

# **KWALITEITSBELEID HUISARTSENSPOEDPOSTEN**

**MET KERNTHEMA'S, KWALITEITSELEMENTEN EN  
GEREEDSCHAPPEN**

## COLOFON

© InEen, september 2023

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.  
Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via [info@ineen.nl](mailto:info@ineen.nl).

## INHOUDSOPGAVE

<b>1   Inleiding</b>	<b>2</b>
1.1 Aanleiding	2
1.2 Evaluatie Raamwerk Kwaliteit Huisartsenposten	2
1.3 Herziening kwaliteitsbeleid huisartsenspoedposten	3
1.4 De Golden Circle: begin bij de bedoeling	3
<b>2   Kwaliteitsbeleid voor huisartsenspoedposten</b>	<b>5</b>
2.1 Kwaliteitsdoorreis	5
2.2 Koers bepalen	5
2.3 Samen op weg	6
2.4 Op koers blijven	6
2.5 Veilig op doorreis	6
<b>3   Inzichtelijk maken van kwaliteit</b>	<b>7</b>
3.1 Minder urgente zorguitkomsten binnen de huisartsenspoedzorg	7
3.2 Realistische streefwaarden voor de hoog risicoprocessen	8
3.3 Blijven leren en doorontwikkelen van het kwaliteitsbeleid	8
<b>4   Bijlagen</b>	<b>9</b>
Bijlage I : Visuele weergave Kwaliteitsbeleid Huisartsenspoedposten	9
Bijlage II : Aanvullende afspraken: streefwaarden hoog risicoprocessen, indicatoren en monitoring	11

## 1 | INLEIDING

### 1.1 Aanleiding

Met de ontwikkeling van de huisartsendienstenstructuren is gaandeweg ook het kwaliteitsbeleid voor huisartsenposten ontstaan. Deze ontwikkeling begon ruim 20 jaar geleden met het opstellen van kritische kwaliteitskenmerken (kkk's). In 2013 is het kwaliteitsbeleid herzien en het Raamwerk Kwaliteit Huisartsenposten met de bijbehorende streefwaarden opgesteld. Het Raamwerk en de daarin verwerkte streefwaarden gebruiken de huisartsenposten in het kwaliteitsbeleid, als managementinformatie, voor onderlinge vergelijking tussen huisartsenposten en verantwoording naar stakeholders. Ook gebruikt InEen de landelijke cijfers bij de belangenbehartiging voor huisartsenposten. Anno 2022 is er veel veranderd in de zorg. De huisartsenzorg kampt met een toegenomen zorgvraag, een tekort aan personeel en een hoge werkdruk, vooral ook bij de huisartsenspoedzorg tijdens uren in de avond, nacht en weekenden (ANW). De continuïteit van deze zorg is daarmee in het geding. Een ontwikkeling die ook van betekenis is voor de samenwerking in de spoedzorgketen, zoals vastgelegd in het [Kwaliteitskader Spoedzorgketen](#). In het licht van deze ontwikkelingen is de tijd rijp om het kwaliteitsbeleid van huisartsenspoedposten na tien jaar opnieuw onder de loep te nemen.

### 1.2 Evaluatie Raamwerk Kwaliteit Huisartsenposten

Op verzoek van de leden en ingegeven door adviezen van Beleidsadviescommissies Acute Zorg en Kwaliteit werd in april 2021 een start gemaakt met de evaluatie van het Raamwerk Kwaliteit Huisartsenposten en de bijbehorende streefwaarden. Als onderdeel van het traject werden gesprekken gevoerd met (voormalige) bestuurders, huisartsen en een huisarts-wetenschapper die betrokken waren bij de ontwikkeling van de streefwaarden in 2013. Uit deze gesprekken werd duidelijk waarom destijds keuzes zijn gemaakt en hoe wordt gekeken naar de bruikbaarheid van de streefwaarden op dit moment. Tijdens Netwerkbijeenkomsten Kwaliteit en Triage werden de managers, teamleiders en kwaliteitsmedewerkers bevraagd over hun opvattingen over de streefwaarden. De algemene aanbeveling die uit deze bijeenkomsten naar voren kwam, was om te bepalen in hoeverre de streefwaarden bijdragen aan de kwaliteit van de huisartsenspoedzorg.

Daarnaast is er een klankbordgroep geformeerd bestaande uit bestuurders, kwaliteitsfunctionarissen en een aantal huisartsen vanuit de SpoedHAG (expertgroep kaderhuisartsen spoedzorg). De klankbordgroep heeft gedurende het traject de werkgroep geadviseerd. Ook zijn twee werksessies georganiseerd om de voorstellen te toetsen bij de leden. Aan deze werksessies hebben kwaliteitsmedewerkers, managers en triagisten deelgenomen. Tijdens de ledenvergaderingen Huisartsenspoedposten is het traject enkele malen getoetst bij de bestuurders. Tot besluit van het traject hebben leden de mogelijkheid gekregen om via een online consultatie te reageren.

### 1.3 Herziening kwaliteitsbeleid huisartsenspoedposten

Huisartsenspoedposten hebben te maken met wet- en regelgeving en dienen verantwoorde zorg te leveren; zorg van kwalitatief goed niveau, die voldoet aan de professionele standaard. 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 stelt minimale eisen (normen) aan de organisatie en invulling van de spoedzorgketen. Het kwaliteitskader is opgesteld door bij de spoedzorg betrokken organisaties, waaronder InEen. In het kwaliteitsbeleid Huisartsenspoedposten staan aanvullende afspraken en worden streefwaarden benoemd voor hoog risicoprocessen. Samen maken we de volgende stap naar een lerende sector, waarin het samen leren en verbeteren centraal staat.

Ambulancezorg Nederland heeft enkele jaren geleden in de [Nota Goede Ambulancezorg](#) zeven kwaliteitsthema's uitgewerkt. Deze uitwerking staat model voor de herziening van het kwaliteitsbeleid voor huisartsenspoedposten.

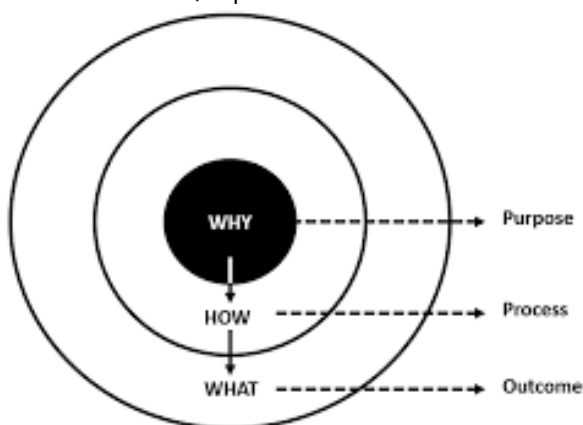
Bij het uitwerken van het Kwaliteitsbeleid Huisartsenspoedposten zijn ook de toepassingsmogelijkheden van het 'Nieuwe Kwaliteitsdenken' betrokken. Hierbij is gebruik gemaakt van de principes uit het [Kwaliteitsbeleid op Maat](#) dat de basis vormt voor de gezamenlijke visie van LHV, NHG en InEen op het [Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg](#). Het vertrekpunt van het Nieuwe Kwaliteitsdenken is het vertrouwen in de zorgprofessional en zijn of haar intrinsieke motivatie. Volgens de principes van het Nieuwe Kwaliteitsdenken kan op een *lerende manier* worden gewerkt aan de belangrijkste processen op het gebied van tijdige, veilige en beschikbare huisartsenspoedzorg.

De welbekende Golden Circle Van Simon Sinek vormt hiervoor een bruikbare kapstok.

### 1.4 De Golden Circle: begin bij de bedoeling

Volgens de Golden Circle van Simon Sinek benaderen de meest succesvolle en geïnspireerde organisaties hun bestaan aan de hand van 3 vragen:

- WHY do we do it? (Maakt duidelijk wat organisaties drijft en waarin ze geloven)
- HOW do we do it? (Beschrijft hoe organisaties doen wat ze doen)
- WHAT do we do? (Bepaalt de resultaten en uitkomsten die organisaties bereiken)



*Figuur 1 Golden Circle, Simon Sinek*

Door te starten met de vraag WAAROM (WHY) een organisatie iets doet ontstaat een scherp beeld van 'de bedoeling' van een organisatie. Vervolgens kan worden bepaald HOE (HOW) deze bedoeling kan worden gerealiseerd en wat daarvoor nodig is. Op die manier wordt duidelijk WAT (WHAT) het oplevert en waar dit toe leidt.

## 2 | KWALITEITSBELEID VOOR HUISARTSENSPOEDPOSTEN

### 2.1 Kwaliteitsdoorreis

Volgens het Kwaliteitsbeleid op Maat waarin de principes van het nieuwe kwaliteitsdenken tot uitdrukking komen, kent het kwaliteitsbeleid voor de huisartsenspoedposten vier stappen. Aan de hand van de metafoor van een 'kwaliteitsdoorreis' worden deze stappen hieronder verder uitgewerkt en weergegeven in de visuele weergave in bijlage I.

### 2.2 Koers bepalen

Het vertrekpunt is de 'WHY' (WAAROM-vraag) van het kwaliteitsbeleid van huisartsenspoedposten. Volgens de principes van het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' is een huisartsenspoedpost daarbij in eerste instantie zelf aan zet om te bepalen waar ze als organisatie voor wil gaan. Daarbij helpt het om te bepalen waar een organisatie staat. Het gaat hierbij om vragen als: Hoe ziet het huidige kwaliteitsbeleid eruit? Wat is er tot op heden gedaan en bereikt? In welke ontwikkelingsfase bevindt een organisatie zich? Wat is de cultuur binnen een organisatie? Wat is de context waarin een organisatie functioneert? Welke veranderende omstandigheden spelen een rol?

De zeven kwaliteitsthema's die zijn overgenomen uit de Nota Goede Ambulancezorg zijn richtinggevend voor het bepalen van de koers. Voor het Kwaliteitsbeleid van Huisartsenspoedposten zijn deze thema's als volgt vertaald:

- Bereikbare en beschikbare zorg;
- Patiënt centraal;
- Basis op orde;
- Maatschappelijke meerwaarde en duurzame zorg;
- Efficiënte inzet van middelen en personeel;
- Samenwerken;
- Continu verbeteren.

Het kernthema 'maatschappelijke meerwaarde en duurzame zorg' sluit aan bij de maatschappelijke opgaven waaraan het Kwaliteitsbeleid van Huisartsenspoedposten kan bijdragen. Innovaties in de huisartsenspoedzorg kunnen hieraan een waardevolle bijdrage leveren, evenals concepten op het gebied van duurzaamheid en toekomstbestendigheid.

Bij de 'patiënt centraal', waarbij er aandacht is voor patiënten inspraak en ervaring, zou ook aandacht mogen zijn voor wederkerigheid en gedeelde verantwoordelijkheid van de patiënt en de professional.

Het is aan de huisartsenspoedpost om samen met de aangesloten huisartsen, triagisten en overige medewerkers, patiënten en samenwerkingspartners te bepalen welke thema's prioriteit krijgen. Dit vraagt om scherpe keuzes, zodat de aandacht uitgaat naar de thema's die er op dat moment het meest toe doen.

### 2.3 Samen op weg

Na het bepalen van de richting kunnen stappen worden gezet om de uitgezette koers te realiseren. De geïnventariseerde processen op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid zullen hierbij behulpzaam blijken. Deze processen geven een antwoord op de HOE-vraag (HOW). De betreffende kwaliteitselementen kunnen worden gebruikt als input voor het gesprek met de andere betrokkenen om op een lerende manier met elkaar stappen te zetten die bijdragen aan de geprioriteerde kernthema's. Deze zijn terug te vinden in de visuele weergave in bijlage I.

### 2.4 Op koers blijven

Om te kunnen vaststellen of een organisatie met haar kwaliteitsbeleid op de goede weg is, biedt het kwaliteitsbeleid voor Huisartsenspoedposten handvatten. Deze handvatten zijn als gereedschappen terug te vinden in de visuele weergave in bijlage I. Deze gereedschappen hebben een richtinggevend karakter en zijn daarmee niet verplicht. Het overzicht van gereedschappen is niet limitatief. Het hoofdstuk *inzichtelijk maken van kwaliteit* van dit document beschrijft op welke wijze de kwaliteit van de huisartsenspoedzorg gemonitord kan worden en hoe huisartsenspoedposten zich onderling kunnen vergelijken. Hiermee leggen we een basis voor een passend Kwaliteitsbeleid.

### 2.5 Veilig op doorreis

Terug naar de metafoor van de doorreis. Uiteraard is het ook belangrijk om '*veilig op reis*' te gaan. Voor de huisartsenspoedzorg betekent dit dat de patiëntveiligheid te allen tijde gewaarborgd moet blijven. Het nieuwe kwaliteitsbeleid voor huisartsenspoedposten maakt daarbij onderscheid tussen kernthema's die meer en minder urgent zijn. Voor het onderscheid in hoog risicoprocessen geldt een beperkt aantal streefwaarden. Daarmee wordt het aantal streefwaarden dat wordt gehanteerd en waarover gerapporteerd wordt in de Benchmark Huisartsenspoedposten aanzienlijk teruggebracht. Deze streefwaarden zullen kort cyclisch worden geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Voor de minder urgente zorguitkomsten worden een beperkt aantal indicatoren ontwikkeld die bijdragen aan het *leren en verbeteren*. Huisartsenspoedposten kunnen deze gebruiken voor het interne kwaliteitsbeleid. Het volgende hoofdstuk beschrijft op welke wijze het kwaliteitsbeleid van huisartsenspoedposten inzichtelijk kan worden gemaakt.



## 3 | INZICHTELIJK MAKEN VAN KWALITEIT

Dit onderdeel van het Kwaliteitsbeleid voor huisartsenspoedposten beschrijft de wijze waarop de kwaliteit van de huisartsenspoedzorg inzichtelijk kan worden gemaakt. Het nieuwe kwaliteitsdenken biedt mogelijkheden om de voortgang te monitoren en op basis daarvan samen met andere betrokkenen te *leren en te verbeteren*. Op die manier kunnen huisartsenspoedposten en hun samenwerkingspartners zich aanpassen aan de veranderende omstandigheden en de context waarin ze functioneren.

De benchmark huisartsenspoedposten is een belangrijk instrument voor onderlinge vergelijking en monitoring. Het vormt voor InEen een onderbouwde basis voor beleidsontwikkeling en belangenbehartiging. Daarnaast biedt de benchmark stakeholders, patiëntenorganisaties en andere geïnteresseerden inzicht in de ontwikkelingen in de acute huisartsenzorg. InEen verzamelt sinds 2005 de kerncijfers van de huisartsenspoedposten.

Binnen de huisartsenspoedzorg werd kwaliteit jarenlang onder andere beoordeeld op het wel of niet voldoen aan de branchestreefwaarden. Tijdigheid van geboden zorg vormde daarbij een belangrijk ijkpunt. De factor tijd is uiteraard een belangrijk aspect bij de zorgverlening, maar kwaliteit van huisartsenspoedzorg is zoveel meer dan dat. Daarnaast vraagt 'tijdigheid' om een meer genuanceerde benadering dan alleen de beoordeling of de visiteauto bij een spoedrit binnen 20 minuten ter plaatse was.

In huidige omstandigheden met een toenemende zorgvraag, personeelstekorten en hoge werkdruk voldoen de bestaande branchestreefwaarden niet meer. Het is tijd voor 'passende zorg', waarbij keuzes moeten worden gemaakt welke zorgvraag prioriteit krijgt en welke minder urgent is. Zonder hierbij de continuïteit en veilige zorg uit het oog te verliezen.

De huisartsenspoedzorg is oorspronkelijk bedoeld voor de urgente zorg die niet kan wachten tot de volgende dag. Met oog voor de maatschappelijke meerwaarde richt het Kwaliteitsbeleid voor Huisartsenspoedposten zich op deze kern van de huisartsenspoedzorg. Patiënten moeten ervan uit kunnen gaan dat ze in de hoog urgente situaties kunnen rekenen op de juiste zorg, op het juiste moment, waarbij deze zorg veilig en verantwoord verloopt. Dit zijn zorguitkomsten die ertoe doen voor patiënten.

### 3.1 Minder urgente zorguitkomsten binnen de huisartsenspoedzorg

Voor het monitoren van de kernthema's die minder dringend zijn wordt verwezen naar de gereedschappen uit de visuele weergave, zie bijlage I. Hiermee kan de organisatie intern processen bijsturen en ontstaat de mogelijkheid om te benchmarken en van elkaar te *leren*. Door naar de huisartsenspoedposten aan weerszijden van de normaalverdeling te kijken (bijvoorbeeld 20% aan de linkerkant en 20% aan de rechterkant van de normaalverdeling) kunnen deelnemers aan de benchmark zich onderling vergelijken en met elkaar en andere betrokkenen het gesprek aangaan.

### 3.2 Realistische streefwaarden voor de hoog risicoprocessen

Om de hoog risicoprocessen inzichtelijk te kunnen maken en te kunnen bewaken kent het Kwaliteitsbeleid voor huisartsenspoedposten een beperkt aantal streefwaarden met een bandbreedte. Er wordt bewust gekozen voor streefwaarden in plaats van harde vaststaande branchenormen. Aan de ene kant om te ervaren wat realistisch en haalbaar is voor de sector gegeven de veranderende omstandigheden, aan de andere kant om het *leren en verbeteren* te stimuleren. De waarden zijn gebaseerd op de uitkomsten van de benchmark in 2021.

Binnen de huisartsenspoedzorg krijgen de volgende zes hoog risicoprocessen prioriteit:

- Huisartsen Spoedvisites U<sub>1</sub>
- Spoedtelefoon
- U<sub>2</sub> visites
- U<sub>2</sub> consulten
- Triage
- Overdracht

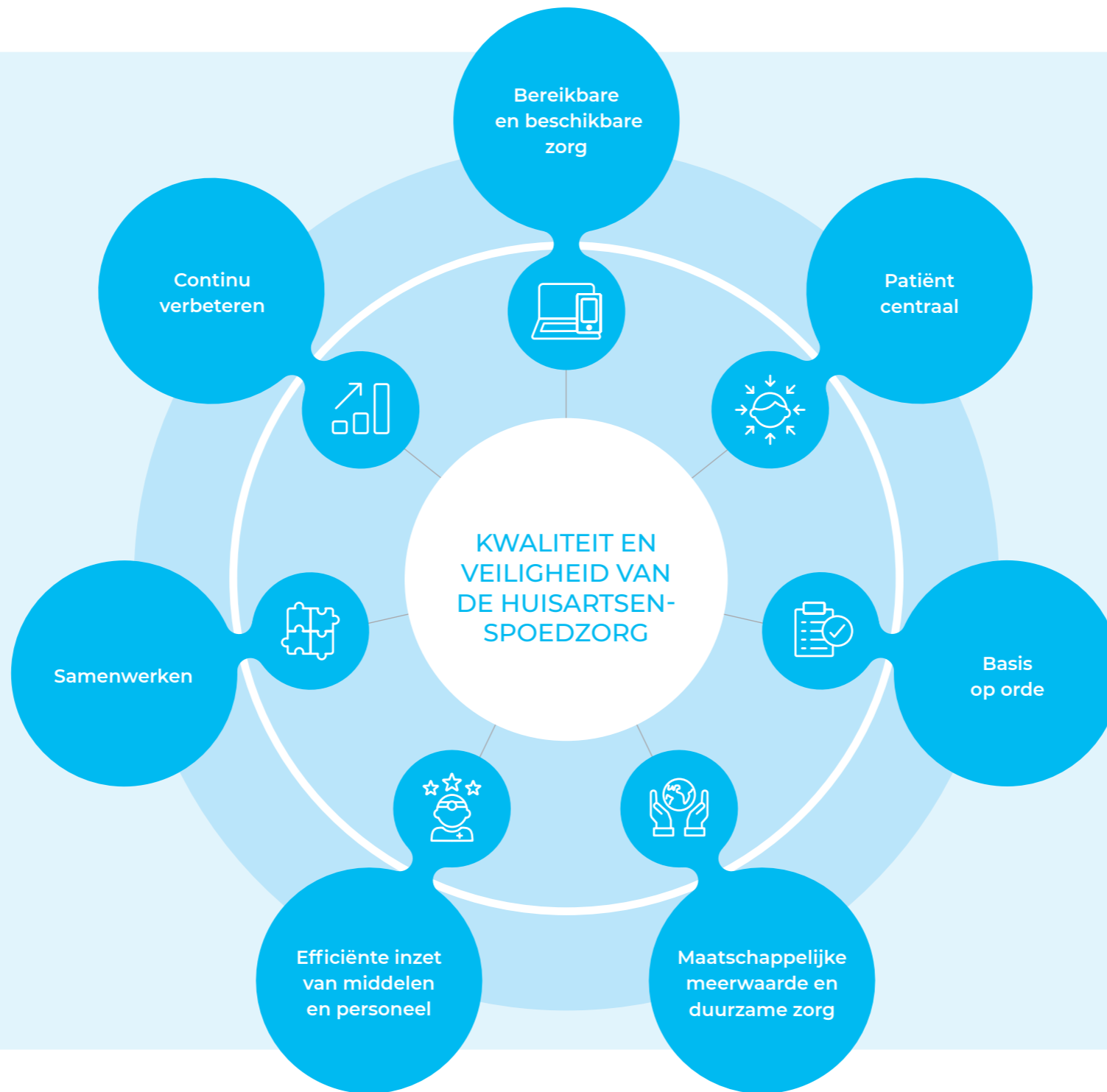
Voor drie van de zes hoog risicoprocessen worden nieuwe streefwaarden voorgesteld. Zie bijlage II. Het voorstel is om deze nieuwe streefwaarden in eerste instantie na een jaar te evalueren en indien nodig bij te stellen. Voor de overige drie hoog risicoprocessen geldt dat deze zullen worden uitgevraagd in de benchmark huisartsenspoedposten

### 3.3 Blijven leren en doorontwikkelen van het kwaliteitsbeleid

Op landelijk niveau wordt minimaal één keer per jaar gekeken wat de leerpunten zijn en hoe dit van invloed is op de doorontwikkeling van de kwaliteit van de huisartsenspoedzorg. Door het kwaliteitsbeleid en indicatoren regelmatig te evalueren stimuleren we het proces van vernieuwing en continu verbeteren.

## 4 | BIJLAGEN

Bijlage I : Visuele weergave Kwaliteitsbeleid Huisartsenspoedposten





## Bereikbare en beschikbare zorg

- U1 visites
- Spoedtelefoon
- Telefonische bereikbaarheid
- U2 visites
- U2 consulten
- U3/4
- Zelfzorgadviezen/U5
- Autoriseren
- Gebruik LSP

- Huisartsen dashboard
- Streefwaardes spoedzorg
- Branchenormen (Kwaliteitskader spoedzorgketen)
- Dataextracties
- ABCD-training
- Kwaliteitsmanagement-systeem



## Patiënt centraal

- Patiëntervaring
- Patiënt-inspraak

- Patiënttevredenheids-onderzoek
- PREM's
- Patiëntenparticipatie
- Samen beslissen
- Cliëntenraad
- Gezamenlijke besluitvorming
- E-health
- Panel/focus- en spiegelgesprekken met patiënten



## Basis op orde

- Gecertificeerd/geaccrediteerd kwaliteitssysteem
- Informatiebeveiliging (NEN7510)
- Werken volgens richtlijnen (NHG/ NTS)
- Voorbereid op rampen en crises
- Financiële weerbaarheid
- Governance voldoet aan de principes van de governance code

- Kwaliteitsmanagement-systeem
- Cliëntenraad
- Klachtenregeling
- Goed werkgeverschap
- Veilige werkomgeving
- Zorgbrede Governancecode
- Landelijke richtlijnen en standaarden
- Functieprofiel/ -eisen
- Kwaliteitsregisters
- Statuten
- Huishoudelijk reglement
- Voldoen aan AVG
- Evaluaties kritische leveranciers
- Professionals werken volgens laatste wetenschappelijk inzichten
- NHG richtlijnen en NTS
- Cyclisch werken (PDCA)



## Maatschappelijke meerwaarde en duurzame zorg

- Medische technologie/digitale innovaties
- Effectieve inzet verschillende deskundigen
- Verbinding sociaal domein
- Grenzen aan de zorg
- Efficiënte inzet/ Juiste gebruik van middelen

- Validatie en PRI door leverancier (en HAP)
- Evaluaties kritische leveranciers
- Evaluatie apps
- Samenwerkingsafspraken sociaal domein



## Efficiënte inzet van middelen en personeel

- Bekwaamheid
- Expertise huisarts in spoedzorg
- Taakdifferentiatie
- Werkdruk/ arbeidsmarkt
- Ziekteverzuim
- Verloop
- Medewerkertevredenheid
- Huisartstevredenheid
- Cultuur organisatie
- Gedeeld werkgeverschap

- Medewerkertevredenheids-onderzoek
- Huisartstevredenheids-onderzoek
- Output Exitgesprekken (bv triagist-huisarts)
- Ziekteverzuim monitoren
- Jaargesprekken
- Wetenschappelijk onderzoek



## Samenwerken

- **HAP:**
  - Overdracht einde dienst
  - Overdracht triagist → huisarts
- **Dagzorg - HAP:**
  - Afspraken overdracht kwetsbare patiënten
  - Spiegelinformatie
- **Ketenpartners:**
  - Overdracht keten
  - Ketenpartner evaluatie
  - Samen scholen/ intervisie
  - Netwerkgzorg

- Transmurale VIM-meldingen
- Gezamenlijk incidenten analyseren op regionaal niveau
- Individuele, regionale en landelijke spiegelinformatie
- Samenwerkingsafspraken ketenpartners
- Overlegmodel
- SBAR
- Gegevensuitwisseling
- Ketenkoppeling Nictiz



## Continu verbeteren

- Leren van klachten/ VIMmen
- Leren van casuïstiek en calamiteiten
- Leren van spiegelinformatie
- Benchmark
- Leveren wetenschappelijke bijdrage
- Prospectieve risico-inventarisatie

- Leren van casuïstiek en calamiteiten en incidenten
- Casuïstiekbespreking binnen spoedzorgketen
- VIM
- Spiegelinformatiebronnen
- Benchmark (HAP)
- Intervisie
- Safety 2/ FREM
- Regel- en innovatieruimte bieden
- Vieren van successen en briljante mislukkingen
- Interprofessionele scholing
- Deelname aan (digitale) leernetwerken
- Wetenschappelijk onderzoek

## Bijlage II : Aanvullende afspraken: streefwaarden hoog risicoprocesen, indicatoren en monitoring

Net als voorgaande jaren worden ook voor de komende jaren aanvullende afspraken gemaakt over streefwaarden en indicatoren voor de hoog risicoprocesen. Deze streefwaarden en indicatoren worden jaarlijks in de algemene ledenvergadering besproken en desgewenst bijgesteld of aangevuld.

We spreken van aanvullende afspraken om aan te geven dat de genoemde streefwaarden en indicatoren niet het enige zijn dat telt. Zie paragraaf 1.3 van het Kwaliteitsbeleid huisartsenspoedposten.

### Streefwaarden hoog risicoprocesen

#### Huisartsen Spoedvisites U1

Bij U1 visites streven we ernaar om in 75% van de gevallen binnen 20 minuten bij de patiënt aanwezig te zijn en in 90% van de gevallen binnen 25 minuten.

De aanrijdtijd is de tijd tussen het moment van de eerste handeling in het EPD op de huisartsenspoedpost en het moment dat de zorgverlener arriveert bij de patiënt.

#### Spoedtelefoon

De spoedtelefoon wordt zo spoedig mogelijk opgenomen. Bij de spoedtelefoon streven we ernaar dat in 95% van de gevallen binnen 30 seconden een daarvoor gekwalificeerde medewerker de spoedtelefoon opneemt en in 98% binnen 40 seconden.

De wachttijd is de tijd tussen het moment dat de patiënt de huisartsenspoedpost belt en het moment dat een daarvoor gekwalificeerde medewerker de telefoon opneemt.<sup>1</sup>

#### U2 visites

Bij U2 visites streven we ernaar om in 90% van de gevallen binnen 1 uur bij de patiënt aanwezig te zijn en in 98% van de gevallen binnen 2 uur.

Indien zorg niet binnen 1 uur geleverd kan worden is er tussentijds telefonisch contact van de huisartsenspoedpost (door een daarvoor gekwalificeerde medewerker) met de patiënt.

De aanrijdtijd is de tijd tussen het moment van de eerste handeling in het EPD op de huisartsenspoedpost en het moment dat de zorgverlener arriveert bij de patiënt.

---

<sup>1</sup> De wachttijd is inclusief de duur van het bandje en wordt niet gecorrigeerd voor ophangers. Het startmoment van de spoedtelefoon is om meettechnische redenen anders dan het startmoment van de huisartsen spoedvisites.

## Indicatoren hoog risicoprocessen

Voor de hoog risicoprocessen U2 consulten, triage en overdracht spreken we het volgende af:

### U2 consulten

Bij U2 aangemerkte zorgvragen waarvoor een U2 consult is geïndiceerd streven we ernaar om de patiënt na binnenkomst zo spoedig mogelijk te helpen. Als indicator wordt uitgevraagd in de benchmark hoeveel procent van de U2 consulten binnen 1 uur is 'gestart met de behandeling' door de huisarts.

Zodra de patiënt binnen is:

- wordt gevraagd of de situatie veranderd is
- is er toezicht in de wachtkamer.

De responstijd van U2 consulten is de tijd na afronding NTS-triage en het moment dat de huisarts de behandeling start op de huisartsenspoedpost.

### Triage

De kwaliteit van de triage is cruciaal voor het functioneren van de huisartsenspoedpost. Om de kwaliteit van de triage te borgen wordt geadviseerd om afspraken te maken binnen het interne kwaliteitsbeleid. Hiervoor dient gebruik te worden gemaakt van de [Regeling diplomeringstraject Triage](#).

InEen stimuleert het leren van elkaar door uitwisseling van ervaringen tijdens bijeenkomsten en het delen van scholingsplannen. Naast de bestaande indicatoren in de benchmark worden een beperkt aantal indicatoren opgesteld om de kwaliteit inzichtelijk te maken.

### Overdracht

Voor het thema overdracht wordt in de benchmark gevraagd of er afspraken zijn met ketenpartners. De afspraken op de huisartsenspoedpost tussen huisarts en triagist en tussen dagzorg en huisartsenspoedpost vallen hieronder. Ook deze worden inzichtelijk gemaakt. Zie hiervoor bijlage I voor de bijbehorende kwaliteitselementen en gereedschappen. Daarnaast zal voor het thema overdracht zoveel mogelijk worden aangesloten op de afspraken zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (veldnormen).

Voor interne monitoring is het goed als de huisartsenspoedpost afspraken maakt en opneemt in het kwaliteitsbeleid hoe voortgang en kwaliteit gemonitord wordt.

Om te leren van (on)verklaarbare praktijkvariatie worden een beperkt aantal indicatoren uitgevraagd om de gemiddelde tijden van de deelprocessen te monitoren. Bijvoorbeeld: telefonische triage, overdracht huisarts-triagist en contextfactoren.

### Indicatoren minder urgente zorguitkomsten

Naast bovenstaande streefwaarden en indicatoren voor hoog risicoprocesen zijn er ook indicatoren die bedoeld zijn voor interne monitoring. Telefonische bereikbaarheid voor niet-spoed blijft een onderdeel van de benchmark ter ondersteuning voor het *samen leren en verbeteren*.



