

Regionale procedure voor afkondigen van stops in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)

Afspraken, communicatie en afstemming rondom borging capaciteit (stops) ziekenhuizen in de ROAZ Regio Noord-Holland/ Flevoland

Versie 2.0, december 2025 (geldig vanaf 5 januari 2026)

Versiebeheer		
Versie	Datum	Status
2.0	8-12-2025	Versie met aangepaste regioindeling, gewijzigde rol MMA, gewijzigde definities rode stop en code oranje. Deze versie 2.0 wordt van kracht vanaf 5 januari 2026 vanaf 8.00 uur tegelijkertijd met de Code Oranje pilot.
Concept 1.95 inclusief code oranje	3-12-2025	Aangepaste rol MMA bij escalatieprocedure op verzoek van MMA's (NW6). Duur code oranje 1 uur. Definitie nog aanpassen.
Concept 1.9.inclusief code Oranje	04-11-2025	Aanpassen regio-indeling naar meldkamer-indeling i.p.v. veiligheidsregio-indeling. Grote update met aanpassing aan de mogelijkheden LPZ en verduidelijking van de teksten en nieuwe layout. Definities uit escalatieprocedure toegevoegd. Het werken met code oranje (in eerste instantie een pilot) heeft geleid tot een aantal wijzigingen in de Regionale procedure afkondigen stops.
1.0 (LPZ)	01-04-2022	Update 3.3, in verband met de overgang van AZP naar LPZ een versie aangepast aan dit nieuwe systeem. Regionale afspraken zijn onveranderd.
3.3 (AZP)	15-10-2021	Update versie 3.2, aanscherping bestaande afspraken + toevoeging spelregels AZP: tijdiger contact ketenpartners.
3.2.	12-11-2018	Update versie 2.1. nu alleen geldend voor de veiligheidsregio's Gooi- en Vechtstreek en Flevoland.
3.1	12-11-2018	Update versie 2.2. nu geldend in de veiligheidsregio's Amsterdam-Amstelland, Zaanstreek-Waterland, Kennemerland en Noord-Holland-Noord
2.2	16-08-2016	Aanscherpen proces bij regionaal capaciteitsprobleem t.b.v. pilot Amsterdam en Amstelveen.
2.1.	12-11-2015	Benadrukken rol MKA/ambulance bij regionaal capaciteitsprobleem.
2.0	02-07-2015	Definitieve versie na akkoord ROAZ 19-06-2015. opmerkingen bijeenkomst hierin doorgevoerd.
1.6	21-05-2015	Via mail goedgekeurd door alle leden gebruikersgroep.
1.5	08-04-2015	In gezamenlijk gebruikersoverleg procedure besproken.

Inhoud

Inhoud

Inhoud	2
1. Inleiding	3
2. Definitie stops en normtijden	4
2.1 Afdelingen met mogelijkheid voor een stop in LPZ	4
2.2 Status (van openstelling) d.m.v. kleurcodes	4
2.3 Definitie en uitzonderingen rode stop en code oranje	5
2.4 Redenen stop	6
2.5 Normtijden	6
2.6 Geplande langdurige stop	7
2.7 Beëindigen van een stop	7
3. Procedure bij onvoldoende regionale capaciteit	8
3.1 Stop bij alle SEH's/acute afdelingen	8
3.2 Regio-indeling	8
4. Procedure afkondigen stop	9
4.1 Te volgen stappen bij afkondigen stop	9
5. Betrokken organisaties	11
5.1 Ziekenhuis (SEH / acute afdeling)	11
5.2 MKA-centralisten/Ambulanceverpleegkundigen	11
5.3 MMA	11
5.4 Netwerk Acute Zorg	11
6. Bijlagen	13
Bijlage 1:	14
Voorkomen van een SEH- of shockroomstop d.m.v. de escalatieprocedure	14
Dreigende shockroom-stop	14
Dreigende SEH-stop	15
Bijlage 2	17
Lijst met afkortingen	17

1. Inleiding

Achtergrond

De Meldkamers Ambulancezorg (MKA's) maakten zich in het verleden zorgen over de vele tijdelijke sluitingen van spoedafdelingen in de regio Noord-Holland/Flevoland. Deze werden destijds alleen telefonisch doorgegeven. Daarom ontstond behoefte aan digitaal inzicht in ziekenhuiscapaciteit en duidelijke afspraken rond het afkondigen van zogenaamde *stops*.

In 2012 werd hiervoor het **Acuut Zorgportaal (AZP)** ontwikkeld, waarmee ziekenhuizen stops digitaal konden doorgeven. In november 2020 volgde overname van het **Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)** door LNAZ en VWS en dient het als instrument voor realtime inzicht in capaciteit bij alle ziekenhuizen in Nederland. In onze regio gebruiken we het LPZ sinds 17 januari 2022 voor het registreren van stops.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Het uitgangspunt is en blijft: we doen dit samen, in het belang van de patiënt. Het LPZ zorgt voor realtime inzicht, maar vervangt niet het persoonlijk overleg. Telefonisch contact met de MKA en afstemming tussen ziekenhuizen blijft cruciaal, zeker bij langdurige drukte of meerdere gelijktijdige (dreigende) stops.

Doel van dit protocol

Dit protocol maakt afspraken over de totstandkoming, afstemming en communicatie van stops. Het doel is de samenwerking te versterken, knelpunten te voorkomen en samen steeds de vraag te stellen: *wat is op dit moment de beste keuze voor de patiënt?*

2. Definitie stops en normtijden

2.1 Afdelingen met mogelijkheid voor een stop in LPZ

Het afkondigen van een stop in LPZ is mogelijk voor de volgende afdelingen:

- SEH
- Shockroom/Traumakamer (SR/TK)
- CT Trombolyse (CTT)
- Eerste Hart (Long) Hulp (EH(L)H)
- Cardiac Care Unit (CCU)
- Percutane Coronaire Interventie (PCI)

2.2 Status (van openstelling) d.m.v. kleurcodes

De kleurcodes worden op de volgende manier toegepast:

status	betekenis	van toepassing voor
	De afdeling is open, Er is geen capaciteitsprobleem.	alle acute afdelingen
	Dreigende SEH stop de SEH is open maar er dreigt een sluiting. De escalatieprocedure ter voorkoming van een SEH- of shockroomstop start.	SEH
	Volledige stop Tijdelijk afbuigen van ambulances naar andere ziekenhuizen.	alle acute afdelingen
	De SEH is gesloten Vanwege calamiteit (bijv. ICT uitval, brand o.i.d.)	SEH
	Buiten openingstijd De SEH hanteert vaste openingstijden, daarbuiten wordt deze grijze stop automatisch gegenereerd.	SEH

Tabel 1: kleurcodes

2.3 Definitie en uitzonderingen rode stop en code oranje

Definitie rode stop (presentatiestop):

- Tijdelijk afbuigen van ambulances naar andere ziekenhuizen.
Ook patiënten met een actieve behandelrelatie worden niet gepresenteerd. Uiteraard blijft altijd de mogelijkheid bestaan om in overleg en goed onderbouwd, ondanks de rode stop, een patiënt toch te presenteren.
- Tijdelijk geen acceptatie van patiënten waarvoor een huisarts belt. Uitgezonderd patiënten met een lopende behandeling in het ziekenhuis met een aan deze behandeling gerelateerde klacht.
- Capaciteitsgebrek in de kliniek en/of opnamestops zijn geen reden voor afkondigen van een rode stop.

Uitzonderingen bij rode stop (wel welkom):

- ABCD-instabiele patiënten, die op de shockroom gepresenteerd worden
- Patiënten die zich al in het ziekenhuis bevinden en worden doorverwezen vanuit de polikliniek of inpatient HAP
- Patiënten in een rijdende ambulance, reeds onderweg en bij de acute afdeling aangemeld op het moment dat de stop wordt afgekondigd. De eerste 20 minuten na afkondigen van de stop mag de ambulance nog patiënten brengen. In de ambulance wordt vóór vertrek met patiënt de beschikbaarheid in LPZ gecheckt.
- Zelfverwijzers zullen wél aanlopen en ontvangen worden; zij worden tijdens de triage ingelicht over de wachttijd.

Definitie code Oranje (dreigende stop):

- De SEH is open, maar er dreigt een sluiting. Ambulances wijken met 112-patiënten zonder een actieve behandelrelatie met het betreffende ziekenhuis uit naar een ziekenhuis zonder (dreigende) presentatiestop. Bij twijfel over deze behandelrelatie overlegt het ambulancepersoneel met de betreffende SEH-arts.
- Bij Code Oranje treedt, voor zover dat nog niet is gebeurd, intern de regionale procedure “Voorkomen van een SEH- of shockroomstop d.m.v. de escalatieprocedure” in werking.
- Capaciteitsgebrek in de kliniek en/of opnamestops zijn geen reden voor afkondigen van een code oranje.

Uitzonderingen (wel welkom):

- Alle uitzonderingen zoals benoemd bij de rode stop.
- Bekende patiënten: d.w.z. patiënten met een lopende behandeling in het ziekenhuis met een aan deze behandeling gerelateerde klacht. In overleg tussen coördinerend SEH-functionaris en verwijzer kan tijdstip van presentatie van bekende patiënten mogelijk uitgesteld worden.

2.4 Redenen stop

Bij het afkondigen van een stop op de SEH en de overige afdelingen met acute instroom is de afspraak dat ook de reden van de stop wordt vermeld. Het platform biedt het volgende keuzemenu:

- **Piek in aanbod van patiënten (aantal)**
Een piek in het totale aantal patiënten vraagt dermate veel personele capaciteit dat er geen optimale zorg voor nieuwe patiënten gegarandeerd kan worden.
- **Piek in zorgzwaarte patiënten**
Een piek in het aanbod van patiënten met een hoge zorgzwaarte vraagt dermate veel personele capaciteit dat er geen optimale zorg voor nieuwe patiënten gegarandeerd kan worden.
- **Onvoldoende behandelcapaciteit**
De door onvoldoende capaciteit (medewerkers/apparatuur) kan benodigde zorg niet geleverd worden.
- **Stagnatie uitstroom van de afdeling**
De doorstroom van patiënten naar andere afdelingen of ketenpartners stagneert.
- **Interne calamiteit/technisch probleem**
Een incident/technisch probleem waardoor het ziekenhuis tijdelijk niet in staat is de gevraagde zorg te verlenen.
- **Rooster**
De afdeling is gesloten vanwege dienstrooster. Deze reden is enkel beschikbaar voor PCI.

Het is mogelijk om bij het afkondigen van een stop een toelichting in vrije tekst toe te voegen.

2.5 Normtijden

Binnen de ROAZ-regio zijn normtijden geformuleerd voor stops op de verschillende afdelingen. Binnen dit tijdsbestek dient het capaciteitsprobleem op de betreffende afdeling in principe opgelost te zijn.

normtijd stop/code per afdeling		
Afdeling	Rood	Oranje
Shockroom/traumakamer	1 uur	n.v.t.
SEH	2 uur	1 uur
CTT		n.v.t
EHH		
CCU		
PCI		

Tabel 2: normtijd stop/code per afdeling

2.6 Geplande langdurige stop

In geval van een geplande langdurige stop (bijv. 2 x de normtijd):

- De RvB meldt vooraf in een ROAZ-overleg de maatregel en reden van de langdurige stop, dit om de zorgcontinuïteit in de betreffende regio te kunnen waarborgen, bovendien voorkomen we op deze wijze dat er onverwachts bij meerdere ziekenhuizen tegelijkertijd een geplande stop plaats vindt
- De RvB gemandateerde functionaris meldt de stop telefonisch bij de MMA van de meldkamer en de collega ziekenhuizen in de betreffende MKA-regio. Dit gebeurt **tijdig** en tenminste 1 dag van tevoren zodat RAV's en collega ziekenhuizen kunnen anticiperen op de stop. Dit draagt bij aan het voorkomen van meerdere of verlengde stops.
- Voordat de geplande langdurige stop ingaat wordt deze in het LPZ aangekondigd door een bericht in het LPZ aan te maken met daarin de reden en de begin- en eindtijd van de aangekondigde stop.

Op het tijdstip dat de geplande stop in gaat, wordt deze op de reguliere wijze in het LPZ afgekondigd.

2.7 Beëindigen van een stop

Er zijn drie moment gebonden procedures waarop de stop eindigt:

Moment dat de stop afloopt	Benodigde actie
Stop eindigt op verwachte eindtijd	Geen actie nodig. Door de ingestelde eindtijd bij invoering loopt de stop automatisch af.
Stop eindigt eerder van verwacht	Meld de stop direct af in het LPZ
De stop duurt langer dan verwacht	Het capaciteitsprobleem en de stop worden opnieuw beoordeeld conform de beschreven procedure in hoofdstuk 4. Wanneer dit tijdig gebeurt, d.w.z. voor de verwachte eindtijd, dan kan de stop verlengd worden. Anders wordt een nieuwe stop afgekondigd.

Tabel 3: beëindigen stop

NB. 10 minuten voor 'einde stop' verschijnt een melding in het LPZ-scherm dat de stop bijna afloopt.

3. Procedure bij onvoldoende regionale capaciteit

3.1 Stop bij alle SEH's/acute afdelingen

Zodra een ziekenhuis een specifieke stop/code afkondigt worden patiënten naar het volgende dichtstbijzijnde ziekenhuis met de benodigde faciliteiten gebracht (per ambulance) of verwezen. Als er **in een meldkamerregio** onvoldoende capaciteit beschikbaar is en alle SEH's/acute afdelingen een rode stop of code oranje afkondigen:

- Het laatste ziekenhuis dat op punt staat een (specifieke) stop af te kondigen neemt contact op met de collega ziekenhuizen in dezelfde subregio om het regionale capaciteitsprobleem te melden. Dit kan via de dienstdoende arts of STIP-verpleegkundige (telefoonnummers in LPZ).
- Op dat moment komen alle stops in de betreffende categorie en in de betreffende meldkamerregio te vervallen en zijn alle SEH's/acute afdelingen weer open voor patiënten.
- Bij problemen of discussie wordt de MMA hierover geïnformeerd die indien nodig escaleert richting de dienstdoende medisch verantwoordelijke (of de achterwacht medisch coördinator) van de betreffende ziekenhuizen.
- **Alle betreffende acute afdelingen verwijderen de stop uit het LPZ.**

3.2 Regio-indeling

De indeling in subregio's was tot en met 2025 gebaseerd op de indeling in veiligheidsregio's. Per 1 januari 2026 is de indeling van de ziekenhuizen conform de indeling van de MKA's waarbij de MKA-regio Noord-Holland opgeknipt is in de Veiligheidsregio's Kennemerland/Zaanstreek Waterland en Veiligheidsregio Noord-Holland Noord:

Subregio	SEH
MKA Midden-Nederland	Flevoziekenhuis
	Tergooi MC
	St Jansdal
	Evt. anderen zoals Meander
MKA Amsterdam	OLVG West
	OLVG Oost
	Amsterdam UMC, AMC
	BovenIJ
	Ziekenhuis Amstelland
MKA Noord-Holland VR KML / ZAWA	Spaarne Gasthuis Haarlem-Zuid
	Spaarne Gasthuis Hoofddorp
	RKZ
	Zaans Medisch Centrum
	Dijklander ziekenhuis Purmerend
MKA Noord-Holland VR NHN	Dijklander ziekenhuis Hoorn
	Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar
	Noordwest Ziekenhuisgroep Den Helder

Tabel 4: nieuwe regio-indeling

4. Procedure afkondigen stop

4.1 Te volgen stappen bij afkondigen stop

Zie ook figuur 1

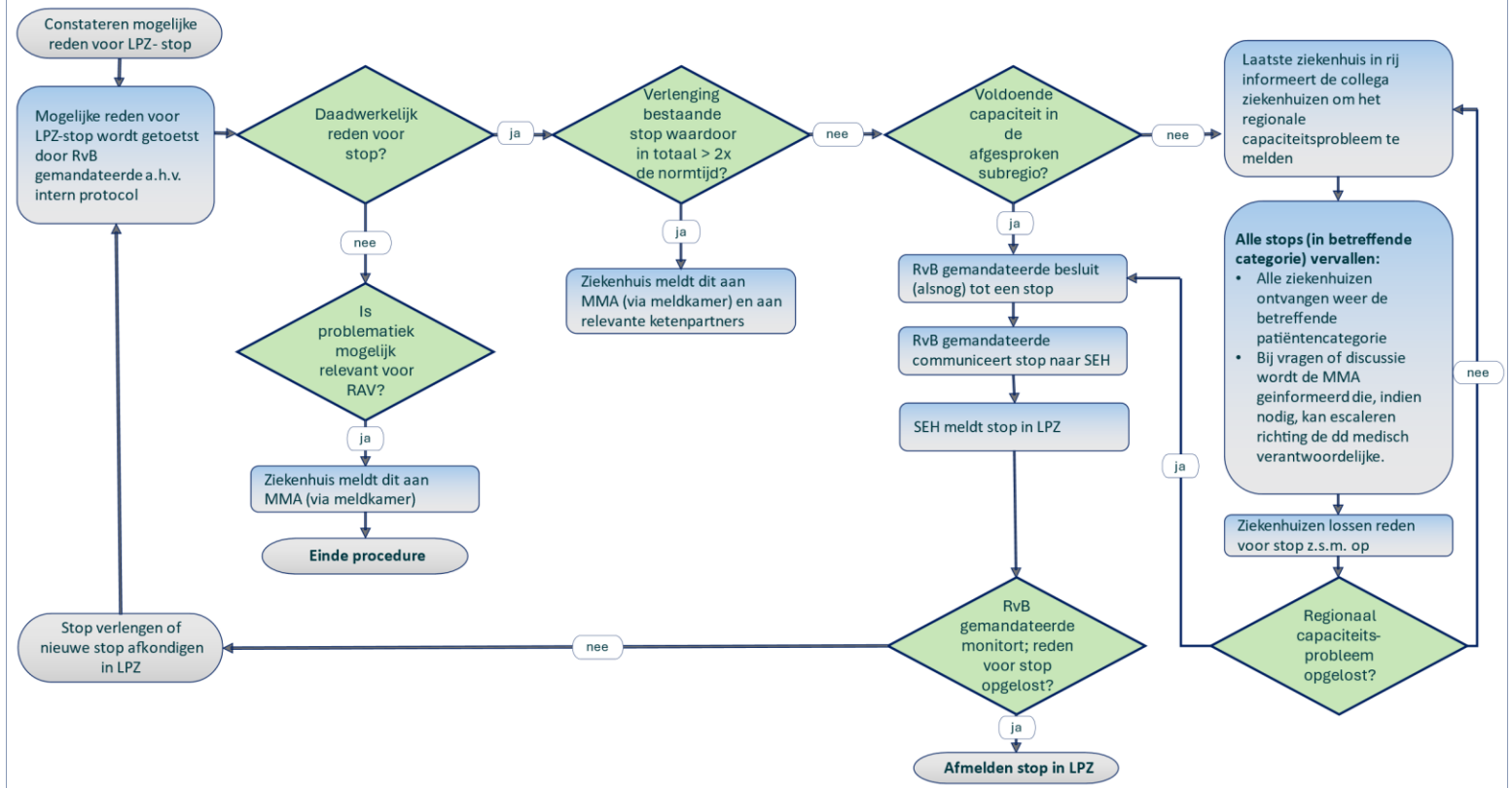
In eerste instantie wordt getracht intern oplossingen te vinden om de stop te voorkomen.

Er is een **procedure/escalatierichtlijn** opgesteld waarmee een stop kan worden voorkomen (zie bijlage 1: Escalatieprocedure voor SEH en SR/TK zoals regionaal vastgesteld door de focusgroep Spoedzorgketen en het Tactisch ROAZ).

De RvB gemandateerde beslist aan de hand van interne criteria én de regionale procedure LPZ om een stop af te kondigen in het LPZ. Uitsluitend indien de acties uit de escalatieprocedure (bijlage 1) geen adequate oplossing bieden, kan een stop worden afgekondigd. De RvB is eindverantwoordelijk voor dit besluit en kan deze taak overlaten aan de RvB-gemandateerde dan wel zelf per keer dit besluit nemen. Deze beslisstructuur moet vastgelegd zijn, waarbij de input vanuit de SEH van essentieel belang is.

De RvB gemandateerde checkt in het LPZ of er nog voldoende capaciteit is in de regio voor de betreffende stop. Wanneer het gaat om zorg die op een zeer beperkt aantal locaties (bijv. 2 of 3) wordt aangeboden in de regio (bijv. (multi) traumazorg of PCI) en er dreigt een stop bij één van de weinige aanbieders, dient hierover vooraf onderlinge **telefonische afstemming plaats te vinden met het andere ziekenhuis (of ziekenhuizen)** met hetzelfde level/profiel. Zodat dit ziekenhuis zich kan voorbereiden op mogelijke toename van het patiëntenaanbod. Denk hierbij aan de situatie dat meerdere cardiale centra in de subregio een stop melden. Er is afgesproken dat er in deze situatie regionaal altijd voldoende ziekenhuizen beschikbaar zijn voor patiënten met een acute zorgvraag.

Procedure afkondigen stop in Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)



Figuur 1: procedure afkondigen stop

5. Betrokken organisaties

5.1 Ziekenhuis (SEH / acute afdeling)

Ieder deelnemend ziekenhuis heeft een eigen interne procedure rondom het afkondigen van een stop. Specifiek voor een dreigende SEH- of SR/TK-stop geldt een regionale escalatieprocedure opgesteld door de focusgroep Spoedzorgketen. Uitsluitend indien de acties uit de escalatiematrix geen adequate oplossing bieden, kan een SEH- of SK/TK-stop worden afgekondigd. Ziekenhuizen dragen naast het waarborgen van interne capaciteit ook verantwoordelijkheid voor de totale regionale capaciteit. Ieder ziekenhuis heeft continu zicht op het LPZ-portaal zodat de capaciteit in de MKA-regio voortdurend in beeld is. Essentieel onderdeel van deze verantwoordelijkheid is het onderhouden van een goede communicatie met de overige ziekenhuizen binnen de subregio bij dreigende capaciteitsproblemen (waarbij het laatste ziekenhuis in de rij de collega ziekenhuizen in de subregio informeert over het opheffen van de stop/code in geval alle ziekenhuizen in een subregio tegelijkertijd een stop/code afkondigen).

De RvB is eindverantwoordelijk voor het besluit tot afkondigen van een stop en kan deze taak beleggen bij de RvB-gemandateerde vertegenwoordiger, dan wel zelf per keer dit besluit nemen. Deze beslisstructuur moet vastgelegd zijn.

5.2 MKA-centralisten/Ambulanceverpleegkundigen

MKA-centralisten monitoren de regionale capaciteit (stops) door middel van het LPZ en zijn de schakel tussen de ziekenhuizen en de MMA's.

Individuele ambulanceverpleegkundigen hebben ook inzage in de stops in het LPZ via de iPad, laptop of mobiele telefoon (inzage-accounts worden door meldkamer aangemaakt). Zij bepalen zelf de bestemming van de patiënt op basis van de medische toestand, geografische locatie, bekendheid van de patiënt in een ziekenhuis en de stops in het LPZ.

5.3 MMA

Taken en verantwoordelijkheden MMA's ten aanzien van het LPZ en in de ROAZ-regio:

- Bewaken van de afspraken die zijn gemaakt voor het LPZ.
- Aanspreekpunt van de RAV voor ketenpartners bij acute zorginhoudelijke vraagstukken of logistieke vraagstukken waarbij de patiëntveiligheid in geding is.
- Verantwoordelijk voor zowel MKA als rijdende dienst. Capaciteitsproblemen in ziekenhuizen werken door in capaciteitsproblemen bij de RAV. Als een ambulance verder weg moet rijden, ontstaat er op een bepaald moment een tekort aan ambulances. De MMA kan escaleren (naar ACGZ of bestuurlijk) bij ernstige overschrijding of het niet nakomen van gemaakte afspraken, dit kan eventueel ook de volgende dag.

5.4 Netwerk Acute Zorg

Het Netwerk Acute Zorg (NAZ NH/FL) heeft de volgende taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van het LPZ en in de ROAZ-regio:

- Bewaken van de inhoud van het regionale LPZ-protocol.
- Verzorgen van periodieke rapportages op niveau van de (sub)regio met inzicht in frequentie en duur van de stops en ontwikkelingen in beschikbaarheid van poorten en interventiecentra.
- Technische (ICT) ondersteuning van het LPZ in samenwerking met LNAZ.
- Organiseren periodieke evaluatie t.a.v. de gemaakte afspraken
- Faciliteren van overleggen op verzoek en op eigen initiatief in relatie tot het LPZ of het protocol.
- Beheren van de ontwikkelagenda LPZ.

6. Bijlagen

Bijlage 1: Escalatieprocedure ter voorkoming van SEH- of shockroomstop

Bijlage 2: Lijst met afkortingen

Bijlage 1:

Voorkomen van een SEH- of shockroomstop d.m.v. de escalatieprocedure

Het afkondigen van een stop is een uiterste maatregel. Elke stop heeft direct effect op de kwaliteit van zorg voor patiënten en op de omliggende klinieken, de eerstelijns- en de ambulancezorg. Afgesproken is dat een SEH-stop pas afgekondigd wordt als na het geheel doorlopen en uitvoeren van de hieronder beschreven maatregelen een stop onafwendbaar blijkt. Het is belangrijk om deze acties ruimschoots vóór een stop in gang te zetten.

Er zijn geen vaste criteria om te bepalen wanneer een stop ingesteld wordt. Het SEH-team besluit zelf om over te gaan tot het ondernemen van acties om een stop te voorkomen. Het is belangrijk dat acties die vanuit de escalatieprocedure zijn ondernomen, goed worden vastgelegd voor latere evaluatie. Toetsing achteraf moet mogelijk zijn; juiste registratie van de oorzaken voor en de doorlopen acties ter voorkoming van de stop kan helpen bij het implementeren van structurele verbeteringen en oplossingen.

Doel escalatieprocedure

Het doorlopen van de escalatieprocedure is erop gericht een daadwerkelijke stop te voorkomen en is altijd de eerste stap vóór het afkondigen van de daadwerkelijke stop. In het kader van uniformiteit is het van belang dat alle ziekenhuizen deze procedure volgen bij een dreigende SEH- of shockroom stop.

Dreigende shockroom-stop

ACTIES BIJ (DREIGENDE) SHOCKROOM-STOP

Oorzaak: niet beschikbaar door technisch probleem / (onvoorzien) onderhoud / bezetting door patiënt	In overleg met IC, de patiënt vervroegd overplaatsen naar IC
--	--

Oorzaak: verminderde capaciteit door personeelstekort	• Personeel vrijmaken van SEH; shockroom heeft altijd voorrang • In overleg met IC, de patiënt vervroegd overplaatsen naar IC
--	---

Dreigende SEH-stop

ACTIES BIJ DREIGENDE SEH-STOP

Hoge INSTROOM of patiënten met relatief hoge zorgwaarde

- Melding naar MKA, ambulancedienst en huisartsen(post) om situatie dreigende stop aan te geven (situatie 'oranje'). Aanrijden/presenteren in overleg.
- Melding naar dienstdoende specialisten om situatie dreigende stop aan te geven
- In overleg met verwijzer bepalen of zorgvraag enkele uren uitgesteld kan worden. Het betreft hier aangemelde patiënten waarvan de situatie duidelijk in te schatten is.
- Huisartsen vragen of presentatie enkele uren uitgesteld kan worden of dat zij patiënt naar een andere locatie kunnen verwijzen.
- Indien interne presentatie (ook vanuit inpatient huisartsenpost); vraag de verwijzer zelf aanvullend onderzoek in gang te zetten.
- Primaire triage door de eerste lijn in overleg met huisartsenpost, zeker van de 'aanlopers'.

Doorstroom probleem SEH a.g.v. capaciteit (personeel, bedden, infrastructuur)

- Radiologie: verzoek directe beschikbaarheid van 1 dienstdoende radioloog op SEH voor versnelde diagnostiek, indicatie, planning en interpretatie.
- Arts-assistenten: binnen 10 minuten extra capaciteit arts-assistenten voor de specialismen waarvoor nog ongeziene patiënten aanwezig of verwacht.
- 'Drie in een rij? Supervisor erbij!' Voor specialisme waarvan de doorstroming vertraagd en/of met groot aanbod op dat moment: fysieke supervisie op SEH door dienstdoende specialist: binnen 15 minuten (binnen kantoortijd) en binnen 30 minuten (buiten kantoortijd).
- Vraag ondersteuning van verpleegkundigen van andere afdelingen (bv IC).
- SEH-verpleegkundigen: alloceren van kantoortaken of teamleider/hoofd mee laten werken.
- Arts-assistenten/SEH-artsen: alloceren van afdeling van betreffende specialisme of kantoortaken.
- Niet acute patiënten uit bedden/behandelkamer en terug naar wachtruimte of op stoelen in afwachting van verder beleid.
- Niet acuut noodzakelijk aanvullend onderzoek op ander moment of andere afdeling laten uitvoeren.
- Bij opname indicatie: consulten verplaatsen naar de afdeling, niet op de SEH.

**UITSTROOM
probleem a.g.v.
lange doorlooptijd
opname of
capaciteitsprobleem
kliniek/OK/IC**

- Patiënten naar verpleegafdelingen / IC overplaatsen voordat de diagnostiek/verpleegkundige interventies zijn afgerond (i.o.m. afdeling).
- Patiënt met werkdiagnose versneld naar AOA/opname-afdeling doorsturen; patiënt krijgt beleid voor korte termijn mee dat op de AOA/opname-afdeling door een arts gevolgd kan worden;
- Overplaatsingen uit andere ziekenhuizen direct doorsturen naar afdeling, ook al is daar nog geen bed vrij
- Bij opname indicatie: consulten op de afdeling laten uitvoeren, niet op de SEH.
- Uitstroom stagneert door lange wachttijden B-vervoer: patiënten die met ontslag kunnen niet laten wachten op SEH, maar indien mogelijk in tussen-/wachtruimtes.
- Vastgelegd opnamemandaat toepassen door SEH-arts in geval van discussie over hoofdbehandelaarschap dan wel uitblijven besluit tot opname.
- Overleg opnamecoördinatie:
 - Afdelingen creëren (indien mogelijk) capaciteit d.m.v. versneld ontslag of vrijgeven gereserveerd bed voor de volgende dag
 - Openen extra bedden op kliniek of IC
- Overplaatsing van de patiënt naar een ander ziekenhuis

Bijlage 2

Lijst met afkortingen

AZP	Acuut Zorg Portaal
CCU	Cardiac Care Unit
CTT	CT Trombolyse
EH(L)H	Eerste Hart (Long) Hulp
IAT	Intra-Arteriële Trombolyse
IC	Intensive Care
TK	Traumakamer
LNAZ	Landelijk netwerk Acute Zorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMA	Medisch Manager Ambulancezorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OK	Operatie Kamer
PCI	Percutane Coronaire Interventie
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RvB	Raad van Bestuur
SEH	Spoedeisende Hulp
SR	Shock Room
VR	Veiligheidsregio