



Landelijk netwerk
acute zorg

Uitkomsten bespreking patient journeys samenvattend overzicht

Om te komen tot een landelijk Kwaliteitskader Spoedzorg

Datum: 2 december 2016

Versie: definitief



Inhoud

1. Inleiding.....	2
2. Samenvatting uitkomsten van bespreking van de patient journeys in de regio's	4
2.1 MELDING	4
2.2 TRIAGE.....	6
2.3 VERVOER	8
2.4 DIAGNOSTIEK	10
2.5 BEHANDELING	12
2.6 UITSTROOM.....	14
2.7 KETENEVALUATIE	17
Bijlage: verdeling patient journeys over de regio's	19

1. Inleiding

Op 1 april 2016 heeft Zorginstituut Nederland (ZIN) samen met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) het Plan van Aanpak Ontwikkeling Kwaliteitskader Spoedzorg aangeboden aan de landelijke partijen. Een belangrijk onderdeel in het Plan van Aanpak is het gezamenlijk ontwikkelen van patient journeys voor acute zorgvragen van patiënten, waarvoor samenwerking van ketenpartners essentieel is. Het LNAZ heeft zich bereid verklaard om samen met de elf acute zorgnetwerken de coördinatie van het opstellen van de patient journeys in de ROAZ regio's op zich te nemen.

Patient journeys bouwstenen voor het kwaliteitskader

Zorgverleners in de regio is gevraagd om samen met een patiënt(vertegenwoordiger) en zorgverzekeraar gezamenlijk de route van een patiënt met een acute zorgvraag te doorlopen en per stap/beslissingsmoment/schakel vast te stellen wat er in de ideale situatie moet gebeuren (proces), wie daarvoor verantwoordelijk is (regie), wat er aanwezig moet zijn (structuur) en met welke snelheid om een optimale kwaliteit zorg te leveren (uitkomst).

De opgestelde patient journeys zijn op geaggregeerd niveau bedoeld om een kader op te stellen en primair zicht bieden op wat we met elkaar moeten organiseren om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Ook het signaleren van discussiepunten of aandachtspunten kan daarvoor waardevolle informatie opleveren.

De verwachting is dat op basis van de beschreven patient journeys en andere beschikbare rapporten normen, (minimale) randvoorwaarden en aanbevelingen voor de kwaliteit van de gehele spoedzorgketen en haar schakels - inclusief de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de zorg, de triage, de overdracht tussen de schakels (huisarts/HAP-Ambulance-SEH-OK/IC) en het proces van afstemming - in het kwaliteitskader kunnen worden beschreven.

Kwaliteitskader Spoedzorg

Het Kwaliteitskader Spoedzorg geeft een beschrijving van de landelijke normen, randvoorwaarden en aanbevelingen voor goede kwaliteit van de spoedzorg voor alle vormen van de acute (=on geplande) zorgvraag van de patiënt. De zorgvraag van de patiënt staat voorop en is hierbij leidend. Uitgangspunt is dat 24/7 uur dezelfde kwaliteit van zorg wordt geleverd ongeacht de aard van de zorgvraag.

Het Kwaliteitskader Spoedzorg biedt een inhoudelijke basis voor de feitelijke organisatie van de spoedzorgketen. Het is een kader dat ruimte en richting biedt voor eenduidige afspraken in de regio. Het kan rekenen op (bestuurlijke en tripartiete) ondersteuning van de twaalf relevante veldpartijen. Het streven is om april 2017 een breed gedragen Kwaliteitskader voor de Spoedzorg gerealiseerd te hebben.

Het Kwaliteitskader gaat nadrukkelijk over de gehele spoedzorg en dus niet alleen over de 10% 'complexe' spoedindicaties waarvoor in het ZIN-rapport 'Spoed moet goed' de relevante indicatoren zijn opgenomen.

Bespreking van patient journeys in de regio

Afgesproken is om voor elf ingangsklachten (waarvoor samenwerking tussen zorgverleners in de acute zorgketen van essentieel belang is), gezamenlijk patient journeys te beschrijven vanaf de eerste klacht tot eventuele instroom in het reguliere traject of uitstroom uit het ziekenhuis.

De kernvragen die daarbij zijn meegegeven voor de bespreking zijn:

- Komt de patiënt op de juiste plaats? (mensen, middelen & triage)
- Gebeurt dit met de juiste snelheid? (bereikbaarheid, doorlooptijd)
- Is de juiste informatie beschikbaar? (EPD, info. overdracht, vooraankondiging, terugkoppeling)
- Zijn de verantwoordelijkheden voor iedereen helder? (regie over inrichting van de keten; verantwoordelijkheid)
- Is er sprake van 24x7 uur dezelfde kwaliteit van zorg? (kwaliteit en uitkomst, hoe wordt hierop gestuurd)

In de maanden september en oktober 2016 zijn de patient journeys in de elf ROAZ regio's besproken en beschreven. Iedere journey werd in twee verschillende regio's besproken. Voor deze bespreking waren uitgenodigd een regionale vertegenwoordiger van de patiënt, een vertegenwoordiging van zorgverleners en een zorgverzekeraar.

Ter voorbereiding op de bespreking van de patient journeys is alle regio's een format aangereikt op basis waarvan zij de patient journeys kunnen bespreken. Het aangereikte format volgt de stappen van de patiënt per zorgverlener door de zorgketen (voor zover van toepassing):

- Melding
- Triage
- Vervoer
- Diagnostiek
- Behandeling
- Uitstroom
- Ketenevaluatie

Bij de bespreking en beschrijving van de dagelijkse praktijk lag het accent op de vraag wat de betrokkenen in de regio vinden dat goed gaat en wat beter kan worden georganiseerd om de goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Daarbij werden ze uitgenodigd om aanbevelingen voor verbetering te doen. Ook werden ze in de gelegenheid gesteld om zelf nog punten in te brengen of te benoemen waarover sprake was van discussie in de regio.

De regio's is gevraagd de uitkomsten van de bespreking te rapporteren aan het LNAZ, en daarvoor zoveel als mogelijk gebruik te maken van bovenstaande indeling. In totaal zijn uiteindelijk 21 rapportages opgesteld. Deze rapportages zijn voor alle betrokken partijen beschikbaar, maar vanwege de omvang niet bijgevoegd bij dit rapport. Deze rapportages uit de regio's zijn onder regie van ZIN door het LNAZ samengebracht in één geschoonde rapportage (44 pagina's) waarbij de bevindingen van de journeys in samenhang worden gerapporteerd. Het schonen van de rapportage hield in het zoveel mogelijk verwijderen van dubbelingen in commentaar.

Dit document bevat een samenvattend overzicht van de geschoonde rapportage. Beide documenten dienen, tezamen met andere beschikbare rapporten, als opstap voor het opstellen door de 12 landelijke partijen voor het Kwaliteitskader Spoedzorg.

2. Samenvatting uitkomsten van bespreking van de patient journeys in de regio's

2.1 MELDING

In de journeys werd het proces van de melding uitvoerig besproken (tabel 1). Hierin kwam duidelijk naar voren wat goed gaat, wat beter kan en waar mogelijke oplossingen liggen. De acute- of spoedzorgketen begint met de melding van een acute zorgvraag door patiënt of omgeving. Waar de melding in de zorgketen binnenkomt, moet in principe niet uitmaken: de patiënt moet altijd op de plaats terecht komen waar hij/zij de juiste behandeling krijgt, ook wanneer in eerste instantie wellicht een 'suboptimale' ingang wordt gekozen. Uit de journeys komen vier randvoorwaarden die hiervoor essentieel zijn:

1. **Kennis organisatie spoedzorg** - Bij patiënt en omgeving moet bekend zijn hoe de toegang tot de spoedzorgketen georganiseerd is. Patiënten weten niet goed welke ingangen er bestaan en wanneer zij welke ingang moeten kiezen. Alleen 112 en de eigen huisarts zijn eigenlijk goed bekend. Door veel patiënten en professionals uit de regio's wordt aangegeven dat de geïntegreerde spoedposten (HAP/SEH) voor spoedsituaties zijn, maar het nummer van de HAP's niet altijd bij de burger bekend is en deze ook per regio anders zijn georganiseerd. Vanuit professionals wordt ook aangegeven dat het optimale samenwerkingsmodel voor spoedposten eigenlijk nog niet bekend is. Meer onderzoek lijkt hiervoor belangrijk. Een publiekscampagne en/of scholing over de organisatie van de spoedzorg zou mensen kunnen helpen bij het kiezen van de juiste spoedzorgingang.
2. **Kennis inschatting ernst symptomen** - Patiënt en omgeving moeten een inschatting kunnen maken van de ernst van de klachten/symptomen om daarmee ook de juiste ingang te kunnen kiezen. Het blijkt echter dat patiënten zich vaak niet met de juiste snelheid op de juiste plaats melden. Sommige patiënten wachten te lang, terwijl andere wel heel snel contact zoeken met een spoedzorgorganisatie. De indruk bestaat dat het voor veel patiënten vooral heel moeilijk is om onderscheid te maken tussen 'spoed' en 'urgent'. Patiënten en professionals denken dat er winst valt te behalen door patiënten beter te ondersteunen bij het maken van een inschatting van de urgentie en spoedzorgingang. Mogelijk door app(s) of website(s) die mensen kunnen ondersteunen bij hun keuze (denk aan www.moetiknaardedokter.nl).
3. **Bereikbaarheid** - De verschillende ingangen van de spoedzorg moeten snel (telefonisch) bereikbaar zijn voor patiënt en omgeving, zeker bij zeer spoedeisende zorgvragen. Voor alle ketenpartners bestaan hiervoor tijdsnormen, maar deze worden niet altijd nageleefd. Met name voor huisartsen en HAP's valt hierin mogelijk nog winst te behalen. Vanuit verschillende regio's wordt een 24/7 uurs spoedzorgnummer, en/of centrale zorgmeldkamer, voorgesteld. Dit biedt de patiënt mogelijk meer duidelijkheid over waar naar toe te bellen en kan zo (na triage) snel worden overgedragen naar de juiste zorgverlener.
4. **(Informatie)overdracht** - Overdracht (van informatie) en overleg tussen patiënt en zorgverleners en tussen zorgverleners onderling moet 'warm' en snel kunnen verlopen. Uit de journeys komt naar voren dat het nog niet altijd mogelijk is om snel 'warm' over te dragen, bijvoorbeeld wanneer de patiënt eigenlijk de verkeerde ingang tot de spoedzorg heeft gekozen (dat blijkt dan na triage – zie volgende hoofdstuk). Essentieel hierbij is dat alle partners in de spoedzorg inzicht hebben in de juiste (patiënten)gegevens, zoals voorgeschiedenis, medicatie en behandelbeperking. Gezamenlijk inzicht hebben in één patiëntendossier zou hier een grote winst op kunnen leveren. Een ander belangrijk verbeterpunt is dat zorgverleners in de spoedzorg een patiënt na ontslag of bij een zelfzorgadvies heldere instructies zouden moeten meegeven over wanneer ze met wie contact moeten zoeken bij verergering van klachten.

Tabel 1: proces Melding

MELDING	Wat gaat goed?	Wat kan beter?	Mogelijke oplossingen?
Kennis organisatie spoedzorg	<ul style="list-style-type: none"> * Patiënten kunnen zelf kiezen welke ingang spoedzorg ze kiezen. * Keuze ingang mag geen effect hebben op uiteindelijke behandeling. * Geïntegreerde spoedposten (HAP/SEH) in ANW uren, met name triage gezamenlijk wordt goed gevonden. 	<ul style="list-style-type: none"> * Patiënten weten vaak niet welke ingang ze wanneer het beste kunnen kiezen/beschikbaar is: 112, HA/HAP, Spoedpost of SEH. * Zelfverwijzers op SEH is niet wenselijk; kost tijd/middelen, beter via HAP. Echter wat tijdens dagsituatie? * Verschillen per regio organisatie spoedposten. Optimale model spoedposten ontbreekt nog. * Patiënten kennen rol solistenambulance niet. * Thuiszorg/wijkteam beter inzetten voor signalering acute problemen. * Rollen spoedzorg voor thuiszorg/V&V niet altijd helder. 	<ul style="list-style-type: none"> * Publiekscampagne en/of training ter vergroting van de kennis over de organisatie van de spoedzorg. * Na 'verkeerde' ingang doorschakelen of uitleggen waar patiënt dan moet zijn. * Variatie model spoedposten; meer onderzoek optimale model spoedposten.
Kennis/ inschatting ernst klachten	<ul style="list-style-type: none"> * Patiënten kennen eigen HA heel goed, * HA kent dossier patiënt en kan daarom extra goede inschatting maken; weet zo dus goed of spoed nodig is. * Bij twijfel door onduidelijke melding via telefoon of moeilijk te triëren casus wordt een solo-ambulance (solistenauto) ingezet. 	<ul style="list-style-type: none"> * Veel onterechte meldingen bij partners spoedzorg. Sommige patiënten wachten te lang, sommigen maken juist te snel gebruik maken van spoedzorg. * Vooral herkenning spoed vs. urgent is complex voor patiënten. * Vaak is melding patiënt of naasten niet geheel helder of juiste informatie ontbreekt, waardoor inschatting spoed door professional ook moeilijker wordt. * Specialist vaak niet gebeld voor inschatting door andere partners. 	<ul style="list-style-type: none"> * App, website, training ter ondersteuning inschatting urgentie klachten en keuze ingang spoedzorg (bijv. o.b.v. van triagemodellen). * Pre-hospitale partners vaker specialist betrekken voor inschatting ernst en waar patiënt heen moet.
Bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> * Meldkamer 112 is altijd snel bereikbaar. * Bijna alle partners hebben normen voor bereikbaarheid. * Wanneer partners onvoldoende bereikbaar bij spoed dan 112 bellen. * Keuzetoets 'spoed' bij HA/HAP. * 'Alarmknop' voor ouderen die naar de thuiszorg wordt doorgezet. * Huisartsen sturen laagdrempelig in. 	<ul style="list-style-type: none"> * HAP: onbekendheid nummer, kosten 0900 nummers en antwoordapparaten zijn vervelend voor veel patiënten. * (Tel) tijdsnormen niet altijd nageleefd HAP/HA. Zeker bij HAP duurt het soms te lang. * Geen tijdsnormen voor SEH/specialisten. * Mondige patiënten worden sneller geholpen, dat is alleen niet iedereen. * Bereikbaarheid spoedzorg voor toeristen, studenten, onverzekerden kan beter. * Specialist vooral niet goed bereikbaar tijdens ANW. Dienstdoende vaak onvoldoende kennis dossier (m.n. chronisch zieken). * Niet altijd terecht kunnen bij ziekenhuis/HAP eigen keuze patiënt. Meestal dichtstbijzijnde of waar eigen HA bij is aangesloten. * Tekort thuiszorg. Levert mogelijk veel onnodige meldingen spoedzorg op. 	<ul style="list-style-type: none"> * Eén spoednummer voor ('urgente') spoedvragen, en/of centrale zorgmeldkamer (met inzicht in dossier)? * 24/7 HAP? Of, 24/7 bereikbare spoedhuisarts? * Tijdsnormen beter borgen (visiteren/aanpakken). * Tijdsnormen ziekenhuis: In bijv. UMCG wordt patiënt op de SEH ingeschreven voor een specialist en is het streven dat een patiënt binnen 5 minuten wordt getrieerd.
Overdracht	<ul style="list-style-type: none"> * Warm en snel over kunnen overdragen en overleggen tussen patiënt en professionals en professionals 	<ul style="list-style-type: none"> * Alle zorgpartners: niet altijd inzage in bijv. voorgeschiedenis, medicatie en behandelingsbeperking. Vooral niet in ANW-uren. Vooral MKA,RAV en ZKH hebben inzicht niet. * Met name door ZKH/specialist niet altijd 	<ul style="list-style-type: none"> * Eén dossier waar alle partners spoedzorg inzicht in hebben, incl. apotheek. * Alle partners: instructies en noodnummer patiënten waar zij na ontslag heen

	<p>onderling. Professionals onderling bijv. via aparte spoedlijnen/apps. * LSP/Optin voor HAP dossier HA.</p>	<p>goede informatie gegeven aan patiënt wat te doen bij verergering klachten. * Vooral 112-HAP overdracht duurt te lang. * Verwachtingsmanagement en uitleg aan patiënten over vervolg (bijv. wachttijd). * Veel patiënten weten niet dat ze toestemming moeten geven voor inzicht dossier.</p>	<p>kunnen/moeten bellen bij vragen en verergering klachten. Bijv. contact transferverpleegkundige of dienstdoende in ZKH.</p>
--	---	---	---

2.2 TRIAGE

De triage werd tijdens de journeys als aparte processtap doorgenomen (tabel 2). 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. De focus van de discussies tijdens de bespreking lag met name bij de urgentiebepaling vanuit telefonische triage die in het algemeen meer onzekerheid kent dan een fysieke beoordeling.

Uit de journeys kwamen een drietal belangrijke voorwaarden naar voren:

1. **Systematiek** – Het toepassen van een geprotocolleerde triagesystematiek is essentieel en bij veel partners in de keten vindt dit ook al plaats. Met name voor de huisartsen in de dagpraktijk lijkt hierin nog winst te behalen. Er bestaan wel verschillen tussen de triagesystemen van de verschillende partners, waardoor soms andere urgenties en acties worden ingezet. Dit komt deels ook door de verschillende rollen en plaats in de keten. Meer regionale samenwerking en afstemming over o.a. de inhoud van triagesystemen kan hier mogelijk verbetering in brengen. Patiënten zouden na triage beter ingelicht moeten worden over het vervolgtraject (bijv. over triagekleur en verwachte wachttijd).
2. **Organisatie** – De toepassing van de triagesystematiek moet ook goed georganiseerd zijn. Wie doet de triage (eerst)? Wat zijn opleidingseisen voor de persoon die de triage doet? In de journeys komt duidelijk naar voren dat de 1^e lijn (HA/HAP) momenteel als een goede poortwachter fungeert richting de 2^e en 3^e lijn. Met name de eigen huisarts kent de patiënt en zijn/haar dossier goed en dit kan bij triage maatwerk leveren. Dit kan echter ook een valkuil zijn bij urgentiebeoordelingen. De samenwerking tussen HAP en SEH in spoedposten wordt in dit kader door veel professionals als positief ervaren. Wel lijkt er nog veel onbekend over het optimale samenwerkingsmodel, vooral ook als het gaat over de geïntegreerde triage (bijv. opleiding en opzet). Meer onderzoek hiernaar is nodig.
3. **(Informatie)overdracht** – Om snel en goed te kunnen triëren is de juiste informatie nodig van de patiënt. Dit geldt niet alleen voor triage, maar eigenlijk door de hele keten heen van de melding tot de nazorg. Deze informatie is niet altijd bekend bij de patiënt of naasten, maar ook niet bij de zorgpartners. Zeker RAV, HAP en ziekenhuis hebben behoefte aan actuele patiëntgegevens. De juiste benodigde informatie is vaak nog onvoldoende beschikbaar, zeker tijdens ANW-uren. Hiervoor is soms direct overleg nodig tussen zorgverleners in de keten. Ook dit is niet altijd snel en goed mogelijk. Alle partners inzicht geven in één gezamenlijk patiëntendossier kan hier verbetering in brengen. Na triage vindt vaak een mondelinge overdracht plaats naar andere zorgverleners. Er wordt hierbij echter nog niet altijd gebruik gemaakt van een systematische overdrachtssystematiek (zoals SBAR) of de overdracht is niet volledig. Tot slot blijkt een digitale overdracht vaak nog niet mogelijk. Nu wordt nog vaak een fax gestuurd of worden gegevens op papier meegegeven. Gebruik maken van een digitale overdrachtssystematiek kan hier verbetering in brengen. Het is tot slot ook belangrijk om de overdrachten dan ook beter te borgen. De verantwoordelijkheid ligt bij de overdragende partij.

Tabel 2: proces Triage

TRIAGE	Wat gaat goed?	Wat kan beter?	Mogelijke oplossingen?
Systematiek Triage	<ul style="list-style-type: none"> * Systematisch triagesysteem bij HAP/MKA/SEH. * Na tel. triage ook nogmaals fysieke triage (apart protocol). * ABCDE zorgt voor snelheid eerste deel. * Vanuit NTS wordt altijd gevraagd of patiënt zelf aan telefoon kan worden; signaal ernst klachten. * Bij twijfel oorzaak is SEH mogelijk juiste plek (observatie). 	<ul style="list-style-type: none"> * Geen systematisch triage(systeem) bij HA (en specialist). * Mede daardoor verschillen HA (dag) en HAP (ANW). * Nadeel protocollair denken is dat het ook leidt tot onder-/overtriage. * Verschillende triagesystemen (protocollen – ingangsklachten) tussen partners. Daarom soms andere urgentie en actie (vooral bij minder acute situaties). Vaak wel zelfde uitkomst. * Verschillen uitgangspunt/perspectief triage partners leidt tot verschillen taal/benadering. * Bruikbaarheid en kwaliteit NTS (vooral SEH) moet beter. * Geen eenduidig beleid over visite rijden HA/HAP (ook bijv. opleiding chauffeurs) * Patiënt meer betrekken bij actie en vervolg (bijv. triagekleur en wachttijd) * Na melding/triage goede instructie aan patiënt/melder vervolg (zie behandeling – patiënt zelf). * Gebruik van DIA misschien niet altijd nodig. * Triage meldkamer leidt soms tot onnodig rijden met lichtsignalen en geluid. * 2e lijn heeft soms het gevoel dat 1e lijn soms te lang wacht met insturen en visa versa. * Rol thuiszorg bij herkenning / triage verbeteren. 	<ul style="list-style-type: none"> * Regionale samenwerking en kennisuitwisseling op het gebied van triagesystemen: systemen inhoudelijk beter op elkaar afstemmen en afspraken over bereikbaarheid. * In sommige regio's al 1 systeem (NTS) voor ZKH, MKA en HAP. Echter ook ander uitgangspunt partners. * Systematische triage door HA/assistente dagsituatie. * Meer kennis triage thuiszorg.
Organisatie triage	<ul style="list-style-type: none"> * 1e lijn als poortwachter werkt goed/doelmatig om druk RAV en SEH te verminderen. * Met name huisarts kent patiënt goed en kan bij triage maatwerk leveren, zeker bij onduidelijke klacht. * Voor alle triagesystemen normen over opleiding professionals. * Spoedlijn en spoedkamers voor HA/HAP's. * Bij spoedpost SEH/HAP centrale plaats triage. Dan maar 1 keer triage nodig. * Bij triage SEH zet verpleegkundige diagnostiek in gang. 	<ul style="list-style-type: none"> * Opleiding assistenten bij HA onduidelijk/verschilt. Alleen NHG-praktijken werken met NHG-triageprotocol. * Keuzetoets 'spoed' bij HA/HAP: verschillen tussen organisaties wie krijg aan de lijn komt. * Verschillen in uitkomsten door opleiding en ervaring triagisten/assistenten HA/HAP. * Verschillen HAP's over aanwezigheid en rol regieartsen (wel goed dat ze er zijn). * HA/HAP eigenlijk te weinig capaciteit voor visites. * Controle triage HAP door huisarts, echter wie doet controle bij HA dagsituatie? * Opleiding fysieke triage kan beter. * Wachttijd na triage HA/HAP/SEH is vaak lang, terwijl situatie dan kan verergeren (m.n. HAP). * HAP/SEH vaak nog niet geïntegreerd in spoedpost, net als triage. * 1 aanspreekpunt patiënt/naasten bij wachten na triage. * Invulling triage verschilt per ZKH (wie doet wat en hoe?) * SEH's zouden niet urgente patiënten ook moeten kunnen weigeren en verwijzen. 	<ul style="list-style-type: none"> * Aanbeveling SEH/HAP geïntegreerde triage spoedpost. * Meer onderzoek naar beste toepassing triagesysteem spoedposten. * Triage spoedpost mogelijk sneller als het gebeurt door specialist (SEH-arts). * Extra mankracht bij tel. triage HAP's. * Opleiding triage assistenten HA. * 1elijntriage kantooruren via SEH/callcenter? * Meerdere triagemomenten bij wachten na 1e triage, kan plotseling verergeren. * Rol voor (acute) internist om korte lijnen te krijgen en overdiagnostiek te voorkomen.
(Informatie) overdracht	<ul style="list-style-type: none"> * Informatie/triage voor volgende partner niet direct overnemen, maar 	<ul style="list-style-type: none"> * RAV, HAP, ZKH hebben bij triage behoefte aan actuele patiëntgegevens. Vooral in ANW-uren probleem. * Geen inzage in medicatiegegevens apotheek – bij eigen huisarts niet altijd up-to-date. 	<ul style="list-style-type: none"> * Alle huisartsen LSP en toegang LSP (partners vrij geven)? Of 1 EPD/dossier?/ medisch

	<p>zelf ook nogmaals (voor evt. veranderingen).</p> <ul style="list-style-type: none"> * Snelle 'warme' overdracht tussen HA(P) naar MKA. * Rechtstreeks overleg/overdracht specialist ZKH. * Ketenpartners hebben vaak afspraak om urgentie van elkaar over te nemen. * Verantwoordelijkheid m.b.t. triage, overdracht en EHGV HAP-RAV zijn goed beschreven in onderlinge afspraken. 	<ul style="list-style-type: none"> * HA/HAP dient behandelbeperking/wensen (en medicatie) over te dragen aan RAV en ZKH. * Digitale overdracht vaak nog niet mogelijk naar andere partners. Vooral MKA/RAV belangrijk. Nu nog vaak fax of papier, of zelfs helemaal niet. * Niet altijd vaste overdrachtssystematiek (SBAR), soms nog op papier meegegeven/deels ingevuld. * Op de hoogte stellen MKA over (waarom) huisarts met spoed naar patiënt toe gaat. * HA gaat niet altijd bij patiënt langs voor verwijzing naar SEH. * Bij geen actie duidelijk afspraken patiënt over wat te doen bij verergering situatie. * Vaak geen terugkoppeling over afloop naar eerdere partners keten. * Digitale overdracht binnen spoedpost (SEH/HAP). * Snelle behandeling is bepalend voor uitkomst. Goede informatieoverdracht van wat er in de keten gebeurt is essentieel. Daarom noteren van tijdstippen zoals ontstaan incident en koelen. Nu vaak nog niet goed geregeld. * Betere overdracht MKA naar ambulances (over wat aangetroffen zal worden). * Verantwoordelijkheden omtrent tel. consult/advies zijn kwetsbaar (ziet patiënt niet). * Verantwoordelijkheid onduidelijk wanneer patiënt zich in wachtkamer bevindt. * Verantwoordelijkheid MKA/RAV-HA(P) over snelheid en overdacht niet altijd duidelijk (bijv. wie doet wat?). * Afspraak is dat de huisarts wacht tot ambulance er is, i.v.m. tijdsgebrek gebeurt dit vaak niet, overdracht van HA ontbreekt dan ook vaak. 	<p>paspoort dragen?</p> <ul style="list-style-type: none"> * Patiënten moeten actief geïnformeerd worden over toestemming geven voor raadpleging LSP? * 'Breekglas' in de keten aanbrengen voor het verwerven van digitale patiënten informatie indien dit de behandeling faciliteert. * Altijd vaste overdrachtssystematiek (SBAR). * Digitale overdracht triage kan wellicht voorkomen dat dubbele triage / uitvraag gegevens nodig is. * Direct contact HA, HAP, RVA, MKA met internist/specialist en niet assistent. * Borgen overdracht overdragende partij (indicator?)
--	---	---	---

2.3 VERVOER

Om de acute patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats voor de juiste zorg te krijgen is de vervoersfase cruciaal. De rol van de ambulancedienst hierin is van groot belang. Hierbij gaat het uiteraard om snelheid en het verlenen van eerste zorg, maar dat is zeker niet het enige. De informatie die de ambulanceverpleegkundige ter plekke krijgt of verzamelt en de inschattingen die hij of zij maakt, zijn van groot belang voor het verdere verloop (zorg en snelheid) van de acute zorgketen.

Uit alle verschillende punten die tijdens de patient journeys naar voren zijn gebracht wordt in ieder geval duidelijk: bij het vervoer speelt de ambulancedienst de hoofdrol, maar om het vervoersproces optimaal te laten verlopen is een samenspel van verschillende ketenpartners nodig.

Hierbij is een aantal punten essentieel:

1. **Laagdrempelige communicatie met specialisten én huisarts**
2. **Toegang tot en uitwisseling van relevante patiëntinformatie**
3. **Systematische en volledige overdracht (SBAR) naar alle relevante partijen** (dus ook huisarts)
4. **Actueel inzicht in het acute zorglandschap:** welk ziekenhuis verleent welke zorg (**profiel**) en hoe staat het met de huidige capaciteit (**drukke**)?
5. **Samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en HAP's en ambulancedienst**

Tabel 3: proces Vervoer

VERVOER	Wat gaat goed?	Wat kan beter?	Mogelijke oplossingen?
Informatie	<ul style="list-style-type: none"> * Ambulance heeft goed oog voor de context waarin men de patiënt aantreft. Dit is belangrijke informatie voor de zorg die verleend moet worden, ook verderop in de keten. * SEH-artsen en specialisten zijn laagdrempelig bereikbaar. * Huisarts wordt (achteraf) geïnformeerd over contact. 	<ul style="list-style-type: none"> * De ambulanceverpleegkundige heeft geen inzage in het dossier van de patiënt en krijgt slechts een minimale hoeveelheid aan informatie. Met name reanimatiebeleid en behandelingsbeperking van een patiënt is vaak onvoldoende bekend. * De afweging om wel of niet met ambulance te vervoeren moet goed gecommuniceerd worden naar patiënt en naaste(n). * Het is voor ambulancepersoneel niet altijd duidelijk wat te doen met patiënt met sociale problematiek en/of zorgproblemen. * Voor de RAV zou het handig zijn als er een landelijk overzicht is van welk ziekenhuis wat doet/kan. De meldkamercentralist zou daarnaast meer een regierol moeten krijgen om naar het juiste ziekenhuis te sturen. * Een punt van aandacht is de overdracht tussen de huisarts en de ambulance verpleegkundige. 	<ul style="list-style-type: none"> * Voor de ambulancezorg de relevantie informatie ontsluiten over de patiënt, bijv. toegang tot EPD * Vooraankondiging moet altijd gedaan worden, indien nodig laagdrempelig contact met ziekenhuis / specialist * Bij twijfel is laagdrempelig overleg nodig met de huisarts over wel of niet vervoeren naar een ziekenhuis, om ongewenste opname te voorkomen. * Voorwaarts communiceren: in vroeg stadium in de keten inzicht krijgen in drukte op de SEH kan positief effect hebben op doorlooptijd van de patiënt * In Engeland bestaat een systeem waarmee de relevante voorgeschiedenis van een patiënt in huis te vinden is, op de koelkast. * Bij twijfel is laagdrempelig overleg nodig met de huisarts over wel of niet vervoeren naar een ziekenhuis, om ongewenste opname te voorkomen.
Overdracht	<ul style="list-style-type: none"> * Overdracht tussen RAV en SEH gaat goed. SBAR is het te gebruiken instrument. 	<ul style="list-style-type: none"> * Er wordt niet altijd (structureel) overgedragen (bijv. via SBAR) * Overdrachten bij overplaatsingen tussen ziekenhuizen gaan niet altijd goed (methodiek, formulieren en afstemming). 	<ul style="list-style-type: none"> * Huisarts of wijkverpleging blijft ter plaatse voor overdracht, behalve als dit echt niet anders kan * Overdracht telefonisch/ schriftelijk dient altijd geborgd te zijn en is de verantwoordelijkheid van de overdragende partij.
Toegang	<ul style="list-style-type: none"> * Ambulance-verpleegkundigen weten naar welk ziekenhuis ze moeten bij welk probleem 	<ul style="list-style-type: none"> * Bekende patiënt naar eigen ziekenhuis brengen, anders i.i.g. na eerste opvang/behandeling snel terugplaatsen (als patiënt dit zelf ook wil). 	<ul style="list-style-type: none"> * Voorkomen interklinisch transport vanuit het principe: "dokter volgt de patiënt" is een optie. Dit is niet altijd mogelijk vanwege de faciliteiten in verschillende ziekenhuizen
Verantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> * Goede samenwerkingsafspraken over wel/niet vervoeren en verantwoordelijkheden tussen huisartsenpost en ambulancezorg. * Duidelijke afspraken tussen ambulance-verpleegkundige en huisarts over insturen/verwijzen. Huisarts is hierbij leidend. 	<ul style="list-style-type: none"> * Wanneer de huisarts of andere zorgverlener de ambulance heeft gebeld, mag deze de patiënt niet alleen in afwachting van ambulance, ook i.v.m. overdracht. 	<ul style="list-style-type: none"> * Het is belangrijk om samen goede zorg te leveren en elkaar aan te vullen (geen domein afkaderen): <ul style="list-style-type: none"> o De ambulance kan bepaalde dingen al doen tijdens het vervoer. o Een huisarts die dichtbij is, kan goed werken als quick responder. o Als een huisarts qua aanrijdtijd niet op tijd kan zijn, kan een ambulance worden ingezet. o Er is nagegaan of een huisarts

			wettelijk gezien wel spoed mag rijden. Er is een bijzondere vergunning gecreëerd voor specifieke omstandigheden.
Prehospitale zorg	* Direct starten met (prehospitale) pijnbestrijding.	* Meer objectiveerbare middelen beschikbaar zou helpen in de diagnostiek prehospital	* Kennis en kunde van ambulancepersoneel t.a.v. pijnbestrijding vergroten

2.4 DIAGNOSTIEK

De diagnostiek is een belangrijke stap in het proces van spoedzorg. De diagnostiek in de eerste lijn kan ten grondslag liggen aan doorverwijzing naar de tweede lijn en de diagnostiek is doorslaggevend bij het inzetten van behandeling. Uit de journeys komen zes randvoorwaarden naar voren die essentieel zijn in het proces rondom diagnostiek:

1. **Patiënt** – De patiënt staat voorop. Het is voor de patiënt belangrijk te weten wat hem/haar te wachten staat, waarom bepaalde keuzes gemaakt worden en wat hier de consequenties van zijn. Wat zijn wensen van de patiënt zelf omtrent diagnostiek en/of heeft de patiënt bepaalde behandelbeperkingen. Idealiter beschikt iedere ketenpartner over deze informatie.
2. **Infrastructuur** – Beschikbaarheid en bereikbaarheid van de juiste, benodigde middelen voor de behandeling zijn belangrijk. Dit hoeft wellicht ook niet op iedere locatie, maar dan is het voor de patiënt prettig zo snel mogelijk op de juiste plaats te zijn.
3. **Organisatie** – Het gebruik van protocollen en standaarden (NHG, ABCDE) werkt goed. Voor bepaalde patiëntgroepen valt winst te behalen door het maken van goede afspraken. Diagnostiek gestandaardiseerd en/of geprotocolleerd uitvoeren kan een bijdrage leveren aan 24x7 overal dezelfde kwaliteit van zorg. De inzet van multi-disciplinaire teams voor specifieke patiëntengroepen kan het proces van diagnostiek versnellen en er is wellicht winst te behalen in de outcome van de patiënt.
4. **Informatie en overdracht** – Het wordt als een meerwaarde ervaren dat informatie voor de huisarts altijd toegankelijk is. Ketenbreed een minimale set aan patiëntgegevens (medicatie, behandelbeperking en voorgeschiedenis) kunnen inzien kan hier grote winst opleveren. Daarnaast is het wenselijk om laagdrempelig informatie uit te wisselen tussen ketenpartners (beeldvorming, patiëntinformatie). Beschikbaarheid van de juiste middelen hiervoor is wenselijk. De overdracht (van informatie) tussen patiënten en zorgverleners moet volledig en snel kunnen verlopen. Uit de journeys komt naar voren dat dit nog niet altijd optimaal verloopt. Winst zou behaald kunnen worden in een gestandaardiseerde manier van overdracht (digitaal) die altijd beschikbaar is.
5. **Verantwoordelijkheid** – Het is voor zowel patiënt als zorgverlener nog vaak onduidelijk wie de regie in het zorgproces heeft. Er worden verschillende oplossingen aangedragen, zoals bijvoorbeeld de inzet van een ervaren SEH-arts als spil in het web/poortwachter. De specialist zou hierin ook een rol kunnen spelen. Winst is te behalen bij eenduidigheid over regie, ook bij de inzet van multidisciplinaire teams en complexe patiënten.
6. **Doorlooptijd** – Een snelle start van diagnostiek gaat in veel journeys goed. De juiste infrastructuur, informatie en organisatie dragen bij aan een goede doorlooptijd en snelle start van de juiste behandeling. Voor de patiënt.

Tabel 4: proces Diagnostiek

DIAGNOSTIEK	Wat gaat goed?	Wat kan beter?	Mogelijke oplossingen?
Patiënt	<ul style="list-style-type: none"> * Huisarts kent de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> * Inzicht in (de juiste) patiëntgegevens [ketenbreed] * Patiënt voelt zich slecht geïnformeerd * Overdiagnostiek (voornamelijk bij ouderen) * Wensen van de patiënt meenemen in het proces 	<ul style="list-style-type: none"> * Betrek patiënt (en familie) in het proces --> heldere communicatie * Verwachtingsmanagement naar patiënt (en familie) * Minimale gegevensset van de patiënt (toegankelijk iedere ketenpartner)
Infrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> * Op SEH toegang tot veel diagnostische faciliteiten * Zorgpad voor specifieke patiëntengroepen (CVA, ouderen) 	<ul style="list-style-type: none"> * Beschikbaarheid van diagnostische faciliteiten bij HA/HAP/SEH * Wisselende wachttijden op HAP; geen normen voor aantal huisartsen 's nachts 	<ul style="list-style-type: none"> * Meer (optimale) diagnostiekmogelijkheden (bv logistiek van bv CT op SEH) * 24x7 beschikbaarheid van de juiste middelen (apparatuur, kennis en kunde) * AOA, eerstelijnsbedden, observatieafdeling * 'semi-acute unit' voor specifieke patiëntengroepen (SO, SG) * Waken voor overdiagnostiek
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> * HA/HAP: gebruik NHG standaard * Gestructureerde benaderwijze van patiënten (AMB/SEH(ABCDE)) * Inzet van protocollen bij specifieke klachten (Triple Rule-out CT, HEART-score) 	<ul style="list-style-type: none"> * Onduidelijke afspraken tussen SEH en GGZ (onvoldoende somatische diagnostiek voor GGZ patiënt) * Inzet van vroegdiagnostiek 	<ul style="list-style-type: none"> * Gestandaardiseerde diagnostiek (obv standaarden en protocollen) * Inzet van (multidisciplinaire) teams bij specifieke patiëntengroepen * Diagnostiek op maat * Gezamenlijke spoedpost * Vroegdiagnostiek
Informatie en overdracht	<ul style="list-style-type: none"> * Huisarts heeft inzicht in patiëntendossier. * Dmv vooraankondiging snelle diagnostiek op SEH 	<ul style="list-style-type: none"> * Inzage patiëntendossier [ketenbreed] * Informatieuitwisseling tussen verschillende disciplines (bespreek patiënt met elkaar) * Vooraankondiging voor de SEH is niet altijd beschikbaar * Overdracht van HA/HAP naar AMBU naar SEH is niet altijd volledig 	<ul style="list-style-type: none"> * Minimale gegevensset van de patiënt met daarin oa medicatiegegevens, behandelbeperking, NTBR,) [toegankelijk ketenbreed] * Laagdrempelige informatie/gegevensuitwisseling [ketenbreed] * Beschikbaarheid van de juiste middelen * Gestandaardiseerde overdracht [digitaal] [ketenbreed] * Altijd aanwezigheid van vooraankondiging
Verantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> * SEH arts is in veel ZKH de spil in het web 	<ul style="list-style-type: none"> * Het is onduidelijk wie de regie heeft voor zowel patiënt als zorgverleners * Achterwacht van specialisten zou beter beschikbaar moeten zijn * 's Nachts minder ervaren artsen die opvang moeten doen, effect op diagnostiek 	<ul style="list-style-type: none"> * Duidelijkheid/eenduidigheid wie de regie heeft, ook bij multidisciplinair team en complexe patiënt (centrale zorgverlener)

Doorlooptijd	* Direct starten met behandeling na binnenkomst patiënt	* Doorlooptijd: patiënt moet vaak lang wachten na inzet diagnostiek * Hoe eerder inzet van diagnostiek hoe gericht de juiste zorg op de juiste plaats	* Zsm starten met diagnostiek [ketenbreed]
---------------------	---	--	--

2.5 BEHANDELING

1. **Patiënt** – Het gaat om de patiënt. Wat zijn de behandelmogelijkheden van de patiënt? En wat leveren die op? Als het om de patiënt gaat, is het goed om dit – indien mogelijke – te bespreken met de patiënt zelf. En met zijn naasten. Het is goed om te weten wat de wensen zijn van de patiënt zelf. Heeft de patiënt bijvoorbeeld eerder al aan de huisarts een behandelbeperking doorgegeven? Dan is deze informatie idealiter voor iedere ketenpartner (en ook voor de naasten van de patiënt) bekend. En de verwachtingen van de patiënt? Het is goed deze ook te bespreken en waar nodig bij te sturen. Zowel aan het begin, tijdens als aan het eind van de behandeling.
2. **Infrastructuur** – Beschikbaarheid en bereikbaarheid van de juiste, benodigde mensen en middelen voor de behandeling zijn belangrijk. Voor het snel op de juiste plaats van de behandeling. In ziekenhuizen is de bedden capaciteit niet altijd voldoende voor een goede doorstroom vanaf de SEH. Voor specifieke groepen patiënten vormen speciale bedden of afdelingen een oplossing. Voor patiënten die voor hun behandeling thuis medicatie op kunnen halen in met name ANW-uren, valt winst te behalen in de bereikbaarheid van apotheken.
3. **Informatie en overdracht** – Altijd de juiste informatie beschikbaar voor iedereen in de keten. Ook bij de behandeling is het noodzakelijk om over de juiste informatie te beschikken, van de patiënt zelf, van de andere ketenpartners. Een minimale gegevensset die voor alle partners beschikbaar en inzichtelijk is, draagt hier wellicht aan bij. Idealiter gebeurt dit digitaal. Gestandaardiseerd en veilig. **Organisatie** – Het gebruik van protocollen in de behandel fase werkt goed. Voor verschillende patiëntgroepen/diagnosen valt winst te behalen uit het maken van afspraken. Met name in de GGZ en bij (kwetsbare) ouderen. De inzet van multidisciplinaire teams (zoals traumateams) op meer specifieke patiëntgroepen dragen mogelijk bij aan een betere organisatie en daarmee een betere behandeling van en voor de patiënt.
4. **Verantwoordelijkheid** – Het is voor zowel patiënt als zorgverlener nog vaak onduidelijk wie de regie in het zorgproces heeft. Er worden verschillende oplossingen aangedragen, zoals bijvoorbeeld de inzet van een ervaren SEH-arts als spil in het web/poortwachter. De specialist zou hierin ook een rol kunnen spelen. Winst is te behalen bij eenduidigheid over regie, ook bij de inzet van multidisciplinaire teams en complexe patiënten.
5. **Doorlooptijd** – Een snelle start van de juiste behandeling is een veelgenoemde factor voor wat goed gaat bij de behandeling. De juiste infrastructuur, informatie en organisatie dragen bij aan een goede doorlooptijd en snelle start van de juiste behandeling. Voor de patiënt.

Tabel 5: proces Behandeling

BEHANDELING	Wat gaat goed?	Wat kan beter?	Mogelijke oplossingen?
Patiënt		<ul style="list-style-type: none"> * Inzicht in (de juiste) patiëntgegevens * Weten wie de contactpersoon van de patiënt is. * Verwachtingsmanagement naar patiënt en naasten (zowel bij start, tijdens en bij eind van de behandeling). * Patiënt informeren over behandelingsmogelijkheden en gevolgen (voordelen, nadelen, wat het voor die patiënt betekent). * Met patiënt communiceren wie contactpersoon naar de patiënt is, en wie (eind)verantwoordelijk is. 	<ul style="list-style-type: none"> * Betrek patiënt (en naasten) in het proces * Heldere communicatie met de patiënt (en naasten). * Waar mogelijk behandeling thuis (mits goede structuur en duidelijke afspraken). * Patiënten bewuster maken van het belang van het mogen delen patiëntgegevens.
Infrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> * SEH's goed bereikbaar. * Opname op IC overdag. 	<ul style="list-style-type: none"> * Locatie en bereikbaarheid apotheek in ANW-uren. * Doorstroom ziekenhuis in is onvoldoende, onvoldoende capaciteit. 	<ul style="list-style-type: none"> * 24x7 beschikbaarheid van de juiste middelen (apparatuur, personeel, kennis en kunde) * SEH: aparte plekken op SEH voor specifieke patiëntengroepen * (extra) bedden voor tijdelijk verblijf (observatie, AOA, 1elijns)
Informatie en overdracht mbt behandeling	<ul style="list-style-type: none"> * Overdracht huisarts-SEH middels ABCDE/SBAR 	<ul style="list-style-type: none"> * Delen van patiëntinformatie * Niet alle partners in de keten beschikken over / hebben toegang tot dezelfde patiëntinformatie. * Delen en beschikbaar en inzichtelijk zijn van medicatiegegevens. * Regelmatig niet bekend of/dat een patiënt een behandelbeperking heeft. 	<ul style="list-style-type: none"> * minimale gegevensset van de patiënt (toegankelijk voor iedere ketenpartner) * Laagdrempelige informatie/gegevensuitwisseling * Gestandaardiseerde digitale overdracht. * Beschikbaarheid van de juiste middelen (digitaal overdragen?)
Organisatie behandeling	<ul style="list-style-type: none"> * Ambulance: behandeling volgens protocol. * HA/HAP: gebruik NHG standaard * Pijnbestrijdingsprotocol * Bestaande specifieke protocollen en richtlijnen voor bijv. trombolyse, collaps,CVA, sepsis,... * Goede samenwerking huisarts – ambulance. * Samenwerking Huisarts – 	<ul style="list-style-type: none"> * Deskundigheidsbevordering * Dag- vs ANW-uren: niet altijd dezelfde behandeling mogelijk. * Dag- vs ANW-uren: verschil in deskundigheid en aanwezigheid artsen. * Toeslag medicatie 's nachts en op zondag. * Dienstenbelasting en drukte tijdens de diensten voor huisartsen is (te) groot. * Aanpak overcrowding op SEH. 	<ul style="list-style-type: none"> * Gestandaardiseerde behandeling (obv standaarden en protocollen)/specificeren voor specifieke patiëntengroepen * Inzet van (multidisciplinaire) teams bij specifieke patiëntengroepen * Waar mogelijk (starten met) behandeling/behandeling thuis? * Inzet praktijkondersteuners huisarts breder mogelijk maken. (M.n. voor ouderen)

	ambulance is goed. * Overleg HAP-SEH is laagdrempelig.		
Verantwoordelijkheid bij behandeling	* Helder op SEH	* Vaak extra consulten bij inzet ANOIS/AIOS, met name bij complexe patiënten (co-morbiditeit, vage klachten).	* Duidelijkheid/eenduidigheid wie de regie heeft, ook bij multidisciplinair team en complexe patiënt * Creëer mogelijkheid om patiënt in eerste instantie te laten inschrijven met SEH-arts als hoofdbehandelaar.
Doorlooptijd	* Start behandeling snel, als diagnose duidelijk is. * Snelle behandeling op basis van ABCDE, ook als diagnose nog niet duidelijk is. * behandeling (incl. operatie) kan snel plaatsvinden.		* Zsm starten met behandeling

2.6 UITSTROOM

De spoedzorgketen begint bij de eerste melding van een ongeplande zorgvraag en eindigt als de patiënt niet langer meer is aangewezen op het acute zorgaanbod en weer terug naar huis kan of kan doorstromen planbare (vervolg)zorg. Uitstroom kan al vroeg in de keten plaatsvinden, bijvoorbeeld meteen na de melding als er triage is geweest door de huisarts(enpost) of de meldkamer. De patiënt kan ondersteund met een zelfzorgadvies worden geadviseerd om de volgende dag naar de eigen huisarts te gaan. Of de ambulance kan na een 112-melding ter plaatse eerste hulp verlenen waardoor vervoer naar een SEH niet meer noodzakelijk is. Maar het kan ook zijn dat de uitstroom pas plaats kan vinden nadat er in een traumacentrum een spoedoperatie heeft plaatsgevonden, de patiënt daarna is opgenomen op de IC en pas na enkele weken vanuit de IC overgebracht kan worden naar de afdeling, naar een ziekenhuis in de buurt of naar een revalidatiecentrum.

Het feit dat de patiënt uitstroomt uit de spoedzorgketen betekent dat de acute fase voorbij is. Maar voor de patiënt is de behoefte aan zorg in veel gevallen nog aanwezig. De zorg wordt alleen op een andere locatie voortgezet. Dat vraagt om een adequate overdracht naar de opvolgend zorgverlener. Als de acute zorgvraag is opgelost en ontslag uit de keten aan de orde is, is goede communicatie met de patiënt van belang.

1. **Informatie/overdracht** - In principe wordt de huisarts binnen 24 uur na opname en ook bij ontslag uit het ziekenhuis geïnformeerd. Echter de (medicatie-) overdracht naar de vervolgzorg moet sneller en ook de kwaliteit van de informatie moet beter. Een oplossing kan zijn om het voor doktersdiensten mogelijk te maken om inzage te hebben in de informatie die door de SEH/specialist wordt teruggekoppeld aan de huisarts. Door miscommunicatie in het ziekenhuis (regie ontbreekt) krijgt de patiënt en zijn naaste diffuse informatie. Bij kwetsbare patiënten die extra "toezicht" nodig hebben als ze naar huis gaan is het advies om de huisarts rechtstreeks te bellen voor een overdracht. De brief kan achteraf verstuurd worden.
2. **Medicatie** - Patiënten moeten vooral in de NAW-uren soms ver reizen voor medicatie. Daar komt bij dat de voorgeschreven medicatie niet altijd 24/7 op voorraad is bij de dienstdoende apotheken.

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. Ook kan tot de eerstvolgende werkdag de benodigde medicatie worden meegegeven, daarna kan de patiënt de medicatie bij de eigen apotheek ophalen.

3. **Ontslag / uitstroom uit spoedzorgketen** - De uitstroom van de patiënt uit de spoedketen vindt in alle schakels plaats. Het is van belang dat de huisarts altijd geïnformeerd wordt als de ambulance zorg heeft verleend. Verder wordt gesignaleerd dat er geen controle op de follow-up is van de patiënt. Beter afstemming met de thuiszorg is noodzakelijk. Veel ziekenhuizen hebben al een transferafdeling in ziekenhuis voor overdracht richting nazorg. Zeker bij complexe/oudere patiënten is het gewenst dat bij ontslag de 2e lijn telefonisch contact opneemt met de huisarts. Een ontslaggesprek met de patiënt waarin ook het medicatiegebruik aan de orde komt is erg belangrijk.
4. **Toegang tot vervolgzorg/doorlooptijd** - De doorstroming op de SEH of vanuit het ziekenhuis stagneert omdat de toegang tot de vervolgzorg belemmerd wordt door gebrek aan capaciteit of onduidelijke regelgeving. Door de gestagneerde doorstroming in het ziekenhuis als gevolg van complexe zorgvraag en de gestagneerde uitstroom uit het ziekenhuis is de doorlooptijd door de spoedzorgketen onnodig lang.

Verantwoordelijkheid - Veel ziekenhuizen hebben een transferafdeling -of verpleegkundige voor de overdracht richting de opvolgend zorgverlener/nazorg. Als deze niet goed functioneert, kan dat een bottleneck zijn voor de uitstroom. Het is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor de patiënt na ontslag. Regievoering weer actief bij (verpleeg)huisarts brengen (en dat dat ook duidelijk is voor de patiënt).

Tabel 6: proces uitstroom

UITSTROOM	Wat gaat goed?	Wat kan beter?	Mogelijke oplossingen?
Informatie/overdracht	<ul style="list-style-type: none"> * Informatie over patiënt binnen 24 uur vanuit ziekenhuis naar huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> * (Medicatie) overdracht naar opvolgend zorgverleners (o.a. huisarts, verzorgingshuis, thuiszorg) moet sneller /beter * De ontslagbrief wordt aan de eigen huisarts gezonden en daardoor is er in de tussenliggende periode ook geen informatie beschikbaar voor de HAP. * De specialist koppelt na een operatie of andere interventie niet altijd direct terug naar de huisarts. * De informatiebrief van de specialist gaat vaak door meerdere handen (bijv. co-assistent, verpleegkundige, arts-assistent, specialisten, secretaresse), dat kost onnodig veel tijd. * Terugkoppeling naar opvolgend zorgverlener (huisarts, verzorgingshuis, thuiszorg) is vaak onvolledig, bijvoorbeeld medicatie en naam vervolginstelling ontbreekt. * Bij verwijzing door de HAP is er geen rechtstreekse terugkoppeling van SEH of specialist aan de HAP. * Afspraken over uitplaatsing na behandeling in traumacentrum ontbreken. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ook conceptbrief + medicatielijst + vervolgtraject met patiënt mee voor opvolgend zorgverlener (o.a. voor huisarts, verzorgingshuis, thuiszorg, etc.). * Inzage voor doktersdiensten mogelijk maken in informatie die door SEH wordt teruggekoppeld aan de huisarts van de patiënt. * Als patiënt naar huis gaat en extra 'toezicht' nodig heeft, de huisarts rechtstreeks bellen voor een overdracht. Brief kan achteraf verstuurd worden. * 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. * Afspraken over uitplaatsing na behandeling in traumacentrum maken.

		<ul style="list-style-type: none"> * Er is soms miscommunicatie in het ziekenhuis (regie ontbreekt), waardoor de patiënt/naasten diffuse informatie krijgt. 	
Medicatie	<ul style="list-style-type: none"> * Medicatie is 24/7 op voorraad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Voorgeschreven medicatie is niet altijd op voorraad bij dienstdoende apotheken. * Patiënten moeten soms onnodig reizen voor medicatie 	<ul style="list-style-type: none"> * Er moet bij elk ziekenhuis met een SEH een medicatie-uitgiftepunt zijn, al dan niet zijnde een apotheek. * Bij een andere inrichting van zorg kan het dichter bij de voorschrijver worden georganiseerd. * Geef medicatie mee tot eerstvolgende werkdag en laat patiënt medicatie bij eigen apotheek ophalen. * 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.
Ontslag/uitstroom	<ul style="list-style-type: none"> * Binnen 24 uur ontslagbrief aan huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> * Advies richting patiënt indien EHGVRit. Richtlijn omtrent advisering richting patiënt ontbreekt. * Controle op follow-up ontbreek bij EHGVR * Soms brengt ambulance mensen naar huis die eigenlijk (nog) niet naar huis kunnen. Betere afstemming met thuiszorg. * Complexe patiënten waarvoor veel geregeld moet worden, worden op vrijdagmiddag/ANW-uren ontslagen * Bij vervoer interklinisch niet altijd beschikbaarheid ambulance. 	<ul style="list-style-type: none"> * Huisarts moet altijd geïnformeerd worden als een patiënt zorg heeft ontvangen van de ambulance. Heeft controle op follow-up. * Ontslaggesprek met patiënt is belangrijk. Inclusief opdracht medicatiegebruik. Hierbij aandacht voor laaggeletterdheid. Gebruik lekentaal. Check of hij/zij de informatie begrijpt. Eenduidige informatie voor de patiënt. Ook aandacht voor mantelzorg: geven aan het gevoel te hebben alles zelf te moeten regelen. * Ontsla de patiënt niet op vrijdagmiddag/ANW-uren * Bij complexe patiënt vanuit de 2e lijn contact opnemen met huisarts of met patiënt/naaste
Toegang/doorlooptijd		<ul style="list-style-type: none"> * Uitstroom vanaf de SEH stagneert doordat (acute) thuishulp moeizaam te regelen is. * Tekort aan wijkverpleegkundigen * Wachtlijsten in de revalidatie waardoor patiënten niet met ontslag kunnen * Tekort aan (regie op) bedden in langdurige zorg. * Doorlooptijd langer dan noodzakelijk 	<ul style="list-style-type: none"> * Acute opname in verpleeghuis mogelijk maken: noodbedden. * Regionale afspraken met verpleeghuizen en zorghotels.
Verantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> * Veel ziekenhuizen hebben een transferafdeling in ziekenhuis voor overdracht richting nazorg. * Het is helder dat de huisarts de verantwoordelijke is. 	<ul style="list-style-type: none"> * Transferverpleegkundige regelt in principe hele traject vanaf indicatiestelling tot uitstroom, maar is soms ook de bottleneck * Onduidelijkheid wie de patiënt na ontslag in de gaten houdt. 	<ul style="list-style-type: none"> * 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). * Als duidelijk is dat huisarts verantwoordelijk is dan is telefonisch contact vanuit het

			ziekenhuis aan te bevelen. * Bij complexe problemen/patiënten een post-opname gesprek met de (verpleeg)huisarts organiseren zodat duidelijk is dat regie (weer) bij (verpleeg)huisarts ligt * Maak afspraken met de familie wat wel/niet kan qua mantelzorg
--	--	--	---

2.7 KETENEVALUATIE

De betrokken ketenpartners in de acute zorg doen binnen de eigen organisaties veel om het eigen functioneren te monitoren en evalueren. De acute zorg is echter ketenzorg. Om de zorg aan de acute patiënt continu te kunnen verbeteren, is inzicht nodig in het functioneren van de acute zorgketen als geheel. Om deze reden is ketenevaluatie toegevoegd als onderdeel van de patient journeys. Alle input over ketenevaluatie tijdens de patient journeys beschouwend, komt een aantal kernpunten naar voren:

1. **Tijdsregistratie:** tijd is een belangrijke indicator in de acute zorg. Hoe langer het duurt voordat een patiënt de juiste zorg krijgt, hoe slechter de uitkomsten. Veel ketenpartners registreren wel tijden m.b.t. hun eigen handelen, maar het gaat uiteindelijk om de totale doorlooptijd van de patiënt, van melding tot de juiste zorg. Het regionaal op patiëntniveau kunnen analyseren van deze tijden maakt het mogelijk om knel- en verbeterpunten te identificeren, waardoor een continue verbetercyclus ontstaat. Gezamenlijke evaluatie hiervan leidt tot nieuwe afspraken en focus.
2. **Inhoudelijke terugkoppeling over uitkomsten:** ambulancepersoneel, maar ook overige 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.
3. **Ketensamenwerking:** gezamenlijke regionale overleggen om ketencasusistiek te bespreken (evalueren) en samenwerkingsafspraken te maken is een essentieel onderdeel van ketenzorg. Daarnaast zorgt het elkaar kennen en inzicht/begrip voor elkaars handelen voor nog meer ketensamenhang.
4. **Patiënt-perspectief:** de acute zorg zien en laten werken als een zorgketen is ook vanuit patiënten perspectief erg belangrijk. De patiënt door de keten heen begeleiden door middel van communicatie, informatievoorziening en verwachtingsmanagement is van groot belang voor de beleving van de patiënt, voor de samenhang in zorg en uiteindelijk kan dit ook invloed hebben op de uitkomsten (vervolgzorg, kans op herhaling, foutreductie).

Tabel 7: proces ketenevaluatie

KETEN EVALUATIE	Wat gaat goed?	Wat kan beter?	Mogelijke oplossingen?
Informatie	* Huisarts krijgt binnen 24 uur bericht dat patiënt is opgenomen geweest op de SEH. * Na opname in het ziekenhuis komt er een uitgebreid advies over het vervolg van de behandeling. Is vaak erg uitgebreid maar ook bedoeld voor de collega specialisten, mocht patiënt zich opnieuw melden.	* Medicatieoverdracht is soms incompleet * Communicatie naar en informatie voor patiënt en naasten bij overgang naar volgende schakel in de keten is nu niet goed. Zorg dat de patiënt geen verkeerde verwachtingen heeft. * Ambulancepersoneel ontvangt geen terugkoppeling op handelen en beloop van patiënt omdat zij geen medisch professional (privacy) zijn waardoor er onvoldoende gebruikt wordt	* Ontvangst en behoud van informatie. Is de informatie gelezen? * Maak reanimatiebeleid bespreekbaar. * Eén duidelijk aanspreekpunt voor de patiënt gedurende verblijf op spoed/ziekenhuis. * Herkenbaarheid/duidelijkheid mbt zorgverleners. Wie is wie en waarvoor? * Pre hospitaal beschikken over (episodes) medisch dossier van de patiënt. * Suggestie voor terugkoppeling in de keten: korte mogelijkheid voor feedback toevoegen op ritformulier

	* De professionals kunnen elkaar goed vinden.	gemaakt van deze mogelijke leercurve.	ambulance (wat ging goed; wat kan beter). Aan SEH-arts vragen om de terugkoppeling in te vullen en terug te sturen aan de RAV.
Evaluatie/ monitoring	* Er zijn procesmatige evaluaties vanuit eigen specialismen (van binnenkomst op spoed tot ontslag) * Regionale huisartsenbijeenkomsten (deelname HA-en en specialisten). Hier kunnen knelpunten worden besproken.	* Nazorgtraject mist monitoring * Uitkomst van zorg is niet altijd goed te bepalen. Patiënt gaat naar huis en wie vervolgt de kwaliteit van leven van de patiënt na een ziekenhuisopname? Huisarts zou dit gesprek aan moeten gaan met de patiënt – behandelingsbeperking en reanimatie beperking opnieuw aan de orde stellen. Zijn geen gegevens over beschikbaar.	* Indicator ketenafspraken en besprekingen (lokaal). Daarin wel benoemen waarover. Bijv. in protocol en in afspraken over informatieoverdracht. En wat gaat goed en slecht.
Tijd/registratie		* Niet altijd duidelijkheid over duur over prehospital en patient-delay * Doorlooptijden zijn soms (te) lang * Registratie in de keten kan beter, ook als middel om duidelijk te maken waar de knelpunten liggen.	* Zorg dat je kan meten wat je doet: Tijd van Melding tot aankomst SEH registreren/inzichtelijk maken * Is snelheid kwaliteit? Misschien is het soms wel verstandig om meer tijd te nemen om tot de juiste diagnose en behandeling te komen.
Keten-samenwerking	* Ketenbrede casuïstiekbesprekingen.	* Samenwerking in de keten kan beter inclusief wijkzorg/sociale wijkteams/thuiszorg. * Het zorgpad bij specifieke klachten is complexer en kan mogelijk beter * In veel regio's lastig om zaken af te spreken met huisartsen. Het zijn er zeer veel en solistisch georganiseerd. * Protocollen tussen de verschillende ketenpartners afstemmen, soms nog steeds verschillen tussen huisartsen, RAV's en SEH's. Dit zowel lokaal als nationaal.	* De zorg als ketenzorg moet centraal staan. * (Regionaal) Overleg kan al zoveel helpen om elkaar te begrijpen en om de zorg dan beter te krijgen. * Werk toe naar ketenbreed chronisch disease management * ROAZ verantwoordelijk voor evaluatie kwaliteit ketenzorg * Vrijdagmiddag en maandagmiddag zijn probleemtijden. Daar is de capaciteit, mensen en middelen niet op aangepast. * Landelijke standaarden en protocollen zorgen voor meer uniformiteit en bevorderen daardoor dezelfde kwaliteit van zorg.
Patiënt-perspectief		* Meer persoonsgericht (bijv. patiënten altijd informatie en keuze geven, privacy waarborgen) * Verwachtingsmanagement van de patiënt: hier is meer winst te behalen dan op het gebied van doorlooptijden en 'snellere' diagnostiek. Communicatie naar de patiënt toe (geruststellen van de patiënt). Verwijzing naar de SEH resulteert niet altijd in een opname. Patiënt kan ook naar huis gestuurd worden. Dit communiceren met de patiënt en zijn naaste.	* Casemanager voor de patiënt (lokale ketenbegeleider) verbetert efficiëntie van het proces. * Hoe meer behandelaars/mensen worden betrokken bij het zorgproces van deze patiënten hoe meer onduidelijkheid er ontstaat over de verantwoordelijkheden. Ook qua informatievoorziening is dit een punt van aandacht. Regie is heel belangrijk. Anders dan bij autonome patiënt.

Bijlage: verdeling patient journeys over de regio's

Nr.	Ingangsklacht	Regio	Regio
1	Benauwdheid	Acute Zorg 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 Zorg 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