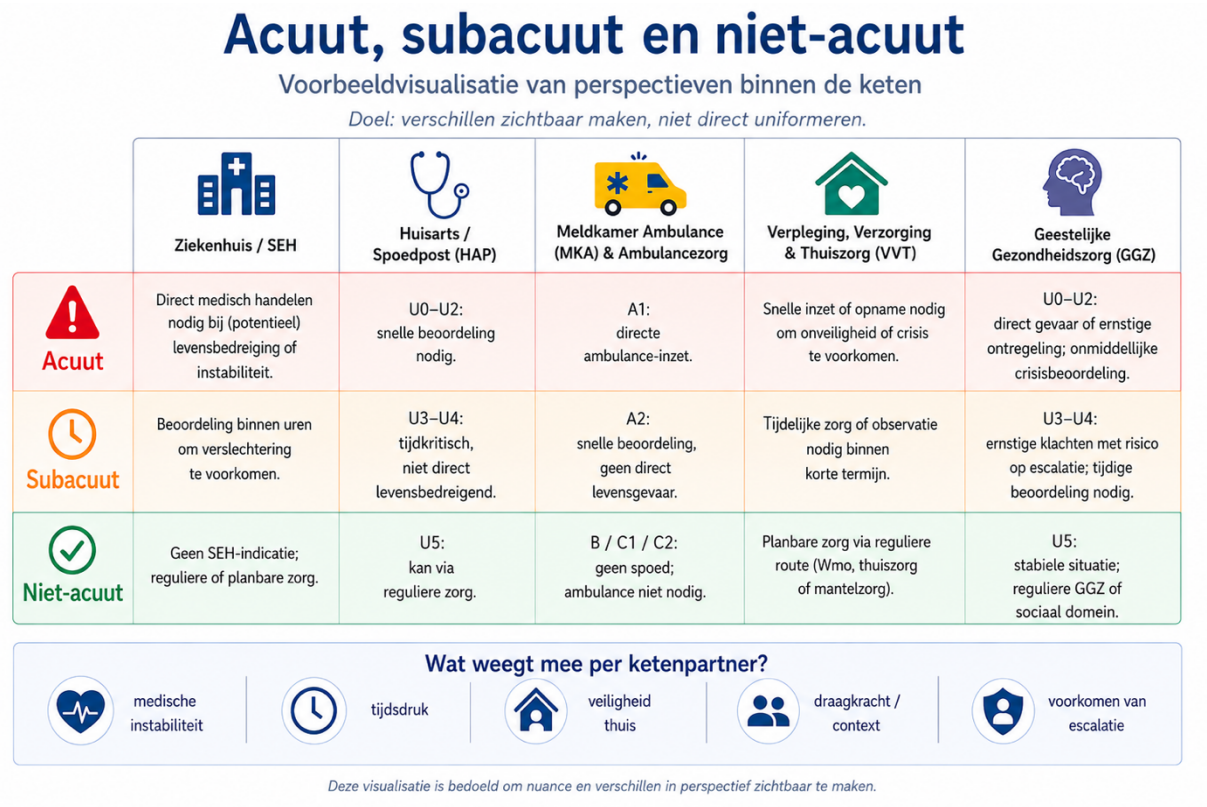
Document uitgangspunten en definities

SEMD, Spoedposten, coördinatiepunten tijdelijk verblijf (CAZHEM, CPMK), SEH, ambulancezorg, GGZ en VVT



Leeswijzer

Dit document beschrijft de uitgangspunten en definities van acuut, subacuut en niet-acuut binnen de verschillende domeinen van de acute zorgketen in Kennemerland. Daarmee vormt het een eerste gezamenlijke stap richting een gemeenschappelijke basis voor samenwerking tussen de betrokken ketenpartners en draagt het bij aan de bredere ambitie van het Transformatieplan Zorgcoördinatie: dat de ROAZ-regio richting 2030 toewerkt naar een dekkend zorgcoördinatienetwerk, zodat inwoners met een niet-levensbedreigende spoedzorgvraag direct de juiste zorg op de juiste plek, op het juiste moment en door de juiste professional ontvangen.

Dit document is geen protocol of uniforme regionale triagestandaard. De beschreven definities en uitgangspunten zijn bedoeld om inzicht te geven in de manier waarop de verschillende domeinen urgentie duiden en toepassen in de praktijk.

Het gezamenlijke proces van verkennen, bespreken en aanscherpen van begrippen heeft in deze eerste fase al veel meerwaarde laten zien. Het gesprek heeft onder andere geleid tot meer inzicht in elkaars werkwijzen, afwegingen en uitdagingen binnen de acute zorgpraktijk. Deze gezamenlijke dialoog blijkt essentieel in een netwerk waarin meerdere organisaties en domeinen samenwerken rondom dezelfde patiënt.

Dit document vormt een belangrijke inhoudelijke basis voor de verdere realisatie en uitwerking van andere KPI's binnen het transformatieplan. Een gezamenlijke duiding van urgentie, verantwoordelijkheden en doorverwijzing is noodzakelijk om in een volgende fase werkprocessen, patiëntstromen en samenwerking tussen SEMD, Spoedposten, coördinatiepunten tijdelijk verblijf (CAZHEM, CPMK), SEH, ambulancezorg, GGZ en VVT goed met elkaar te kunnen vergelijken en analyseren.

De vervolgfase richt zich daarom onder andere op:

- Het inventariseren van patiëntgroepen, systemen, producten en monitoringsafspraken;
- Het inzichtelijk maken van werkwijzen en patiëntstromen;
- Het uitvoeren van overeenkomsten- en verschillenanalyse tussen organisaties en domeinen;
- En het verkrijgen van meer regionaal inzicht in samenwerking, capaciteit en zorgcoördinatie binnen de acute zorgketen.

Door deze onderdelen met elkaar te verbinden ontstaat beter inzicht in overdrachtsmomenten, kansen en knelpunten binnen de keten en in de manier waarop patiënten zich binnen en tussen de verschillende domeinen bewegen.

Daarnaast is het document bedoeld voor de gereedmelding van KPI 4.3C1 binnen het IZA Transformatieplan Zorgcoördinatie Noord-Holland Flevoland.

Definitie document acute, subacute en niet-acute zorg

Inleiding
Binnen de acute zorg in de regio Kennemerland werken verschillende domeinen en organisaties intensief samen om zorgvragen zo goed mogelijk op te vangen. In de samenwerking acute zorg hebben wij de gezamenlijke opgave om patiënten tijdig, passend en doelmatig zorg te bieden, op de plek waar dat het meest passend is.

Deze opgave is onderdeel van het IZA Transformatieplan Zorgcoördinatie, waarin wordt toegewerkt naar betere samenwerking in de keten, eenduidige urgentiebepaling en het inzetten van de juiste zorg door de juiste zorgverlener op de juiste plek en het juiste moment.

Scope en afbakening
Binnen de acute zorg werken organisaties vanuit 5 domeinen samen:

- Ziekenhuis en spoedeisende hulp (SEH),
- Huisartsen en huisartsen/spoedpost (HAP)
- Meldkamer ambulance en ambulance/spoedvervoer (MKA en RAV)
- Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) en
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

We richten ons in dit document op deze 5 domeinen voor de acute zorg binnen de regio Kennemerland, bestaande uit de 3 werkgebieden van Haarlemmermeer, Zuid- en Midden-Kennemerland.

Het document is bedoeld voor:

- Het gereed kunnen melden van de KPI 4.3C1: uitgangspunten en definities met de in de keten betrokken partijen: SEMD, Spoedposten en coordinatiepunten (Cazhem, CPMK en Verwijspunt 020);

- Het binnen de domeinen verduidelijken van uitgangspunten en definities van acuut, subacuut en niet-acuut en het bieden van een gezamenlijk begrippenkader ter ondersteuning van samenwerking en besluitvorming binnen het netwerk van actoren in de acute zorg.

Begrippen acuut, subacuut en niet-acuut

De in acute zorg betrokken organisaties maken veel gebruik van de begrippen: acuut, subacuut en niet-acuut. Ketenpartners benaderen deze begrippen vanuit hun eigen rol en perspectief, wat kan leiden tot verschillende interpretaties en verwachtingen in de samenwerking.

Over acute zorg bestaat relatief veel overeenstemming: het betreft situaties met (potentieel) levensbedreigend gevaar waarbij direct handelen nodig is. De meeste verschillen en discussies ontstaan bij subacute zorgvragen. Dit zijn situaties zonder directe levensbedreiging, maar waarbij tijdige beoordeling of opschaling nodig is om

verslechtering te voorkomen. Juist in dit overgangsgebied tussen domeinen verschillen definities, verantwoordelijkheden en beschikbare voorzieningen, wat kan leiden tot onduidelijkheid.

Niet-acute zorgvragen betreffen stabiele situaties waarbij uitstel verantwoord is en zorg planbaar kan worden georganiseerd. Ook hier lopen de grenzen met subacuut per organisatie uiteen, wat invloed heeft op de doorverwijzing en de toegang tot zorg.

Doorverwijzing is daarmee geen losse stap, maar een proces dat meebeweegt met de duiding van de zorgvraag. In de praktijk is doorverwijzen sterk afhankelijk van lokale afspraken, professionele inschatting en beschikbare capaciteit. Hierdoor zijn routes niet altijd voorspelbaar. Juist bij zorgvragen waarbij onduidelijkheid bestaat over de indeling in acuut, subacuut of niet-acuut, is het belangrijk dat duidelijk is wie de regie en verantwoordelijkheid heeft en waarom voor een bepaalde zorgroute wordt gekozen. Ontbreekt die duidelijkheid, dan kan dit leiden tot vertraging, hertriage of het terugleggen van verantwoordelijkheid, met het risico dat zorg versnipperd raakt.

Definities en uitgangspunten voor de 5 domeinen: gedeeld begrippenkader

In ieder domein worden urgentiecategorieën gehanteerd. In onderstaande tabel is deze indeling voor de verschillende domeinen beschreven en ook hoe deze indeling wordt toegepast.

In de huidige praktijk bestaan er dus meerdere definities en beelden naast elkaar, wat kan leiden tot:

- verschillen in interpretatie en verwachtingen tussen ketenpartners;
- onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en passende zorgroutes;
- knelpunten met name in de grijze gebieden, zoals sub-acute zorgvragen, psychosociale problematiek en zorg voor kwetsbare ouderen.

Door het inzichtelijk maken van de indeling per domein zorgen we voor inzicht in hoe begrippen worden gehanteerd vanuit de verschillende domeinen. Het overzicht biedt daarmee een eerste stap in het verbeteren van de samenwerking en doorverwijzing binnen de acute zorg.

In een volgende fase gaan we met alle ketenpartners in gesprek over het vervolg op dit definitiedocument en de verdere uitwerking en toepassing in de praktijk gericht op het vaststellen van gedeelde uitgangspunten voor samenwerking en doorverwijzing en het creëren van een stevig fundament voor verdere uitwerking en regionale afspraken.

Overzichtstabel

Categorie	Kern van de definitie	SEH (ziekenhuis)	HAP	Meldkamer ambulancezorg	VVT/CP	GGZ
Triage (instrument)	Triage is het proces waarbij zorgverleners snel en systematisch beoordelen hoe dringend de zorgvraag van een patiënt is, zodat de beschikbare zorg op het juiste moment en op de juiste plek wordt ingezet. (bron: MTS of NTS).	NTS	NTS (Nederlandse Triage standaard)	ProQA (Protocol Questioning for Assessment)	Afwegingsinstrument ELV 2.0 Aangevuld met triageinstrument CAZHEM cazhem.nl/triage/	GGZ Triagewijzer (gebaseerd op NTS en ProQA
Acuut	Er is sprake van een (potentieel) levensbedreigende situatie waarbij direct handelen door een zorgprofessional noodzakelijk is om overlijden of ernstige gezondheidsschade te voorkomen.	**U0 – U1** Directe beoordeling noodzakelijk; inzet SEH-faciliteiten (tweedelijnszorg).	**U0 – U1 – U2** Een potentieel levensbedreigende situatie, er is onmiddellijke actie vereist (binnen enkele minuten, max. 1 uur)	**A0**: Reanimatie of direct levensgevaar; onmiddellijke inzet. **A1**: Acute levensbedreiging; directe ambulance-inzet met optische en geluidssignalen.	Bij directe medische instabiliteit is ziekenhuiszorg noodzakelijk; VVT is dan niet de primaire route. Vanuit VVT/CAZHEM kan óók sprake zijn van acute tijdelijke VVT-zorg wanneer geen SEH-indicatie bestaat, maar inzet of plaatsing dezelfde dag nodig is om crisis, onveilige situatie of onnodige ziekenhuisopname te voorkomen. (Binnen 4 tot 24 uur)	**(U0 – U1)** Direct levensgevaar of ernstig risico op escalatie Levensbedreigende of direct onveilige situatie waarbij onmiddellijke inzet van hulpdiensten (ambulance/politie/SEH) noodzakelijk is.

Sub-acuut	Er is geen directe levensbedreiging, maar snelle medische beoordeling, observatie of behandeling is noodzakelijk om directe. verslechtering of complicaties te voorkomen.	**U2 - U3** Beoordeling binnen 1 uur of aantal uren; diagnostiek en observatie; besluit tot opname, ELV of terugverwijzing.	**U3 – U4** Tijdkritisch maar niet direct levensbedreigend beoordeling binnen 24 uur om potentiële verslechtering en of complicaties te voorkomen	**A2**: Dringende ambulance-inzet; snelle beoordeling nodig, geen directe levensbedreiging.	Geen ziekenhuiszorg nodig, wél tijdelijke zorg, geneeskundige zorg, observatie of toezicht nodig binnen korte termijn om verslechtering, escalatie of onnodige ziekenhuisopname te voorkomen. Passende vormen kunnen zijn: eerstelijns verblijf (laag of hoog complex), crisisbed, ELV-palliatieve zorg, wijkverpleging of overbruggingszorg. Vanuit CAZHEM/VVT-perspectief gaat het om subacute tijdelijke VVT-zorg, doorgaans binnen 24–48 uur	**(U2 – U3)** Spoed/urgent, maar niet direct levensbedreigend Ernstige psychiatrische of somatische problematiek met risico op verslechtering of escalatie, waarbij beoordeling binnen uren noodzakelijk is.
Niet-acuut	Er is geen sprake van een acute zorgvraag; uitstel van zorg is verantwoord en direct handelen door een zorgprofessional is niet noodzakelijke. medische situatie is stabiel; uitstel van zorg is medisch verantwoord en geneeskundige zorg is niet noodzakelijk.	**U4 – U5** Geen SEH-indicatie; verwijzing naar eerstelijnszorg of andere passende voorzieningen (dit kan ook een te plannen OK of polibezoek inhouden)	**U5** Geen sprake van spoed; de zorgvraag kan door reguliere zorg opgepakt worden.	**B**: Planbare maar noodzakelijke ambulance-inzet **C1**: Geen ambulancezorg nodig **C2**: Zorgvraag valt buiten ambulancezorg; doorverwijzing.	Planbare zorg via Wmo, thuiszorg, eerstelijnszorg en/of mantelzorg; logeeropvang of reguliere opname via bestaande routes. Geen directe tijdsdruk; buiten CAZHEM.	**(U4 – U5)** Geen directe dreiging, wel zorg nodig Stabiele situatie zonder direct risico, waarbij zorg planbaar is en inzet gericht is op preventie, begeleiding of reguliere zorg**.**

Bijlage 1

Extra toelichting/achtergond: definities acuut/subacuut/niet-acuut en doorverwijzing zoals omschreven door beleids-en ketenpartijen in de acute zorg

NZA/VWS

De NZA en VWS hanteren gelijke definities voor acuut/subacuut/niet-acuut en doorverwijzingen (deze zijn echter *niet formeel* vastgesteld en laten dus ruimte voor lokale invulling)[1].

Acute zorg:
Zorg die moet worden verleend wanneer zonder direct ingrijpen gevaar bestaat voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade.

Kenmerken:
- Direct handelen noodzakelijk (minuten tot uren);
- Uitstel leidt tot ernstige schade of overlijden;
- Betreft zowel somatische als psychische crises;
- Onderdeel van de acute zorgketen (SEH, RAV, MKA e.d.)

Sub-acuut:
Zorg waarvan het medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld.
In de praktijk wordt deze vorm van zorg meestal op basis van ketenafspraken en triagecriteria zelf gedefinieerd. Subacuut is daarmee een praktijk- en regiobegrip.

Niet-acuut (ook planbare, electieve zorg genoemd)
Zorg die medisch verantwoord kan worden uitgesteld zonder direct risico op ernstige gezondheidsschade.

Kenmerken:
- Geen spoedkarakter
- Kan via reguliere zorgstructuren
- Tijdshorizon: dagen tot weken (of langer)

Doorverwijzing:
Het verwijzen van een zorgvrager naar een andere zorgaanbieder voor beoordeling of behandeling, waarbij de verantwoordelijkheid voor de zorg (voorlopig) bij de verwijzende

[1] Hoewel de definities niet formeel zijn vastgelegd, zijn zij af te leiden uit beleidsregels en toezichtkaders van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en uit kamerbrieven en beleidsstukken van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zie ook 'bronnen' op de laatste pagina.

partij blijft, totdat de ontvangende partij expliciet de zorg overneemt. Verantwoordelijkheid verschuift pas bij expliciete *overdracht.*

Toelichting LNAZ – Landelijk netwerk acute zorg (tevens gekoppeld aan ROAZ beleid)

Binnen het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) staat het goed functioneren van de acute zorgketen centraal. Het gaat daarbij vooral om bereikbaarheid, samenhang en continuïteit van zorg. Daarom hanteert het LNAZ geen vaste landelijke definities voor *acuut*, *subacuut* en *niet-acuut*. Deze begrippen worden in de praktijk gebruikt om zorgvragen te duiden en het gesprek over samenwerking te ondersteunen.

Acuut verwijst naar situaties waarin snel handelen nodig is om ernstige gezondheidsschade of overlijden te voorkomen. Dit type zorg vraagt om directe inzet van de acute zorgketen, zoals ambulancezorg, spoedeisende hulp en crisiszorg. Het borgen van deze zorg vormt ook een kernopgave binnen het ROAZ.

Subacuut wordt gebruikt voor zorgvragen die niet direct levensbedreigend zijn, maar wel tijdkritisch. Juist hier is goede afstemming tussen ketenpartners essentieel, omdat onduidelijkheid over regie of zorgplek kan leiden tot vertraging of onnodige inzet van acute voorzieningen. Binnen het ROAZ is dit een belangrijk aandachtspunt.

Niet-acute *zorg* betreft planbare zorg zonder spoedkarakter, die via reguliere zorgstructuren kan worden geleverd. Een helder onderscheid helpt om de acute zorgketen te ontlasten en capaciteit beschikbaar te houden voor situaties waarin snelle inzet noodzakelijk is.

Met **doorverwijzing** wordt bedoeld dat een zorgvrager wordt verwezen naar een andere zorgaanbieder, terwijl de verantwoordelijkheid voor de zorg voorlopig bij de verwijzende partij blijft. Binnen ROAZ-afspraken is het expliciet maken van dit onderscheid tussen doorverwijzen en daadwerkelijke overdracht (waarbij de verantwoordelijkheid wel overgaat) belangrijk om continuïteit van zorg en duidelijke verantwoordelijkheden te borgen.

Deze gezamenlijke duiding van begrippen ondersteunt het ROAZ bij het maken van heldere afspraken over samenwerking, triage en regie binnen de acute zorgketen.

Toelichting Nederlandse Triage Standaard (NTS triage protocollen) (HAP + SEH)

Binnen de Nederlandse Triage Standaard (NTS) wordt onderscheid gemaakt tussen **acute, subacute en niet-acute zorgvragen**, op basis van de mate van urgentie en tijdkritiek.

Het NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg definieert spoedzorg als zorg bij een vraag **‘die vanuit de beleving van de patiënt acuut is’.** Bij de triage moet dan worden bepaald of

de zorgvraag ook vanuit medisch perspectief zo urgent is dat er zo snel mogelijk (U1), binnen een uur (U2) of binnen enkele uren (U3) actie moet worden ondernomen.

Bij **acute zorgvragen (U0–U1 en U2** is sprake van een direct levensbedreigende situatie of een situatie waarin onmiddellijke beoordeling noodzakelijk is om ernstige gezondheidsschade te voorkomen. De zorg moet zonder uitstel worden ingezet, vaak binnen minuten of maximaal een uur. Deze categorie vraagt om directe medische actie en snelle inzet van passende zorg.
Subacute zorgvragen (U3 en U4) zijn niet direct levensbedreigend, maar wel tijdkritisch. Er is medische beoordeling of interventie nodig binnen maximaal 24 uur om verslechtering te voorkomen. In deze categorie is vaak sprake van onzekerheid over de juiste zorgplek of regie, waardoor goede afstemming binnen de keten essentieel is.
Bij **niet-acute zorgvragen (U5)** is geen sprake van spoed. De zorgvraag is planbaar en kan via reguliere zorgstructuren worden opgepakt. Uitstel van zorg is medisch verantwoord en er is ruimte voor verwijzing naar eerstelijnszorg of andere passende voorzieningen.

Urgentie	Kleur	Omschrijving	Klinisch beeld	Tijd tot actie
U0	Rood	Reanimatie	Uitval vitale functie	Onmiddellijk
U1	Oranje	Levensbedreigend	Instabiele vitale functie	Zo snel mogelijk
U2	Geel	Spoed	Bedreiging vitale functie	Binnen een uur
U3	Groen	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enige uren
U4	Blauw	Niet dringend	Verwaarloosbare kans op schade	Binnen een etmaal
U5	Wit	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag

Toelichting meldkamer ambulance

De meldkamer redeneert vanuit vervoers urgentie, niet vanuit “type zorg”. De meldkamer werkt dus parallel maar niet identiek aan de NTS triage protocollen die op de HAP en SEH worden gebruikt. Er wordt gebruik gemaakt van een gestructureerd triagesysteem.

Urgentie-indeling ambulancezorg (officieel)
De uitkomst van de triage is altijd één van deze **ambulance-urgenties**:

A1 – Spoed (hoogst urgent), komt overeen met Acuut.
- Levensbedreigend of potentieel levensbedreigend
- Ambulance zo snel mogelijk, met optische en geluidssignalen

A2 – Dringend, komt overeen met sub-acuut
- Geen directe levensbedreiging
- Wel snelle medische beoordeling nodig
- Ambulance zo spoedig mogelijk, meestal zonder sirenes

B-urgentie (of besteld vervoer), komt overeen met niet-acuut

- Geen spoed
- Medisch verantwoord uitstel
- Vaak gepland of afgestemd vervoer

C1 – Geen ambulance-inzet noodzakelijk

(valt onder: Niet-acuut)

- Zorgvraag waarvoor ambulancezorg niet passend is
- Advies, zelfzorg of verwijzing volstaat
- Doorverwijzing naar bijvoorbeeld huisarts, huisartsenpost of andere eerstelijnszorg

C2 – Zorgvraag buiten ambulancezorg

(valt onder: Niet-acuut)

- Zorgvraag ligt buiten het domein van de ambulancezorg
- Regie en doorverwijzing door de meldkamer naar passende zorg of ondersteuning
- Bijvoorbeeld GGZ, wijkverpleging, sociaal domein of andere ketenpartner



Toelichting Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf 2.0 (Cazhem, CPMK *en Verwijspunt 020*)

Het Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf ondersteunt zorgprofessionals bij het bepalen van passende zorg en het juiste zorgniveau voor patiënten met een (tijdelijke)

zorgvraag waa*rbij opname wo*rdt overwogen. Het instrument richt zich niet op urgentie in tijd, maar op de inhoudelijke zorgbehoefte, de medische stabiliteit van de patiënt en de vraag of zorg thuis, intramuraal of in het ziekenhuis verantwoord is.

Binnen dit instrument kan de zorgvraag worden geduid als acuut, sub-acuut of niet-acuut**.** Van **acute zorg** is sprake wanneer ziekenhuiszorg met medisch-specialistische interventies noodzakelijk is.
De **subacute** zorgvraag betreft situaties waarin geen ziekenhuiszorg nodig is, maar waarbij op korte termijn geneeskundige zorg, observatie of toezicht noodzakelijk is. De passende zorgvorm wordt bepaald door de belastbaarheid van de thuissituatie: wanneer verblijf thuis (tijdelijk) niet verantwoord is, ligt eerstelijns verblijf voor de hand; wanneer met tijdige en passende inzet van wijkzorg de situatie thuis wél verantwoord is, kan zorg in de thuissituatie worden georganiseerd
Bij een **niet-acute** zorgvraag is de patiënt medisch stabiel**,** is geen geneeskundige zorg noodzakelijk en kan de zorg worden georganiseerd via eerstelijnszorg, Wmo-voorzieningen en/of mantelzorg**.**

Op deze wijze biedt het afwegingsinstrument een inhoudelijk kader om zorgvragen systematisch te duiden en te onderbouwen welke vorm van zorg of verblijf het meest passend is.

Toelichting (acute) GGZ

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt voor de duiding van urgentie veelal aangesloten bij triage-indelingen zoals de NTS en ProQA (U0–U5). De begrippen acuut, subacuut en niet-acuut zijn hiervan een afgeleide en dienen als duiding van de ernst en urgentie van psychische problematiek. De beoordeling is gebaseerd op professionele inschatting, het risico op gevaar of ernstig nadeel en de noodzaak tot directe interventie.

Van **acute GGZ-zorg** is sprake bij een directe dreiging voor de veiligheid van de patiënt of de omgeving, zoals bij acute suïcidaliteit, ernstige psychotische ontregeling of agressie (U0–U1). In deze situaties is onmiddellijke beoordeling en inzet van hulp noodzakelijk, doorgaans via de crisisdienst GGZ en zo nodig in samenwerking met ambulancezorg of politie.

De **subacute GGZ**-zorgvraag betreft situaties met ernstige psychische klachten en een verhoogd risico op verslechtering of escalatie, waarbij beoordeling op korte termijn noodzakelijk is (U2–U3). Tijdige inzet van zorg is nodig om een crisis te voorkomen.

Bij een **niet-acute GGZ**-zorgvraag is sprake van een stabiele situatie zonder direct risico (U4–U5). Zorg kan planbaar worden ingezet en vindt plaats binnen de reguliere GGZ of in samenhang met ondersteuning vanuit het sociaal domein.

Doorverwijzing binnen de GGZ is gericht op het organiseren van zorg op het juiste niveau. Afhankelijk van de ernst en ontwikkeling van de klachten kan worden opgeschaald naar crisiszorg, of juist afgeschaald naar reguliere GGZ, basis GGZ of

ondersteuning buiten de GGZ. Doorverwijzen is daarmee een dynamisch proces dat meebeweegt met de situatie van de patiënt.

Bijlage 2

Bronnen:

- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) – *Beleidsregels en toezichtkaders acute zorg (Zvw).*
  Er bestaat geen recente, algemene NZa-beleidsregel met formele definities. De definitie van acute zorg wordt gehanteerd in toezicht- en beleidscontext (zorgplicht).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – *Kamerbrieven en beleidsstukken acute zorgketen.*
- NTS triageprotocollen.
- Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling (NIVEL, 2019). Basis voor verbeterde urgentieindeling.
- Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf 2.0, november 2016.
- Wet verplichte GGZ
- GGZ standaarden: acute-psychiatrie, hulpverlening aan personen in een crisissituatie
- NHG richtlijnen: landelijke GGZ samenwerkingsafspraken