



> Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Utrecht, 15 april 2019

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Inhoud | 3 |
| Betrokken organisaties | 4 |
| Voorwoord | 5 |
| Managementsamenvatting | 8 |
| 1 Inleiding | 14 |
| 1.1 Huidige organisatie van spoedzorg in Nederland | 14 |
| 1.2 Doel kwaliteitskader | 18 |
| 1.3 Betrokken organisaties en totstandkoming | 18 |
| 1.4 Leeswijzer | 19 |
| 2 Gezamenlijke ambitie en uitgangspunten | 21 |
| 2.1 Ambitie | 21 |
| 2.2 Uitgangspunten | 21 |
| 3 Melding | 24 |
| 3.1 Ondersteuning voor patiënt bij inschatten urgentie zorgvraag | 24 |
| 3.2 Acute zorgverleners 24/7 bereikbaar en beschikbaar | 25 |
| 3.3 Intensieve samenwerking tussen HAP en SEH in elke regio | 27 |
| 4 Triage | 29 |
| 5 Zorgcoördinatie | 32 |
| 5.1 Mogelijkheid tot consulteren arts | 32 |
| 5.2 Duidelijkheid over meest geschikte locatie en zorgverlener | 33 |
| 6 Diagnostiek en behandeling | 38 |
| 6.1 Aanbieder spoedzorg beschikt over juiste en tijdige bemensing | 38 |
| 6.2 Aanbieder spoedzorg beschikt over juiste faciliteiten | 42 |
| 6.3 Geprotocolleerde diagnostiek en behandeling | 44 |
| 7 Coördinatie uitstroom | 45 |
| 7.1 Goede opvang en vervolgzorg thuis na uitstroom uit acute zorgketen 24/7 mogelijk | 46 |
| 7.2 Goede vervolgzorg in een (tijdelijk) verblijf na uitstroom uit acute zorgketen is 24/7 mogelijk | 47 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 8 | Keteninformatie | 49 |
| 8.1 | Beschikbaarheid actuele patiëntgegevens | 49 |
| 8.2 | Wensen van de patiënt beschikbaar | 51 |
| 8.3 | Informatie patiënten en naasten | 52 |
| 8.4 | Zorgvuldige overdracht van patiënt | 53 |
| 9 | Ketenevaluatie | 56 |
| 9.1 | Structurele bespreking casuïstiek | 56 |
| 9.2 | Evalueren functioneren spoedzorgketen o.b.v. proces- en uitkomstindicatoren | 58 |
| 9.3 | Uitvoering acute zorg bijsturen | 59 |
| 10 | Conclusies en aanbevelingen | 60 |
| 10.1 | Conclusies | 60 |
| 10.2 | Aanbevelingen | 62 |
| 11 | Literatuurverwijzingen | 65 |
| | Bijlagen | 72 |
| | Bijlage 1. Definities en afkortingen | 72 |
| | Bijlage 2. Betrokken organisaties en totstandkoming | 76 |
| | Bijlage 3. Toelichting standpunt FMS | 79 |
| | Bijlage 4. Onderhoudsplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen | 81 |
| | Bijlage 5. Verdeling ingangsklachten over regio's | 82 |
| | Bijlage 6. Aangedragen thema's in patiënt journeys en verwerking | 83 |
| | Bijlage 7. Normen en indicatoren per toestandsbeeld | 87 |

Betrokken organisaties



SiRM.

Voorwoord

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 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 regionale organisatie van de spoedzorg. Het kwaliteitskader is opgesteld door bij de spoedzorg betrokken organisaties.

Aanleiding

Begin 2015 zijn partijen in de spoedzorg, (mede) op initiatief van en gefaciliteerd door Zorginstituut Nederland, gestart met het in kaart brengen van de kwaliteit van de spoedzorgketen. Een belangrijk onderdeel hiervan vormde onderzoek in de Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio's naar hoe het pad van de patiënt door de spoedzorgketen verloopt voor verschillende ingangsklachten (patient journeys). De bevindingen uit de patient journeys (beschreven in de bijlage) en de resultaten van deskresearch van SiRM naar de beschikbare normen en richtlijnen voor de spoedzorgketen vormen de basis voor het kwaliteitskader.

Doel en reikwijdte

Het kwaliteitskader richt zich op de kwaliteit van de spoedzorg die zorgverleners in ketenverband leveren en beschrijft normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de samenwerking van de schakels in de keten. Het kwaliteitskader richt zich niet op de kwaliteit van zorg door individuele aanbieders als daarbij geen sprake is van samenwerking met andere zorgaanbieders in de keten. Het kwaliteitskader is gericht op de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams (MMT) en de acute 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. Bij de vormgeving van de organisatie van de spoedzorg dient het kwaliteitskader als leidend document met normen waaraan moet worden voldaan.

Eerste versie van het kwaliteitskader januari 2018

Begin 2018 waren alle partijen het inhoudelijk eens over het kwaliteitskader. Wel hadden partijen toen nog een aantal voorbehouden. Alle partijen wensten t.a.v. vier normen eerst inzicht in de benodigde omvang van menskracht en middelen en de beschikbaarheid, alvorens de normen te accorderen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaf aan, hoewel ook zij de inhoud van het kwaliteitskader onderschreven, pas te willen besluiten over accordering van het kader als er inzicht was in de financiële impact van het kader. Dit gold ook voor de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Daarnaast was de FMS inhoudelijk niet akkoord met de norm voor de aanwezigheid van geriatrische expertise op de SEH en de normen voor aanwezigheid van de radioloog en de anesthesioloog (ontleend aan de levelcriteria van de NVT). Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is begin 2018, met deze voorbehouden, aangeboden aan het Zorginstituut.

Beoordeling van het kader door Inspectie en NZa

Het Zorginstituut heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (de Inspectie) de handhaafbaarheid van het kwaliteitskader laten toetsen. De Inspectie achtte het kader niet volledig handhaafbaar. Daarop is door veldpartijen het kwaliteitskader op onderdelen geconcretiseerd en verduidelijkt.

Het Zorginstituut heeft daarnaast de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een QuickScan uit te voeren naar de mogelijke financiële gevolgen van het kwaliteitskader. In de QuickScan van februari 2018 zag de NZa 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. In deze BIA is door de NZa gekeken naar de verwachte kosten van implementatie van deze drie nieuwe normen. Daarbij is ook gekeken naar de verwachtingen in het veld of aan de norm in de praktijk zou kunnen worden voldaan. Met deze informatie was het mogelijk de effecten van het kwaliteitskader op de kwaliteit, de betaalbaarheid en de beschikbaarheid/toegankelijkheid van de zorg, in samenhang te wegen. Deze BIA is begin januari 2019 gepubliceerd.

Definitieve kwaliteitskader april 2019

De informatie uit de BIA over de kosten en de beschikbaarheid van het benodigde personeel gaf partijen aanleiding om twee normen met een voorbehoud, zonder aanpassingen op te nemen in het definitieve kwaliteitskader. Op basis van de informatie uit de BIA werd daarnaast besloten de norm van de arts op de SEH, waarvoor ook een voorbehoud gold, te herzien. De door alle partijen onderschreven ervaringseis van twee jaren is in het definitieve kader teruggebracht naar één jaar. De competenties van deze arts zijn daarnaast in het kader uitgeschreven. Met deze herziene afspraak wordt in optiek van partijen de kwaliteit van de zorg verbeterd met behoud van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg in Nederland. Op basis van de BIA en horende de FMS en V&VN is aanvullend de beschikbaarheid van een medisch specialist met geriatrische expertise op de SEH als aanbeveling in het kwaliteitskader opgenomen. Ook is de norm voor de beschikbaarheid van radiologie en de anesthesiologie op de SEH aangepast en heeft deze uiteindelijk de steun van alle partijen gekregen. Ten opzichte van de eerdere versie zijn daarnaast in het kader een aantal wijzigingen en verbeteringen op voorstel van partijen doorgevoerd. Het betrof hierbij met name voorstellen van de huisartsen(posten).

Partijen hebben hiermee, met uitzondering van twee normen, overeenstemming over het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De FMS wenst in lijn met de eerdere opstelling de beschikbaarheid van de medisch specialist met geriatrische expertise op de SEH als norm op te nemen in het kwaliteitskader en niet als aanbeveling. V&VN volgt hierin het standpunt van de FMS. De FMS is daarnaast op basis van voortschrijdend inzicht niet akkoord met de norm voor de arts op de SEH. De FMS pleit voor een norm die omschrijft aan welke nader uit te werken competenties (scholing en Entrustable Professional Activities) een arts op de SEH moet voldoen en wenst de kwantitatieve normering van ervaringsjaren te laten vervallen.

Implementatie

Voor de implementatie is een implementatieplan opgesteld. Het implementatieplan bevat de uiterlijke datum van realisatie van de nieuwe veldnormen en beschrijft welke acties nodig zijn en welke partijen actie ondernemen bij de implementatie. De implementatie van het kader vindt plaats in de ROAZ-regio's; het kader biedt ruimte en richting om regionaal invulling te geven aan de organisatie van de spoedzorg.

Onderhoud

Voor het kwaliteitskader is een onderhoudsplan opgesteld. Dit plan is als bijlage opgenomen in het kwaliteitskader.

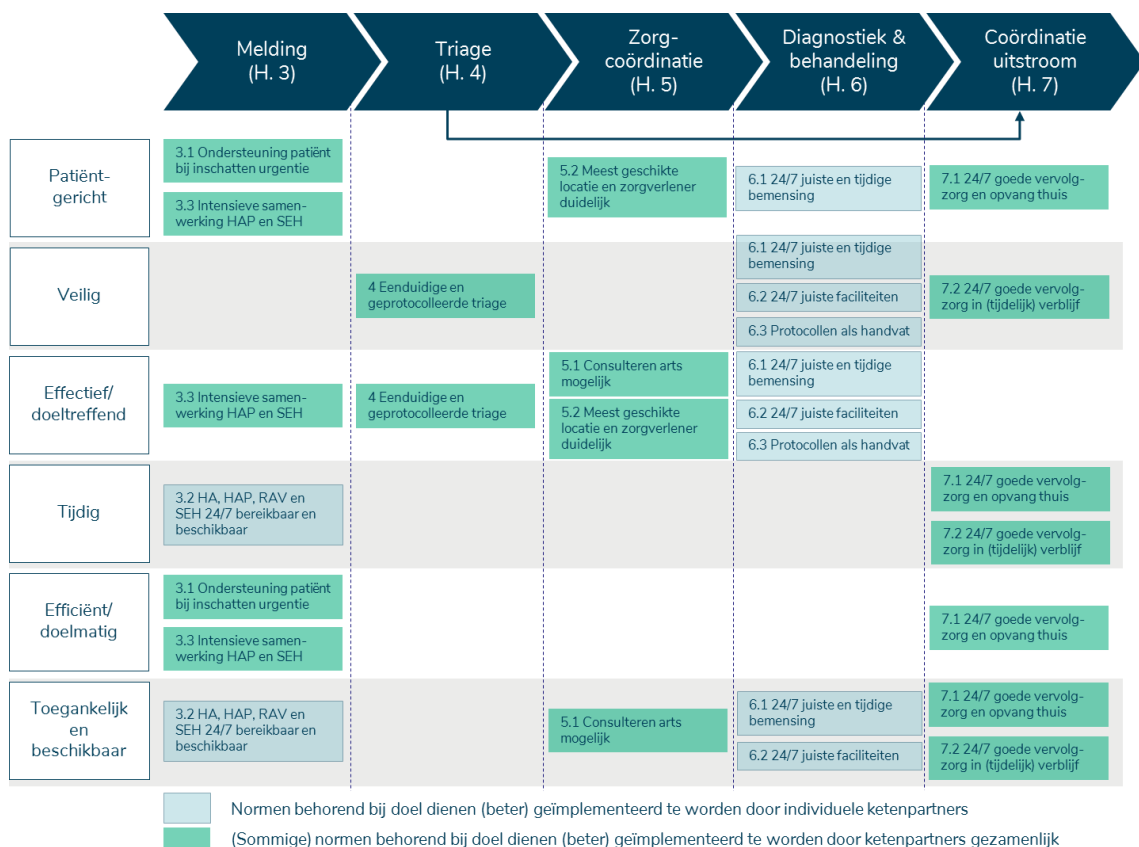
Patiëntenversie

Aan een patiëntenversie van het kwaliteitskader wordt onder aanvoering van Patiëntenfederatie Nederland gewerkt.


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. Partijen hebben voor iedere stap in de keten doelen gesteld. De normen, richtlijnen en aanbevelingen dragen bij aan het behalen van deze doelen. Het kwaliteitskader is gericht op de gewenste minimale kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams (MMT) en de acute 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.

In het belang van de patiënt zijn zorgverleners erop gericht om een acute zorgvraag zoveel mogelijk te voorkomen. Indien een patiënt toch een acute zorgvraag 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 in het kwaliteitskader dragen bij aan deze ambities. In onderstaande figuren zijn de doelen opgenomen: per stap in de keten is weergegeven welke doelen zijn opgenomen en aan welke ambities de doelen vooral invulling geven (het nummer voor het doel betreft het paragraafnummer). In het 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 ‘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 normen, richtlijnen en aanbevelingen behorend bij de ‘lichtblauwe’ doelen dienen (beter) geïmplementeerd te worden door individuele ketenpartners. In deze managementsamenvatting beschrijven we per stap in de keten de normen, richtlijnen en aanbevelingen uit het kwaliteitskader die de meeste impact hebben op het behalen van de doelen. We leggen daarbij de nadruk op de ketenbrede doelen.

Melding

Ten behoeve van patiëntgerichte en doelmatige spoedzorg hebben patiënten met een (acute) 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 (SEH¹) zijn 24/7 bereikbaar en beschikbaar voor patiënten met een (acute) zorgvraag.

¹ 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.

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.

Triage

Veilige en doelmatige spoedzorg vraagt om het toepassen van systematische triage wanneer een patiënt zich meldt met een acute zorgvraag 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.²

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 spreken hierover het volgende met elkaar af:

- 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.

² 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.

- 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).³

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 acute zorgvraag. De aanbeveling is dat op elke geopende SEH gedurende openingstijden bij voorkeur een SEH-arts KNMG of een medisch specialist die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft, fysiek aanwezig is. Indien hier niet aan kan worden voldaan spreken partijen met elkaar af dat op elke geopende SEH 24/7 tenminste een arts aanwezig is met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of bij de anesthesiologie. Daarnaast zijn per specialisme afspraken gemaakt over binnen welke tijd na oproep een specialist aanwezig dient te zijn op de geopende SEH.

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) spreken hierover met elkaar af om zich in te spannen om uitstroom uit de acute zorgketen zowel overdag als 's avonds en in de weekenden mogelijk te maken door⁴:

- 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 acute opname in een eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ). In iedere ROAZ-regio is acute opname 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

³ Bijvoorbeeld via het Acut Zorgportaal.

⁴ 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.

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 acute zorgvraag tussen ketenpartners draagt bij aan patiëntgerichte en veilige spoedzorg. Partijen spreken met elkaar af 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 acute zorgketen 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 acute zorgketen 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 acute zorgketen 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 acute zorgketen 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.
- 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 acute zorgketen 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 en aanbevelingen

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 beschrijft wanneer een update van het kwaliteitskader nodig is en wie de hoofdredactie voert over het kwaliteitskader.
- 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.

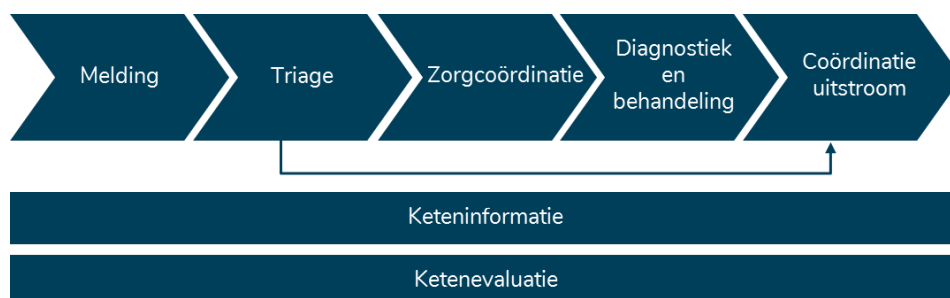
I Inleiding

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft de voor de patiënt wenselijke organisatie van spoedzorg wanneer hij zich meldt met een acute zorgvraag (of: spoedzorgvraag). De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving heeft een acute zorgvraag gedefinieerd als ‘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’ (2003).

Het kwaliteitskader is gericht op de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de Mobiele Medische Teams (MMT) en de acute ziekenhuiszorg. Paragraaf 1.1 beschrijft de huidige organisatie van spoedzorg in Nederland. Paragraaf 1.2 omvat het doel van het kwaliteitskader. In paragraaf 1.3 vindt u de betrokken organisaties en totstandkoming (zie ook bijlage) en in paragraaf 1.4 treft u de leeswijzer voor dit kwaliteitskader. In dit hoofdstuk zijn cijfers opgenomen over aanbod van zorgverleners en omvang van de zorg. Voor actuele cijfers verwijzen wij u graag naar de meest recente Monitor Acute Zorg van de NZa.

1.1 Huidige organisatie van spoedzorg in Nederland

De spoedzorg 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 acute zorgvraag adequaat beantwoord is en de patiënt de acute zorgketen uitstroomt (zie **Figuur 1**).



Figuur 1. Stappen in de acute zorgketen

Er zijn verschillende soorten spoedzorg te onderscheiden. Dit kwaliteitskader is gericht op de gewenste kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door het MMT en acute medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg). Dit kwaliteitskader richt zich niet op de spoedeisende farmaceutische zorg, acute verpleegkundige zorg aan huis, acute verpleeghuiszorg, acute GGz en acute verloskundigenzorg:

- 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 acute zorg ten tijde van het opstellen van het kwaliteitskader separate trajecten liepen.⁵
- 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 patiënt 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.

1.1.1 Aanbieders van spoedzorg in Nederland

We beschrijven in dit kwaliteitskader de normen, richtlijnen en aanbevelingen die de kwaliteit van de spoedzorgketen bevorderen. We beschrijven de normen, richtlijnen en aanbevelingen voor vier soorten spoedzorg: huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, acute medisch specialistische zorg geboden door het MMT en de acute ziekenhuiszorg.

Huisartsenspoedzorg

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 50 HDS'en (LNAZ, 2015; InEen, 2016).

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 circa 790 ambulances (verdeeld over 234 standplaatsen) (AZN, 2018).⁶ De meldkamer ambulance (MKA) maakt onderdeel uit van de RAV en is verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie.

⁵ 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.

⁶ 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).

Acute medisch specialistische zorg geboden door het MMT

In totaal zijn er verspreid over Nederland vier parate Mobiele 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 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 we in dit kwaliteitskader spreken over het MMT, wordt bedoeld op de parate MMT's. Voor beschikbare MMT's worden afwijkende afspraken gemaakt.

Acute medisch specialistische zorg/ziekenhuiszorg

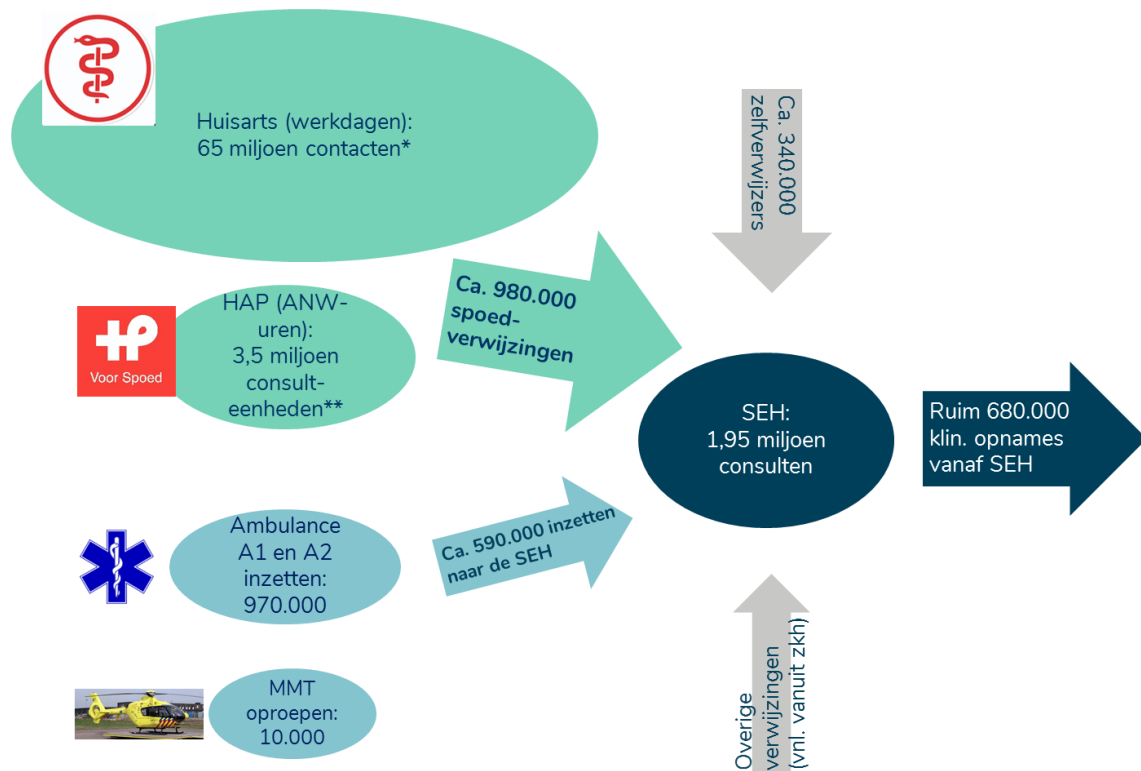
In aanvulling op de spoedzorg geleverd door huisartsen en ambulancezorg bieden ziekenhuizen medisch specialistische spoedzorg aan patiënten met een acute zorgvraag:

- In Nederland zijn 95 SEH-locaties, 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 de complexe zorg zijn in Nederland centra met specifieke bemensing en faciliteiten, bijvoorbeeld traumacentra voor de behandeling van patiënten met zeer ernstig letsel, brandwondencentra voor patiënten met ernstige brandwonden en Percutane Coronaire Interventie (PCI)-centra voor cardiale patiënten met volledige afsluiting van een kransslagader ('STEMI').

1.1.2 Gebruik van spoedzorg in Nederland

In Figuur 2 tonen we de aantallen in de acute zorgketen (opgave AZN 2018; 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 acute zorgvraag betreft. Het jaarlijkse aantal visites van en bezoeken aan de HAP is 2,6 miljoen. Daarnaast zijn er jaarlijks 1,6 miljoen telefonische consulten met de HAP (InEen, 2016). 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 in 2017 ruim 975.000 spoedeisende ambulance-inzetten en bijna 340.000 planbare ambulance-inzetten. 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, 2018).
- Acute medisch specialistische zorg/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).



*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, 391.000 visites en 1,6 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.

Figuur 2. Aantallen per jaar in de acute zorgketen

1.1.3 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. 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. Het overige deel van de inzetten betreft planbaar 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.⁷ Deze ontwikkelingen worden mede veroorzaakt door een toenemende substitutie van de SEH naar de HAP door versterking van de samenwerking tussen beiden (NZa, 2017).

⁷ 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.

1.2 Doel kwaliteitskader

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft bestaande landelijke normen en richtlijnen, beschrijft nieuwe normen waar partijen aan moeten voldoen en doet aanbevelingen die de kwaliteit van de spoedzorgketen bevorderen. De keten start vanaf het moment waarop de patiënt zich meldt met zijn acute ofwel ongeplande zorgvraag. De spoedbeleving van de patiënt is daarbij leidend. Het kwaliteitskader richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die zorgverleners in ketenverband leveren: het kader is gericht op 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.

Het kwaliteitskader betreft een ambitieus realistisch landelijk kader dat beschrijft op welke zorg een patiënt met een acute zorgvraag kan rekenen. Het kader stelt minimale eisen en biedt ruimte en richting om regionaal invulling te geven aan de organisatie van de spoedzorg. Het faciliteert en ondersteunt de besluitvorming op ROAZ-niveau.⁸ Voor de nieuwe normen die in dit kwaliteitskader beschreven zijn, is een implementatieplan met tijdslijnen opgesteld.

Het kwaliteitskader is gericht op de gewenste kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geboden door het MMT en acute ziekenhuiszorg. Patiënten weten op basis van het kwaliteitskader waar zij op kunnen rekenen bij een acute zorgvraag. 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 van spoedzorg maken. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan het kwaliteitskader gebruiken bij het toezicht houden op de kwaliteit van zorg. Hierbij merken de opstellers van het kwaliteitskader op dat de aanbevelingen in het kwaliteitskader niet beschouwd kunnen worden als een handhaafbare norm.

1.3 Betrokken organisaties en totstandkoming

Begin 2015 zijn de partijen in de spoedzorg, (mede) op initiatief van en gefaciliteerd door Zorginstituut Nederland, gestart met het in kaart brengen van de kwaliteit van de spoedzorgketen. In totaal waren elf landelijke organisaties betrokken. Partijen hebben op basis van verschillende bijeenkomsten besloten om gezamenlijk patiënt journeys te ontwikkelen. Deze dienden als basis voor een op te stellen kwaliteitskader. De besproken patiënt journeys, de aangedragen knelpunten en verbetervoorstellen in de patiënt journeys en de verwerking van de verbetervoorstellen in het kwaliteitskader vindt u in de bijlage (bijlage 4 en 5). De bevindingen vanuit de patiënt journeys en de resultaten van de deskresearch naar beschikbare normen, richtlijnen en indicatoren voor de spoedzorgketen, vormen de basis voor dit kwaliteitskader. In de bijlage (bijlage 2) vindt u meer informatie over de betrokken organisaties en de totstandkoming van het kwaliteitskader.

⁸ 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).

1.4 Leeswijzer

De partijen in de spoedzorg hebben een gezamenlijke ambitie en uitgangspunten voor de spoedzorgketen vastgesteld. We beschrijven deze ambitie en uitgangspunten in hoofdstuk 2. De gezamenlijke ambitie en uitgangspunten leiden tot een beschrijving van de gewenste organisatie van spoedzorgketen in het kwaliteitskader; In het kwaliteitskader zijn doelen opgenomen die bijdragen aan het behalen van de ambitie. Vervolgens zijn per doel normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de ketenpartijen opgesteld die bijdragen aan het behalen van dit doel.

We beschrijven de gewenste organisatie van spoedzorg aan de hand van de systematiek van een Plan Do Check Act (PDCA)-cyclus:

- We beschrijven de 'Plan' in hoofdstuk 3 tot en met 8 van het kwaliteitskader aan de hand van doelen met bijbehorende (geambieerde) normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de verschillende mogelijke stappen van de patiënt in de acute zorgketen: melding (hoofdstuk 3), triage (hoofdstuk 4), zorgcoördinatie (hoofdstuk 5), diagnostiek en behandeling (hoofdstuk 6) en coördinatie uitstroom (hoofdstuk 7). In hoofdstuk 8 beschrijven we tenslotte de normen, richtlijnen en aanbevelingen die gelden voor de informatieverstrekking en - beschikking in elke stap in de keten.
- De 'Do' omvat de levering van de spoedzorg door de betrokken partijen, (zoveel als mogelijk) op basis van de doelen en (geambieerde) normen, richtlijnen en aanbevelingen uit het kwaliteitskader.
- We beschrijven de 'Check' in hoofdstuk 9 van het kwaliteitskader, waarin we de normen, richtlijnen en aanbevelingen beschrijven die gelden voor de ketenevaluatie van de spoedzorg. In dit hoofdstuk beschrijven we ook de 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 acute zorgvraag ontvangt 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit.
- De ketenevaluatie leidt vervolgens tot de 'Act' waarin betrokken partijen op basis van de uitkomsten van de evaluatie de levering van spoedzorg verbeteren. We beschrijven dit in paragraaf 9.3.

Per norm of indicator geven we aan wat de huidige status ervan is. U treft de mogelijke status in onderstaande tabel met een korte toelichting per status.

| Status van norm/indicator | Toelichting |
|---|--|
| Wettelijke norm | De norm is opgenomen in een wet. |
| Bestaande veldnorm/norm | De norm is opgenomen in een door partijen onderschreven richtlijn, module, protocol, kwaliteitskader, samenwerkingskader, regeling, nota of handleiding. |
| Bestaande veldnorm/norm (gemeten met indicator) | Zie definitie 'bestaande veldnorm/norm'. De norm wordt bovendien gemeten met een indicator (opgenomen op de Transparantiekalender). |

| Status van norm/indicator | Toelichting |
|--|---|
| 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. |
| 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. |

In de bijlage (bijlage 1) treft u een uitleg bij de gehanteerde definities en afkortingen in dit kwaliteitskader.

2 Gezamenlijke ambitie en uitgangspunten

In dit hoofdstuk komen de gezamenlijke ambitie en uitgangspunten aan de orde die de basis vormen voor dit kwaliteitskader.

2.1 Ambitie

In het belang van de patiënt zijn zorgverleners erop gericht om een acute zorgvraag zoveel mogelijk te voorkomen. Indien een patiënt toch een acute zorgvraag 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.⁹ 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.

2.2 Uitgangspunten

Om deze ambitie te realiseren hebben patiënten, zorgaanbieders in de acute keten 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.

⁹ Zorgverleners kunnen indien nodig beargumenteerd van de professionele standaard afwijken,

2.2.1 De patiënt en zijn naaste

- 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.

2.2.2 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.
 - Indien sprake is van spoed 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.

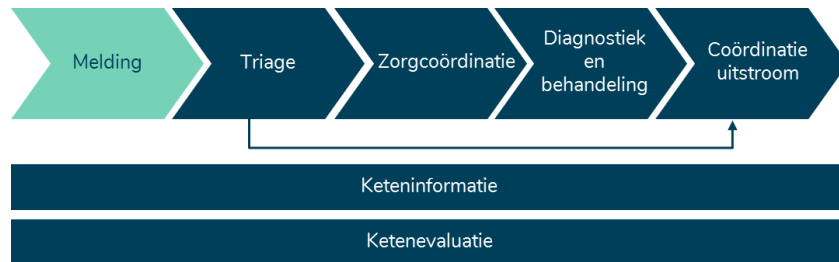
2.2.3 De afspraken

- Zorgaanbieders maken afspraken over tijdige, doelmatige en goede kwaliteit van zorg. Het is voor de relevante zorgverleners duidelijk welke aanbieder voor welk toestandsbeeld spoedzorg kan bieden. Zorgverleners erkennen daarbij elkaars professionele oordeel.
- Het is op ieder moment in de acute keten 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 zorg 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 acute zorgketen kan, met toestemming van de patiënt, tijdig beschikken over de – voor de acute situatie – relevante gegevens van de patiënt: een (elektronisch) patiënt-dossier.

3 Melding

De start van de spoedzorgketen betreft de melding van een acute zorgvraag door een patiënt of zijn omgeving. 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.



In dit hoofdstuk beschrijven we de gewenste organisatie van de hulpverlening, wanneer een patiënt zich meldt met een spoedvraag. We beschrijven de gewenste organisatie aan de hand van drie doelen:

- Paragraaf 3.1: Patiënten met een (acute) 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: Acute zorgverleners zijn 24/7 telefonisch en/of fysiek bereikbaar en beschikbaar voor het in behandeling nemen van een melding van een acute zorgvraag (ook als deze niet levensbedreigend is).
- Paragraaf 3.3: In elke regio werken de 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 (acute) zorgvraag en hun naaste(n) hebben 24/7 de mogelijkheid (online) ondersteuning te ontvangen bij het inschatten van de 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 (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 |
|--|-----------------|---|
| Zorgaanbieders bieden patiënten met een zorgvraag d.m.v. apps en/of websites 24/7 de mogelijkheid om ondersteuning | Aanbeveling | Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017) |

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|-----------------|--|
| te ontvangen bij het bepalen of zij (spoed)zorg in moeten schakelen. ^{10 11} | | |
| 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 |

3.2 Acute zorgverleners 24/7 bereikbaar en beschikbaar

Doel: Acute zorgverleners zijn 24/7 telefonisch en/of fysiek bereikbaar en beschikbaar voor het in behandeling nemen van een melding van een acute zorgvraag

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 acute zorgvraag zo goed mogelijk in behandeling te nemen. Onderstaand zijn de normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de telefonische en fysieke bereikbaarheid en beschikbaarheid opgenomen.

| Norm – Telefonische bereikbaarheid en beschikbaarheid | 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 | 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 | 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) |

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

| Norm – Telefonische bereikbaarheid en beschikbaarheid | Status van norm | Bron |
|--|------------------------|--|
| 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) |
| Norm – Fysieke bereikbaarheid en beschikbaarheid | 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 | 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. | 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 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 | Bestaande veldnorm | Nota Goede Ambulancezorg (2018) |

| Norm – Fysieke bereikbaarheid en beschikbaarheid | Status van norm | Bron |
|--|--------------------|--|
| een naburige regio of dat een RAV assistentie ontvangt van een aangrenzende regio. | | |
| MMT | | |
| Voor prehospital medisch specialistische zorg door een paraat MMT (met helikopter/auto) moet na aanneming 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 piloot/chauffeur. | 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 ¹² betreft de totaal tijd die 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) |

3.3 Intensieve samenwerking tussen HAP en SEH in elke regio

Doel: In elke regio werken de 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 geleiden naar de juiste zorgverlener.¹³ 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 vol-

¹² 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)

¹³ De SEH verwijst het merendeel van de niet-urgente zelfverwijzers terug naar de HAP (Thijssen et al., 2015; Thijssen, 2016).

ledige 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).

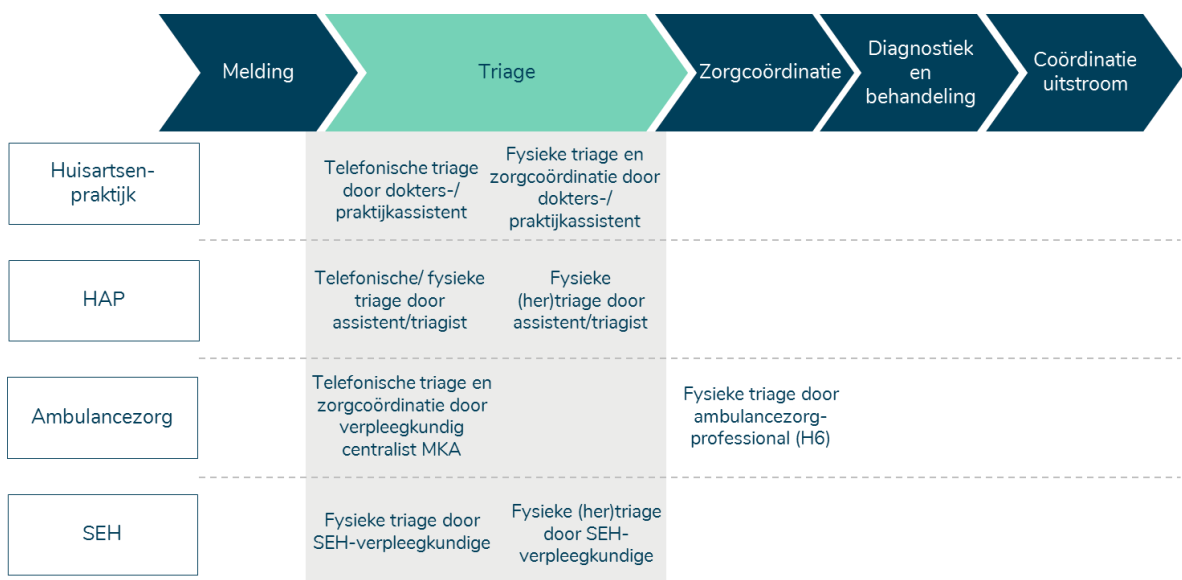
| Norm | Status van norm | Bron |
|---|---|--|
| De HAP en SEH werken zoveel mogelijk vanuit één locatie en maken duidelijke afspraken over de melding en triage. | Aanbeveling | Patient journeys (2016); Expertgroep (2017); Samenwerking tussen SEH en HAP (2017) |
| De HAP en SEH in de regio hebben afspraken over samenwerking gemaakt, waaronder over de verantwoordelijkheidsverdeling bij de melding, de triage, overdracht en verwijzing van onder andere zelfverwijzers. ¹⁴ | Nieuwe veldnorm (normstelling van bestaande adviezen) | Patient journeys (2016); Expertgroep (2017); Samenwerking tussen SEH en HAP (2017) |

¹⁴ 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 acute zorgvraag 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 telefonisch 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). Triage wordt uitgevoerd door 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 3).¹⁵



Figuur 3. Mogelijkheden voor telefonische en/of fysieke triage

We beschrijven de gewenste organisatie van de triage in dit hoofdstuk aan de hand van het volgende doel:

Doel: Zorgverleners in de acute zorgketen 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 acute zorgketen zijn bevoegd en bekwaam om telefonische en fysieke (her)triage uit te voeren en gebruiken een geprotocolleerde triagesystematiek als een hulpmiddel. Bereideneerd afwijken van de urgentie en/of vervolgleid wat volgt vanuit de triagesystematiek kan op

¹⁵ Ook een MMT voert in sommige gevallen triage uit, bijvoorbeeld bij grote incidenten of bij meerdere gewonden.

grond van specifieke omstandigheden en professioneel inzicht nodig zijn. In onderstaande overzichten zijn de normen en aanbevelingen voor de triagesystematiek en de vaardigheden van de hulpverleners opgenomen.

| Norm - Triagesystematiek | Status van norm | Bron |
|---|---------------------------|--|
| Keten | | |
| Partijen in de spoedzorgketen passen systematische triage toe wanneer een patiënt zich meldt met een acute zorgvraag. 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 | Patiënt 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 ¹⁶ | Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk – NHG-praktijkaccreditering 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. ¹⁷ | 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: <ul style="list-style-type: none"> - betrouwbaar, valide en hanteerbaar voor alle patiënten - effectief - toepasbaar in Nederland - kwaliteitswaarborging van de scholing | Bestaande veldnorm | Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp (2008) |

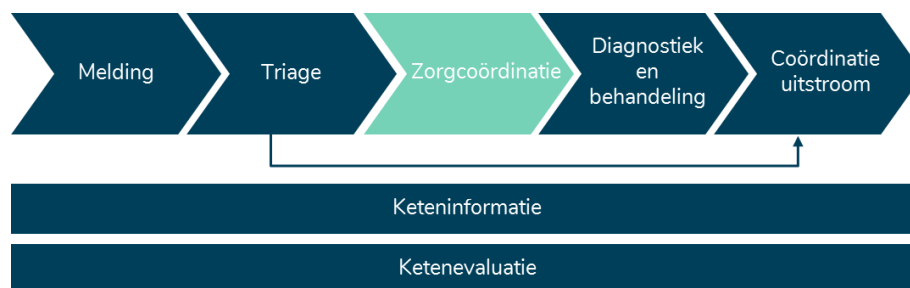
¹⁶ Andere partijen dan de NHG zien deze aanbeveling graag als norm opgenomen in het kwaliteitskader. Bespreking over normering van deze aanbeveling zal plaatsvinden bij de revisie van het kader.

¹⁷ 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 sector streeft ernaar op termijn te komen tot een eenduidig triagesysteem.

| Norm - Triagesystematiek | Status van norm | Bron |
|--|---|--|
| De SEH-verpleegkundige voert hertriage uit indien de gezondheidstoestand van de patiënt verandert óf de wachttijd is overschreden (conform triagesysteem of op basis van lokaal geldende afspraken). | Bestaande veldnorm | Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp (2008) |
| Norm – Vaardigheden zorgverleners | | |
| Huisartsenpraktijk | | |
| De medewerkers in de huisartsenpraktijk die betrokken zijn bij de triage zijn gekwalificeerd voor hun taak. | Normstelling van praktijkaccrediteringsnorm ¹⁶ | Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk (2015); Patient journeys (2016) |
| De huisarts is verantwoordelijk voor het toezicht op de zelfstandig afgehandelde gesprekken door de assistente. | Normstelling van praktijkaccrediteringsnorm ¹⁶ | 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 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 vaak zorgverlening en/of bewaking van de vitale functies plaats.



Om een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats voor 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 informatie van de patiënt en dat hij zorgt voor een goede overdracht naar de zorgverleners (zie ook hoofdstuk 8).

In dit hoofdstuk beschrijven we de gewenste organisatie van de zorgcoördinatie aan de hand van twee doelen:

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

5.1 Mogelijkheid tot consulteren arts

Doel: De huisartsenzorg en ambulancezorg hebben de mogelijkheid om een arts te consulteren tijdens het uitvoeren van de zorgcoördinatie

Het tijdens de zorgcoördinatie kunnen consulteren van een medisch specialist verbetert de zorgcoördinatie door de huisartsenzorg en ambulancezorgprofessionals.¹⁸

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|-----------------|---|
| De medisch manager ambulancezorg is bereikbaar voor huisartsen bij triage en zorg coördinatie. Ziekenhuizen hebben een 24/7 bereikbaarheid georganiseerd van een SEH-arts KNMG, medisch specialist of MMT-arts voor huisartsen en ambulancezorg bij de triage en zorg coördinatie. In ROAZ regio's hebben ketenpartijen hier afspraken over gemaakt. ^{19 20} | Nieuwe veldnorm | Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017) |
| 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) |
| In 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 of en zo ja naar welke zorgaanbieder de patiënt toegebracht dient te worden en/of welk type zorgverlener ingeschakeld dient te worden

Uit de triage kan volgen dat de patiënt huisartsenzorg, ambulancezorg, medisch specialistische zorg of een andere vorm van zorg nodig heeft. Wanneer uit de triage blijkt dat een patiënt medisch specialistische zorg nodig heeft, is soms niet duidelijk wat het toestandsbeeld is en welk type zorg de patiënt nodig heeft en kan hiervoor aanvullende diagnostiek nodig zijn.

Als vanuit de triage en eerste diagnostiek wel duidelijk is wat het toestandsbeeld is, zijn een aantal randvoorwaarden van belang voor het inschakelen van de juiste zorgverlening:

¹⁸ Het kan leiden tot minder vervoer, meer behandeling ter plekke en minder verschillende zorgverleners voor de patiënt (Van den Broek et al., 2014; Bespreking patiënt journeys).

¹⁹ Het begrip ROAZ regio is in deze flexibel, omdat het ook kan gaan om omliggende ketenpartners die (geografisch) geen onderdeel uitmaken van het ROAZ.

²⁰ 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.

- 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, hebben de HAP²¹ en RAV inzicht in de profielen van de ziekenhuizen in de regio.
- Daarnaast zijn de HAP en RAV op de hoogte van de aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialismen tijdens ANW-uren in de ziekenhuizen.
- Tenslotte is het nodig dat de HAP en RAV weten of (specifieke) opvangcapaciteit beschikbaar is.

Voor sommige groepen van toestandsbeelden dient de SEH/het ziekenhuis te beschikken over specifieke bemensing en faciliteiten. Voor een aantal van deze groepen van toestandsbeelden zijn normen opgesteld en geaccordeerd voor de benodigde faciliteiten en vaardigheden op de SEH. Daarnaast zijn er toestandsbeelden waarvoor richtlijnen zijn opgesteld, die nog tripartiet moeten worden besproken en vastgesteld. We beschrijven de normen en voorstellen per specialisme en toestandsbeeld meer uitgebreid in de bijlage (bijlage 5). In Figuur 4 is beschreven voor welke toestandsbeelden ambulancezorg naar de SEH/het ziekenhuis met specifieke bemensing en faciliteiten dient te vervoeren, voor welke toestandsbeelden dit (voorlopig) ook het geval is tenzij er op regionaal en/of landelijk niveau andere afspraken gemaakt worden en voor welke toestandsbeelden ambulancezorg naar de dichtstbijzijnde SEH/de SEH waar het snelst zorg wordt geboden kan vervoeren.

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.

²¹ In de dagpraktijk belt de huisarts de spoedlijn van een specialisme in het ziekenhuis. Indien de benodigde faciliteiten en/of bemensing niet beschikbaar zijn in het ziekenhuis wat de huisarts belt, dient de 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 specialisme in het desbetreffende ziekenhuis.

| | 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 toestandsbeelden |
| 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 toestandsbeelden |
| Neurologie | <ul style="list-style-type: none"> Cardio Vasculair Accident (CVA) met intra-arteriële behandeling (IAT) Verdenking sub-arachnoïdale bloeding (SAB) met gedaald bewustzijn en braken | | <ul style="list-style-type: none"> CVA³ Verdenking SAB o.b.v. acute hoofdpijn Overige toestandsbeelden |
| Kinder-geneeskunde | | | Intensive care behoeftig kind: eerste opvang en stabilisatie ⁴ |
| Overige specialismen | | | Alle toestandsbeelden |

1. Normen (worden) opgesteld, zie Bijlage 5.
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 Pediatrische Intensive Care Unit (PICU)).

Figuur 4. Groepen van toestandsbeelden waarvoor de SEH/het ziekenhuis dient te beschikken over specifieke bemensing en faciliteiten, per specialisme

| 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 specialismen 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) |

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|--|--|
| 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. ²² | 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 specialismen tijdens ANW-uren. | Nieuwe veldnorm | Patiënt 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 | Samenwerkingskader 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); Patiënt 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. ²³ | Aanbeveling | Patiënt journeys (2016) |

²² 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.

²³ 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 het <u>Landelijk</u> Protocol Ambulancezorg, 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 | Patiënt journeys (2016), expertgroep (2017) |
| In de <u>regionale</u> ambulancezorgprotocollen is per toestandsbeeld opgenomen welke ziekenhuizen in de regio de benodigde specifieke competenties en/of faciliteiten bieden. ²⁴ De RAV is op de hoogte van de aanwezigheids- en beschikbaarheidsdiensten van de benodigde medisch specialismen tijdens ANW-uren. | Nieuwe veldnorm | Patiënt journeys (2016), expertgroep (2017) |
| De RAV beschikt over en maakt gebruik van actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit). ²⁵ | Nieuwe veldnorm | Patient journeys (2016); Expertgroep (2017) |
| SEH/ziekenhuis | | |
| Op een colocatie 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). ²⁶ | Nieuwe veldnorm | Programma eSpoed (2012); Patiënt journeys (2016); Acut Zorgportaal (2017); |

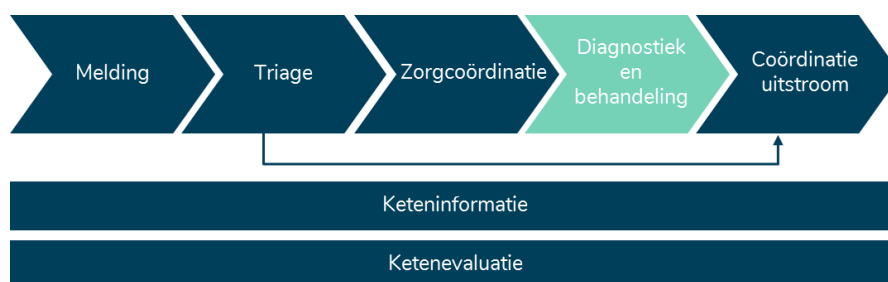
²⁴ Om ervoor te zorgen dat deze informatie snel inzichtelijk is voor de RAV is het aan te bevelen om in de app per regio een overzicht op te nemen voor de koppeling tussen toestandsbeeld en het passende ziekenhuis/SEH.

²⁵ Bijvoorbeeld via het Acut Zorgportaal.

²⁶ 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. De diagnostiek 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.



In dit hoofdstuk beschrijven we de benodigde diagnostiek en behandeling in de spoedzorg door de huisarts, HAP, ambulancezorg en SEH/ziekenhuis 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 acute zorgvraag.
- Paragraaf 6.2: Aanbieders van spoedzorg beschikken 24/7 over de juiste faciliteiten voor het diagnosticeren en behandelen van een acute zorgvraag.
- Paragraaf 6.3: Zorgverleners gebruiken voor de diagnostiek en behandeling de beschikbare protocollen 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 acute zorgvraag

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 acute zorgvraag.

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|---------------------------------------|---|
| Huisartsenpraktijk/HAP | | |
| Het medisch handelen van de huisarts is gefundeerd op de huisartsgeneeskundige 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) |
| Ambulancezorg | | |
| Ambulancezorgprofessionals voldoen aan de wettelijke en sectorale opleidings- en bekwaamheidseisen. Het ' 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 ambulancezorg-professional de zorg en behandeling. De ambulancechauffeur zorgt ervoor dat het vervoer op een verantwoorde manier plaatsvindt. | Bestaande veldnorm | Nota Goede Ambulancezorg (2018) |
| SEH | | |
| De arts op de SEH heeft ervaring met spoedeisende hulpverlening en is in staat om bij patiënten van alle leeftijden: <ul style="list-style-type: none"> - 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 afdeling, het eigen ziekenhuis of de eigen expertise 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 | Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009) |
| Op elke geopende SEH is gedurende openingstijden bij voorkeur een SEH-arts KNMG of een specialist die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft, fysiek aanwezig. ²⁷ | Aanbeveling | Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009); Patient journeys (2016); Expertgroep (2017) |

²⁷ 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

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|--|---|
| Indien aan bovenstaande aanbeveling niet kan worden voldaan geldt de volgende norm: op elke geopende SEH is tijdens openingstijden tenminste een arts ²⁸ fysiek aanwezig met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie. ²⁹ | Nieuwe veldnorm (aanscherping en normstelling van advies Commissie Breedveld en Gezondheidsraad) ³⁰ | Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017) |
| In het ziekenhuis is (gedurende openingstijden van de SEH) een arts ³¹ aanwezig die binnen maximaal 5 minuten na oproep op de SEH kan zijn (of daar al is) om de luchtweg te zekeren en te reanimeren. | Bestaande veldnorm (normstelling van advies Commissie Breedveld) | Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009) |
| Voor de arts op de SEH is van ieder poortspecialisme bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar voor overleg. (Voor de tijdsnormen voor de specialismen, zie de normen per specialisme in deze tabel.) | Bestaande veldnorm (normstelling van advies Commissie Breedveld) | Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009) |
| Op elke geopende SEH is tijdens openingstijden minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige met kinderaantekening (ENPC) (of professional met dezelfde competenties) aanwezig. Naast aantoonbare werkervaring op de SEH heeft deze verpleegkundige minimaal de volgende cursussen gevolgd: een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar, een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van SEH, en specifieke trainingen op het gebied van triage en trauma (bijvoorbeeld Trauma Nursing Care Course). | Bestaande veldnorm (normstelling van advies Commissie Breedveld) | Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009); Expertgroep (2017) |
| SEH/ziekenhuis | | |
| Voor elke geopende SEH is 24/7 binnen een halfuur na oproep een arts of verpleegkundig specialist met geriatrische expertise beschikbaar voor telefonische consultatie. Indien nodig, is de arts of verpleegkundig specialist binnen twee uur fysiek aanwezig op de SEH/in het ziekenhuis. ³² | Nieuwe veldnorm | Kwaliteitsaspecten en normering keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis (2017); Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017) |

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.

²⁸ Met het woord arts wordt in deze norm bedoeld op een arts-assistent, al dan niet in opleiding. Het mag maar hoeft dus geen medisch specialist te zijn.

²⁹ Alle partijen m.u.v. de FMS zijn akkoord met deze norm. Het standpunt van de FMS wordt in de bijlage toegelicht.

³⁰ Het advies van de Commissie Breedveld en de Gezondheidsraad is dat 24/7 een arts met een voltooide medische vervolgopleiding in de spoedeisende geneeskunde aanwezig is op de SEH. De Commissie Breedveld stelt vervolgens als norm dat een basisarts alleen verantwoorde zorg kan bieden als hij een aanvullend onderwijsprogramma gevolgd heeft waarin competenties in het snel en accuraat bepalen van de ernst van een klinisch beeld en het reanimeren en stabiliseren op volgorde van behandelprioriteit aangebracht en getoetst zijn. Daarnaast stelt de Commissie Breedveld als norm dat een inwerkprogramma voor de arts-assistent waarin boventallig gewerkt wordt, verplicht is.

³¹ Met het woord arts wordt in deze norm bedoeld op een arts-assistent, al dan niet in opleiding. Het mag maar hoeft dus geen medisch specialist te zijn.

³² De FMS en V&VN zijn niet akkoord met deze norm. Zij wensen als norm de geriatrische expertise op niveau van een medisch specialist. Dit standpunt wordt in de bijlage toegelicht.

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|--|--|
| Bij geriatrische problematiek is 24/7 binnen een halfuur een medisch specialist met expertise van multimorbiditeit, polyfarmacie en ouderen bereikbaar voor telefonische consultatie. Indien nodig, is de betreffende medisch specialist binnen twee uur fysiek aanwezig op de SEH/in het ziekenhuis. | Aanbeveling | Stuurgroep |
| <p>Bij een geopende SEH is in geval van een trauma, indien nodig, binnen de volgende tijd na oproep een specialist aanwezig.³³³⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - chirurgie: Level 1 ziekenhuis: binnen kantooruren traumachirurg aanwezig, buiten kantooruren AIOS (min. 3^e 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. - neurologie: Neuroloog binnen kantooruren 15 minuten, buiten kantooruren 30 minuten. Voor een level 1 ziekenhuis geldt 24/7 15 minuten. - 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. - 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>Voor de onderstaande specialismen zijn geen tijdsnormen opgesteld:</p> | Bestaande veldnormen in geval van een trauma | Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis (2009); Levelcriteria Traumachirurgie (2013) |

³³ Voor een omschrijving van level 1, 2 en 3 ziekenhuizen, zie bijlage 5. De Level criteria Traumachirurgie 2013 zijn alleen voor wat betreft de beschikbaarheid van de anesthesioloog en de radioloog op de SEH door de NVA en de NVvR onderschreven. De Levelcriteria Traumachirurgie 2013 is voor de overige elementen een monodisciplinair vastgestelde richtlijn. De NVT levelcriteria worden momenteel herzien.

³⁴ 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. We bevelen deze betreffende wetenschappelijke verenigingen aan alsnog op landelijk niveau tijdsnormen op te stellen (zie ook paragraaf 10.2).

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|--------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - interne geneeskunde - cardiologie. - kindergeneeskunde.³⁵ <p>Een cardioloog is 24/7 binnen 30 minuten na oproep aanwezig bij de Cardiac Care Unit (CCU). Een cardioloog-intensivist is binnen kantooruren binnen 30 minuten bij de Intensive Cardiac Care Unit (ICCU). Buiten kantooruren is een cardioloog binnen 30 minuten bij de ICCU 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> <ul style="list-style-type: none"> - Er zijn schriftelijk vastgelegde procedures voor de acute opvang van kinderen. - De benodigde middelen en getrainde/bevoegde medewerkers zijn beschikbaar. - 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. | Bestaande veldnorm | Kwaliteitscriteria Kindergeneeskunde (2014) – nog niet tripartiet vastgesteld (zie implementatieplan) |

Naast de generieke normen voor de beschikbaarheid van juiste en tijdige bemensing zijn voor een aantal toestandsbeelden specifieke normen voor de bemensing op de SEH opgesteld (zie Figuur 4). Deze normen zijn opgenomen in Bijlage 5.

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|----------------------|-------------|
| Voor sommige (groepen van) toestandsbeelden zijn specifieke normen voor de bemensing op de SEH opgesteld (zie Figuur 4). We beschrijven de normen per specialisme en toestandsbeeld meer uitgebreid in de bijlage (bijlage 5). | Bestaande veldnormen | Zie bijlage |

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 acute zorgvraag

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

³⁵ 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).

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|---|---|
| Huisartsenpraktijk/HAP | | |
| De huisarts heeft zowel in de dagzorg 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). ³⁶ | 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 generieke normen voor de beschikbaarheid van juiste faciliteiten zijn voor een aantal toestandsbeelden specifieke normen voor de faciliteiten op de SEH opgesteld (zie Figuur 4). Deze normen zijn opgenomen in Bijlage 5.

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|----------------------|-------------|
| Voor sommige (groepen van) toestandsbeelden zijn specifieke normen voor de faciliteiten op de SEH opgesteld (zie Figuur 4). We beschrijven de normen per specialisme en toestandsbeeld meer uitgebreid in de bijlage (bijlage 5). | Bestaande veldnormen | Zie bijlage |

³⁶ 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.

6.3 Geprotocolleerde diagnostiek en behandeling

Doel: Zorgverleners gebruiken voor de diagnostiek en behandeling de beschikbare protocollen en standaarden als handvat

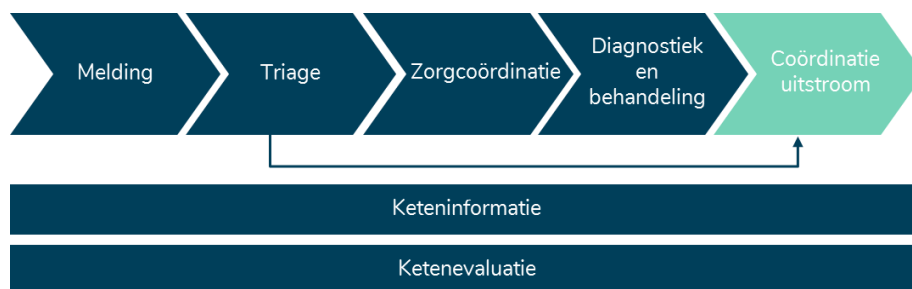
Zorgverleners maken voor de diagnostiek en behandeling gebruik van de beschikbare richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden en organisatiebeschrijvingen, zoals die opgesteld zijn door de wetenschappelijke verenigingen.³⁸

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|--------------------|--|
| 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 kwaliteitsstandaard ³⁷ (richtlijn, module, norm, zorgstandaard, protocol, organisatiebeschrijving). | Wettelijke norm | Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Hoofdstuk 2, Artikel 2.2); Zorgverzekeringswet |
| 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 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)) |

³⁷ Zoals bedoeld in artikel 1, onderdeel z van de Zorgverzekeringswet

7 Coördinatie uitstroom

De spoedzorgketen start bij de melding van een acute zorgvraag en eindigt als de patiënt niet (meer) aangewezen is op het acute zorgaanbod en weer terug naar huis kan of kan doorstromen naar niet-acute zorg. 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.



In dit hoofdstuk beschrijven we de uitstroom die kan plaatsvinden naar huis, eventueel met verpleegkundige zorg en/of behandeling, of naar een (tijdelijk) verblijf elders. 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 nog medisch specialistische zorg nodig is, kan vervolgzorg geleverd worden in het ziekenhuis of in een revalidatiekliniek. Soms heeft een patiënt die in de spoedketen terechtkomt al een Wet langdurige zorg (Wlz)-indicatie (thuis of in verpleeghuis). Meestal vindt de vervolgzorg dan in het verpleeghuis plaats.³⁸ In het kwaliteitskader gaan we niet in op normen voor de doorstroom vanuit de SEH naar de Intensive Care (IC), operatiekamer (OK) en klinische afdeling binnen het ziekenhuis.

We beschrijven de gewenste organisatie van de beschreven vormen van uitstroom uit de acute zorgketen aan de hand van twee doelen:

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

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 het kwaliteitskader. In dit kader is daarom volstaan met aanbevelingen over de beschikbaarheid van deze voorzieningen. Bij een volgende versie zullen de betreffende organisaties betrokken worden.

³⁸ 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 uit acute zorgketen 24/7 mogelijk

Doel: Patiënten kunnen in iedere regio 24/7 uitstromen uit de acute zorgketen naar huis met goede opvang en vervolgzorg

Goede opvang en vervolgzorg thuis na uitstroom uit de acute zorgketen is 24/7 mogelijk. Om dit te realiseren, is de acute 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 acute zorgvraag tot in ieder geval de eerstvolgende werkdag medicatie mee krijgen.

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|-----------------|--|
| Partijen spannen zich in om acute (specialistische) verpleegkundige zorg en behandeling aan huis 24/7 mogelijk te maken door de snelle beschikbaarheid van verpleging en verzorging aan huis. | Aanbeveling | Patiënt journeys (2016) |
| In aanvulling op de huisartsgeneeskundige zorg kan een huisarts een specialist ouderengeneeskunde inzetten, 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); Patiënt 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. ³⁹ | Aanbeveling | Patiënt 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 | Nieuwe veldnorm | Patiënt journeys (2016) |

³⁹ 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.

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|-----------------|------|
| instructies en geeft de zorgverlener aan wie de patiënt bij vragen of verergering van de klachten kan bellen (zie ook paragraaf 8.3). | | |

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

Doel: Patiënten kunnen in iedere regio 24/7 uitstromen uit de acute zorgketen naar een (tijdelijk) verblijf waar goede vervolgzorg wordt geleverd

Zowel tijdens kantooruren als tijdens ANW-uren spannen ketenpartijen zich in om uitstroom uit de acute zorgketen 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 maken we onderscheid tussen het tijdelijk verblijf met generalistische geneeskundige zorg (eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg) en het tijdelijk verblijf met medisch specialistische zorg (ziekenhuis, revalidatiekliniek).

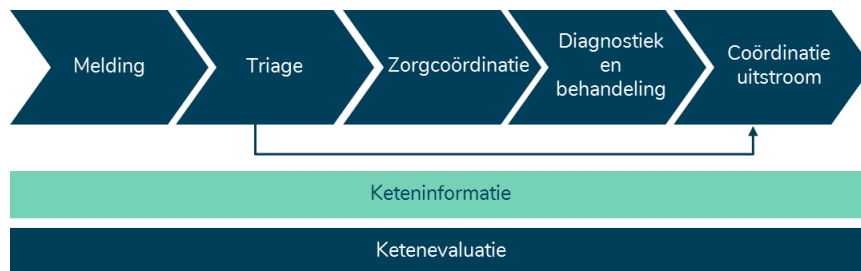
| Norm – Verblijf met generalistische geneeskundige zorg | Status van norm | Bron |
|--|-----------------|---|
| Zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de ROAZ-regio spannen zich in om 24/7 inzicht te hebben in de beschikbaarheid en de capaciteit van de vervolgzorg vanuit de huisartsenzorg/HAP, de SEH of het ziekenhuis (zowel bij vervolgzorg na ontslag uit het ziekenhuis als direct vanuit de eerste lijn, onder andere voor ouderen. ⁴⁰ | Aanbeveling | Patiënt journeys (2016) |
| In iedere ROAZ-regio spannen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich in om acute opname in een tijdelijk verblijf (eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg) 24/7 mogelijk te maken door de beschikbaarheid van voldoende capaciteit en coördinatie rondom de opnameprocedure. | Aanbeveling | Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017) |
| Partijen spannen zich in om acute opname in een verpleeghuis 24/7 mogelijk te maken voor personen met een Wlz-indicatie. | Aanbeveling | Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017) |
| Norm – Verblijf met medisch specialistische zorg | Status van norm | Bron |
| Goede electieve tweedelijnszorg, na uitstroom uit de acute zorgketen, is zowel overdag als tijdens ANW-uren mogelijk door de beschikbaarheid van opnamecapaciteit in het | Nieuwe veldnorm | Expertgroep (2017) |

⁴⁰ Bij het realiseren van voldoende capaciteit spelen zorgverzekeraars een belangrijke rol d.m.v. de zorginkoop (Minister van VWS, 2017).

| Norm – Verblijf met medisch specialistische zorg | Status van norm | Bron |
|--|-----------------|---|
| ziekenhuis waar de spoedzorg plaatsgevonden heeft of in een ander ziekenhuis. | | |
| 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 | Patiënt 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 | Patiënt journeys (2016); Expertgroep (2017) |

8 Ketenenformatie

De beschikbaarheid van actuele gegevens van de patiënt tijdens iedere schakel in de acute zorgketen, zowel uit de eerste als tweedelijnszorg, is essentieel en onmisbaar om kwalitatief hoogstaande spoedzorg te kunnen leveren (NHG en Nictiz, 2014; patiënt 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 acute zorgketen voor de patiënt en zijn naasten duidelijk is wie de coördinatie en regie voert.



In iedere stap van de keten van de spoedzorg voldoet de zorgverlener daarom aan de volgende doelen voor informatiebeschikking en -verstrekking:

- Paragraaf 8.1: Iedere zorgverlener in de acute zorgketen 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 acute zorgketen van de patiënt.
- Paragraaf 8.3: Zorgverleners verstrekken patiënten en hun naasten informatie wanneer zij zich melden met een acute zorgvraag en bij ieder overdrachtsmoment.
- Paragraaf 8.4: Zorgverleners dragen de patiënt zorgvuldig over aan een volgende zorgverlener in de acute keten en maken daarbij gebruik van een standaard instrument.

8.1 Beschikbaarheid actuele patiëntgegevens

Doel: Iedere zorgverlener in de acute zorgketen beschikt over actuele gegevens van de patiënt, zowel uit de eerste als tweedelijns zorg

Om actuele gegevens van de patiënt beschikbaar te maken voor iedere zorgverlener in de acute zorgketen, 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 Gegevensuitwisseling 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 verantwoorde-lijkheidsverdeling (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. ⁴¹ | 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 | | |

⁴¹ De informatie over verstrekte medicatie is alleen beschikbaar bij het LSP als de patiënt hiervoor toestemming aan de apotheek gegeven heeft (VZVZ, 2017).

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|--------------------|--|
| 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. ⁴² | 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 behandelplan/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) |

8.2 Wensen van de patiënt 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 acute zorgketen van de patiënt

Iedere zorgverlener in de acute zorgketen 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

⁴² Een huisarts kan deze informatie alleen beschikbaar stellen bij het LSP als hij hiervoor een opt-in (toestemming) van de patiënt heeft (VZVZ, 2017).

houdt.

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|-----------------|-------------------------|
| 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 | Patiënt journeys (2016) |
| Iedere zorgverlener in de acute zorgketen controleert bij het uitvoeren van triage, diagnostiek en behandeling of de patiënt behandelbeperkingen en/of -wensen heeft, bijvoorbeeld met betrekking tot het reanimatiebeleid. ⁴³ | Nieuwe veldnorm | Patiënt journeys (2016) |

8.3 Informatie patiënten en naasten

Doel: Zorgverleners verstrekken patiënten en hun naasten informatie wanneer zij zich melden met een acute zorgvraag en bij ieder overdrachtsmoment

Het is voor de patiënt van belang dat zorgverleners in iedere stap van de keten 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.⁴⁴

| 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 medicatie-overdracht (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); Patiënt journeys (2017) |
| De patiënt ontvangt wanneer hij overgedragen wordt naar een andere zorgverlener duidelijke informatie van de zorgverlener die overdraagt over het vervolg. | Nieuwe veldnorm | Patiënt journeys (2016) |
| Als uit de triage geen diagnostiek en behandeling volgen, krijgt de patiënt eventuele benodigde instructies en geeft | Nieuwe veldnorm | Samenwerkingskader HAP + RAV (2016); |

⁴³ Zolang ambulancezorg nog geen inzicht in het terughoudend beleid heeft, draagt de huisarts/HAP eventuele afspraken over terughoudend beleid over aan de ambulancezorgprofessionals (Samenwerkingskader HAP+RAV, 2016).

⁴⁴ Waar we in deze paragraaf spreken over 'patiënt', doelen we 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).

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|--------------------|--|
| de zorgverlener aan wie de patiënt bij vragen of verergering van de klachten kan bellen. | | Patiënt journeys (2016) |
| Ambulancezorg | | |
| Ambulancezorgprofessionals informeren patiënten en/of hun naasten zo goed mogelijk over de zorg 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 | Patiënt 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 'hertriage' en legt uit wat dit is. Mondelinge informatie wordt ondersteund met aanvullend informatiemateriaal, 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) |
| Ziekenhuis | | |
| 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 |

8.4 Zorgvuldige overdracht van patiënt

Doel: Zorgverleners dragen de patiënt zorgvuldig over aan een volgende zorgverlener in de acute keten en maken daarbij gebruik van een standaard instrument

Bij ieder overdrachtsmoment dragen zorgverleners de patiënt zorgvuldig over aan de volgende zorgverlener in de acute keten. 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 | Bestaande norm | KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling (2010); Communicatie tussen hulpverleners volgens het SBAR-proces |

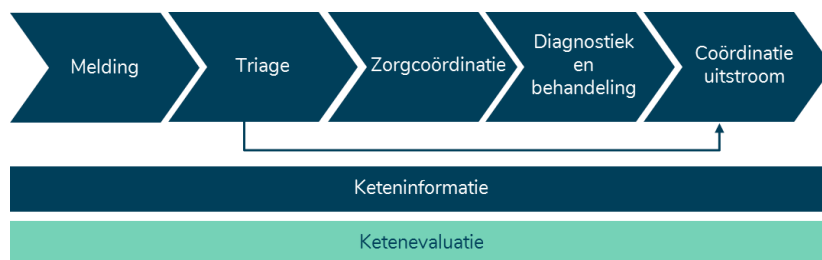
| Norm | Status van norm | Bron |
|--|---|--|
| actief informatie op bij de voorgaande zorgverlener die nodig is voor zijn of haar handelen. | | (2009); Patiënt journeys (2016) |
| Huisartsen, huisartsenposten en RAV's dragen snel en betrouwbaar gegevens over aan collega-zorgverleners in de acute zorgketen. | 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) ⁴⁵ |
| 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 | Handboek samenwerking HAP en SEH (2010); Patient journeys (2016) |
| 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) ⁴⁵ |
| Ambulancezorg doet een digitale vooraankondiging (indien nodig, inclusief ECG's en dergelijke) bij het ziekenhuis waar | Nieuwe veldnorm (aanscherping van bestaande normen) | Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (2014); MMT inzet- en |

⁴⁵ Dit wordt ook aanbevolen in het Samenwerkingskader HAP en RAV (2016).

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|-----------------------|---|
| de patiënt zal arriveren. Bij instabiele patiënten doet de ambulancezorg een telefonische vooraankondiging. | | cancelcriteria (2013); Patiënt 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 cancel-criteria (2013) |
| SEH | | |
| Het ontslagbericht vanuit de kliniek naar de huisarts volgt in principe direct maar uiterlijk binnen 24 uur. | NHG en FMS richtlijn | 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 | Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts en specialist (2017) |
| Bij complexe/oudere patiënten die als 'kwetsbaar' zijn gescreend (zie definitie in bijlage 1), 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 | Patiënt 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) |

9 Ketenevaluatie

De betrokken ketenpartners in de acute zorg werken binnen de eigen organisatie aan het monitoren en evalueren van hun functioneren. Omdat de acute zorg ketenzorg betreft, is inzicht nodig in het functioneren van de gehele acute zorgketen om de kwaliteit van zorg voor de acute patiënt 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.



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

- Paragraaf 9.1: Ketenpartners in de acute zorgketen 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 acute zorgketen 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 acute zorgketen, sturen ketenpartners waar nodig bij (het onderdeel 'Act' in de PDCA-cyclus). We beschrijven dit aan de hand van het volgende doel:

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

9.1 Structurele bespreking casuïstiek

Doel: Ketenpartners in de acute zorgketen evalueren casuïstiek met elkaar als onderdeel van de PDCA-cyclus

Ketenpartners in de acute zorgketen 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 acute zorg 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 acute zorgketen 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. ⁴⁶ Patiëntervaringen kunnen onder andere betrokken worden door gebruik te maken van klachteninformatie en incidentmeldingen. | Nieuwe veldnorm | Patiënt journeys (2016) |
| HAP en SEH | | |
| Bij een colocatie 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) |

⁴⁶ 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 acute zorgketen 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 acute zorgvraag de juiste zorg op de juiste plek hebben geboden. Partijen in het ROAZ hebben hierbij de taak om het acute zorgaanbod in de regio in kaart te brengen, activiteiten tussen aanbieders van acute zorg af te stemmen en inzicht te verkrijgen in de “witte vlekken” in het zorgaanbod/de bereikbaarheid (Minister van VWS, 2005). Om de verleende acute zorg 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 (bijlage 5).

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|-----------------|--|
| Keten | | |
| Ketenpartners in de acute zorgketen evalueren het functioneren van de spoedzorgketen, mede aan de hand van het kwaliteitskader spoedzorgketen en sturen de uitvoering van de acute zorg waar nodig bij. | Nieuwe veldnorm | Stuurgroep |
| In de regio monitoren de 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. ⁴⁷ | Aanbeveling | Patiënt journeys (2016); Stuurgroep (2017) |

⁴⁷ Voor een inspirerend voorbeeld voor het meten van de tijd tussen de melding van een beroerte bij de meldkamer tot de benodigde trombolysbehandeling in het ziekenhuis, zie <https://www.skiper.nl/actueel/id31620-ketenoptimalisatie-leidt-tot-kostbare-tijds-winst-bij-beroerte.html>.

9.3 Uitvoering acute zorg bijsturen

Doel: Ketenpartners sturen de uitvoering van de acute zorg 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 acute zorg 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: ledere patiënt met een acute zorgvraag ontvangt 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit.

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|-----------------|---|
| Keten | | |
| Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, RAV's en huisartsenposten nemen op een constructieve manier deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. Zij komen de gemaakte afspraken in het overleg na. | Bestaande norm | Beleidsregels Wet Toelating Zorginstellingen 2017 |

10 Conclusies en aanbevelingen

De ambitie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is dat iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit ontvangt. Dit betekent dat de zorg patiëntgericht, veilig, effectief/doeltreffend, tijdig, efficiënt/doelmatig, en toegankelijk en beschikbaar is. In dit hoofdstuk beschrijven we:

- De belangrijkste conclusies, namelijk op welke manier de normen, richtlijnen en aanbevelingen uit het kwaliteitskader bijdragen aan de ambitie (paragraaf 10.1)
- De aanbevelingen: Hoe partijen kunnen realiseren dat de normen, richtlijnen en aanbevelingen uit het kwaliteitskader ook daadwerkelijk leiden tot verbetering van de kwaliteit van de spoedzorgketen (paragraaf 10.2).

10.1 Conclusies

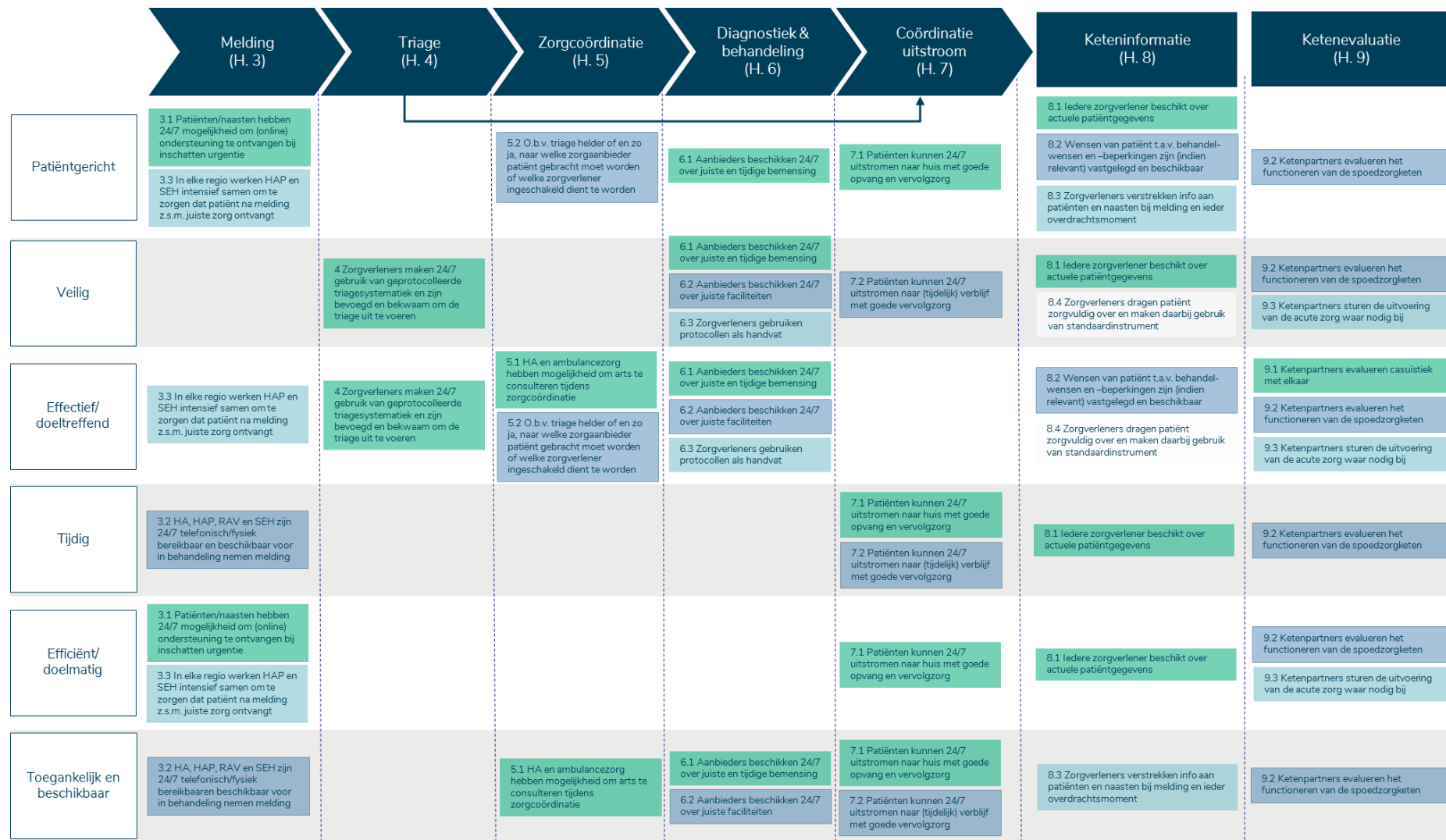
In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen hebben partijen met elkaar beschreven hoe zij de zorg organiseren om patiënten met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het kwaliteitskader betreft een landelijk kader voor de spoedzorg en biedt ruimte en richting aan de ketenpartners om regionaal invulling te geven aan de organisatie van de spoedzorg. Het kwaliteitskader faciliteert en ondersteunt hiermee de besluitvorming op ROAZ-niveau.

Uit de deskresearch dat aanvullend verricht is door SiRM blijkt dat voor een aanzienlijk deel van de aangedragen verbeteringsuggesties al afspraken tussen partijen bestaan. Het voortbestaan van de knelpunten lijkt erop te wijzen dat niet alle bestaande (veld)normen overal geïmplementeerd zijn. Het kwaliteitskader biedt een overzicht van de veldnormen en richtlijnen die reeds bestaan. Daarnaast bevat het kwaliteitskader nieuwe veldnormen en aanbevelingen. De normen specifiek voor (groepen van) toestandsbeelden zijn bestaande normen en zijn opgenomen in Bijlage 5 van het kwaliteitskader.

In het 'Implementatieplan Kwaliteitskader Spoedzorgketen' zijn de nieuwe veldnormen opgenomen. Voor de nieuwe veldnormen is in het implementatieplan beschreven welke acties op welke termijn door welke partijen nodig zijn.

Onderstaand overzicht toont per stap in de keten welke doelen zijn opgenomen en aan welke ambities de doelen vooral invulling geven.⁴⁸

⁴⁸ In iedere kolom heeft hetzelfde doel steeds dezelfde kleur om de leesbaarheid van de figuur te vergroten. De kleuren hebben verder geen betekenis. Het nummer voor het doel betreft het paragraafnummer uit dit kwaliteitskader.



10.2 Aanbevelingen

Om de afspraken in het kwaliteitskader te realiseren, zijn afspraken gemaakt over de implementatie.

10.2.1 Implementatie nieuwe normen

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 tijdpad 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.

10.2.2 Up-to-date houden van het kwaliteitskader

Gedurende de implementatie van het kwaliteitskader kunnen zich nieuwe ontwikkelingen in het (spoed)zorglandschap voordoen, die vragen te zijner tijd om nieuwe afspraken of herziening van afspraken in dit kwaliteitskader. Het kan daarbij onder andere gaan om:

- 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.⁴⁹

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 tripartite zijn vastgesteld door relevante betrokken partijen:

- Kwaliteitskader voor de intramurale spoedzorg;
- Generieke module Acute Psychiatrie.

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

⁴⁹ Tijdens het deskresearch bleek dat verschillende richtlijnen al vóór 2010 opgesteld zijn. We bevelen verenigingen aan deze richtlijnen te updaten.

Nieuwe of hernieuwde afspraken zullen 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 in de bijlage.

10.2.3 Aanbevelingen voor doorontwikkeling

Om de kwaliteit van de spoedzorg te meten en steeds verder te kunnen verbeteren, is verdere ontwikkeling van normen door wetenschappelijke verenigingen nodig en onderzoek naar evaluatie van de spoedzorgketen.

Tijdens de ontwikkeling van het kwaliteitskader kwamen de volgende 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 het kwaliteitskader. We 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 in het bijzonder voor de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). De normen kunnen vervolgens opgenomen worden 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 normen hiervoor opgesteld. We bevelen 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. De normen kunnen opgenomen worden in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen indien deze tripartite zijn vastgesteld.

Daarnaast spraken partijen tijdens het opstellen van het kwaliteitskader uit dat onderzoek naar de evaluatie van de spoedzorgketen, en de resultaten daarvan, gewenst is:

- De manier waarop ketenpartijen kunnen evalueren of de spoedzorgketen waarde heeft toegevoegd voor de patiënt en de indicator die daarvoor gebruikt kan worden.
- Op ROAZ-niveau geven de klachteninformatie van patiënten, (keten)incidenten en calamiteiten, de indicatoren gericht op de spoedzorgketen en de overige feedbackonderdelen inzicht in welke verbeterpunten gewenst zijn. Het is aan te bevelen om rond deze verbeterpunten ketenbreed (regionaal) onderzoek te doen naar hoe partijen verbeteringen kunnen realiseren. Inzichten die ook relevant zijn voor andere ROAZ-regio's kunnen vervolgens via het LNAZ gedeeld worden met de andere regio's en opgenomen worden in de nieuwe versie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

- 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.

II Literatuurverwijzingen

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, NVMMA, 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, NVMMA, V&VN Ambulancezorg (2016) Landelijk Protocol Ambulancezorg. Versie 8.1. Juni 2016.

AZN, NVMMA, 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%20verslagjaar%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%20verslagjaar%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%20verslagjaar%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.

Informatieberaad (2017) Samen werken aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Beschikbaar via: <https://www.informatieberaadzorg.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 huisartsenzorg. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/service/richtlijnen-bereikbaarheid-en-beschikbaarheid-huisartsenzorg>. 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/acuutzorg-portaal/>.

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,

VSN, Zorgbelang Nederland (2011) Kwaliteit in Zicht. Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief.

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/spoedzorg/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 neonat. Beschikbaar via: https://www.spoedzorgnet.nl/sites/default/files/documents/richtlijn_vitaal_bedreigde_neonaaat_v1.0.pdf.

RIVM (2015) RIVM Briefrapport 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 Patients 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>.

VHN (2010) Handboek samenwerking HAP en SEH-arts. Juni 2010.

Vektis (2015) Feiten en cijfers over de huisartsenzorg. Informatie gebaseerd op zorgjaar 2013. Beschikbaar via: <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/>.

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_praktijkids_medverificatie.pdf.

VMS Veiligheidsprogramma (2009) Communicatie tussen hulpverleners volgens het SBAR-proces. Februari 2009.

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/>.

Bijlagen

Bijlage 1. Definities en afkortingen

Definities

In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen hanteren we de volgende 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 verergerd (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 op arts-assistenten al dan niet in opleiding die werkzaam zijn op de SEH. Deze artsen worden gesuperviseerd door een medisch specialist of een SEH-arts KNMG. De medisch specialist of een 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:** met het begrip SEH-arts wordt bedoeld op artsen die de KNMG opleiding spoedeisende geneeskunde met succes hebben 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 de definitie van 'Acute zorgvraag'.

- 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

We hanteren verschillende afkortingen in het kwaliteitskader:

- ACM: Autoriteit Consument en Markt
- AMI: Acut Myocard Infarct
- ANW-uren: Avond-, nacht- en weekenduren
- AOI: Adverse Outcome Indicator
- AZN: Ambulancezorg Nederland
- BSA: Basisset Ambulancezorg
- CCU: Cardiac Care Unit
- CT: Computer Tomogram
- CVA: Cerebro Vasculair Accident
- CVAB: Cerebro Vasculair Accident Benchmark
- CVZ: College Voor Zorgverzekeringen
- DBC: Diagnose Behandel Combinatie
- DHFA: Dutch Hip Fracture Audit
- DICA: Dutch Institute for Clinical Auditing
- DSAA: Dutch Surgical Aneurysm Audit
- EHH: Eerste Hart Hulp
- ENPC: Een opleiding waarbij het zieke kind (trauma en non-trauma) centraal staat
- EVAR: Endovasculair Aneurysma Repair
- FMS: Federatie Medisch Specialististen
- FNT: Federatie van Nederlandse Trombosediensten
- GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst
- 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
- MDO: Multidisciplinair Overleg
- MKA: Meldkamer Ambulancezorg
- MINDD: Moet Ik Naar De Dokter
- MMT: Mobiel Medisch Team (zie ook definitie)
- MPU: Medisch Psychiatrische Unit
- 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 Traumatologie
- 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: Pediatrische 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 definitie)
- SiRM: Strategies in Regulated Markets
- 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
- Zkh: Ziekenhuis
- ZN: Zorgverzekeraars Nederland
- Zvw: Zorgverzekeringswet

Bijlage 2. Betrokken organisaties en totstandkoming

In deze bijlage beschrijven we de betrokken organisaties en projectorganisatie bij de totstandkoming van het kwaliteitskader (bijlage 2.1), de aanleiding voor het opstellen van het kwaliteitskader (bijlage 2.2) en geven we een korte verantwoording (bijlage 2.3).

2.1 Betrokken organisaties en projectorganisatie

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

- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Federatie Medisch Specialististen (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

De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de elf betrokken organisaties en vervult 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.

Expertgroep

In de expertgroep nemen zowel zorgaanbieders (waaronder artsen) als patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars deel. De leden van de expertgroep zijn voorgedragen door de betrokken organisaties en nemen op persoonlijke titel deel. De expertgroep toetst het concept kwaliteitskader op de inhoud en geeft een inschatting van het draagvlak voor de beschrijvingen onder de betrokken professionals.

Deelnemers aan stuurgroep en expertgroep

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 (radioloog) - Nico Hoogerwerf (anesthesioloog) - Bas Huisman (internist) - Karin Kaasjager (internist) - Martin Schali (cardioloog) - Paolo Valerio (kinderarts) |
| 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 woont de vergaderingen als toehoorder bij. Arold Reusken (LNAZ) is voorzitter van de stuurgroep en expertgroep.

2.2 Aanleiding Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Naar aanleiding van het proces om te komen tot indicatoren voor zes spoedzorgindicaties is in bestuurlijk overleg met Zorginstituut Nederland in september 2014 door partijen de wens uitgesproken om een algemeen kwaliteitskader voor de spoedeisende zorg te ontwikkelen voor gebruik in de regio om afspraken te maken over de organisatie van de spoedzorg. Partijen zijn vervolgens begin 2015, gefaciliteerd door Zorginstituut Nederland, gestart met het gezamenlijk in kaart brengen van de kwaliteit van de spoedzorgketen in Nederland. In diverse bijeenkomsten in 2015 en 2016 hebben partijen gezamenlijke uitgangspunten verkend en vastgesteld, belemmeringen voor een goede spoedzorgketen in kaart gebracht en besloten een gezamenlijk Kwaliteitskader Spoedzorgketen te ontwikkelen. In de bijeenkomsten gaf een groot aantal partijen aan dat de spoedzorg op basis van landelijke kwaliteitsafspraken op regionaal niveau georganiseerd moet worden.

Partijen hebben op basis van de bijeenkomsten besloten om als basis voor het kwaliteitskader gezamenlijk patiënt journeys te ontwikkelen. Voor elf ingangsklachten⁵⁰ is in de elf ROAZ-regio's onderzocht hoe het pad van de patiënt door de spoedzorgketen (patiënt journey) verloopt: Zorgverleners in de spoedzorg hebben samen met een verzekeraar en patiëntvertegenwoordiger in iedere ROAZ-regio gezamenlijk twee patiënt journeys doorlopen en per schakel/beslissingsmoment het volgende vastgesteld:

- 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)?

2.3 Verantwoording Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Het LNAZ heeft de bevindingen uit de 22 regionale patiënt journeys geclusterd en (op geabstraheerd niveau) aan Zorginstituut Nederland aangeboden. De informatie uit de regio's geeft inzicht in de gewenste organisatie van spoedzorgketen. De belangrijkste bevindingen uit de regio's zijn door middel van stellingen in december 2016 getoetst bij de achterban van de betrokken organisaties.

Strategisch adviesbureau SiRM – Strategies in Regulated Markets heeft daarnaast deskresearch gedaan naar de beschikbare normen, richtlijnen en indicatoren voor de spoedzorgketen. De resultaten van dit deskresearch vormden samen met de bevindingen uit de patiënt journeys de basis voor het eerste concept van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Na oplevering van het eerste concept in januari 2017 heeft Zorginstituut Nederland het initiatief voor het kwaliteitskader teruggelegd bij de betrokken organisaties en de regie overgedragen aan het LNAZ, die namens de betrokken organisatie als voortrekker fungeert bij de verdere opstelling en bestuurlijke vaststelling van het definitieve kwaliteitskader.

⁵⁰ Zie Bijlage 3 voor de ingangsklachten en de verdeling van deze ingangsklachten over de regio's.

Bijlage 3. Toelichting standpunt FMS

3.1 Expertise op de SEH

De FMS heeft op 25 maart 2019 aangegeven niet akkoord te gaan met deze kwantitatieve norm. De FMS heeft toegelicht dat het van belang is dat aantoonbaar competente artsen aanwezig zijn op de SEH. De nieuwe veldnorm is immers geformuleerd vanuit de ambitie om de kwaliteit van de zorg op de SEH verder te verbeteren door hogere eisen te stellen aan de artsen die dienst doen op de SEH. Een kwantitatieve norm is daar geen garantie voor, elke arts kent de situatie waarbij iemand met 4 jaar werkervaring nog niet competent is om op een SEH dienst te doen, terwijl er ook artsen zijn die binnen een jaar al aan de benodigde competenties voldoen. De FMS pleit dus voor een norm die omschrijft aan welke aangetoonde competenties scholing en Entrustable Professional Activities (EPA's) een arts op een SEH moet voldoen:

“Op elke geopende afdeling voor spoedeisende hulp is tijdens openingstijden een arts fysiek aanwezig ofwel direct beschikbaar voor beoordeling van een patiënt. Deze arts heeft aangetoonde competenties (scholing en EPA's) om zelfstandig op een SEH te functioneren naar de norm van het poortspecialisme waar hij/zij voor werkzaam is. "Daarbij dient indien nodig supervisie laagdrempelig en tijdig beschikbaar te zijn.

De FMS had de indruk dat tijdens de vergadering van de Stuurgroep op 25 maart 2019 meerdere aanwezigen de visie van de FMS aangaande het omschrijven van benodigde competenties deelden. De voorzitter constateerde ter vergadering dat de genoemde EPA's nog niet zijn vastgesteld. Vanuit de FMS is ter vergadering aangegeven dat de EPA's momenteel ontwikkeld worden door de stuurgroep van de Kwaliteitsstandaard Intramurale Spoedzorg en de komende maanden vastgesteld zullen worden door de wetenschappelijk verenigingen.

Na de vergadering is over de uitkomst van het overleg contact geweest met de betrokken wetenschappelijke verenigingen. Zij hebben aangegeven zich in te spannen gezamenlijk een generieke EPA spoedzorg (beschrijving van benodigde competenties en scholing) te definiëren. Er is direct actie ondernomen en een concept EPA opgesteld, met als doel deze op korte termijn vast te stellen door de wetenschappelijke verenigingen.

3.2 Geriatrische expertise op de SEH

De FMS heeft aangegeven niet akkoord te gaan met dit voorstel en vast te houden aan de door de beroepsgroepen (NIV, NVKG en V&VN) overeengekomen norm 2B (= expertise medische specialist). De onderbouwing hiervoor is dat kwetsbare ouderen op de spoedeisende hulp een erg complexe patiëntengroep betreft. De NIV, NVKG en V&VN zijn van mening dat bij kwetsbare ouderen met een acuut probleem de expertise van een medisch specialist nodig is. In veel ziekenhuizen is al een dienstenstructuur waarbij wordt voldaan aan de norm zoals geformuleerd in 2B.

Die BIA liet voor norm 2B een hoger kostenplaatje zien dan voor norm 2A. De FMS is van mening dat bij de berekening van de voorspelde kosten en de haalbaarheid van de norm een aantal zaken niet zijn meegenomen. Allereerst geeft de NIV aan dat internisten reeds expertise bezitten aangaande multimorbiditeit, polyfarmacie en ouderen. In het huidige opleidingsplan is reeds een leerlijn acute en ouderenzorg opgenomen, daarnaast onderneemt de NIV al stappen binnen aanzienlijke tijd reeds klare internisten bij/na te scholen op het gebied van acute ouderenzorg.

Daarnaast is eerder aangetoond, dat bijvoorbeeld het betrekken van de geriater bij patiënt met een heupfractuur al op de SEH leidt tot een aanzienlijke reductie in complicaties, consulten van andere specialismen, opnameduur en verkeerde bed problematiek, waardoor de juiste zorg beter en op de juiste plek gegeven wordt. Ook voor ander patiëntengroepen komt hier steeds meer bewijs voor. Het is daarom aannemelijk dat de uiteindelijke kosten, als deze norm geïmplementeerd wordt, misschien wel negatief uitvallen en leiden tot reductie van de kosten. In het rapport naar aanleiding van de BIA wordt ook de reële mogelijkheid onderkend dat door invoering van norm 2B baten worden gerealiseerd, echter gezien het ontbreken van concrete aannames in Nederland, is besloten om dit niet in de BIA op te nemen.

3.3 Onderhoudsplan

Met betrekking tot het Onderhoudsplan staat de FMS een modulair onderhoud van richtlijnen voor, waarbij de regiehouders van modules zelf verantwoordelijk zijn voor het onderhoud en beheer.

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. Genoemde partijen hebben het LNAZ verzocht om namens hen richting het Zorginstituut op te treden als indiener en eigenaar. 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 spreken zij het volgende af:

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 tripartiete 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.
3. In voorkomende gevallen zal de afstemming over de aanpassing via het LNAZ verlopen en zal het LNAZ de huidige elf partijen betrekken.

Bijlage 5. Verdeling ingangsklachten over regio's

| Nr. | Ingangsklacht | Regio 1 | Regio 2 |
|-----|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Benauwdheid | 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 |

Bijlage 6. Aangedragen thema's in patiënt journeys en verwerking

| Aangedragen thema's in patient journeys | Opgenomen in kwaliteitskader? | Zo ja, in welke paragraaf? |
|---|-------------------------------|---|
| Waar mogelijk behandeling 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 (voor suggestie 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 geïntegreerde spoedpost HAP/SEH EH/HAP geïntegreerde triage. Mogelijk sneller als het gebeurt door specialist (SEH-arts). | Ja | Paragraaf 3.3, hoofdstuk 4 |
| Toepassen van een geprotocolleerde triagesystematiek, met name verbetering gewenst voor huisartsenpraktijk: opleiden triage assistenten huisarts. Daarnaast voor SEH verbetering van bruikbaarheid en kwaliteit NTS gewenst en voor meldkamer strengere triage. | Ja | Hoofdstuk 4 |
| Meer regionale samenwerking en afstemming over onder andere de inhoud van triagesystemen. | 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 ambulancepersoneel duidelijker wat te doen met patiënt met sociale problematiek en/of zorgproblemen. | Deels | Paragraaf 5.1 |
| Kennis en kunde van ambulancepersoneel t.a.v. pijnbestrijding vergroten & verbeteren prehospital 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 (drukke)? | Ja | Paragraaf 5.2 |
| Altijd een vooraankondiging van de ambulance richting het ziekenhuis, indien nodig laagdrempelig contact met ziekenhuis/specialist | Ja | Paragraaf 5.2 |
| Bekende patiënt naar eigen ziekenhuis brengen, anders i.i.g. 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 afdeling), eerstelijnsbedden, observatieafdeling | Ja | Paragraaf 6.2 |
| Gestandaardiseerde/geprotocolleerde 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 dicht bij de voorschrijver wordt georganiseerd: medicatie meegegeven 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 vervolgzorg (geen gebrek aan capaciteit of onduidelijke regelgeving): o.a. acute opname in verpleeghuis (noodbedden), regionale afspraken met verpleeghuizen en zorghotels, voldoende beschikbaarheid (acute) thuishulp (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 triage | Ja | Paragraaf 8.1 |
| Voor de ambulancezorg de relevantie 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 |
| Weten wie de contactpersoon van de patiënt is. | Ja | Paragraaf 8.1 |
| De (medicatie-) overdracht naar de vervolgzorg 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 traumascoringen, 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 t.b.v. triage (huidig bij eigen huisarts niet altijd up to date) | Ja | Paragraaf 8.1 |
| Pre hospitalair beschikken over (episodes) medisch dossier van de patiënt. | Ja | Paragraaf 8.1 |
| Ketenbreed een minimale set aan patiëntgegevens (medicatie, behandel- en diagnostiekbeperking/wensen en voorgeschiedenis) kunnen inzien & wensen bespreken met patiënt -- patiënt bewuster maken van delen patiëntgegevens. | Ja | Paragraaf 8.1, 8.2 |
| Complete 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 volgt 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 ontslag of bij een zelfzorgadvies | Ja | Paragraaf 8.3 |
| Patiënten na triage 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.a.v. 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 waarin 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 naasten bij overgang naar volgende schakel in de keten. | Ja | Paragraaf 8.3 |
| Eén 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 digitale 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 overdacht | 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/thuiszorg. | 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 ketencasustiek te bespreken (evalueren) en samenwerkingsafspraken te maken is een essentieel onderdeel van ketenzorg. | Ja | Paragraaf 9.1, 9.3 |

| Aangedragen thema's in patient journeys | Opgenomen in kwaliteitskader? | Zo ja, in welke paragraaf? |
|---|-------------------------------|--|
| Indicator ketenafspraken en besprekingen (lokaal). Daarin wel benoemen waarover. Bijv. in protocol en in afspraken over informatieoverdracht. En w at 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 verbetercyclus 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, InEen, 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 rijden 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 thuissituatie of VVT-setting of als alternatief geneesmiddel wordt gegeven, dan eerst overleggen met initiële voorschrijver of ziekenhuisapotheker. | Nee | Apothekers niet betrokken bij opstellen kwaliteitskader |
| Ontsla 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. Normen en indicatoren per toestandsbeeld

Voor sommige toestandsbeelden dient de SEH/het ziekenhuis te beschikken over specifieke bemensing en faciliteiten:

- (Multi)trauma: De NVT heeft drie levels van ziekenhuizen onderscheiden 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 hoogenergetisch ongeval.
- De toestandsbeelden/specialismes 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.

We beschrijven in deze bijlage per specialisme en toestandsbeeld wat de bestaande en benodigde normen en indicatoren zijn.

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|-----------------|-----------------------|
| 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 |

| Norm | Status van norm | Bron |
|---|----------------------|--|
| 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 beschikbaar, maar 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 |

| Norm | Status van norm | Bron |
|--|----------------------|------|
| 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, maar 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) ⁵¹ beschikbaar, maar indicatoren zijn nog niet tripartiet vastgesteld (zie het implementatieplan). | Indicatoren: nog tripartiet vaststellen | Generieke module Ziekenhuispsychiatrie (2017) |
|---|---|---|

Specialisme Kindergeneeskunde

Kinderen

| | | |
|--|--|--|
| Richtlijn Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde beschikbaar, maar normen zijn nog niet tripartiet vastgesteld (zie het implementatieplan). | | |
|--|--|--|

Toestandsbeelden onder de overige specialismes (interne geneeskunde, pulmonologie, urologie)

| | | |
|--|---|-------------|
| Ambulancezorg kan vervoeren naar iedere SEH, opstellen van normen is niet gewenst. | - | Expertgroep |
|--|---|-------------|

⁵¹ De indicatoren zijn beschreven in Tabel 1 – Overzicht kwaliteitsindicatoren van de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie (pagina 6 t/m 10).