

Gids om samen stappen te zetten naar toekomstbestendige huisartsenspoedzorg op de huisartsenspoedpost

Uitkomsten na drie strategische sessies
HAP-directeuren en LHV-ambassadeurs ROAZ ZWN
Versie – 18 februari 2025



Inhoudsopgave

1. Inleiding: over dit traject
(betrokkenen, aanleiding, scope, doel, proces, e.a.)
2. De gezamenlijke inzichten:
 - a) Onze uitgangspunten
 - b) Onze basislijn
 - c) Randvoorwaarden
3. Voor de vervolgstappen



1. Inleiding: over dit traject



Eerste ring betrokkenen: HAP-directeuren en LHV-ambassadeurs

Naam	Functie / rol	Organisatie	Locatie HAP's
Corné van Asten	Directeur	Huisarts en Zorg	Gorinchem
Marianne Oomens	Bestuurder a.i.	huisartsenspoedposten Rijnmond	Rotterdam Noord, Zuid, IJsselland, Spijkenisse
Jochem Janssen	Directeur	HAP 't Hellegat	Klaaswaal, Dirksland
Karin Veltstra	Algemeen Directeur	DrechtDokters	Dordrecht
Iris Keuvelaar	Manager HAP	DrechtDokters	Dordrecht
Karin Smit	Directeur Bestuurder	NucleusZorg	Terneuzen
Jan Verbaal	Directeur Bestuurder a.i.	NucleusZorg	Terneuzen
Mariette Glim	Directeur-bestuurder	HAP Schievlief	Schiedam, Delft
Theo de Buck	Manager Acute Zorg	De Huisartsenconnectie	Goes, Middelburg, Zierikzee
Avinus Baas	Vertegenwoordiger HAP & LHV-ambassadeur	De Huisartsenconnectie & LHV regio Zeeland	Goes, Middelburg, Zierikzee
Adrie Evertse	LHV-ambassadeur	LHV regio Zuid-Holland Zuid	Zuid-Holland Zuid
Brenda Kieboom	LHV-ambassadeur	LHV regio West	
Yolanda Jansen	LHV-ambassadeur	LHV regio Rotterdam Rijnmond	Rotterdam Noord, Zuid, IJsselland, Spijkenisse
Renée Kok	Senior Projectleider (bij sessie 2 vanwege verhindering Marianne Oomens)	Rotterdam Rijnmond	Rotterdam Noord, Zuid, IJsselland, Spijkenisse
Romy Roessen	Manager Projectbureau (bij sessie 2 vanwege verhindering Marianne Oomens)	Rotterdam Rijnmond	Rotterdam Noord, Zuid, IJsselland, Spijkenisse
Lenny Delsasso	<i>Programmamanager Stafbureau</i>	<i>Netwerk Acute Zorg Zuidwest</i>	
Lisanne Zuyderduin	<i>Projectleider Stafbureau</i>	<i>Netwerk Acute Zorg Zuidwest</i>	
Marrit van Baalen	<i>Extern adviseur Stafbureau</i>	<i>Netwerk Acute Zorg Zuidwest</i>	
Marieke Wiebes	<i>Projectleider Stafbureau</i>	<i>Netwerk Acute Zorg Zuidwest</i>	

Aanleiding

Volgens afspraak **ROAZ-plan ZWN 14 dec 2023:**
'aanbod HAP-zorg zo organiseren dat geen toename van HA diensten nodig is'

- Gezamenlijk plan vanuit alle huisartsenspoedposten in de ROAZ-regio
- Rekening houdend met ambities 'dempen zorgvraag' (en andere thema-acties)
- In verbinding met de huisartsenzorg overdag
- Om de zorgkloof te dichten
- Dit vraagt strategische keuzes.

Context en scope

- Focus: Huisartsenspoedzorg op de HAP
 - Huisartsenspoedzorg dagpraktijken buiten scope, wel van invloed
- Focus: het aanbod van zorg op de HAP
 - Zorgvraag (en het dempen daarvan) buiten scope, wel van invloed
- Op zoek naar een gezamenlijke basislijn
- Waarbij de lokale / subregionale invulling in samenspraak van de huisartsendagzorg en netwerkpartners plaats moet vinden.
- Waarbij toewerken naar bundeling van HAP-locaties geen doel is.
Een eventuele bundeling kan alleen een consequentie zijn van andere keuzes.
- In verbinding met aanpalende projecten binnen ROAZ ZWN, zoals Zorgcoördinatie, spoedpleinen en projecten in de sub-regio's.

Doel en stappen van dit traject

Doel

- Komen tot een **gezamenlijke (basis)lijn*** van het **toekomstige aanbod** van huisartsenspoedzorg **op de huisartsenspoedposten** in ROAZ-regio Zuidwest-Nederland.

Hoe

- Door samen conclusies te trekken na individuele interviews en drie strategische ontwerp sessies met alle HAP-directeuren en LHV-ambassadeurs t.a.v. de uitgangspunten, basislijn en randvoorwaarden om het ‘aanbod’ van huisartsenspoedzorg op de huisartsenspoedposten in ROAZ-regio ZWN **in de toekomst te kunnen blijven borgen.**

Vervolg

- De gekozen lijn wordt als “Gids” **niet-vrijblijvend** vertaald naar de regio, op een voor lokale / subregionale situatie passende wijze en als lijn gehanteerd in toekomstige samenwerking met ketenpartners.

- **waarbij de uitwerking per HAP/subregio anders kan zijn.*

Gemaakte afspraken na oplevering van de Gids

- De gekozen lijn* wordt als “Gids” niet-vrijblijvend vertaald naar de regio, op een voor lokale / subregionale situatie passende wijze.
- Er wordt een sessie met de vertegenwoordigers van de dagpraktijken georganiseerd om de Gids te bespreken.
- De gekozen richting en gemaakte keuzes worden meegenomen in lopende ROAZ-projecten, zoals zorgcoördinatie, spoedpleinen, digitalisering en optimalisatie van de acute GGZ keten.
- Een terugkoppeling aan alle sectoren vindt plaats in het AB ROAZ.
- Wij houden dit netwerk in stand om periodiek met elkaar (met de gids in de hand) te reflecteren.
- *waarbij de uitwerking per HAP/subregio anders kan zijn.

Proces en tijdslijn



2. De gezamenlijke inzichten

- a. Onze uitgangspunten
- b. Onze basislijn
- c. Randvoorwaarden



2a. Onze uitgangspunten



Uitgangspunten (1)

1. Overdag neemt een inwoner met een spoedzorgvraag in principe eerst contact op met de eigen huisarts. (Deelbesluit AB ROAZ 14 december 2023, uitgangspunten Zorgcoördinatie)
2. Leidend is: <https://www.thuisarts.nl/spoed-wie-bel-je>
3. De huisarts bepaalt (o.b.v. de triage) wat medisch spoed is (spoedzorg, acuut of niet acuut) en niet de patiënt die zich meldt met een spoedzorgvraag.
4. LHV, InEen en VPHuisartsen hebben in 2020 een afspraak gemaakt met als motto: 'Spoed is spoed'. Hierbij is het streven om in de nacht alleen U1, U2 en in noodzakelijke gevallen een U3-patiënt te zien. Een deel van U3 en de U4 en U5 is geen medische spoed. De U4 en U5 ontvangen daarom een zelfzorg advies en nemen de volgende (maan)dag indien nodig contact op met de eigen huisarts. Voor U3 geldt de richtlijn dat de patiënt binnen vier uur gezien moet worden. Afhankelijk van de tijd van bellen en de aard van de klacht wordt de patiënt met een U3 gezien op de huisartsenpost of geadviseerd zelf de volgende ochtend contact op te nemen bij de eigen huisarts. Indien de klachten niet verminderen kan de patiënt de HAP opnieuw bellen.
 - Dit vraagt stringente triage die digitaal ondersteund wordt met bijvoorbeeld MINDD ('Moet Ik Naar de Dokter?').
 - Hiervoor moeten er aanpassingen in de Handleiding Kernset en het triagekaartje doorgevoerd worden, zoals gebruikt in de triage opleiding en kwaliteitsmonitoring.
 - En werken wij toe naar een gedeeld uitgangspunt qua triage
 - Waarbij de "menselijke maat" vanuit een professioneel oordeel wordt toegepast
5. De inzet van huisartsen op de HAP moet doelmatig zijn (om beschikbaarheid te kunnen blijven borgen): we kunnen geen kostbare HA-inzet-uren verspillen. Tegelijkertijd moet het werkbaar blijven, het kan niet de bedoeling zijn om de huisartsen (vanuit kosten oogpunt) "onmogelijk vol te proppen".

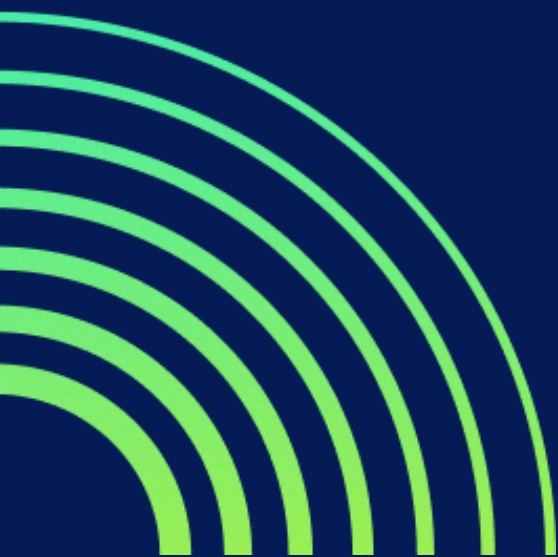
Uitgangspunten (2)

6. Bij het (eventueel opnieuw) vormgeven (van de organisatie) van de huisartsenspoedzorg en de plek en vorm van de HAP wordt (de organisatie) van de huisartsenspoedzorg in aanpalende regio meegenomen. De regiogrenzen hanteren we niet als harde grens. We benutten elkaar.
7. Binnen de huisartsenspoedposten streven we ernaar om iedere professional op de voor hem of haar beste plek te zetten. Dit verhoogt ook het werkplezier.
8. Er moeten explicietere afspraken gemaakt worden met de huisartsendagzorg. De huisartsendagzorg die overloopt in de ANW-uren moet opgevolgd worden door de huisarts zelf, tenzij er een warme overdracht plaats vindt.
9. De invulling van de huisartsenspoedzorg wordt gedifferentieerd naar de Avond en Nacht (in de weekdagen) en naar de Avond en Nacht en Dag (op de weekenddagen) zodat de benutting van de diensten doelmatiger kan en daardoor de dienstendruk (aantal diensten per huisarts per maand) lager kan worden.
10. Een patiënt meldt zich niet altijd op de goede plek. Het gaat om de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment (door de bekwame zorgprofessional). Als een zorgvraag **geen** 'echte' (geneeskundige) huisartsenspoedzorg is, dan moet die niet door of alleen onder supervisie van huisartsen uitgevoerd worden. Deze moet door andere partijen in het netwerk (GGZ, VVT of anderen) opgepakt worden. Van belang hierbij is zorgcoördinatie. Een voorbeeld is het verwisselen van een blaaskatheter in de avond, nacht of het weekend.

Uitgangspunten (3)

11. In de regio bestaat de huisartsenspoedzorg uit een 'uniforme' basis. Het fundament is overal in de regio hetzelfde.
12. Deze basis bestaat uit (al dan niet op verschillende wijze vormgegeven):
 - Digitale triage (bv. de MINDD – Moet Ik Naar De Dokter?) door de patiënt
 - Triage door de triagist
 - Triage door de huisarts
 - Zelfzorgadvies door de triagist
 - Digitaal consult
 - Telefonisch consult door de huisarts (of via taakherschikking door de VS of PA).
 - Consult op de HAP (of via taakherschikking door de VS of PA).
 - Visite door de HAP (tenzij er specifieke afspraken zijn met ketenpartners zoals acute wijkverpleging of RAV).
13. We werken toe naar optimaal digitaal samenwerken (met optimale inzet gegeven de beschikbare capaciteit).

2b. Onze basislijn



Onze basislijn

1. Gegeven geografische en demografische verschillen
2. Borgen van de diensten van de huisarts
3. Borgen van de triage
4. Onze samenwerking met de SEH

1. Vanwege de geografische- en demografische verschillen in de ROAZ-regio ZWN

1. De wijze waarop het fundament van de huisartsenspoedzorg in de ANW-uren in de regio wordt vormgegeven, wordt mede bepaald door onder andere:
 - het volume van de 'vraag' (aantallen),
 - de demografie (bv. het aantal 80+-ers),
 - aanrijtijden (en dus de locatie) van de HAP,
 - opstelplaats van de Ambulance etc.),
 - beschikbaarheid personeel, arbeidsmarkt,
 - de noodzaak kwaliteit van zorg te blijven leveren,
 - en veiligheid voor personeel.
2. In basis geldt dat de patiënt gezien wordt door de HAP van het gebied waar de patiënt zich bevindt. Als de omstandigheden daar om vragen, kunnen er subregionaal andere afspraken worden gemaakt over op welke HAP een patiënt gezien wordt, waarbij de postcodegebieden niet bepalend zijn. Echter, om onduidelijkheid te voorkomen en uniformiteit te waarborgen, worden subregionale afspraken zoveel mogelijk beperkt.
3. Voor visites zijn de postcodegebieden bepalend (vanwege de reistijd van de huisartsen), tenzij de huisartsenspoedposten hier onderling andere afspraken over maken. Als er een visite moet worden afgesproken buiten het gebied van de HAP die is gebeld. Dan draagt de eerste HAP warm over aan een andere HAP, in het gebied van de visite.
4. Er worden subregionale afspraken gemaakt tussen HAP, ambulancezorg en MKA over inzet van de huisarts op locatie of de ambulance bij U0, U1 en U2. Dit geldt zowel voor de rurale gebieden als de stedelijke gebieden.
5. De wijze waarop de spoedzorg'keten' (zoals de zorg bij CVA met de IHT en MCI met de PCI) is vormgegeven, bepaalt mede hoe de huisartsenspoedzorg haar aandeel en haar verwijzingen vormgeeft. Dit geldt ook voor andere verwijzingen daar waar in een ziekenhuis wel of niet een bepaald specialisme beschikbaar is.

2. Borgen van de huisartsenspoedzorg (diensten)

1. Het organiseren van inzet op pieken in de vraag in (telefonisch) consulten en visites mag niet tot gevolg hebben dat er te veel huisartsen-diensten verspild worden. Een deel van de pieken is voorspelbaar (bv. vuurwerkslachtoffers met oud & nieuw). Daarom wordt het aanbod georganiseerd op een bepaald percentage (70-80%) van deze piek. Daarnaast zijn er onvoorspelbare pieken (bv. calamiteiten). Om deze pieken op te kunnen vangen, worden afspraken gemaakt over bijvoorbeeld het bijspringen van triagisten en/of dienstdoende huisartsen van andere HAP's, achterwachtdiensten, oproepkrachten en samenwerking in de keten.
2. We houden de volgende twee stelregels aan:
 - We doen er alles aan om de basis in onze eigen HAP op orde te hebben, maar we vragen om hulp wanneer we het alleen niet meer redden.
 - We hebben de basis in onze eigen HAP op orde en we helpen andere HAP's als we dat kunnen en zij daar om vragen.
3. Voor elkaar werken kan betekenen dat huisartsen mede voor en wellicht in noodgevallen op andere locaties kunnen werken. Samenwerken impliceert niet altijd ook 'verhuizen'. Patiënten kunnen kiezen tussen 'eerder aan de beurt zijn maar verder reizen' of 'langer wachten maar dichterbij'.
4. Er worden tussen HAP's afspraken gemaakt over de span of control (het te bestrijken gebied) voor de telefonisch consulten en consulten (en eventueel de visites te variëren). Iedere subregio kiest voor eigen indeling van dienstenstructuur.
5. De (al dan niet fysieke) samenwerking met de SEH kan medebepalend zijn voor de invulling van deze afspraken.

3. Borgen van de triage (diensten van de triagisten)

1. Voor de inzet van triagisten geldt hetzelfde als voor de huisartsen.
2. We houden de volgende twee stelregels aan:
 - We doen er alles aan om de triage in onze eigen HAP op orde te hebben, maar we vragen om hulp wanneer we het niet meer redden.
 - We hebben de triage in onze eigen HAP op orde en we helpen andere HAP's als we dat kunnen en zij daar om vragen.
3. Voor elkaar werken kan betekenen dat triagisten mede voor en wellicht in noodgevallen op andere locaties kunnen werken. Samenwerken impliceert niet altijd ook 'verhuizen'. Triagisten in de acute zorg kunnen bijvoorbeeld mee bellen met zowel een huisartsenspoedpost als de meldkamer.
4. Bij piekdrukke bij de triagisten kan de huisarts (een deel van) het triageproces overnemen. Dit is waarschijnlijk interessant voor de piekmomenten, tussen 17 en 19 uur.

4. De samenwerking met de SEH

1. Een HAP is altijd gekoppeld aan een SEH-locatie. In fysieke zin als het kan, maar samen op één locatie zitten hoeft niet. Een 'stand-alone' HAP is 'op afstand' qua samenwerking wel altijd gekoppeld aan de SEH's.
2. Daar waar de SEH en HAP fysiek bij elkaar zitten, benutten ze elkaars expertise en capaciteit.
3. Op een Spoedplein wordt de huisartsen/HAP-triage als uitgangspunt gehanteerd en de uitkomst van triage overgenomen door de SEH.
4. Daar waar HAP en SEH op dezelfde locatie zitten, werken artsen in Spoedplein-setting als één team samen.
5. Op iedere HAP worden de mogelijkheden van taakherschikking benut zoals de inzet van een verpleegkundig specialist of physician assistant of ervaren basisarts. Dit kan ingezet worden bij gebrek aan huisartsen en triagisten, maar het is geen doel op zich.
6. Afhankelijk van de locatie/het ziekenhuis/de setting wordt de inzet van de huisarts, de specialisten en AIOS en ANIOS en ander personele inzet bepaald. Bijvoorbeeld spoedpleinen waar huisartsen en specialisten (met hun AIOS/ANIOS) naast elk werken. En ziekenhuizen waarbij de basisarts op de SEH de patiënt ziet. Afhankelijk van de triage ziet de dienstdoende huisarts met de achterwachtfunctie de patiënt

2c. Randvoorwaarden



Over de huisartsendagzorg

1. Mensen met een spoedzorgvraag die in de nacht, in de avond en in het weekend overdag met een U5 of U4 vraag en een gedeelte van de U3 vragen, moeten in de dagpraktijk geholpen kunnen worden. De huisartsenpraktijk moet daar ruimte voor houden.
2. Daar waar de dagpraktijken de huisartsenspoedzorg overdag goed kunnen integreren in hun praktijkvoering moeten ze dat vooral blijven doen.
3. Als de huisartsenspoedzorg overdag een te grote inbreuk maakt op het spreekuur in de dagpraktijk, dan moeten die huisartsen binnen hun praktijk dat anders organiseren of dat samen met andere dagpraktijken anders organiseren. De vorm kan divers zijn, maar extra belasting van de HAP (ANW-zorg) moet worden voorkomen.
4. De dagzorg moet (betere) afspraken (andere SLA's) met laboratoria maken om ervoor te zorgen dat dagzorg niet onnodig overloopt in de ANW-zorg.



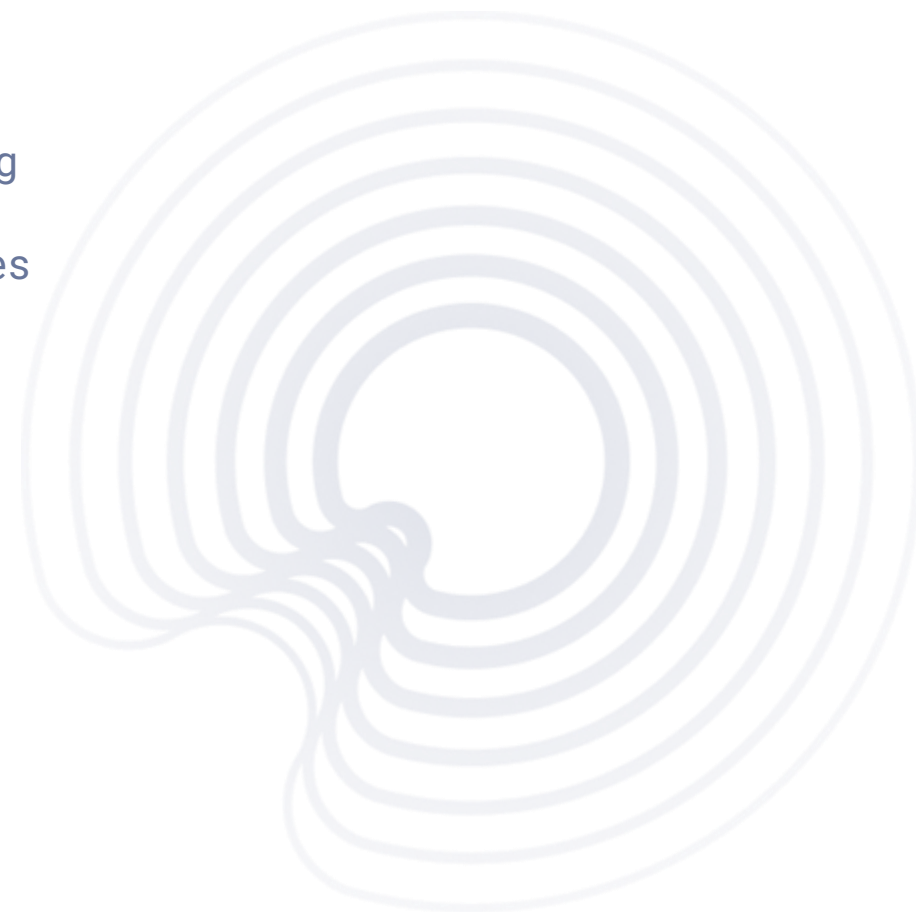
NONI's (niet op naam ingeschreven patienten)

1. Voor de zorg voor de inwoners die niet bij een praktijkhoudende huisarts zijn ingeschreven ('NONI') moet een specifieke (subregionale) oplossing gevonden worden. Deze groep patiënten doet nu namelijk een te groot beroep op de HAP.



Regels en normen

1. Als we de zorg anders moeten gaan organiseren om de kwaliteit en beschikbaarheid van de huisartsenspoedzorg in de regio te borgen, dan is een 'randvoorwaarde' dat sommige regels en normen (zoals de norm voor de visites en contractuele normen) anders geformuleerd worden.



Beschikbaarheid gegevens / digitale infrastructuur

1. Beschikbaarheid van patiëntgegevens tussen HAP's (en door de keten heen) is nodig om over de grenzen van het verzorgingsgebied te kunnen werken en het aanbod groter/flexibeler te kunnen laten zijn.
2. Belangrijk is dat er inzicht komt in de beschikbare capaciteit (en dus drukte) van collega-HAP's en gelijk kunnen inplannen. Dat gaat veel dubbel werk voorkomen.
3. Als domeinoverstijgend inzicht in elkaar gegevens mogelijk is, is het wenselijk dat de uitkomst van triage of de diagnose door de andere zorgverlener wordt overgenomen om dubbel werk te voorkomen. Echter, dit mag alleen gebeuren wanneer dit veilig en verantwoord is, om onveilige situaties voor de patiënt te voorkomen.



Over de HA-spoedzorg en het doen van diensten

1. Alle huisartsen moeten spoedzorg blijven leveren. Overdag en in de diensten. En zou niet alleen meer de verantwoordelijkheid moeten zijn van de praktijkhouders. Er moet dus een ander construct komen. Dit moet elders belegd worden.
2. De verplichte ANW-uren zijn onderdeel van de vijfjaarlijkse herregistratie als huisarts. De eisen voor herregistratie zou ondersteunend moeten werken om de huisartsencapaciteit optimaal te benutten in zowel in de dagpraktijk als in de ANW-uren. Dit moet elders belegd worden.




Overig punten (elders te adresseren)

1. De zorgcoördinatie rondom het thema acute ggz. Inzet op de (acute) GGZ en de semi-acute GGZ (die nergens terecht kunnen en daarna acuut worden) levert de meeste problemen op.
2. De huisarts is soms 20 min bezig voor één patiënt als er medicijntekorten zijn. Dit is 'onzinnige zorg', of beter gezegd hier is veel tijdwinst te behalen.



3. Voor de vervolgstappen

- a. Waar gaan wij zelf mee aan de slag
 - b. Bespreking van de Gids met (vertegenwoordiging) van de huisartsen dagpraktijken
 - c. Vervolgstappen met andere sectoren
- 

a. Waar gaan wij zelf mee aan de slag

1. Gids lokaal vertalen naar de eigen organisatie
2. Gids gebruiken voor invulling van andere projecten, zoals:
 - Zorgcoördinatie in de regio
 - Spoedpleinen in de regio
 - Optimalisatie van acute GGZ in de keten
3. Herregistratie-eis beleggen bij InEen
4. Boodschap uit Gids en wat is nodig in de dagpraktijken uitdragen naar landelijke partijen als LNAZ, InEen, LHV, ZN
5. 2x per jaar bijeenkomst continueren in deze samenstelling om te reflecteren op de voortgang in de regio's vanuit de richting in deze Gids en zo mogelijk herijken of verdiepen van de ingezette lijn. In deze bijeenkomst praten wij elkaar ook bij op de projecten binnen het ROAZ en de acute zorg in de regio's.

b. Bespreking van de Gids met (vertegenwoordiging) van de huisartsen dagpraktijken

- Vervolgssessie met een vertegenwoordiging van de huisartsen in de regio.
 - Expliciet maken wat de huisartsenspoedposten nodig hebben van de dagpraktijken en andersom én wat zij voor elkaar kunnen betekenen
 - Huisartsenspoedposten zijn niet verantwoordelijk voor de huisartsenzorg overdag, maar hebben wel een belang dat dit goed is georganiseerd
 - Goed georganiseerde huisartsenzorg overdag, gaat onder andere over:
 - Eenduidige triage in dag- en ANW-uren
 - Bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk van 08.00 tot 17.00 uur
 - Beschikbaarheid: iedere inwoner heeft een huisarts

c. Vervolgstappen met andere sectoren

- Eerste stap is een sessie met een vertegenwoordiging van de dagpraktijken
- Daarnaast presentatie in het AB ROAZ van 22 mei 2025 door Jochem Janssen

c. Vervolgstappen met andere sectoren

- Eerste stap is een sessie met een vertegenwoordiging van de dagpraktijken
- Daarnaast presentatie in het AB ROAZ van 22 mei 2025 door Jochem Janssen

Bijlagen



Uitgangspunten ROAZ-plan (def. versie 14-12-2024 pag. 10)

- Ambities zorgkantorregio's opgeteld voldoende voor ROAZ-overkoepelende ambities
- Activiteiten op ROAZ niveau als het moet, op functioneel subregio niveau als het kan
- Vanuit vier perspectieven (Patiënt, Professional, Bedrijfsvoering en Politiek Bestuurlijk)¹
- Niets doen is geen optie
- Arbeidsmarktvraagstukken primair bij werkgeversorg. De Rotterdamse Zorg, ViaZorg e.d.

De 4 Perspectieven

(bron: herijkte koers ROAZ ZWN 7 mei 2024)

- Vastgestelde ambities uitwerken vanuit vier verschillende perspectieven



Bij bedrijfsvoering wordt de impact op reputatie en financieel gezonde instelling op lange termijn meegenomen.

Bij politiek-bestuurlijke impact wordt het perspectief van gemeenten meegenomen.

Inhoudelijke uitgangspunten zorgcoördinatie

(bron: ROAZ plan def. versie 14-12-2024 pag. 39)

Inrichting van het ZCV

- Behoudt poortwachtersfunctie van huisarts overdag en in ANW.
 - Toegang en capaciteit voor vervolgzorg (JZOJP) moet via ZCV wel goed geregeld zijn.
- Urgentiebepaling op de HAP blijft in nieuw model verantwoordelijkheid van huisarts.
 - Triagisten werken nu ook volgens landelijke protocollen (NTS) onder supervisie van de huisartsen.
- Een inwoner met een acute zorgvraag neemt overdag in principe eerst contact op met zijn eigen huisarts.
 - Eigen huisarts kent de patiënt en zijn aandoening.
 - Dit geldt niet voor een acute vraag waar de patiënt bij een andere zorgverlener in behandeling is (tweede lijn of GGZ).

Kwaliteitskader Spoedzorgketen - *definities*

- **Acute zorg:** Een situatie waarin aan iemand zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen (RVZ, 2003).
- **Acute zorgvraag:** Een patiënt/slachtoffer of omstander **vraagt** om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert (RVZ, 2003).
- **Spoedzorg:** Zorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is (NHG, 2013). Spoedzorg is hiermee breder dan 'acute zorg'.
- **Spoedzorgvraag:** zie 'acute zorgvraag'

Kwaliteitskader Spoedzorgketen (19 feb 2020)

Voorbeelden van normen HAP



Huisartsenpost		
Minimaal 90% van de inwoners van het werkgebied van de HAP kan binnen 30 minuten per auto de HAP bereiken.	Bestaande veldnorm	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013)
Bij spoedgevallen (U0 of U1) schakelt de HAP de ambulance in en/of gaat hij/zij onmiddellijk naar de patiënt: 90% binnen 20 minuten, 98% binnen 30 minuten aanwezig. In het geval van een U2 is de HAP in 90% van de gevallen binnen 1 uur en in 98% van de gevallen binnen 2 uur aanwezig bij de patiënt. ²¹	Bestaande veldnorm	Raamwerk kwaliteitsbeleid InEen (2013), Uniformering inzeverdelingsafspraken HAP RAV (2017)

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

Kwaliteitskader-
implementatie
datum nader te
bepalen

Kwaliteitskader-
implementatie
datum 17-7-2021

Bij de HAP is 24/7 per toestandbeeld 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	Patient journeys (2016), Expertgroep (2017)
---	-----------------	---

Kwaliteitskader-
implementatie
datum 17-7-2022

Regio Zuidwest- Nederland (ZWN)



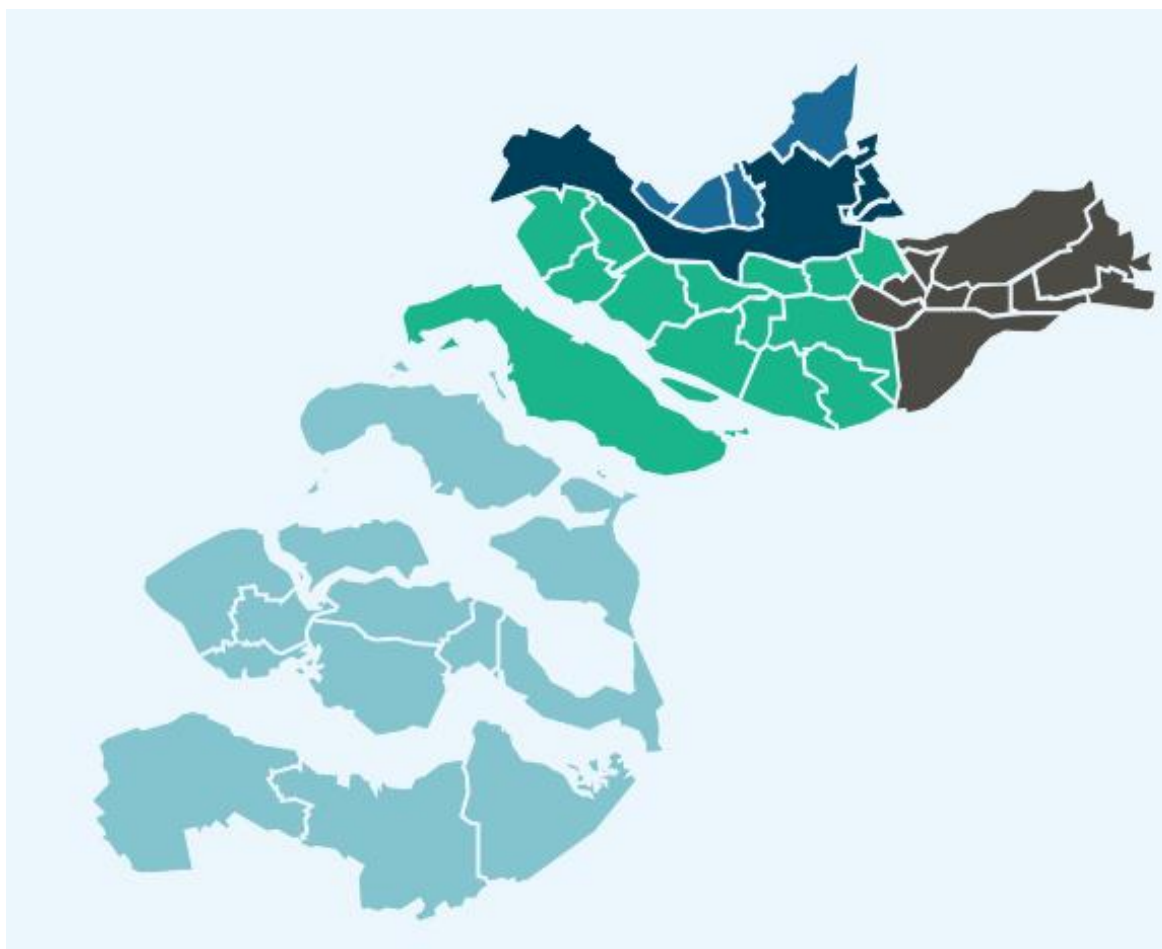
In 3 veiligheidsregio's



- Rotterdam-Rijnmond
- Zeeland
- Zuid-Holland Zuid



In 5 zorgkantoorregio's



- Rotterdam Capelle Krimpen
- Zeeland
- Zuid-Hollandse Eilanden
- Waardenland
- Schieland (onderdeel van zorgkantoorregio WSD)

(niet volledige) Schets van de 9 huisartsen-regio's

Bron: <https://www.hechtehuisartsenzorg.nl/>

*Delfland en Westland
in ROAZ-regio West

Huisartsenregio	Aantal huisartsen
Regio Ridderkerk	29
Regio Hoeksche Waard	62
Regio Zeeuws-Vlaanderen	72
Regio Gorinchem	130
Regio Zuid-Hollandse Eilanden	140
Regio Zeeuwse Eilanden	187
Regio West-Alblasserwaard	260
Regio DSW	349
Regio Rotterdam Rijnmond	660



Link naar relevante achtergronddocumenten

- [ROAZ-plan ZWN](#)
- [ROAZ-beeld ZWN](#)
- [Kwaliteitskader Spoedzorgketen](#)
- [NHG document "Toekomstbestendige organisatie van huisartsenzorg"](#)
- [Herijkte ROAZ ZWN Koers](#)

