 7.2, 7.3
Afspraken over uitplaatsing na behandeling in traumacentrum maken.	Ja	Paragraaf 7.2
Inzicht van ketenpartners in actuele patiëntgegevens ten behoeve van goede inschatting bij melding en goede informatieoverdracht	Ja	Paragraaf 8.1
Inzicht in actuele patiëntgegevens ten behoeve van trage	Ja	Paragraaf 8.1
Voor de ambulancetzorg de relevante informatie ontsluiten over de patiënt, bijv. toegang tot EPD (o.a. reanimatiebeleid, behandelbeperkingen)	Ja	Paragraaf 8.1
Laagdrempelig informatie uitwisselen tussen ketenpartners	Ja	Paragraaf 8.1
W eten wie de contactpersoon van de patiënt is.	Ja	Paragraaf 8.1
De (medicatie-) overdracht naar de verzorging moet sneller en ook de kwaliteit van de informatie moet beter: volledigheid!	Ja	Paragraaf 8.1
Directe terugkoppeling van de specialist na een operatie of andere interventie aan de huisarts.	Ja	Paragraaf 8.1
Bij verwijzing door de HAP, een rechtstreekse terugkoppeling van SEH of specialist aan de HAP.	Ja	Paragraaf 8.1
Informatiestromen, zoals traumascores, vanuit de acute keten zijn relevant voor de behandeling van cognitieve stoornissen op termijn en dienen daarom beschikbaar te worden gemaakt in het vervolg van de keten.	Ja	Paragraaf 8.1
Inzage in medicatiegegevens apotheek (b.v. trage (huidig bij eigen huisarts niet altijd up to date)	Ja	Paragraaf 8.1
Pre hospitaal beschikken over (epsodes) medisch dossier van de patiënt.	Ja	Paragraaf 8.1
Ketenbreed een minimale set aan patiëntgegevens (medicatie, behandel- en diagnostiebeperking/wensen en voorgeschiedenis) kunnen inzien & wensen bespreken met patiënt -- patiënt bewuster maken van delen patiëntgegevens.	Ja	Paragraaf 8.1, 8.2
Compleet medicatieoverdracht	Ja	Paragraaf 8.1, 8.4
Inzicht in behandelbeperkingen en -wensen van de patiënt (overdracht van huisarts naar RAV en ziekenhuis)	Ja	Paragraaf 8.2
Maak reanimatiebeleid bespreekbaar.	Ja	Paragraaf 8.2
Monitoring van nazorgtraject: Wie vervolgt de kwaliteit van leven van de patiënt na een ziekenhuisopname? Huisarts zou gesprek aan moeten gaan met de patiënt -- behandelingsbeperking en reanimatie beperking opnieuw aan de orde stellen.	Deels	Paragraaf 8.2

Aangedragen thema's in patient journeys	Opgenomen in kwaliteitskader?	Zo ja, in welke paragraaf?
Heldere instructies van zorgverleners in de spoedzorg aan de patiënt na de ontslag of bij een zelfzorgadvies	Ja	Paragraaf 8.3
Patiënten na trage beter inlichten over het vervolgtraject (bijv. over triagekleur en verwachte wachttijd).	Ja	Paragraaf 8.3
1 aanspreekpunt patiënt/naasten bij wachten na triage.	Ja	Paragraaf 8.3
Bij geen actie n.v.t. triage duidelijke afspraken maken met de patiënt over wat te doen bij verergering situatie.	Ja	Paragraaf 8.3
De afweging om wel of niet te vervoeren goed communiceren naar de patiënt en zijn naaste	Ja	Paragraaf 8.3
Patiënt en familie informeren over vervolgproces, redenen voor keuzes en consequenties van deze keuzes, behandelingsmogelijkheden en -gevolgen; communicatie & verwachtingsmanagement.	Ja	Paragraaf 8.3
Eenduidigheid over de regie, ook bij de inzet van multidisciplinaire teams en complexe patiënten. (bijv. ervaren SEH-arts inzetten hiervoor)	Deels	Paragraaf 8.3
Een ontslaggesprek met de patiënt, waarna ook het medicatiegebruik aan de orde komt: Hierbij aandacht voor laaggeletterdheid. Gebruik lekentaal. Check of hij/zij de informatie begrijpt. Eenduidige informatie voor de patiënt. Ook aandacht voor mantelzorg: wat is wel/niet mogelijk voor mantelzorgers.	Ja	Paragraaf 8.3
Advies richting patiënt indien Eerste Hulp. Geen Vervoer rit.	Ja	Paragraaf 8.3
Communicatie naar en informatie voor patiënt en naaste bij overgang naar volgende schakel in de keten.	Ja	Paragraaf 8.3
Een duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt gedurende verblijf op spoed/ziekenhuis: regie duidelijk bij veel zorgverleners.	Ja	Paragraaf 8.3
De patiënt door de keten heen begeleiden door middel van communicatie, informatievoorziening en verwachtingsmanagement. (o.a. ook wie welke zorgverlener is en welke zorg verleent).	Ja	Paragraaf 8.3
Systematische en volledige overdracht: Altijd vaste overdrachtssystematiek (SBAR). Suggestie: gebruik maken van digitaal overdracht (ook binnen spoedpost HAP/SEH)	Ja	Paragraaf 8.4
Verduidelijken verantwoordelijkheden: verantwoordelijkheden wanneer patiënt zich in wachtkamer bevindt, verantwoordelijkheden MKA/RAV-HA(P) over snelheid en overdracht	Deels	Paragraaf 8.4
Systematische en volledige overdracht (SBAR) naar alle relevante partijen (dus ook huisarts en bij overplaatsing tussen ziekenhuizen)	Ja	Paragraaf 8.4
Huisarts en ambulance leveren samen goede zorg en vullen elkaar aan. De huisarts wacht in principe bij de patiënt tot de ambulance arriveert.	Ja	Paragraaf 8.4
Een gestandaardiseerde manier van overdracht (digitaal) die altijd beschikbaar is (o.a. van huisarts naar ambulance naar SEH)	Ja	Paragraaf 8.4
Het is van belang dat de huisarts altijd geïnformeerd wordt als de ambulance zorg heeft verleend.	Ja	Paragraaf 8.4
Zeker bij complexe/oudere patiënten is het gewenst dat bij ontslag de 2e lijn telefonisch contact opneemt met de huisarts.	Ja	Paragraaf 8.4
Duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de patiënt na ontslag: Regievoering weer actief bij (verpleeg)huisarts brengen (en dat dat ook duidelijk is voor de patiënt).	Ja	Paragraaf 8.4
Terugkoppeling over afloop naar eerdere partners keten.	Deels	Paragraaf 9.1
Samenwerking in de keten kan beter inclusief wijkzorg/sociale wijkteams/huiszorg.	Ja	Paragraaf 9.1
Zorgverleners hebben terugkoppeling nodig over het verloop en uitkomsten van de zorg per patiënt, om zo hun eigen aandeel in de acute zorgketen te kunnen evalueren.	Ja	Paragraaf 9.1, 9.2, 9.3
Gezamenlijke regionale overleggen om ketencasusstuk te bespreken (evalueren) en samen werkingsafspraken te maken is een essentieel onderdeel van ketenzorg.	Ja	Paragraaf 9.1, 9.3

Aangedrag en thema's in patient journeys	Opgenomen in kwaliteitskader?	Zo ja, in welke paragraaf?
Indicator ketenaafspraken en besprekingen (lokaal). Daarmee wel benoemen waarover. Bijv. in protocol en in afspraken over informatieoverdracht. En wat gaat goed en slecht.	Ja	Paragraaf 9.2
Verkorten wachttijd na triage HA/HAP/SEH, omdat situatie anders kan verergeren (m.n. HAP)	Ja	Paragraaf 9.2
Borgen overdracht overdragende partij (indicator?)	Ja	Paragraaf 9.2
Snelle doorlooptijd: snel starten met diagnostiek en snelle start van de juiste behandeling	Deels	Paragraaf 9.2
Inzicht nodig in het functioneren van de acute zorgketen als geheel	Ja	Paragraaf 9.2
Het regionaal op patiëntniveau kunnen analyseren van de totale doorlooptijden van patiënten (van melding tot de juiste zorg) maakt het mogelijk om knel- en verbeterpunten te identificeren, waardoor een continue verbeteringscyclus ontstaat. Gezamenlijke evaluatie hiervan leidt tot nieuwe afspraken en focus.	Deels	Paragraaf 9.2, 9.3
Meer onderzoek naar het optimale model voor spoedposten.	Ja	Paragraaf 10.2
Meer duidelijkheid over het optimale samenwerkingsmodel tussen HAP en SEH bij geïntegreerde spoedposten en de beste toepassing van triagesysteem bij deze spoedposten.	Ja	Paragraaf 10.2
Verduidelijken afspraken tussen SEH en GGZ (voldoende somatische diagnostiek voor GGZ patiënt)	Ja	Paragraaf 12.5
Aparte plekken op SEH voor specifieke patiëntengroepen	Deels	Paragraaf 12.5
Makkelijker afspraken kunnen maken met huisartsen in de regio: Het zijn er zeer veel en solistisch georganiseerd.	Nee	Project Ondersteuning en Infrastructuur Eerste Lijn (LHV, in Een, ZN)
Relatie met thuiszorg/wijkteam: Beter inzetten voor signalering acute problemen & meer inzetten thuiszorg om onnodige meldingen te voorkomen & rollen spoedzorg voor thuiszorg/V&VN helderder maken	Nee	VVT niet betrokken bij opstellen kwaliteitskader
Verbeteren bereikbaarheid spoedzorg voor toeristen, studenten, onverzekerden.	Nee	
Eenduidig beleid over visite tijden HA/HAP (bijv. opleiding chauffeurs, altijd bij patiënt langsgaan voor verwijzing naar SEH)	Nee	
Meer kennis triage bij thuiszorg om rol thuiszorg bij herkenning en triage te verbeteren	Nee	VVT niet betrokken bij opstellen kwaliteitskader
Rol voor (acute) internist om korte lijnen te krijgen en overdiagnostiek te voorkomen.	Nee	
Creëer mogelijkheid om patiënt in eerste instantie te laten inschrijven met SEH-arts als hoofdbehandelaar.	Nee	
Inzet praktijkondersteuners huisarts breder mogelijk maken (met name voor ouderen)	Nee	
Indien medicatie niet passend is in de thuis situatie of VVT-setting of als alternatief geneesmiddel wordt gegeven, dan eerst overleggen met initiele voorschrijver of ziekenhuisapotheker.	Nee	Apothekers niet betrokken bij opstellen kwaliteitskader
Ontslaan de patiënt niet op vrijdagmiddag/ANW-uren	Nee	
Er zou een centrale spil op de afdeling moeten zijn die voor de patiënt alles kan regelen waardoor patiënt snel kan worden ontslagen (protocol klaar en ontslag).	Nee	
Het zorgpad bij specifieke klachten is complexer en kan mogelijk beter	Nee	
Toewerken naar ketenbreed chronisch disease management	Nee	
Casemanager voor de patiënt (lokale ketenbegeleider) verbetert efficiëntie van het proces.	Nee	

Bijlage 7 Literatuurverwijzing

- ActiZ, GGZ NL, FMS, FNT, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NMT, NVZ, NVZA, Patiëntenfederatie, VGN, V&VN, Verenso, ZN (2008). Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten. Initiatiefnemers en aanjagers: IGZ en VWS. April 2008.
- Acute Zorg Euregio (2017) ROAZ – Het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ); netwerk in de acute zorg. Beschikbaar via: <http://www.acutezorgeuregio.nl/nl/roaz>.
- Argumentenfabriek (2013) Informatiekaart Autoriteit Consument & Markt (ACM) beoordelen fuseren of samenwerken in ziekenhuiszorg. In opdracht van de ACM.
- AZN, NVMMMA, V&VN Ambulancezorg (2017) Kwaliteitskader ambulancezorg op het water. December 2017.
- AZN (2011) Plan van Eisen MKA-triagesysteem. Januari 2011.
- AZN, VNMMA, V&VN Ambulancezorg (2018) Nota Verantwoorde Goede Ambulancezorg. Versie 5.0. Februari 2018.
- AZN, LNAZ (2013) MMT inzet- en cancelcriteria. Een praktisch handvat voor het inzetten van MMT's en verdeling van verantwoordelijkheden tussen MKA, ambulance en MMT. Juni 2013.
- AZN (2018) Tabellenboek Ambulancezorg 2017. September 2018.
- AZN, NVMMMA, V&VN Ambulancezorg (2016) Landelijk Protocol Ambulancezorg. Versie 8.1. Juni 2016.
- AZN, NVMMMA, V&VN Ambulancezorg (2016) Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Verpleegkundig Centralist Meldkamer. Oktober 2016.
- AZN (2017) Overzicht RAV's en meldkamers ambulancezorg in Nederland. Beschikbaar via: <https://www.ambulancezorg.nl/nederlands/pagina/5994/regionale-ambulancevoorzieningen-meldkamers-nederland.html>.
- AZN (2017) Ambulancezorg in 2025: Zorgcoördinatie en mobiele zorg. Visiedocument Ambulancezorg Nederland. Juli 2017.
- Besluit functionele zelfstandigheid. Besluit van 29 oktober 1997. Geldend vanaf 27 maart 2015. Beschikbaar via: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0008985/2015-03-27#Artikel1>.
- Broek F. van den, Grunsven P. van, Giesen P., Smits M. (2014) Afstemming huisarts en ambulance dringend nodig – Minder vervoer en meer behandeling ter plekke zijn mogelijk. Medisch Contact. December 2014.
- Commissie Breedveld (2009) Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. Rapportage werkgroep Kwaliteitsindeling SEH. Oktober 2009.
- Consumentenbond (2016) Telefonische wachttijden huisartsenposten. Consumentengids September 2016.
- DICA (2017) Factsheet Indicatoren Cerebrovasculair Accident Benchmark (CVAB). Datum laatste wijziging: 27-06-2017. Beschikbaar via: <https://www.dica.nl/media/1028/CVAB%20Indicatorenset%20overslagjaar%202018.pdf>.
- DICA (2017) Factsheet Indicatoren Dutch Hip Fracture Audit (DHFA). Datum laatste wijziging: 26-06-2017. Beschikbaar via: <https://dica.nl/media/1044/DHFA%20Indicatorenset%20overslagjaar%202018.pdf>.
- DICA (2017) Factsheet Indicatoren aneurysma aorta abdominalis (DSAA). Datum laatste wijziging: 27-06-2017. Beschikbaar via: <https://dica.nl/media/1036/DSAA%20Indicatorenset%20overslagjaar%202018.pdf>.
- Eerste Kamer der Staten-Generaal (2016) Eerste Kamer stemt in met elektronische uitwisseling medische gegevens. 4 oktober 2016. Beschikbaar via: https://www.eerstekamer.nl/nieuws/20161004/eerste_kamer_stemt_in_met.
- Gaakeer M.I., Brand C.L. van den, Veugelers R., Patka P. (2015) Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde (NVTG). Mei 2015.
- Gaakeer M.I., Brand C.L. van den, Gips E., Lieshout J.M. van, Huijsman R., Veugelers R., Patka P. (2016) Landelijke ontwikkelingen in de Nederlandse SEH's. Aantallen en herkomst van patiënten in de periode 2012 – 2015. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde (NVTG). December 2016.
- Gezondheidsraad (2012) De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. Den Haag: Gezondheidsraad. Februari 2012.
- IGZ, Patiëntenfederatie (2008) Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren. Den Haag. September 2008.
- IGZ (2012) Huisarts voldoet aan veldnormen telefonische bereikbaarheid. Januari 2012.
- IGZ (2013) Toetsingskader Overdracht ZH – VVT.
- IGZ (2015) Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd. Utrecht. Juni 2015.

- InEen (2017) Handleiding kernset triage - voor monitoren kwaliteit telefonische triage op huisartsenposten. Januari 2017.
- InEen (2013) Raamwerk Kwaliteitsbeleid InEen. November 2013.
- InEen (2016) Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015. Augustus 2016.
- InEen, AZN (2016) Samenwerkingskader HAP + RAV. Utrecht. Mei 2016.
- InEen, AZN (2017) Uniformering Inzetverdelingsafspraken HAP + RAV. November 2017.
- InEen (2017) Regeling diplomering triagist.
- Informatieeraad (2017) Samen werken aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Beschikbaar via www.informatieeraadzorg.nl
- IOM (2001) Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press.
- KNMG (2010) KNMG Standpunt Ouderenzorg. Maart 2010.
- KNMG (2010) KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling. Januari 2010.
- LHV (2013) Update van de richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg. December 2013.
- LHV (2016) Richtlijnen bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsenvoorziening. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/service/richtlijnen-bereikbaarheid-en-beschikbaarheid-huisartsenvoorziening>. Geraadpleegd op 2 januari 2017.
- LHV, NHG, Concilium voor de Huisartsopleiding, Huisartsopleiding Nederland (2016) Competentieprofiel van de huisarts. September 2016.
- LHV, Verenso (2017) Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde.
- LNAZ (2015) Handboek Acute Zorg. Mei 2015.
- Minister van VWS (2005) Regionaal Overleg Acute Zorgketen. November 2015.
- Minister Schippers (2012) Besluit Beschikbaarheidsbijdrage Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). September 2012.
- Ministerie van VWS (2016) Zorg- en verblijfsvormen kwetsbare ouderen. December 2016.
- Minister van VWS (2017) Kamerbrief Voortgang aanpak drukte in de acute zorg. Juni 2017.
- Nederlandse Brandwonden Stichting, Nederlandse Vereniging voor Brandwondenzorg, Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland (2014) Eerste opvang van brandwondpatiënten in de acute fase (1ste 24 uur) van verbranding en verwijzing naar een brandwondencentrum. Met medewerking van Ambulancezorg Nederland en mandatering van diverse verenigingen en instanties.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017) Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Mei 2017.
- NFU (2013) Registratie aan de bron: Visie op documentatie en gebruik van zorggegevens 2013-2020.
- NHG (2008) Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP). Revisie van de richtlijn vindt plaats in 2016/2017.
- NHG (2013) NHG-Standpunt Huisarts en Spoedzorg. Juni 2013.
- NHG/Nictiz (2014) Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp). Leden werkgroep: AZN, InEen, NedHIS, NHG, Nictiz, NVSHA, NVZ. Utrecht.
- NHG (2015) Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk – NHG-Praktijkaccreditering versie 2.1. Utrecht: NHG.
- NictiZ (2012) Programma eSpoed.
- NictiZ (2017) Informatiestandaard acute zorg. Beschikbaar via: <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/acute-zorg/acute-zorg-informatiestandaarden>.
- NictiZ en NVZ (2017) Acuut Zorgportaal. Beschikbaar via <http://sharing.nictiz.nl/acuutzorgportaal/>.
- Nivel (2016) Zorgregistraties Eerste Lijn. Zorg op de huisartsenpost - urgentie van gezondheidsproblemen. Beschikbaar via: <http://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisartsenpost/aanmelding>. Geraadpleegd op 24 januari 2017.
- Nivel (2015) Nivel huisartsenregistraties. Beschikbaar via: <https://www.nivel.nl/nl/databank>. Geraadpleegd op 28 maart 2017.
- NPCF, Astmafonds, Diabetesvereniging Nederland, De Hart- en Vaatgroep, Nederlandse Vereniging van Kankerpatiëntenorganisaties, Reuma patiëntenbond.
- NTS (2012), Factsheet Triage acute zorg op één golflengte; <https://de-nts.nl/wp-content/uploads/2014/12/Factsheet-NTS-april-2012.pdf>. Geraadpleegd op 6 november 2019.
- NVK (2014) Definitieve lijst kwaliteitscriteria algemene kindergeneeskunde. Aangenomen door de ALV op 6 november 2014.

- NVR, NVvR (2015) Kwaliteitsnormen Acute Beroertezorg. Ingegaan per 1 januari 2016.
- NVR, NVvR (2016) Criteria voor een IAT-centrum. Ingegaan per 1 januari 2017.
- NVSHV, LEVV, HAN (2008) Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp – Eerste herziening. September 2008.
- NVT (2013) Levelcriteria Traumatologie. April 2013.
Beschikbaar via: <http://www.trauma.nl/levelcriteria-nvt>.
- NVT, NVVC (2014) Rapport Consensus Werkgroep LVAD. Augustus 2014.
- NVVC (2017) Leidraad EHH, CCU en ICCU. Opgesteld door de Werkgroep CCU. 24 januari 2017.
- NVvN (2013) Kwaliteitsnormen Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie.
- NVZ Zicht op zorg (2013) Acute zorg: Visiedocument van de NVZ. September 2013.
- NVZ (2017) VIPP-programma. Beschikbaar via <https://www.vipp-programma.nl/>.
- NZa (2014) Beleidsregel TH/BR-018 - Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw. Utrecht: NZa. December 2014.
- NZa (2016) QuickScan Acute zorg voor kwetsbare ouderen. 19 december 2016.
- NZa (2017) Monitor samenwerking spoedeisende hulp (SEH) en huisartsenposten (HAP). Onderzoek naar de substitutie van lichte spoedzorg. September 2017.
- NZa (2017) Marktscan acute zorg. September 2017.
- OLVG Pasgeborene, opvang op de SEH – versie 2. Beschikbaar via: https://www.olvg.nl/sites/default/files/pasgeborene_opvang_op_de_seh_transmuraal.pdf.
- Patiëntenfederatie (2016) Spoedzorg. Beschikbaar via: <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/spoed-zorg/volgens-ons>. Geraadpleegd op 2 januari 2017.
- Patiëntenfederatie, FMS, IQ healthcare. Patiëntveiligheidskaart ‘Help mee aan een veilig ontslag uit het ziekenhuis’. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/4264/Patiëntveiligheidskaart%20ontslag.pdf.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Huidig: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving) (2003) Advies ‘Acute Zorg’. Advies aan de Minister van VWS. Zoetermeer.
- Regio’s Noord-Holland en Flevoland Melding vitaal bedreigde neonaat. Beschikbaar via: https://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/richtlijn_vitaal_bedreigde_neonaat_v1.o.pdf.
- RIVM (2015) RIVM Brieffrapport 2015-0077 analyse gevoelige ziekenhuizen 2015 TK 2014-2015, Bijlage bij Kamerstuk 29247 nr.211.
- SCP (2011) Kwetsbare ouderen in de praktijk. April 2011.
- SIRM (2017). Model ‘Gepast vervoer personen met verward gedrag’ – concept. Onder embargo.
- Spoelman W.A., Bonten T.N., Waal M.W.M. Drenthen T. Smeele I.J.M., Nielen M.M.J., Chavannes N.H. (2016) Effect of an evidencebased website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open* 2016;6:e013166.
- Staatssecretaris Van Rijn (2017) Antwoord op de vragen van het lid Bruins Slot (CDA) over acute zorg op de Zuid-Hollandse eilanden. April 2017.
- Thijssen W.A.M.H. (2016) De spoedposten en de SEH, werkt het samen? *Huisarts & Wetenschap*. Februari 2016.
- Thijssen W.A.M.H., Mierlo E. van, Willekens M., Rebel J., Sandel M.H., Giesen P. et al. (2015). Complaints and Diagnoses of Emergency Department Patiënts in the Netherlands: A Comparative Study of Integrated Primary and Emergency Care. *PLoS ONE* 10(7): e0129739.
- Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Geldend van 1 januari 2013 31 december 2020.
- Twynstra Gudde (2016) De betekenis van acute zorg. Onderzoek in opdracht van de NVZ. Augustus 2013.
- Unieke KBO, PCOB, NVOG, NOOM, MediQuest (2017) Kwaliteitsaspecten en normering keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis 2017.
- V&VN (2012) E-Overdracht. Beschikbaar via: <http://www.venvn.nl/Themas/E-Zorg/-E-overdracht>.
- Vektis (2015) Feiten en cijfers over de huisartsenzorg. Informatie gebaseerd op zorgjaar 2013. Beschikbaar via: <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/>.
- VHN (2010) Handboek samenwerking HAP en SEH-arts. Juni 2010.
- Vilans. Handreiking patiëntenparticipatie: Verbeter de zorg vanuit het perspectief van uw patiënt. Beschikbaar via: <http://www.vilans.nl/docs/producten/handreikingpatiëntenparticipatie.pdf>
- VMS Veiligheidsprogramma (2008) Medicatieverificatie bij opname en ontslag. Beschikbaar via: http://www.vmszorg.nl/library/5537/web_2008.0101_praktijksgids_medverificatie.pdf.
- VMS Veiligheidsprogramma (2009) Communicatie tussen hulpverleners volgens het SBAR-proces. Februari 2009.

- VSN, Zorgbelang Nederland (2011) Kwaliteit in Zicht. Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief.
- VUMC (2015). Traumahelikopter. Beschikbaar via: <https://www.vumc.nl/afdelingen/vumc-in-de-lift/posters-vumc-in-de-lift/2015/cat/traumahelikopter/>.
- VZVZ (2017) Toestemming patiënt. Website Vereniging Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie. Beschikbaar via: <https://www.vzvz.nl/page/Zorgverlener/Gebruik/Toestemming-patiënt>.
- Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Geldend vanaf 7 oktober 2015.
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Burgerlijk Wetboek, Boek 7, Titel 7, afdeling 5. Geldend vanaf 1 april 1995.
- Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Geldend vanaf 1 augustus 2006.
- Zorginstituut Nederland (2015) Spoed moet goed: Indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties. December 2015.
- Zorgverzekeringswet (Zvw). Geldend vanaf 16 juni 2005.
- Zorgvisie (2016). Huisartsenposten werken aan bereikbaarheid. 23 augustus 2016. Beschikbaar via: <https://www.zorgvisie.nl/kwaliteit/nieuws/2016/8/huisartsenposten-werken-aan-bereikbaarheid/>