

SAMENWERKINGSKADER HAP+RAV

3 MEI 2016

SAMENWERKINGSKADER HAP+RAV

Het samenwerkingskader HAP+RAV is een handvat voor het vastleggen, onderhouden en verbeteren van samenwerkingsafspraken tussen huisartsenposten en Regionale Ambulancezorg Voorzieningen (RAV). Aangegeven wordt op welke onderdelen samenwerking gewenst is en hoe deze samenwerking eruit zou kunnen zien. In de bijlagen zijn voorbeelden uit de regio's opgenomen.

Het samenwerkingskader gaat uit van samenwerking tussen twee organisaties. Het uitgangspunt van de samenwerking is altijd de zorgvraag van de patiënt. Doel is de zorg voor de patiënt met een acute zorgvraag zo te organiseren dat de zorgvraag optimaal wordt beantwoord. De samenwerking staat dus altijd ten dienste van de patiënt.

Het samenwerkingskader is opgesteld door InEen en Ambulance Zorg Nederland (AZN) en is een product van het project 'Verbetering van de samenhang en samenwerking in de keten van acute zorg'. Met dit project wil InEen de samenwerking tussen de huisartsenpost en zijn ketenpartners verder verbeteren. Bij het opstellen van het samenwerkingskader waren vertegenwoordigers van huisartsenposten en RAV's betrokken.

De samenwerking tussen huisartsenpost en RAV ontwikkelt zich voortdurend. Het samenwerkingskader wordt daarom periodiek geactualiseerd.

Het samenwerkingskader is opgebouwd uit tien hoofdstukken.

- 1 Uitgangspunten en doelstellingen
- 2 Wetten, richtlijnen en handreikingen
- 3 Elkaar leren kennen
- 4 Afstemming zorgprocessen
- 5 Intensiever samenwerken
- 6 Patiëntoverdracht
- 7 Informatieoverdracht
- 8 Terugverwijzen na einde zorgverlening
- 9 Klachten, meldingen, incidenten, calamiteiten
- 10 Evaluatie en feedback

3 mei 2016

INHOUDSOPGAVE

1 UITGANGSPUNTEN EN DOELSTELLINGEN	4
1.1 Samenwerkingspartners en werkgebied	4
1.2 Context	4
1.3 Visie op samenwerking	4
2 WETTEN, RICHTLIJNEN EN HANDREIKINGEN	6
3 ELKAAR LEREN KENNEN	7
4 AFSTEMMING ZORGPROCESSEN	8
4.1 Het zorgproces	8
4.2 Ritverdeling	8
5 INTENSIEVER SAMENWERKEN	10
6 PATIËNTOVERDRACHT	11
6.1 Algemene afspraken overdracht	11
6.2 Welke patiënten kunnen worden overgedragen?	11
6.3 Hoe dragen we over?	12
6.4 Overbruggingstijd en verantwoordelijkheid	12
6.5 Overdracht na 'eerste hulp, geen vervoer'	13
7 INFORMATIEOVERDRACHT	15
7.1 Richtlijnen	15
7.2 Toestemming	15
7.3 Welke informatie?	15
7.4 Schriftelijke informatie-uitwisseling	16
8 TERUGVERWIJZEN NA EINDE ZORGVERLENING	17
9 KLACHTEN, MELDINGEN, INCIDENTEN, CALAMITEITEN	18
10 EVALUATIE EN FEEDBACK	19
Bijlage: Regionale voorbeelden	20

1 | UITGANGSPUNTEN EN DOELSTELLINGEN

Wanneer de intentie bestaat om intensief samen te gaan werken, en eventueel ook stukken zorg van elkaar over te nemen, is het belangrijk aandacht te besteden aan visievorming en mogelijk een gezamenlijke visie en ambitie vast te stellen.

1.1 Samenwerkingspartners en werkgebied

Welke partners werken samen? In hoeverre vallen de werkgebieden samen? Beperken de afspraken zich tot het overlappende werkgebied? Stel bij de start van het proces expliciet vast waarover de samenwerking gaat en waarover niet. Zie bijlage 1.1.

1.2 Context

Ontwikkelingen in de zorgsector hebben de afgelopen jaren gevolgen gehad voor de vraag naar huisartsenzorg en ambulancezorg. Vul dit overzicht zo nodig aan met regionale ontwikkelingen:

- Veranderingen in de zorg voor ouderen (ouderen wonen langer thuis, voeren zoveel mogelijk eigen regie over het zorgproces, voorzieningen zijn meer lokaal ingericht, enzovoort).
- Stelselwijziging in de ggz (ambulantisering, nieuwe indeling: huisarts met POH-ggz, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz).
- Substitutie van specialistische zorg naar de eerstelijnszorg (onder andere vormgegeven in programmatische zorg, maar ook in de opvang van zelfverwijzers door de huisartsenpost en de uitbreiding van mogelijkheden voor eerstelijnsdiagnostiek).
- Herinrichting van de complexe spoedzorg.
- Ontwikkelingen rond informatie-uitwisseling en privacy zoals de implementatie van het LSP en vaststelling van de richtlijn E-spoed.

1.3 Visie op samenwerking

De samenwerkingspartners hebben elk een eigen visie en missie. Het ontwikkelen van een gezamenlijke (regionale) visie en een gezamenlijke set kernwaarden is een krachtige stap in het proces naar samenwerking. In de literatuur zijn diverse methoden beschreven om te komen tot een gezamenlijke visie en kernwaarden. Zie ook het voorbeeld in bijlage 1.2.

Huisartsenposten

De huisartsenposten doorliepen in 2014 een positioneringstraject en formuleerden een gezamenlijke missie en kernwaarden: 'De huisartsenpost biedt huisartsgeneeskundige spoedzorg buiten kantooruren. Uitgangspunt voor spoed is de vraag en de beleving van de patiënt. De missie van de huisartsenpost is: iedere patiënt voelt zich altijd geholpen, en de medewerkers werken met plezier. De kernwaarden zijn: altijd veilig, altijd deskundig, altijd geholpen.' Corporate story en veranderstrategie Huisartsenpost (Roos & van de Werk, 2014).

HAP+RAV

In 2012 formuleerden de VHN en AZN in het Handboek HAP+RAV als doel van de samenwerking: 'het realiseren van kwalitatief goede en doelmatige zorg. Hierbij geldt als uitgangspunt: de juiste zorg op het juiste moment'.

Kernwaarden

Kernwaarden zijn belangrijk voor de identiteit van de organisatie en in dit geval de samenwerkingsafspraken. Ze verschaffen houvast voor het maken van keuzes bij de inrichting van de samenwerkingsafspraken. In bijlage 1.2 zijn enkele voorbeelden genoemd. Tips:

- Houd de kernwaarden zo dicht mogelijk bij het primaire proces.
- Geef focus. Benoem niet teveel kernwaarden. Richt de aandacht op de kernwaarde met het grootste hefboomeffect.
- Wees duidelijk over wat je van de mensen in de organisatie verwacht

2 | WETTEN, RICHTLIJNEN EN HANDREIKINGEN

De samenwerkingsafspraken moeten aansluiten bij wetten en richtlijnen. Ook handreikingen bevatten belangrijke informatie.

Wetten

- Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet Big).
- Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (Wgbo).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet bescherming persoonsgegevens.
- Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz).

Richtlijnen

- NHG standpunt Huisarts en Spoedzorg, NHG 2013.
- Landelijk protocol ambulancezorg (LPA8), AZN, 2015.
- Kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg, AZN, GGZ Nederland, 2015.
- Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen Spoedeisende medische hulpverlening, AZN, V&VN, 2009.
- Beleidsnotitie en Landelijke richtlijn First en rapid response, AZN 2005.
- Richtlijnen omgaan met medische gegevens, KNMG 2010.
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten (diverse partijen, 2008).
- Richtlijn ter hand stellen medicatie, KNMP 2013.
- Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling Spoedeisende Hulp (NHG 2005).
- Richtlijn E spoed (richtlijn gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp).

Handreikingen

- Handboek HAP+RAV (AZN, VHN, 2012)
- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG en anderen, 2010. In het project HAP+RAV in 2012 vertaald naar de 'Handreiking verantwoordelijkheden HAP+RAV' en opgenomen in het Handboek HAP+RAV.

3 | ELKAAR LEREN KENNEN

Het verbetert de samenwerking als de medewerkers van beide organisaties elkaar kennen. Dat geldt zowel voor het uitvoerend niveau, als voor het management en het bestuur. Ook is het belangrijk dat de zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars kerncompetenties zodat zij adequaat kunnen doorverwijzen. Er zijn allerlei manieren om elkaar beter te leren kennen. Zet uit elke onderstaande categorie tenminste één optie in. Het kan zinvol zijn om telkens ook medewerkers van andere niveaus te betrekken.

Uitvoerend niveau

- Gezamenlijke deskundigheidsbevordering.
- Informatiebijeenkomsten over elkaars werkwijze.
- Casuïstiekbesprekingen.
- Met elkaar meelopen.

Management en bestuur

- Ontwikkeltraject visie op samenwerking.
- Opstellen convenant en periodiek evalueren.
- Ontwikkeling visie op zorg in de regio.

Organisatie breed

- Afstemming in een gezamenlijke procedure voor afhandeling van klachten, incidenten en calamiteiten.
- Afstemming in een permanente verbetercyclus.

4 | AFSTEMMING ZORGPROCESSEN

4.1 Het zorgproces

Het is voor de patiënt belangrijk dat de zorgprocessen van de huisartsenpost en de RAV naadloos op elkaar aansluiten. Breng daarom de werkprocessen van beide organisaties in beeld en markeer waar overgang van de ene naar de andere zorgverlener plaats vindt. Deze overdrachtmomenten behoren immers tot de meest risicovolle momenten in het zorgproces. Zie het voorbeeld van een stroomschema in bijlage 4.1.

Veel voorkomende overdrachtmomenten tussen huisartsenpost en RAV:

- Overdracht van RAV naar huisartsenpost:
 - Tijdens telefonische triage door de centralist van de meldkamer ambulancezorg (MKA).
 - Na 'eerste hulp, geen vervoer'.
- Overdracht van huisartsenpost naar RAV
 - Na telefonische triage door de triagist huisartsenpost.
 - Na een visite door de huisarts.
 - Na een consult op de huisartsenpost die niet gevestigd is bij een SEH.
 - Na inzet van de huisarts als first responder.

4.2 Ritverdeling

Ritverdeling ambulance-visiteauto huisartsenpost

Als de triagist op een huisartsenpost uitkomt op U₀, wordt vrijwel altijd een ambulance ingeschakeld. In de meeste regio's bestaan ook afspraken over de inzet van de ambulance bij U₁ en soms U₂. Andersom zijn er vaak afspraken over de inzet van de huisartsenpost als de meldkamercentralist van de RAV inschat dat huisartsenzorg het meest passend is; dat kan ook een U₃ zijn, waarbij een consult op of visite door de HAP aangewezen lijken.

. De manier waarop de ritten worden verdeeld varieert (zie bijlage 4.2). Een best practice voor een optimale ritverdeling U₁ en U₂ (volgens de inschatting van de huisartsenpost) is nog niet voor handen. In Een en AZN organiseren in 2016 een bijeenkomst om de diverse vormen van ritverdeling en de overwegingen daarbij te beoordelen.

Inzet huisarts als first responder

Een first responder is een (burger)hulpverlener die als eerste ter plaatse komt en competent is de noodzakelijke eerste hulp te verlenen. Naast brandweer, politie en burgers kunnen ook de huisarts en de visite-auto van de huisartsenpost (met huisarts en chauffeur) worden ingezet als first responder in situaties waar levensreddend handelen noodzakelijk is. In de samenwerkingsafspraken leggen huisartsenpost en RAV vast in welke situaties de meldkamer ambulancezorg een visite-auto van de huisartsenpost inzet en onder welke voorwaarden. De verdeling van de verantwoordelijkheid is een belangrijk aspect, evenals het rijden met optische- en geluidssignalen (zie 6.4).

Rijden met optische- en geluidssignalen

In veel regio's hebben huisartsenpost en RAV afspraken over gebruik van optische- en geluidssignalen door de visite-auto van de huisartsenpost, bijvoorbeeld bij inzet als first responder, maar ook voor andere ritten met hoge urgentie. Deze afspraken moeten voldoen aan

de geldende 'Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen Spoedeisende medische hulpverlening'¹ (AZN, V&VN). Op www.striping.nl is meer informatie te vinden over gebruik van striping.

Afspraken ritverdeling tijdens kantooruren

De RAV werkt 24/7. Ook de huisarts is 24/7 bereikbaar, maar wordt voor spoedzorg in de ANW-uren waargenomen door de huisartsenpost. In toenemende mate zijn huisartsen ook overdag bezig met het professionaliseren van de spoedzorg, bijvoorbeeld door vanuit een grotere huisartsenpraktijk altijd een visite te rijden zonder dat dit het spreekuur onderbreekt. De huisarts is vaak dichterbij de patiënt dan de ambulance. Het verdient aanbeveling ook te kijken naar regionale afspraken voor de samenwerking overdag.

¹ Op dit moment is de Brancherichtlijn Optische en Geluidssignalen uit 2009 (AZN, V&VN Ambulancezorg) van toepassing. In 2016 komt een geactualiseerde versie van de brancherichtlijn beschikbaar.

5 | INTENSIEVER SAMENWERKEN

Naast afspraken over ritverdeling en first response zijn meer afspraken mogelijk:

- Inzet rapid responder (een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van de komst van een ambulance of andere zorgverlener) in plaats van een visite door de huisartsenpost.
- Inzet van ambulance als fast responder voor de huisarts als huisarts niet over een auto beschikt.
- Gezamenlijke organisatie van de telefonische triage;
- Gezamenlijke pool chauffeurs en soms ook gezamenlijke auto's;
- Inzet verpleegkundig specialisten ambulancezorg op de huisartsenpost.
- Investeren in wederzijds vertrouwen, bijvoorbeeld door gezamenlijke scholingsprogramma's

Voorbeelden van afspraken zijn te vinden in de bijlagen van dit samenwerkingskader en via de websites van InEen en AZN.

6 | PATIËNTOVERDRACHT

Er is sprake van patiëntoverdracht wanneer de zorg voor een patiënt geheel of gedeeltelijk wordt overgedragen naar een andere hulpverlener. In de samenwerking HAP+RAV gaat het altijd om een overdracht van de gehele zorg, tenzij afwijkende afspraken zijn gemaakt. Beschrijf samen hoe de patiëntoverdracht in de verschillende overdrachtsituaties plaats vindt (zie 4.1).

6.1 Algemene afspraken overdracht

Uit oogpunt van patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid is bij elke overdracht de patiënt het uitgangspunt.

- In principe levert de RAV de zorg in de openbare ruimte. Dat betekent dat de huisartsenpost wanneer de patiënt zich in de openbare ruimte bevindt en niet naar de huisartsenpost kan komen, de patiënt overdraagt aan de ambulance.
- Bij overdracht van de huisartsenpost naar de RAV en andersom wordt de urgentie ongewijzigd overgenomen (volgens het principe $U_1 \leftrightarrow A_1$ en $U_2 \leftrightarrow A_2$). Wanneer informatie ontoereikend is om de urgentie en zorginzet vanuit het perspectief van de ontvangende partij (huisartsgeneeskundig resp. ambulancezorg perspectief) over te nemen, doet de ontvangende partij na de overdracht zelf met de patiënt een aanvulling op de triage om urgentie en zorginzet vanuit huisartsgeneeskundig resp. ambulancezorg perspectief vast te stellen.
- Na een overdracht wordt een patiënt in dezelfde call in principe niet opnieuw overgedragen, tenzij de ambulancezorg eindigt in 'eerste hulp, geen vervoer' (patiënt blijft thuis) of de visite door de huisarts eindigt in een indicatie voor ambulancevervoer. Dit betekent bijvoorbeeld dat wanneer de triagist van de huisartsenpost inschat dat ambulancezorg nodig is, de MKA-centralist na eigen telefonische triage de patiënt **niet** weer kan terugsturen naar de huisartsenpost. Uiteraard kan een uitzondering worden gemaakt als de patiëntveiligheid in gevaar is.

6.2 Welke patiënten kunnen worden overgedragen?

Van MKA naar triagist huisartsenpost en andersom

- Inschatting van de urgentie gebeurt op basis van de triagestandaard NTS of ProQA. Verwijzing gebeurt op basis van verwijfsafspraken (ritverdelingsafspraken en inzet visiteauto als first response (zie ook paragraaf 4.2), inzet ambulance als visite-auto, enzovoort). Ook kan het zijn dat de MKA centralist op basis van urgentiebepaling inschat dat voor de betreffende patiënt een consult op of een visite vanuit de huisartsenpost de beste invulling is.

Na visite of consult huisartsenpost

- Wanneer de huisarts inschat dat ambulancezorg nodig is.

Na ambulancezorg geen vervoer

- Zie 6.5.

6.3 Hoe dragen we over?

De overdracht van een patiënt is een van de meest risicovolle momenten in het zorgproces. Neem in de beschrijving van de overdrachtmomenten daarom in elk geval de volgende vier aspecten mee (zie het voorbeeld in bijlage 6.1).

- Welke professionals hebben contact bij de overdracht?
- Hoe bereiken zij elkaar?
- Zoveel mogelijk warme overdracht, zowel telefonisch als bij zorg ter plaatse.
- SBAR (situation, background, assessment, recommendation) als format voor gestructureerde overdracht zowel telefonisch als face-to-face (zie 7.3). Verwachtingen expliciet uitspreken.

6.4 Overbruggingstijd en verantwoordelijkheid

Aanrijtijden

Huisartsenpost en RAV hebben in normen vastgelegd hoe lang het duurt voordat de ambulance of de visite-auto ter plaatse is vanaf het moment dat de urgentie is ingeschat.

De veldnormen voor visites door de huisartsenpost zijn:

- U₀: doorschakelen naar ambulance.
- U₁: 90% binnen 20 minuten, 98% binnen 30 minuten.
- U₂: 90% binnen 60 minuten, 98% binnen 2 uur.

De responstijden voor RAV zijn vastgelegd in het aanbestedingskader bij de Tijdelijke wet ambulancezorg.

- A₁: 95% binnen 15 minuten.
- A₂: 95% binnen 30 minuten.

De urgentie-indeling van huisartsenpost en RAV loopt niet synchroon. In veel regio's gaat men uit van A₁=U₁ en A₂=U₂. Dit is echter niet onderzocht. De aanrijtijden voor een A₁, A₂ of U₁, U₂ verschillen ook. Dit heeft te maken met de separate ontwikkeling en de achtergrond van de normen. In Een en AZN verkennen in 2016 of het mogelijk is tot meer eenduidige afspraken te komen.

Wanneer verschuift de patiëntverantwoordelijkheid?

Uit het Handboek HAP+RAV (AZN en VHN, 2012):

- Bij telefonische overdracht verschuift de verantwoordelijkheid zodra de andere partij de overdracht heeft geaccepteerd.
- Bij zorg ter plaatse verschuift de verantwoordelijkheid als de hulpverlener waaraan wordt overgedragen is gearriveerd. Dit betekent dat de ambulanceverpleegkundige of huisarts bij de patiënt moet blijven, tenzij de veiligheid van de patiënt op een andere manier kan worden gewaarborgd.

Hoe wordt de wachtperiode overbrugd?

- Bij direct telefonisch contact met de patiënt: wanneer de meldkamer de ambulance inschakelt, geeft de meldkamercentralist de patiënt advies over wat hij/zij moet doen tijdens het wachten op de ambulance en blijft zo nodig aan de lijn. Wanneer er een visiteauto rijdt, geeft de triagist van de huisartsenpost dit advies. NB: als de visiteauto wordt ingeschakeld als first responder, gebeurt dit door de MKA en is het dus de meldkamercentralist die met de patiënt communiceert.
- Huisarts schakelt de ambulance in na een visite: de huisarts blijft bij de patiënt tot de ambulance is gearriveerd, tenzij de veiligheid van de patiënt op een andere manier kan worden gewaarborgd.

6.5 Overdracht na 'eerste hulp, geen vervoer'

De RAV levert in toenemende mate 'eerste hulp, geen vervoer'. Dit betekent dat de ambulanceverpleegkundige ter plaatse zorg verleent, maar de patiënt niet naar het ziekenhuis vervoert. Diverse huisartsenposten en ambulancevoorzieningen signaleren in deze gevallen knelpunten bij de overdracht van ambulance naar huisartsenpost. Uit oogpunt van patiëntveiligheid en continuïteit is extra aandacht dus geboden.

Belangrijke uitgangspunten zijn:

- Er is altijd een schriftelijke overdracht naar de eigen huisarts en zo mogelijk naar de huisartsenpost, conform de richtlijn E-spoed. De ambulancezorg stuurt een digitaal bericht naar de huisarts via zorgmail.
- De ambulanceverpleegkundige laat altijd een formulier achter bij de patiënt met relevante informatie.

Wanneer de ambulanceverpleegkundige besluit de patiënt niet naar een ziekenhuis of andere zorginstelling te brengen, zijn er drie mogelijkheden voor terugkoppeling aan de huisartsenpost:

- 1 Ambulanceverpleegkundige acht vervolgzorg door de huisartsenpost nodig:
 - De ambulanceverpleegkundige draagt over aan de huisarts op de huisartsenpost op basis van SBAR. Verwachtingen worden helder gecommuniceerd. De patiënt wordt warm overgedragen aan de huisarts.
 - De ambulanceverpleegkundige geeft duidelijk aan dat hij/zij de patiënt overdraagt aan de huisarts.
 - De huisarts triert vanuit huisartsenperspectief de best passende vervolginzet.
- 2 Ambulanceverpleegkundige twijfelt of vervolgzorg door de huisartsenpost nodig is:
 - De ambulanceverpleegkundige kan overleggen met de medisch manager ambulancezorg (MMA), en handelt conform.
 - De ambulanceverpleegkundige neemt contact op met de huisarts voor collegiaal overleg. De ambulanceverpleegkundige gebruikt SBAR voor het formuleren van de vraag, en geeft duidelijk aan dat het gaat om een verzoek om overleg met de huisarts.

- 3 Ambulanceverpleegkundige acht vervolgzorg door de huisartsenpost niet nodig:
- Een digitale melding aan de huisarts en de huisartsenpost volstaat. Wanneer de patiënt opnieuw belt, kan de triagist zien dat al eerder een ambulance werd ingezet. Het blijkt nog niet haalbaar om vanuit de RAV een digitale melding aan de huisartsenpost te doen. De digitale melding aan de eigen huisarts is niet real time inzichtelijk op de huisartsenpost. Er zijn twee opties:
 - De ambulanceverpleegkundige geeft de informatie telefonisch door. Spreek af hoe deze melding te onderscheiden is van 1. een overdracht waarbij inzet van de huisartsenpost wordt verwacht en 2. overleg over eventuele inzet. De huisarts is op de hoogte van de situatie en verantwoordelijk voor de inschatting of het advies van de ambulanceverpleegkundige passend is. In sommige regio's gaat het om veel meldingen. Doe dit in elk geval als de huisarts(enpost) de ambulance heeft ingeschakeld.
 - De ambulanceverpleegkundige geeft de informatie niet door aan de huisartsenpost. De huisarts heeft dan in geval van een vervolgvraag geen informatie over eerdere hulpverlening door de ambulance. Wanneer zich opnieuw een acute situatie voordoet, is de patiënt de enige die deze informatie door kan geven. De ambulanceverpleegkundige laat altijd een formulier achter bij de patiënt met relevante informatie.(zie 6.5).

7 | INFORMATIEOVERDRACHT

7.1 Richtlijnen

Voor de informatieoverdracht tussen huisartsenpost en RAV gelden richtlijnen:

- Richtlijn E-spoed (richtlijn gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp (Nictiz, 2014).
- Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-ambulancedienst-SEH (NHG 2005).
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG en anderen, 2010).
- Richtlijnen omgaan met medische gegevens (KNMG 2010).
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten (diverse partijen, 2008).
- LPA8 (AZN, 2015).

7.2 Toestemming

Voor het uitwisselen van informatie is toestemming van de patiënt vereist. In situaties waarin de patiënt geen toestemming kan geven, mag de arts toestemming inschatten aan de hand van aanwijzingen en gedragingen uit het verleden. Wanneer bijvoorbeeld de patiënt instemt met een verwijzing, mag men er vanuit gaan dat de patiënt ook instemt met de overdracht van voor de verwijzing relevante informatie.

7.3 Welke informatie?

De zorgverleners in het samenwerkingstraject zorgen dat zij beschikken over de gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen:

Mondelinge informatieoverdracht

Mondelinge informatie-uitwisseling gebeurt volgens SBAR (situation, background, assessment, recommendation). De mondelinge informatie wordt tenminste vastgelegd in het (ambulance)zorgdossier/huisartsendossier en vaak ook nog op een apart (SBAR) formulier .

Schriftelijke informatieoverdracht

De richtlijn E-spoed geeft aan welke informatie schriftelijk moet worden uitgewisseld bij welk soort overdracht.

Specifieke aandacht voor medicatieoverdracht en terughoudend beleid.

- Medicatieoverdracht is een kritiek moment in de zorg, met risico op onnodige schade voor de patiënt. Elke zorgverlener die medicatie voorschrijft en/of toedient moet kunnen beschikken over een actueel medicatieoverzicht. Zorgverleners zijn ook verantwoordelijk voor het actueel houden van dit overzicht. (Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens). De ambulanceverpleegkundige dient medicatie toe volgens protocol. Het is van belang dat de verpleegkundige over het actueel medicatie-overzicht beschikt zodat contra-indicaties gesignaleerd kunnen worden.
- Terughoudend beleid: wanneer de huisartsenpost de zorg overdraagt aan de ambulance, is het noodzakelijk eventuele afspraken over terughoudend beleid uit te wisselen. Spreek ook af hoe te handelen in situaties waarin de patiënt of zijn omgeving de ambulance informeert over het terughoudend beleid (bijvoorbeeld wanneer iemand anders de ambulance inschakelt).

7.4 Schriftelijke informatie-uitwisseling

De ambulanceverpleegkundige stuurt na het verlenen van ambulancezorg altijd een bericht aan de eigen huisarts via zorgmail. De huisarts kan beslissen dit op te nemen in de samenvatting van het huisartsendossier dat via LSP op de huisartsenpost kan worden ingezien. Dit betekent dat de informatie op zijn vroegst in de volgende ANW-dienst zichtbaar is voor de huisartsenpost.

Wanneer de patiënt naar een zorginstelling is gebracht, is het meestal niet nodig de informatie over de ambulancezorg eerder op de huisartsenpost in te kunnen zien. Wanneer de patiënt niet vervoerd wordt ('eerste hulp, geen vervoer') gebeurt dit conform de afspraken zie paragraaf 6.5.

8 | TERUGVERWIJZEN NA EINDE ZORGVERLENING

Terugverwijzing ambulancezorg naar huisartsenpost

Als de ambulance de zorg heeft afgerond, is de patiënt meestal overgebracht naar een zorginstelling die de zorg overneemt. De ambulanceverpleegkundige verwijst de patiënt dan niet terug naar de huisarts, maar doet wel een terugkoppeling van verleende zorg. In geval van 'eerste hulp, geen vervoer' kan wel een terugverwijzing naar de huisarts plaatsvinden.

Samengevat:

- Terugkoppeling na vervoer naar ziekenhuis of andere vorm van intramurale zorg: bericht aan de eigen huisarts.
- Terugkoppeling of (terug)verwijzing na 'ambulancezorg, geen vervoer': bericht aan de eigen huisarts en conform afspraken aan de huisartsenpost (zie 6.5).

Terugverwijzing van huisartsenpost naar RAV

Situaties waarin de huisartsenpost na einde zorgverlening terugverwijst naar RAV komen niet voor. Wel kan de huisartsenpost een terugkoppeling geven aan de RAV. Dit gebeurt (nog) niet standaard, maar feedback draagt bij aan de verbetering van kwaliteit en is dus altijd aan te bevelen. Denk aan afspraken over:

- Terugkoppeling van huisartsenpost naar RAV over de uitkomst van de vervolgzorg door de huisarts na 'eerste hulp, geen vervoer' in het kader van gezamenlijk leren.
- Terugkoppeling van huisartsenpost naar RAV als intensieve samenwerkingsvormen zijn gekozen (zie 5), zoals inzet van de rapid responder ambulancezorg in plaats van een visite door de huisarts.

9 | KLACHTEN, MELDINGEN, INCIDENTEN, CALAMITEITEN

Klachten, incidenten en calamiteiten komen helaas voor. Maak afspraken over wat er moet gebeuren als beide zorgpartners betrokken zijn. Het is belangrijk om aan te sluiten bij de bestaande afspraken van de zorgpartners. Een gezamenlijke meldingsmethode is een goede manier om de samenwerking aan de hand van reële situaties verder te ontwikkelen. In bijlage 9.2 is een voorbeeld opgenomen van een transmurale incidentmelding methode (TIM). De Wkkgz stelt verdere eisen aan gezamenlijke klachtafhandeling en calamiteitenonderzoek.

Aandachtspunten

- Communicatie met de patiënt: het is belangrijk openheid over het incident te betrachten.
- Elkaar informeren: wanneer beide partners betrokken zijn, geeft de partner waar de melding binnenkomt het incident door aan de ander via een afgesproken route.
- Feedback: als een zorgverlener in het samenwerkingsverband in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, spreken zij hem/haar daarop aan.

10 | EVALUATIE EN FEEDBACK

Opstellen en evalueren van samenwerkingsafspraken

- Leg de gemaakte afspraken over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid daarbij schriftelijk vast.
- Spreek een termijn af voor de geldigheid en zorg er altijd voor een actuele versie van de samenwerkingsafspraken beschikbaar te hebben.
- Evalueer halfjaarlijks of jaarlijks op management/directieniveau hoe de samenwerking loopt.
- Bedenk op welke niveaus evaluatie plaats vindt. Een evaluatie door de directie en de raad van bestuur levert andere informatie op dan een evaluatie van de teamleider en de locatiemanager of een evaluatie tussen zorgverleners. Het is zinvol om ook professionals multi- of monodisciplinair met elkaar te laten evalueren hoe de samenwerking loopt.

Feedback tijdens het zorgproces

- Bouw als dat nodig is voor een goede zorgverlening controlemomenten (overleg, evaluatie) in.
- Spreek af hoe zorgverleners feedback aan elkaar kunnen geven over het zorgproces. Zorg ervoor dat feedback niet leidt tot discussie over het hoofd van de patiënt heen. Discussie bijvoorbeeld over de noodzaak van een overdracht vindt achteraf plaats.

Monitoring van resultaten ten behoeve van kwaliteitsverbetering

- Monitor de resultaten van de samenwerking systematisch, zodat trends gesignaleerd kunnen worden. De informatie wordt gebruikt om de zorg te verbeteren. De resultaten kunnen dienen als basis voor evaluatie van de afspraken.

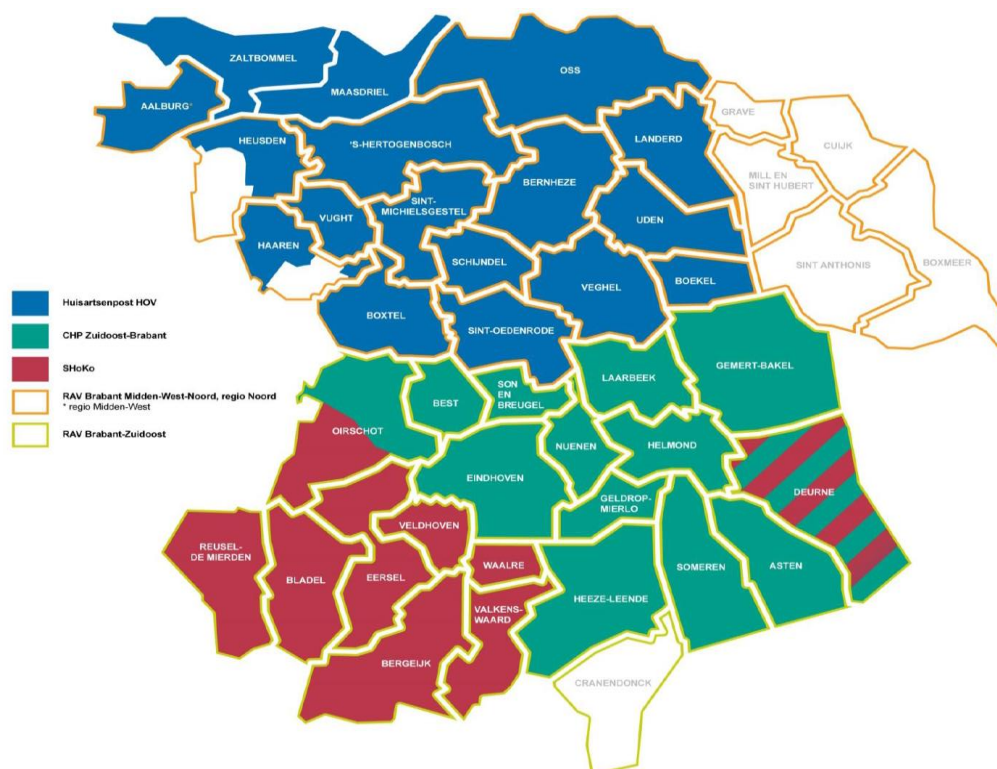
BIJLAGE: REGIONALE VOORBEELDEN

In deze bijlage bij het samenwerkingskader HAP+RAV zijn voorbeelden opgenomen uit verschillende regionale convenanten tussen huisartsenpost en RAV. De voorbeelden kunnen gebruikt worden als inspiratiebron voor samenwerkingsafspraken in de eigen regio. De indeling volgt de hoofdstuknummering van het samenwerkingskader.

1 Uitgangspunten en doelstellingen

1.1 Werkgebied

Regio Oost-Brabant 2015: Convenant samenwerking HAP-RAV, versie 1.0:



1.2 Gezamenlijke visie

In 'Leren samenwerken tussen organisaties' (Kaats en Opheij, 2014) zijn goede methoden beschreven om te komen tot een gezamenlijke visie en gezamenlijke kernwaarden. Voorbeelden van kernwaarden zijn:

- De patiënt is uitgangspunt van de samenwerking. Patiëntveiligheid en patientvriendelijkheid zijn daarom kernwaarden.
- Vertrouwen in en respect voor elkaar en elkaars expertise en competenties
- Effectiviteit en doelmatigheid : de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

Regio Oost-Brabant 2015: Convenant samenwerking HAP-RAV, versie 1.0:

Beide partijen erkennen

- Dat de patiënt de best mogelijke zorg verdient

- Dat middelen zo doelmatig mogelijk ingezet moeten worden
- Dat het daarvoor nodig is om samenwerkingsafspraken te maken tussen HAP en ambulancevoorziening.

Samenwerkingsovereenkomst centrale huisartsenposten en RAV Ambulance Oost:

Het doel van samenwerking is om, op basis van onderling respect voor elkaars visies en professionele standaarden, een samenwerking overeen te komen binnen de keten van de acute eerstelijnszorg. Er zijn afspraken gemaakt ten aanzien van onderlinge afstemming op beleidsmatig en operationeel niveau, met als uiteindelijk doel snelle interventies toe te kunnen passen bij ABCD2 instabiele patiënten. Dit door het efficiënt inzetten van de medisch professionele hulpverlener(s) van huisarts en RAV.

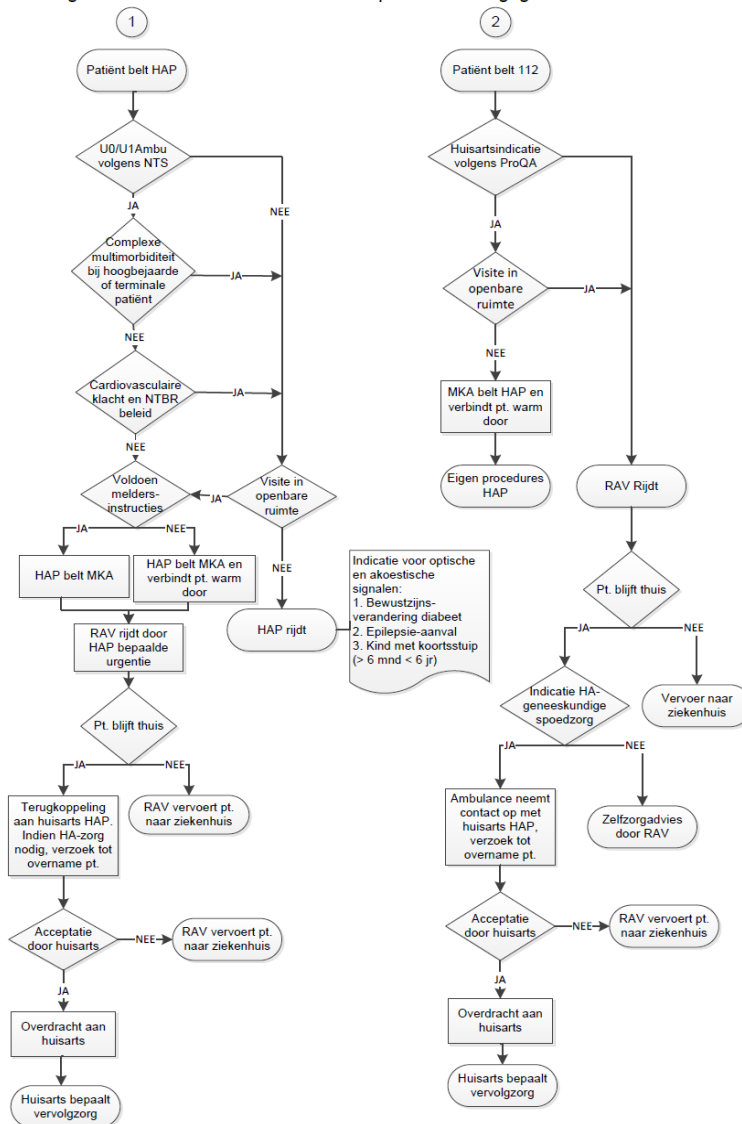
4 Afstemming zorgprocessen

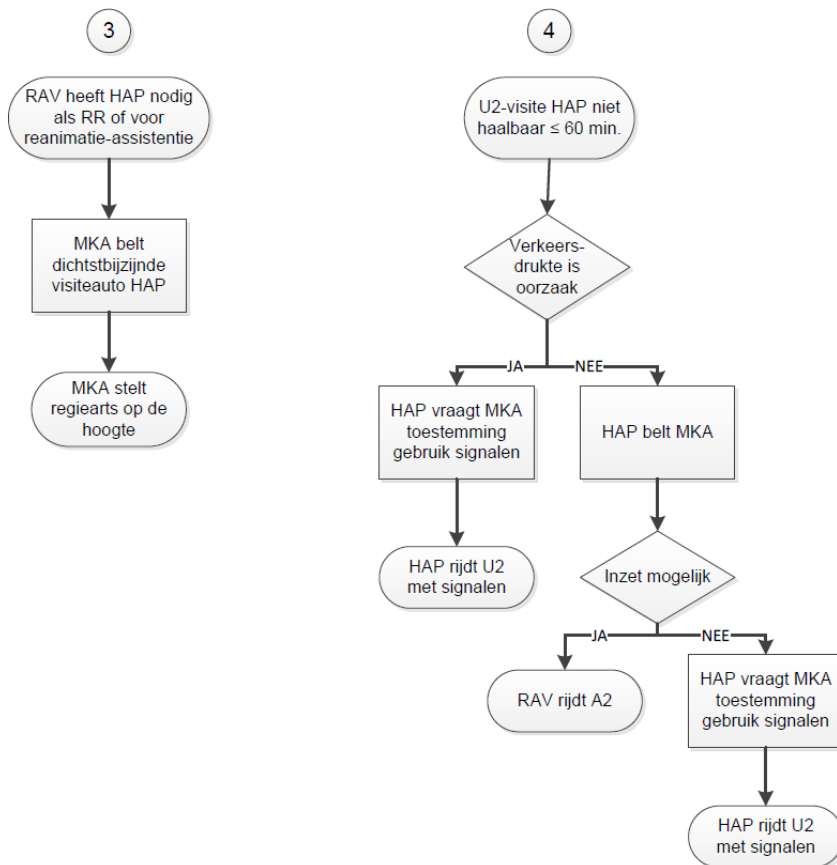
4.1 Voorbeeld stroomschema

Regio Oost-Brabant 2015: Convenant samenwerking HAP-RAV, versie 1.0:

1. Werkafspraken HAP - RAV Samenwerking

De patiënt heeft twee toegangswegen tot acute zorg bij spoedgevallen: via de HAP en via de MKA. In deze werkafpraak wordt het proces besproken van het toekennen van ritten aan de juiste partij, rekening houdend met huisartsindicaties. Dit proces is weergegeven in onderstaand stroomdiagram:





4.2 Voorbeeld ritverdeling

Regio Oost-Brabant 2015: Convenant samenwerking HAP-RAV, versie 1.0:

Wanneer de triagist van de huisartsenpost de urgentie inschat op U₀ of U₁ wordt in principe de ambulance ingeschakeld. De volgende indicaties zijn reden voor de huisartsenpost om – met signalen en na toestemming MKA – de visite zelf te rijden:

- Complexe multimorbiditeit bij een terminale of hoogbejaarde patiënt.
- Cardiovasculaire klachten en NTBR-beleid (niet reanimeren verklaring).
- Bewustzijnsverandering bij een bekende diabetes.
- Bekende epilepsiepatiënt met een epilepsieaanval.
- Kind met een koortsstuipt, ouder dan 6 maanden en jonger dan 6 jaar.

5 Intensiever samenwerken

5.1 Voorbeeld inzet verpleegkundig specialisten ambulancezorg op de huisartsenpost

Handboek samenwerking HAP+RAV (VHN, AZN, 2012):

VS AMBULANCEZORG OP DE HUISARTSENPOST

Op de huisartsenposten in Zwolle en Hardenberg werken in het weekend verpleegkundig specialisten van de ambulancezorg. Ben Goosselink: 'Als je welwillend bent om over elkaars domeingrenzen heen te kijken, leidt dat onherroepelijk tot betere zorg.'

Drie jaar geleden begonnen de huisartsenposten IJssel-Vecht/Flevoland en de RAV IJsselland een pilot. Op de huisartsenpost in Zwolle werden in het weekend drie verpleegkundig specialisten (VS) acute zorg van de RAV gedetacheerd. Inmiddels zijn het er vijf en wordt er ook op de post in Hardenberg dienst gedaan. De VS is niet meer weg te denken. Zijn werk richt zich in principe op traumatologie van het bewegingsapparaat en wonden. Deze werkzaamheden mag een geregistreerd VS acute zorg geheel zelfstandig verrichten.

Verdiepen kennis en kruisbestuiving

Ben Goosselink is VS van het eerste uur en zeer te spreken over de detachering: 'Op de huisartsenpost verdiepen we als VS onze kennis en expertise. Iemand met een pijnlijke enkel op het voetbalveld waar we anders met de ambulance naartoe rijden, komt nu bij ons op het spreekuur. We behandelen van begin tot eind en zetten een punt achter het consult, dat is toch anders dan wanneer je als ambulanceverpleegkundige iemand verwijst naar de huisartsenpost.' Belangrijk ook vindt Goosselink de kruisbestuiving. 'Wij begrijpen beter wat er op de post gebeurt en brengen dat weer over op onze collega's bij de RAV.'

Anderzijds, zegt Goosselink, is het soms ook zoeken. 'Als VS acute zorg zijn we specialist in acute zorg. Zo zien we in de ambulancezorg regelmatig cardiale patiënten terwijl deze patiëntengroep op de huisartsenpost door de huisarts wordt gezien. Maar uiteindelijk is de samenwerking alleen maar een verrijking. We klaren samen de klus en kijken bij elkaar in de keuken. We zijn geen halve dokters, wel gespecialiseerde verpleegkundigen die onder eigen verantwoording werk oppakken en zorg leveren. Voor de post betekent dat grote praktische voordelen op het gebied van productie en slagvaardigheid.'

Kwaliteit

'Het begint met wennen aan elkaar: wat zijn dat nou weer voor poppetjes? Maar over elkaars muren kijken leidt onherroepelijk tot betere zorg. Voor een hartinfarct rijdt de ambulance, maar voor het grijze gebied waarin je denkt dat iemand beter af is bij de huisartsenzorg, is deze samenwerking belangrijk. Wanneer we nu als VS op de soloambulance rijden, zijn we ook zekerder. Niet in de zin dat we patiënten makkelijker thuislaten, maar juist dat we beter weten op wiens bordje een bepaalde zorgvraag thuishoort en hoe je daar nog beter mee omgaat.'

6 Patiëntoverdracht

6.1 Voorbeeld algemene afspraken overdracht

Samenwerkingsovereenkomst centrale huisartsenposten en RAV Ambulance Oost (2015):

- 1 Overdracht bij telefonische melding van HAP naar MKA
 - a Na telefonische triage bepaald triagist van de HAP de urgentie U₁;
 - b Doet, met uitzondering van de afgesproken uitsluit criteria (zie bijlage 8.1), telefonisch verzoek aan MKA voor inzet van ambulance (de melder blijft onder de knop);
 - c Informatie wordt door triagist conform SBAR₃ overgedragen. Centralist MKA zorgt ervoor dat alle benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt;
 - d Op het moment dat MKA uitspreekt dat hulpvraag wordt overgenomen en een ambulance zal worden gestuurd gaat de verantwoordelijkheid voor het verdere deel van de zorg over van HAP naar MKA . Dit is vastgelegd via voice-logging. De verantwoordelijkheid van de triage (U₁) blijft bij de HAP.
 - e De melder wordt 'warm' doorgezet 4 om zo nodig aanvullende vragen te beantwoorden en meldersinstructie te ontvangen en/of zorgafspraken te maken door de centralist op de MKA.
 - f Indien de hulpvraag niet kan worden overgenomen vanwege capaciteitsproblemen bij de RAV dan heeft men de inspanningsverplichting om samen te beslissen wie er het eerst bij de patiënt kan zijn. Uitgaande wat het meest haalbare is voor de patiënt, is het goed voor de second best optie te kiezen.

- 2 Overdracht bij visite van HAP naar MKA
 - a Na visite oordeelt visite-huisarts dat ambulance(vervoer) noodzakelijk is;
 - b Doet bij voorkeur zelf telefonisch verzoek aan MKA voor het sturen van een ambulance (bij voorkeur geen overdracht door chauffeur tenzij de huisarts bezig is met medische handelingen);
 - c Informatie wordt overgedragen. Centralist MKA zorgt er voor dat alle benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt;
 - d Visite-huisarts blijft bij patiënt tot aan arriveren van ambulance. Indien toestand van de patiënt dit toelaat en zorg aanwezig is kan de visite-arts eerder vertrekken. Hij laat in dat geval een overdracht formulier acute zorg (SBAR formulier) achter.
 - e De verantwoordelijkheid van het verdere deel van de zorg gaat over van de huisarts naar de ambulanceverpleegkundige op het moment dat de verpleegkundige bij de patiënt arriveert.

- 3 Overdracht bij telefonische melding van MKA naar HAP
 - a Na telefonische triage oordeelt centralist van MKA dat er geen noodzaak is van inzet ambulance maar dat patiënt zorgverlening behoeft van HAP;
 - b Doet telefonisch verzoek aan HAP voor huisartsenzorgverlening (de melder blijft onder de knop);
 - c Informatie wordt door centralist conform SBAR overgedragen. De HAP zorgt er voor dat alle benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt;
 - d Op moment dat HAP uitspreekt dat de zorgverlening wordt overgenomen, gaat verantwoordelijkheid over van MKA naar HAP en is vastgelegd via voice-logging. De verantwoordelijkheid voor de triage blijft bij de MKA.

- e De melder wordt 'warm doorgezet' om zo nodig aanvullende vragen te beantwoorden en eventuele meldinstructie te ontvangen en/of zorgafspraken te maken door triagist op de HAP.
- 4 Overdracht bij hulpverlening ter plaatse van RAV naar HAP
- a Na bezoek ter plaatse oordeelt ambulanceverpleegkundige dat ambulancevervoer niet noodzakelijk is en dat patiënt huisartsenzorgverlening behoeft van HAP;
 - b Doet telefonisch verzoek aan HAP voor huisartsenzorgverlening en is vastgelegd via voice-logging HAP;
 - c Informatie wordt, conform SBAR methodiek, overgedragen. De triagist zorgt er voor dat alle voor hem/haar benodigde informatie gevraagd en geregistreerd wordt en verbindt de ambulanceverpleegkundige door met dienstdoende huisarts;
 - d Op moment dat HAP uitspreekt dat zorgverlening wordt overgenomen, gaat de verantwoordelijkheid over van RAV naar HAP.
- 5 Overdracht van MKA naar HAP vanwege capaciteitstekort bij RAV
- a Na telefonische triage oordeelt de centralist van de MKA dat ambulance inzet met urgentiecode A1 noodzakelijk is maar dat er vanwege een capaciteitsprobleem 5 er geen ambulance gestuurd kan worden (uitzonderingen zijn openbare gelegenheden⁶ en verkeersongevallen);
 - b Doet telefonisch verzoek aan HAP voor huisartsenzorgverlening (de melder blijft onder de knop);
 - c Als de HAP gaat rijden dan wordt (nog) geen ambulance ingezet . Op dat moment gaat de verantwoordelijkheid van de RAV naar de HAP en dit is vastgelegd via voice-logging;
 - d Als de HAP gaat rijden⁷ dan zal de centralist een melding aanmaken en het ritnummer doorgeven aan de triagist. De triagist geeft de centralist het autonummer door.
 - e De huisarts verleent de noodzakelijke zorg aan de patiënt. Als de huisarts ter plaatse beslist dat er ambulance vervoer noodzakelijk is dan, neemt hij/zij (of chauffeur, zie 6.2.b), contact op met de MKA en blijft zo nodig ter plaatse tot het moment dat de ambulance arriveert (zie 6.2.b);
 - f Zodra de ambulance is gearriveerd gaat de verantwoordelijkheid van het verdere deel van de zorg over naar de ambulanceverpleegkundige.
 - g Indien de hulpvraag niet kan worden overgenomen vanwege capaciteitsproblemen bij de HAP dan heeft men de inspanningsverplichting om samen te beslissen wie er het eerst bij de patiënt kan zijn. Uitgaande wat het meest haalbare is voor de patiënt, is het goed voor de second best optie te kiezen.
- 6 Overdracht van HAP naar MKA vanwege capaciteitstekort bij HAP
- a Na telefonische triage oordeelt de triagist van de HAP dat huisartsen inzet noodzakelijk is met urgentiecode U2 (of code U1 met uitsluitelcriteria zoals benoemd in bijlage 8.1 flowchart samenwerking HAP – RAV/MKA). Als er sprake is van capaciteitstekort bij de HAP en er geen huisarts gestuurd kan worden, wordt patiënt "warm" doorverbonden naar MKA. Overdracht kan ook plaats vinden als van te voren zeker is dat ambulancevervoer naar een ziekenhuis zal volgen (bijvoorbeeld verdenking van collumfractuur);
 - b In die situatie neemt HAP contact op met de MKA met het verzoek een ambulance naar het opgegeven adres te sturen;
 - c De MKA neemt het verzoek over, indien dit gezien de capaciteit (mede afhankelijk van urgentie) bij de RAV mogelijk is;

- d Op moment dat MKA uitspreekt dat ambulance wordt gestuurd gaat de verantwoordelijkheid over van HAP naar MKA/RAV en dit is vastgelegd via voice-logging. De verantwoordelijkheid geldt alleen voor het verdere deel van de zorg en niet over de triage (U2). Die verantwoordelijkheid blijft bij de HAP;
- e Het ambulanceteam stabiliseert de patiënt en neemt contact op met de HAP over het toestandbeeld van de patiënt. Indien noodzakelijk/mogelijk zal de huisarts direct een dienstdoende specialist consulteren om opname of vervolgbehandeling van de patiënt te regelen;
- f Op het moment dat duidelijk is dat na behandeling vervoer van patiënt niet noodzakelijk is geeft het ambulanceteam dit telefonisch door aan de HAP. De zorgvraag wordt overgedragen aan de HAP (voice-logging op de HAP). De verantwoordelijkheid van de zorgvraag gaat weer naar de HAP .

7 Informatieoverdracht

Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond en huisartsenposten Rijnmond, Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord en Huisartsenpost 't Hellegat: SBAR (2015):



Overdracht Acute Zorg

Datum / tijdstip incident: Ritnummer MKA / HAP:

Naam patiënt / geslacht: M / V

Geboortedatum: Leef tijd:

Overdracht van AVP / VS / HA / VK naar AVP / VS / HA / HAP / SEH / VK / Anders.....

<p>Situation Korte omschrijving van het actuele probleem Trauma Ja / Nee</p>	<p>Omschrijving van de hoofdklacht en / of ongevalsmechanisme:</p> <p>Airway vrij / niet vrij CWK:.....</p> <p>Breathing SaO₂:.....% AH freq:/min Ausc: EtCO₂.....mmHg</p> <p>C Pols:/ min Tensie:.....CRT:.....sec. Huid: normaal / bleek / klam</p> <p>Bloedverlies (geschat)? ECG afwijkingen?</p> <p>D A V P U Laagste score: E.....M.....V..... Bloedsuiker:.....mmol/ltr</p> <p>PEARL: Ja / Nee</p>
<p>Background Relevante voorgeschiedenis Actuele medicatie Allergie Reanimeren Ja / Nee</p>	
<p>Assessment Bevindingen (Werk) diagnose Differential Diagnose Ingezette behandeling</p>	
<p>Recommendation Advies / verwachtingen / gewenste opvang</p>	

Gegevens hulpverlener: Huisarts / Ambulanceverpleegkundige / Verloskundige / Verpleegkundig Specialist / Anders n.l. :

Versiedatum 8-6-2015

Geachte cliënt,

U bent vandaag gezien door de huisarts of ambulancedienst.

In overleg met u of op uw nadrukkelijk verzoek is besloten u niet te vervoeren naar een ziekenhuis.
U heeft het volgende advies gekregen:

.....

.....

.....

Indien u van mening bent dat wederom hulp noodzakelijk is, kunt u opnieuw contact opnemen met uw huisarts, huisartsenpost en in spoedeisende gevallen met 112.

U heeft vandaag contact gehad met: zie voorzijde formulier

Geen ambulancevervoer noodzakelijk:

- Zelf naar Spoedeisende Hulp
- Zelf naar huisartsenpost
- Zelf naar eigen huisarts
- Belt zelf naar huisarts / verloskundige / specialist
- AVP heeft contact gehad met HA / VK..... en gegevens op formulier 1 besproken.

Patiënt weigert:

- Behandeling / onderzoek
- Ambulancevervoer
- Reden.....

Telefoonnummers

- Spoedeisende gevallen:** **112**
- Huisartsenpost Rijnmond SFG 010 466 95 73
- Huisartsenpost Rijnmond IJsselland 010 279 92 62
- Huisartsenpost Rijnmond R'dam Zuid 010 290 98 88
- Huisartsenpost Rijnmond Ruwaard 0181 62 70 55
- Centrale Huisartsenpost Nieuwe Waterweg 010 249 39 39
- Huisartsenpost 't Hellegat Klaaswaal 0186 576 660
- Huisartsenpost 't Hellegat Dirksland 0187 480 447

NB: De voorzijde van dit formulier dient ingevuld te zijn; Overdracht Acute Zorg.

We verzoeken u dit formulier zorgvuldig te bewaren en bij een volgend bezoek aan uw huisarts mee te nemen.

In het kader van de kwaliteitsbewaking kan er de komende dagen contact met u worden opgenomen door een van onze medewerkers om te onderzoeken of U nog verdere klachten hebt ontwikkeld.

Versiedatum 8-6-2015

9 Klachten, meldingen, incidenten en calamiteiten

9.1 Werkafspraken HAP-RAV klachten, incidenten en calamiteiten

Regio Oost-Brabant 2015: Convenant samenwerking HAP-RAV, versie 1.0:

Klachten

- Indien een van de partijen een klacht ontvangt over de verleende zorg binnen de afspraken van het convenant, zal deze organisatie deze zelfstandig behandelen.
- Indien de klachten wijzen op een (structurele) tekortkoming in de dienstverlening die binnen het convenant valt, zullen de HAP en de RAV dit direct bespreken.
- Wanneer een van de partijen uit dit convenant een klacht ontvangt over de zorg die door de andere partij is verleend, zal de klacht in overleg met de klager voor behandeling worden overgedragen aan de andere partij. Wanneer in goed overleg niet kan worden bepaald welke partij de klacht dient af te handelen, zal de partij aan wie de klacht gericht was voor afhandeling zorgen.

Incidenten

- Indien de HAP of de RAV een melding ontvangt over een incident aangaande de verleende zorg die valt binnen de afspraken van het convenant, zal deze organisatie dit direct bespreken met de andere partijen.
- Elk van de partijen zal vervolgens het incident op voor haar geldende wijze onderzoeken.
- De uitkomsten van het onderzoek worden tussen de partijen gedeeld.
- Indien uit het interne onderzoek bij één van de partijen blijkt dat (mogelijk) sprake is van een calamiteit, handelt deze partij conform hetgeen hieronder beschreven is.

Calamiteiten

- Indien de HAP of de RAV een melding ontvangt waarbij mogelijk sprake is van een calamiteit in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en waarbij een of meerdere partijen van het convenant betrokken zijn, zal dit direct met deze andere partijen besproken worden, ook op bestuurlijk niveau.
- Elk van de betrokken partijen doet zelfstandig intern onderzoek naar de (mogelijke) calamiteit op de voor haar geldende wijze.
- Indien slechts één van de partijen tot de conclusie komen dat sprake is van een calamiteit, doet de partij waarbij het zwaartepunt van de calamiteit ligt, de melding bij de IGZ namens alle betrokken partijen.
- De rapportage aan de IGZ vindt plaats door de partij die de calamiteit heeft gemeld.
- De andere partijen voegen aan de rapportage hun eigen onderzoeksbevindingen van het incident of hun eigen rapportage van de calamiteit toe, zodat deze gezamenlijk aan de IGZ worden aangeboden.

9.2 Melden van een Transmuraal Incident

Zwolle: Methodiek transmuraal incidenten melden (TIM)

De hierna volgende informatie over de procedure TIM is afkomstig van de website van Medisch Coördinerend Centrum Klik (www.mccklik.nl). Om te leren van fouten is het Zwols Veiligheidsnetwerk in 2014 gestart met Transmuraal Incident Melden (digitaal). De deelnemende organisaties zijn de huisartsen, apothekers, verpleging en verzorging, ggz, ambulancezorg en het ziekenhuis. Door incidenten centraal te registreren krijgen zij inzicht in welke ketenprocessen risicovol zijn en kunnen incidenten juist geadresseerd worden. Regisseurs bekijken de meldingen wekelijks en zetten ze uit naar de betrokken organisatie. Elke organisatie heeft een aanspreekpunt en die zet de melding verder door. Het aanspreekpunt koppelt de afhandeling van de melding terug aan de regisseurs. Deze geven vervolgens een terugkoppeling aan de TIMcommissie.

Procedure TIM

Wie kan melden?

Iedere medewerker van een organisatie die deelneemt aan het Zwols Veiligheidsnetwerk kan een incident of bijna-incident melden. Een organisatie kan er ook voor kiezen dat medewerkers niet rechtstreeks melden in het TIM maar dat ze melden in het eigen meldsysteem en dat de organisatie dit overzet naar het TIM systeem.

Hoe kunt u melden?

Het melden van een incident of bijna incident gebeurt in een digitaal meldsysteem. Deze is te vinden www.tim-zwols-veiligheidsnetwerk.nl Het digitaal meldformulier bestaat uit verschillende velden. Een aantal velden is verplicht (gemarkeerd met een rood sterretje). Het invullen van de verplichte velden is voldoende om inzicht in de melding te krijgen en kan al binnen een minuut gedaan worden. Wel geldt hoe meer informatie, hoe beter het is om de melding te kunnen analyseren. Wanneer u meer tijd hebt is het beter om het formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Vertrouwelijkheid

De regisseurs van TIM sturen de melding door naar de betreffende organisatie, waarbinnen de huidige structuren de melding wordt afgehandeld. De regisseurs en de leden van de TIMcommissie hebben een geheimhoudingsplicht, ook na beëindiging van het lidmaatschap van de commissie. Een melding en dan? Van de incidenten en bijna-incidenten wordt een risico-inschatting gemaakt volgens de ernst/frequentie matrix (zie tabel 1). De cijfers geven de risicoscore weer. De risicoscore wordt automatisch door het meldsysteem ingeschaald.

Risico Inventarisatie Matrix

Frequentie	Ernst			
	Catastrofaal (4)	Groot (3)	Matig (2)	Klein (1)
Wekelijks (4)	Zeer hoog (16)	Zeer hoog (12)	Hoog (8)	Laag (4)
Maandelijks (3)	Zeer hoog (12)	Hoog (9)	Laag (6)	Zeer laag (3)
Jaarlijks (2)	Hoog (8)	Laag (6)	Laag (4)	Zeer laag (2)
< 1x / jaar (1)	Laag (4)	Zeer laag (3)	Zeer laag (2)	Zeer laag (1)

Categorisering Ernst		Categorisering frequentie
Categorie	Definitie	Categorie
Catastrofaal (4)	Overlijden/ernstig blijvend letsel patiënt Overlast onherroepelijk en op een kritische processtap of voortijdig stoppen proces	Wekelijks (4)
Groot (3)	Niet ernstig blijvend letsel patiënt Overlast aanzienlijk of structureel herstelhandelingen in proces nodig	Maandelijks (3)
Matig (2)	Niet blijvend letsel patiënt Overlast redelijk waarneembaar of periodiek herstelhandelingen in proces nodig	Jaarlijks (2)
Klein (1)	Geen letsel patiënt Geen of geringe overlast in proces	Minder dan 1x per jaar (1)

MIP commissie eigen organisatie

- Elke instelling die deelneemt aan TIM, heeft een vertegenwoordiging die verantwoordelijk is voor het bekend maken van TIM en de overige communicatie m.b.t. TIM richting zijn/haar organisatie c.q. achterban. Deze vertegenwoordiger heeft ook de taak opmerkingen vanuit zijn/haar achterban te communiceren met de TIM-commissie.
- Elke vertegenwoordiger heeft tot taak het faciliteren van de toegankelijkheid van het TIMformulier binnen zijn organisatie.
- De MIP commissie van de eigen organisatie ontvangt de melding en handelt deze volgens eigen procedure af. De MIP functionaris koppelt terug aan de regisseurs via de mail.
- Streven is de meldingen binnen 6 weken af te handelen.

TIMcommissie

De regisseurs bekijken wekelijks de meldingen en zetten die vervolgens uit. Zij maken een analyse van de binnengekomen meldingen en koppelen deze terug aan de Commissie TIM. De TIM commissie komt 4x per jaar bijeen en:

- bespreekt de trends - beoordeelt of incidenten adequaat zijn afgehandeld of dat er verbeteracties nodig zijn voor het Zwols Veiligheidsnetwerk;
- koppelt de acties van de TIM commissie terug aan het Zwols Veiligheidsnetwerk.

De TIMcommissie bestaat uit vertegenwoordigers van huisartsen, medische staf, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde en de regisseurs.

Calamiteiten

Indien er sprake is van een calamiteit, wordt de calamiteitenprocedure in gang gezet. Onder calamiteit wordt verstaan: iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van of ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of

cliënt van de instelling heeft geleid. Een calamiteit moet direct gemeld worden bij de Raad van Bestuur van de eigen instelling en binnen 48 uur bij de MIP-commissie van de eigen instelling.

Soort meldingen

De incidenten en bijna-incidenten die gemeld worden, kunnen verschillend van aard zijn. Hier volgt een opsomming van de categorieën waaronder een melding kan vallen. Hieronder vallen ook meldingen van bijna-incidenten, dus de incidenten die nog net voorkomen zijn.

1 Administratie en planning

Hieronder vallen alle incidenten die te maken hebben met administratie en of planning zoals:

- foutieve afspraak
- verwisseling van patiëntgegevens in dossier
- geen reanimatieverklaring aanwezig of verwijsbrief

2 Medicatie Hieronder vallen alle incidenten die te maken hebben met het toedienen van medicamenten, zoals:

- verkeerde dosis of receptuur voorgeschreven
- verkeerde medicatie meegegeven
- geen, onvolledige of geen juiste medicatieoverdracht meegegeven

3 Medisch inhoudelijk

Hieronder vallen alle incidenten die te maken hebben met onderzoek bij een patiënt, zoals:

- vertraagde/verkeerde uitslag van onderzoek
- verkeerde aanvraag voor onderzoek
- niet goed volgen van protocollen / werkafspraken

4 Communicatie

Hieronder vallen incidenten die te maken hebben met onderlinge communicatie, zoals - problemen in communicatie rondom insturen en ontslag - miscommunicatie - bejegening

5 Overig

Alle incidenten die niet onder één van de bovenstaande categorieën thuishoren kunnen onder 'Overig' gemeld worden. Er kunnen meerdere hokjes aangekruist worden.